

Huisarts en geestelijke gezondheidszorg

T.E.D. VAN DER GRINTEN

Welke ontwikkeling heeft de Nederlandse huisartsgeneeskunde sinds de Tweede Wereldoorlog doorgemaakt met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg en hoe heeft de huisarts zich in deze periode ontwikkeld als verstrekker van geestelijke gezondheidszorg? Uit deze historische beschouwing wordt duidelijk dat de betrokkenheid van de huisarts bij de geestelijke gezondheidszorg veel meer omvat dan zijn relatie met de Riagg, een relatie waar nu zoveel om te doen is. Deze aandacht is begrijpelijk in het licht van het structuurbeleid (echelonnering), zoals dat sinds de jaren zestig voor de geestelijke gezondheidszorg wordt gevoerd. De geschiedenis laat echter evenzeer zien hoe belangrijk de huisarts is als 'verstrekker van geestelijke gezondheidszorg'; het overgrote deel van de psychosociale klachten wordt daar gepresenteerd en afgehandeld. Tegelijkertijd zien we een voortgaande specialisering en differentiëring waardoor de huisarts het steeds moeilijker krijgt om zijn rol als spil en poortwachter voor de geestelijke gezondheidszorg te vervullen.

Van der Grinten TED. Huisarts en geestelijke gezondheidszorg. Huisarts Wet 1991; 34(3): 130-5.

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Inleiding

Welke ontwikkeling heeft de Nederlandse huisartsgeneeskunde sinds de Tweede Wereldoorlog doorgemaakt met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg? Hoe heeft de huisarts zich in deze periode ontwikkeld als verstrekker van geestelijke gezondheidszorg? Vragen die niet zo gemakkelijk zijn te beantwoorden: enerzijds vanwege het veranderlijke en moeilijk grijpbare karakter van het object van zorg – de psychosociale problemen en klachten – anderzijds vanwege de verknootheid van de rol van de huisarts als 'verstrekker van geestelijke gezondheidszorg' met wat andere hulpverleners en instellingen op dit terrein doen (of nalaten), al of niet in reactie op het overheidsbeleid. En hiermee zijn we er nog niet, want ook de vakinhoudelijke ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de geneeskunde in het algemeen doen hun invloed gelden op de rol die de huisarts op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg vervult.

Vanuit het gezichtspunt van de huisarts bestaat er kortom een complexe relatie met de geestelijke gezondheidszorg, een relatie waarop diverse 'huisarts-interne' en 'huisarts-externe' factoren inwerken.

Historie in vogelvlucht

De huisartsen, die een deel van het werk dat zij vroeger deden zien verschuiven naar de specialisten, storten zich op hun nieuwe werkterrein, de neurose en wat daarbij komt. Wat een enkeling al vroeg beweerde, wordt begin jaren vijftig iets waarover veel huisartsen het eens zijn: er is veel geestelijk lijden en het hoort tot de taak van de huisarts daar wat aan te doen.¹

Na de Tweede Wereldoorlog werd de huisarts in toenemende mate geconfronteerd met klachten waarbij een somatisch substraat ontbreekt, dan wel een ondergeschikte rol speelt. Zijn gebruikelijke aanpak schoot hiervoor te kort en zijn aanvankelijke reactie was er dan ook een van onwennigheid en soms zelfs afkeer ('gezeur'). Al snel maakte deze houding echter plaats voor een streven om deze klachten met een professioneel antwoord tegemoet te treden. En dit niet alleen vanwege de

ernst van de problematiek: een krachtige impuls voor dit streven kwam van de naoorlogse doorbraak van de medisch specialisten en de ziekenhuisgeneeskunde, die de huisartsgeneeskunde op een zijspoor dreigde te zetten.

Psychosociale klachten kwamen hierdoor in zekere zin als geroepen, door de aanknopingspunten zij boden voor de ontwikkeling van een eigen identiteit: de huisarts, als de enige hulpverlener in de gezondheidszorg, die de hulpvragen van de patiënt kon plaatsen in het bredere kader van zijn lichamelijke, geestelijke en sociale functioneren.² De oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956 was een belangrijk markeringspunt in deze ontwikkeling.³

De toepassing van de theorie van de integrale benadering bleek vervolgens geen sinecure in een praktijk die zich weinig aantrok van de uitgangspunten van samengang die aan die theorie ten grondslag lagen. Het proces van specialisatie en differentiatie hield in ieder geval geen halt bij de hulp voor psychosociale problemen. Nieuwe disciplines deden hun intrrede en bestaande disciplines drongen verder door in het veld van de psychosociale hulpverlening (psycholoog, agoog, maatschappelijk werkende). De psychotherapie ontwikkelde zich tot een zelfstandige professie, het aantal psychiaters nam toe en de psychiatrie ontwikkelde zich tot het grootste medisch specialisme op dit moment. Intussen maakte de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg een proces van institutionalisering door, met als gevolg een steeds grotere afstand ten opzichte van de huisarts.

Van de huisarts als de centrale figuur in de (geestelijke) gezondheidszorg kon in het begin van de jaren tachtig nog niet worden gesproken. Hij was 'één van de partners in het krachtenspel van de gezondheidszorg, (...) een bescheiden, stille figuur die in rust zijn werk doet', zoals de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap hem in 1981 typeerde.³ De Landelijke Huisartsen Vereniging en de overheid waren echter een andere mening toegedaan.⁴⁻⁶ Zij hielden vast aan de huisarts als spil van de 'eerste lijn' en 'poortwachter' van de overige (geestelijke) gezondheidszorg. Taakver-

deling, afstemming en samenwerking werden steeds meer de trefwoorden voor de inzet van de huisarts, ook op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Maar het uitgangspunt van de huisarts als de coördinerende figuur bleef omstreden. Patiënten noch beroepsbeoefenaren en instellingen in de eerste en tweede lijn laten zich, als het zo uitkomt, hieraan veel gelegen liggen.

Dit is de situatie waarin wij thans verkeren.

Psychosociale problemen: vooral een kwestie van opvatting?

Wat aanvankelijk alleen nog werd beweerd op grond van indrukken, kon sinds de vroege jaren vijftig ook met onderzoek worden gestaafd: de huisarts werd geconfronteerd met een aanzienlijke hoeveelheid psychosociale problemen.^{7,8} Deze wetenschap leidde niet alleen tot een verhoogde inspanning van huisartsen (en anderen) om wat aan deze problemen te doen. Zij vormde ook het begin van een *discours* in huisartsenkring over een tweetal vragen, die meer in het algemeen als klassieke kwesties van de geestelijke gezondheidszorg kunnen worden aangemerkt: wat representeren gegevens over aantallen psychosociale klachten eigenlijk, en wat vermag de hulpverlening aan deze klachten te doen?

De eerste vraag diende zich al in de loop van de jaren zestig aan, toen men onderzoek van verschillende praktijken ging vergelijken. Daaruit kwamen grote verschillen tussen de aangetroffen aantallen psychosociale klachten aan het licht. De percentages van het aandeel van de psychosociale klachten op het totaal van de klachten waarmee de mensen zich tot de huisarts wendden, liepen uiteen van minder dan 10 tot meer dan 80 procent.⁹ Deze verschillen waren niet te herleiden tot verschillen in de psychische morbiditeit van de betreffende populaties. Men bleef zitten met een flinke portie onverklaarde inter-doktervariatie, met betrekking tot zowel de diagnostisering als de behandeling van psychosociale problemen door de huisarts.¹⁰

In een reeks van onderzoeken naar wat er in de spreekkamer van de huisarts ge-

beurde, is vervolgens geprobeerd tot een verklaring van de verschillen te komen. De conclusie hieruit was dat de (h)erkenning van psychosociale problematiek door de huisarts uiteindelijk vooral een kwestie is van opvatting, van een 'grondhouding' van de huisarts, ingekleurd met de inzichten die hij in zijn opleiding en nascholing heeft meegekregen.¹¹

Inmiddels lijkt de inter-doktervariatie ten aanzien van de herkenning van psychosociale problemen minder groot dan aanvankelijk werd gedacht, althans volgens *Bensing & Beerendonk*. Zij concludeerden op grond van een nauwkeurige observatie van videobanden van huisartsenconsulten dat de huisarts uiteindelijk maar weinig psychosociale problematiek mist en dat hij 'voldoende sensitief is voor de psychische problemen van zijn patiënten'.¹²

Afgezien van het feit dat dit onderzoek omstreden is,¹³ zegt de wijze waarop en de mate waarin de huisarts psychosociale problemen herkent, nog weinig over wat hij vervolgens met deze kennis doet: beperkt hij zich tot luisteren naar de patiënt, tot geruststellen en adviseren, of probeert hij zelf de oorzaken en achtergronden van de klacht te achterhalen, zodat hij deze kan behandelen met psychotherapie dan wel medicatie; zoekt hij het in samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk, de psycholoog en andere voorzieningen in de eerste lijn, of kiest hij voor de weg naar de gespecialiseerde voorzieningen? Stuk voor stuk mogelijkheden die de huisarts, in combinatie of altemeer, ter beschikking staan.^{4,14}

Voordat we hier op ingaan, kijken we eerst nog even naar de ontwikkeling van het algemene conceptuele kader van de huisartsgeneeskunde.

Het conceptuele kader

In hun studie naar 40 jaar huisartsgeneeskunde in Nederland hebben *Mol & Van Lieshout* ook de veranderingen onderzocht die zich hebben voorgedaan in het conceptuele kader waarmee de huisartsgeneeskunde psychosociale problemen tegemoet is getreden. Daartoe hebben zij de jaargangen van *Medisch Contact* en *Huisarts en Wetenschap* tot en met 1985 nageplozen, en

dat heeft een interessant beeld opgeleverd. Kort samengevat ziet de door hen beschreven ontwikkeling er als volgt uit.¹

De belangrijkste conceptuele verandering in de huisartsgeneeskunde heeft zich in het begin van de jaren zestig voltrokken. In de huisartsenkring was men het er toen al over eens dat het 'ziektemodel', dat uitgaat van een (psychische) 'ziekte' of 'stoornis', niet adequaat is om de klachten waarmee de mensen zich tot de huisarts wendden, het hoofd te bieden. Het *probleem* deed zijn intrede, een ogenschijnlijk onbeduidende uitbreiding van het begrippenarsenaal, waarachter echter een fundamentele verbreding van het werkkterrein van de huisarts schuil ging. De huisarts stelde zich hiermee open voor *alle* vragen om hulp, niet alleen de vragen die te maken hebben met een ziekte of een stoornis.

Rond 1970 werd het blikveld nog verder verbreed met het 'sociale model'. Daarmee werd ook de leef- en werkomgeving van de patiënt bij het diagnostisch en therapeutisch handelen van de huisarts betrokken. Lang hield deze optie echter niet stand. Het standpunt dat huisartsen een oordeel moeten vellen over sociale omstandigheden en dat zij als maatschappelijke opdracht zouden hebben de nood van de mensen te lenigen, ontmoette steeds meer kritiek. Er ontstond een groeiende weerstand in de samenleving tegen 'medicalisering' (helpen is niet onschuldig, het verschaft professionals veel macht), terwijl de artsen zich terughoudender begonnen op te stellen: niet alles kan verholpen worden.

De omslag kwam in de tweede helft van de jaren zeventig. Sindsdien zijn huisartsen steeds minder bereid om heel de 'welzijnsnood' tot hun takenpakket te rekenen. Van het aanklagen van de samenleving in naam van de patiënt keerden zij terug tot het meer vertrouwde weerbaar maken van de patiënt. Daarmee verschoof het aangrijpingspunt voor hun handelen van *het hebben* van een probleem *bij* de patiënt naar *het ervaren* van een probleem *door* de patiënt. Op de golven van de democratisering en de voortschrijdende individualisering werden klachten een uiting van hulpzoekgedrag, een 'keuze' van een mondige, zelfstandige patiënt, die samen met de huisarts tot een probleemverheldering probeer-

de te komen en trachtte na te gaan wat er aan de klacht te doen was. Het is een opstelling waarmee de huisarts tot op zekere hoogte lijkt teruggekeerd naar zijn medische basis.

Luisteren, geruststellen en adviseren

Met het op de voorgrond plaatsen van het *probleem* aan het eind van de jaren vijftig werd *het gesprek* met de patiënt het belangrijkste middel voor de arts, niet alleen om het (psychosociale) probleem te verhelderen, maar ook om het op te lossen. Empathisch en met begrip luisteren, geruststellen en adviseren (counselen) – dat is sindsdien het eerste en belangrijkste wat de huisarts te doen staat. En het was ter ondersteuning van deze taak dat de geestelijke gezondheidszorg zijn entree maakte in de huisartsgeneeskunde.

Het begon omstreeks 1957, toen psychiaters, in navolging van de Engelse psychiater-psychoanalyticus Balint, aan huisartsen hun ervaringen uit de psychoanalytische leertherapie met de verschijnselen van 'overdracht' en 'tegenoverdracht' gingen uitleggen. Verschijnselen die, indien niet herkend, de diagnostische en therapeutische betekenis van het gesprek van huisarts en patiënt volledig te niet kunnen doen.¹⁵ Consultatie-groepen werden gevormd waarin probleemgevallen door huisartsen werden ingebracht en doorgesproken, eerst nog met psychiaters, later ook met psychologen.¹⁶ Daarna en daarnaast begonnen psychiaters en gedragswetenschappers de huisartsen ook meer gericht te onderwijzen in het herkennen en behandelen van psychosociale problematiek.

Heert Dokter was een van de vroege bruggebouwers van deze relatie tussen huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg.^{3 17 18} Hij ontpopte zich daarbij als een enthousiaste supporter van de consultatie-groepen, die mede daardoor tot op de dag van vandaag functioneren.¹⁹

De kennis en vaardigheden op de beide terreinen (communicatie, psychosociale problematiek) werden aanvankelijk alleen via nascholing aan de huisartsen doorgegeven, maar sinds 1966 (oprichting van het eerste universitaire huisartseninstituut)

ook via de opleiding. De psychologen en agogen die hiervoor werden aangetrokken, verwierven zich al snel een invloedrijke positie in het universitaire onderwijs en onderzoek. Zij articuleerden als het ware de communicatieve en psychosociale vraagstukken voor de huisartsen.¹⁴

Aan deze interdisciplinaire samenwerking lijkt inmiddels weer een einde te komen. *Mol & Van Lieshout* stuiten op een proces van terugdringing van de agogen en psychologen uit de universitaire instituten. Of dit nu een uitdrukking is van het gevoelen dat men het verder zelf wel af kan, of dat het gaat om de bewaking van het eigen domein, in ieder geval lijkt men momenteel doende 'de flirt met de sociale wetenschappen te beëindigen'.¹

Praten en pillen

De inbreng in de huisartsgeneeskunde vanuit het gedachtengoed van de geestelijke gezondheidszorg hield geen halt bij de consultatie en de bijdragen aan nascholing en opleiding. De psychodynamische inzichten die de huisarts hiermee opdeed, inspireerden hem ook om meer zelf te gaan doen aan de behandeling van psychosociale klachten. 'Niet daden, maar woorden worden van de huisarts verwacht. Hij is de psychotherapeut par excellence', zo was midden jaren zestig in dit tijdschrift te lezen.²⁰

De daarop volgende verdieping van het vak door de ontwikkeling van het 'methodisch werken'²¹ en de 'preventie van somatische fixatie'²² leek het handelen van de huisarts nog dichter bij dat van de psychotherapeut te brengen. Slechts de setting van de arts-patiënt relatie verschilde nog van die van de relatie tussen cliënt en therapeut, zo meenden *Stam & Postma* in 1984. De huisarts was volgens hen voldoende geëquipeerd om zelf probleempatiënten te behandelen.²³

Deze opvatting over de huisarts als psychotherapeut kreeg uiteindelijk toch niet veel steun. Zo bestempelde *Lamberts* een ontwikkeling in deze richting als heilloos. Psychotherapie, in de zin van op verandering gerichte behandeling, achtte hij geen taak van de huisarts. In plaats van zich te begeven in dit ongewisse avontuur, zou de huisarts zich beter kunnen blijven toele-

gen op zijn primaire taak, het onderkennen van psychosociale problemen, het zo nodig verwijzen dan wel 'counselen', en het op andere wijzen geven van steun.²⁴ Hiermee bedoelde *Lamberts* overigens niet dat psychotherapie beter aan deskundigen op dit terrein overgelaten zou kunnen worden. Hij trok uit het ontbreken van spijkerharde bewijzen voor de effectiviteit van psychotherapie de conclusie dat deze behandeling, door wie ook gegeven, vooralsnog niet zoveel zin had.¹³

Met deze stellingname maakte *Lamberts* zich tot tolk van de sceptici in het klassieke debat over de betekenis van de geestelijke gezondheidszorg en, meer in het bijzonder, de psychotherapeutische behandeling: wat kan de hulpverlening eigenlijk doen aan psychosociale problemen? Meer dan *Lamberts* denkt, zo zullen de gespecialiseerde beroepsbeoefenaren en instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg hem en andere sceptici ongetwijfeld voorhouden. Maar hoe overtuigend of aanvechtbaar de argumenten van beide kanten ook mogen zijn, voor de huisartsgeneeskunde lijkt het uiteindelijk om een wat wezenloze kwestie te gaan, omdat op verandering gerichte psychotherapie in de huisartspraktijk nauwelijks voorkomt.¹¹ En ook nauwelijks voor kán komen, gezien de tijd, vaardigheid en ervaring die hiervoor nodig zijn – drie voorwaarden die in de huisartspraktijk veelal ontbreken, zoals *Trimbos* al eerder had opgemerkt.²⁵

Over die andere, wel veelvuldig toegepaste behandelmethode van psychosociale problemen, de behandeling met psychofarmaca, liepen de meningen in de jaren zestig en zeventig niet minder sterk uiteen. *Trimbos* sprak midden jaren zeventig, de hoogtijdagen van het sociale model, over psychofarmaca als een van de grootste verleidingen van de huisarts.²⁵ Hij vertolkte hiermee een algemeen gevoelen, dat het geen pas had om met medicatie de symptomen van psychosociale problemen te lijf te gaan, als er niet eerst was geprobeerd om de oorzaken weg te nemen.

Recente berichten over het voorschrijfgedrag van huisartsen in Amsterdam maken duidelijk dat de verleiding nog steeds groot is. De controverse over 'pillen óf

praten' is allerm minst ten einde. Toch lijken de opvattingen hierover in de huisartsgeeneeskunde (net als in de geestelijke gezondheidszorg) dichter bij elkaar te komen. Men is realistischer geworden. Als symptomen met medicatie werkelijk effectief zijn te bestrijden, dan is dat al heel wat. 'Pillen én praten' lijkt een steeds meer geaccepteerde praktijk.²⁶

Samenwerken en verwijzen in de eerste lijn

Nog op een andere, meer indirecte wijze werkte de erfenis van de *mental health consultation* door in de werkzaamheden van de huisarts: na een aanvankelijk bescheiden opstelling begonnen psychologen en maatschappelijk werkenden zelf het veld van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn te betreden. Deze ontwikkeling werd en wordt door huisartsen in het algemeen toegejuicht. De nabijheid van deze hulpverleners voor samenwerking en verwijzing vergemakkelijkt het functioneren van de huisarts, zo is de ervaring.²⁷

Het algemeen maatschappelijk werk heeft daarbij vanouds de sterkste papieren.²⁸ Van hieruit kan een scala van nuttige activiteiten worden verricht op het gebied van de psychosociale hulpverlening, zonder dat de positie van de huisarts hierdoor serieus wordt bedreigd. Een uitzondering moet wellicht worden gemaakt voor de bundeling van huisarts en algemeen maatschappelijk werk, samen met de wijkverpleging, in gezondheidscentra.²⁹ Maar het is dan ook, ondanks verwoede pogingen van de overheid en enthousiaste hulpverleners, niet gelukt om meer dan 7 procent van de huisartsen zover te krijgen dat ze zich aansluiten bij zo'n gezondheidscentrum.³⁰

Overigens moet men zich geen overdreven voorstelling maken van de betekenis die het algemeen maatschappelijk werk voor de huisarts heeft. Hoewel dit werk zelf in ruime mate met psychosociale problemen wordt geconfronteerd,³¹ verwijst de huisarts jaarlijks (1985) gemiddeld niet meer dan 10 patiënten naar het algemeen maatschappelijk werk.²⁷

De psychologen, van wie er momenteel zo'n 400 in de eerste lijn werkzaam zijn,

bieden de huisarts vooral een aantrekkelijk alternatief voor de ver verwijderde Riagg's. Ze werken sneller, zijn (waarschijnlijk) goedkoper en kunnen bovendien de-medicaliserend werken.³² Buiten de kring van de huisartsen en de psychologen is dit alternatief echter omstreden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de Riagg's, is begrijpelijkerwijs niet zo enthousiast, maar ook de overheid is nog niet overtuigd van het nut van de eerstelijns psycholoog. Psychologen zijn te duur voor de eerste lijn; zij hollen de taak van de Riagg's uit, zonder daar ooit een substituut voor te kunnen zijn; als er al versterking van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn moet komen, dan liever voor sociale psychiatrie; weliswaar blijkt uit onderzoek dat huisartsen tevreden zijn met de nabijheid van de psycholoog, maar dat betekent nog niet dat hiermee ook de zorg verbetert. Aldus luiden enkele van de tegenwerpingen.³³⁻³⁵

Al met al had in 1988 toch zo'n 45 procent van alle huisartsen contact met vrij gevestigde psychologen, die overigens niet allen werkzaam waren als eerstelijns psycholoog.³⁶

Samenvattend zien we dat huisartsen in de loop der jaren voor de opvang en behandeling van psychosociale klachten meer contacten zijn gaan onderhouden met andere disciplines in de eerste lijn, maar van een gestructureerde samenwerking is vrijwel geen sprake, terwijl het gemiddelde aantal verwijzingen per huisarts naar de andere disciplines bescheiden is gebleven. Als de huisarts wat aan de psychosociale klachten doet, dan doet hij dat vooral zelf.

Relaties met de tweede lijn

*Er bestond (...) bij alle huisartsen in stad en land een zo algemene twijfel aan de waarde, kwantitatief en kwalitatief, van de hulp van de psychiatrie aan de huisarts, met daarnaast een zo volledige communis opinio over een grote behoefte aan hulp en steun van deze zijde, dat hier mijns inziens van een ernstig vraagstuk mag worden gesproken.*³⁷

Deze conclusie uit een onderzoek onder een aantal huisartsen in 1959 leert dat het getob met de relatie tussen de huisarts en

de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg niet van vandaag of gisteren is. Eind jaren vijftig bestond er al veel ongenoegen bij de huisarts over het functioneren van de toenmalige gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, en dat is sindsdien bepaald niet minder geworden, ondanks alle inspanningen van 'veld' en 'beleid' om hier verbetering in aan te brengen.³⁸ De opvattingen van de huisarts over de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg – en daarbinnen sinds 1982 vooral de Riagg's – zijn in het algemeen tamelijk negatief, en andersom is het niet veel anders.²⁷

Een kleine bloemlezing van de recente kritiek van huisartsen: de Riagg is slecht bereikbaar, zowel geografisch als voor het persoonlijke contact; door de bureaucratie van de organisatie is het niet duidelijk wat de Riagg met de patiënten doet; de wachtlijsten voor behandelingen zijn te lang; huisartsen voelen zich door de Riagg niet serieus genomen; de Riagg doet te weinig aan de ernstige problematiek.³⁹ Omgekeerd klagen Riagg's dat huisartsen onvoldoende in staat zijn psychosociale problemen te herkennen en te behandelen, dat huisartsen onjuist verwijzen (te vroeg, te laat) en dat zij te weinig weet hebben van wat de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te bieden heeft.⁴⁰ Aan beide kanten put men zich vervolgens uit, niet alleen om de fricties weg te nemen, maar ook om de opvattingen te weerleggen.^{10 35}

Bij nadere analyse springen vooral de cultuurverschillen in het oog. We zien twee werelden, elk met hun eigen werkwijzen, professionele eisen en opvattingen over wat wel en niet met psychosociale klachten gedaan moet worden. Vertekeningen in de beeldvorming over en weer liggen dan voor de hand. De vraag is echter of de vaak scherpe tegenstellingen hiermee volledig zijn te verklaren. Laten we hiervoor eens wat nauwkeuriger kijken naar de feitelijke contacten tussen de huisarts en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Cijfers uit 1960 laten zien dat de huisarts in dat jaar gemiddeld 12 patiënten naar de toenmalige voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg verwees, van wie 3 voor opname.⁴¹ Dit was toen (waarschijnlijk) al een fractie van het aantal psychosociale

klachten waarmee de huisarts werd geconfronteerd. De verwijscapaciteit met de overige gezondheidszorg waren een veelvoud van de contacten met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Het wekt dan ook geen verbazing dat, gevraagd naar het belang van de verschillende medisch specialismen, de psychiatrie door de huisartsen onderaan werd geplaatst.⁴¹ Twintig jaar later was dit beeld niet veel veranderd. In 1982 verwees de huisarts gemiddeld zo'n 16 à 17 keer naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, waarvan de helft naar de Riagg, tegenover 575 verwijzingen naar de somatisch specialisten.⁴² Voor de individuele huisarts was de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met andere woorden nog steeds van beperkte betekenis.

Uit epidemiologisch onderzoek weten we inmiddels dat op jaarbasis ongeveer 20 à 25 procent van de Nederlandse bevolking ernstige psychosociale problemen heeft. Slechts één op de zes van deze mensen komt in aanraking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, en het overgrote deel (80 à 90 procent) komt met zijn klachten niet verder dan de huisarts of de andere voorzieningen in de eerste lijn.⁴³

Hoe is het nu mogelijk dat een relatief zo schaars contact zoveel irritatie en bestuurlijke drukte genereert? Het lijkt mij niet uitgesloten dat, naast de kwestie van de beeldvorming, minstens een deel van de verklaring gezocht moet worden in het structuurbeleid van de overheid, waarmee is geprobeerd huisarts en Riagg aan elkaar te klinken. Hiermee stuiten we op een wel heel markante erfenis van wat ooit als *mental health consultation* aan de huisarts begon.

Het was de sociaal-geneeskundige/psychiater Querido, die de gedachte achter deze *mental health consultation* al in 1962 uitwerkte tot het concept van de echelons: een opbouw van de (geestelijke) gezondheidszorg overeenkomstig de treden van een ladder.⁴⁴ Maar anders dan Querido had bedoeld – hij ging uit van echelons in functionele en niet in institutionele zin; een beroepsbeoefenaar of instelling kon in zijn visie functies in verschillende lijnen vervullen⁴⁵ – werd de huisarts aangewezen als de poortwachter voor de gehele gezondheids-

zorg, terwijl de Riagg naderhand eenzelfde rol kreeg toebedeeld voor de geestelijke gezondheidszorg. Beide waren daarmee tot elkaar veroordeeld, althans in de wet- en regelgeving.

In de praktijk liep en loopt het vaak anders. Daar wordt de Riagg links en rechts door de huisarts gepasseerd in zijn – veelal als plezieriger beleefde – contacten met de psychiatrische polikliniek, de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis. Omgekeerd houdt de Riagg de kanalen open naar andere verwijzers dan de huisarts, zoals het algemeen maatschappelijk werk.⁴³ Naar schatting loopt slechts de helft van de verwijzingen van de huisarts naar de geestelijke gezondheidszorg via de Riagg's. Anderzijds wordt nog niet de helft van de Riagg-cliënten door de huisarts verwezen, waarbij het vaak ook nog om proforma-verwijzingen gaat.

Dit betekent op zichzelf niet dat er iets mis is met de praktijk; het betekent wel dat de huisarts zijn functie als poortwachter van de geestelijke gezondheidszorg, overeenkomstig de principes van het gevoerde structuurbeleid, moeilijk kan waarmaken. Hetzelfde geldt voor de Riagg ten opzichte van (de rest van) de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Deze ervaringen hebben de twijfels over de algemene geldigheid van de structuurprincipes (in het bijzonder de echelonnering) voor de geestelijke gezondheidszorg doen toenemen.

Inmiddels zijn deze twijfels vertaald in voorstellen om de zorg anders te structureren, bijvoorbeeld meer overeenkomstig de behoefte van specifieke patiënten-categorieën, zoals chronisch psychiatrische patiënten, kinderen en jeugdigen, ouderen, en verslaafden.^{47 48} Met dergelijke zorgarrangementen, waarvan de huisarts niet per se de poortwachter of 'zorgcoördinator' is maar één van de partners in de hulpverlening, wordt in de praktijk al geëxperimenteerd. Onduidelijk is echter hoe dit alles weer zal passen in de nieuwe structuur van de gezondheidszorg (plan-Simons).

Ten slotte

Als er tegenwoordig wordt gesproken over huisarts en geestelijke gezondheidszorg, dan gaat het meestal over de relatie tussen

huisarts en Riagg, vaak nog eens verengd tot de organisatorische vraagstukken die hier spelen. Dat het om heel wat meer gaat, heeft deze historische rondgang duidelijk gemaakt.

De huisarts wordt geconfronteerd met een grote hoeveelheid psychosociale klachten die nooit tot de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zullen doordringen, klachten die hij zelf opvangt. Er wordt getwist over de vraag in hoeverre de huisarts adequaat met deze klachten omgaat, maar dat hij een prominente rol zal blijven vervullen als 'verstrekker van geestelijke gezondheidszorg', is wel zeker.

Tegelijkertijd zien we een voortgaande specialisering en differentiëring op het gebied van de psychosociale hulpverlening, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Deze processen maken een rol van de huisarts als spil en poortwachter steeds problematischer. Tenslotte wordt de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geconfronteerd met nieuwe zorgarrangementen, die zich weinig blijken aan te trekken van de sectorale grenzen en vertrouwde indelingen.

Deze complexe en deels tegenstrijdige werkelijkheid vraagt niet om het geruzie over competentiekwesties, waar nu zoveel creativiteit en energie mee heengaat. Er is meer behoefte aan een open, functionele benadering, die, uitgaande van de vragen en problemen waarmee de mensen zich tot de gezondheidszorg wenden, de complementariteit van ieders bijdrage als leidraad kiest.

Literatuur

- ¹ Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985. Nijmegen: Sun, 1989.
- ² Wellen J. Van probleem tot hulpverlening. Een exploratie van de betrekkingen tussen huisartsen en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen [Dissertatie]. Leuven: Katholieke Universiteit, 1984.
- ³ Bensing JM. Huisarts, je staat ervoor! Maandblad Geest. Volksgezondh 1982; 37: 168-72.
- ⁴ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.

- ⁵ Staatssecretaris van Volksgezondheid & Milieuhygiëne. Nota Eerstelijnszorg. Handelingen Tweede Kamer 1983-1984; stuk 18: 463; nrs. 1-2.
- ⁶ Staatssecretaris van Volksgezondheid & Milieuhygiëne. Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Handelingen Tweede Kamer 1983-1984; stuk 18 463; nrs. 1-2.
- ⁷ Buma JF. De huisarts en zijn patiënt. Grondslagen van het medisch denken en handelen [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1950.
- ⁸ Ruhe HAM. Een huisartspraktijk in 1938 en 1957. Assen: Van Gorcum, 1957.
- ⁹ Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandbl Geest Volksgezondh 1981; 36: 31-46.
- ¹⁰ Kocken ThJ. Psychische stoornissen in een huisartspraktijk. [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.
- ¹¹ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk; een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ¹² Bensing JM, Beerendonk PhM. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. Maandbl Geest Volksgezondh 1990; 45: 595-618.
- ¹³ Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? Huisarts Wet 1989; 32: 78-9, 88.
- ¹⁴ Anoniem. Hoe helpt de dokter? Huisartsgeneeskunde als onderdeel van de eerstelijns hulpverlening. Utrecht: nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
- ¹⁵ Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Antwerpen, Utrecht: Het Spectrum, 1964.
- ¹⁶ Veldhuyzen van Zanten RC. Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie van, of in contact met, het Nederlands Huisartsen Genootschap in de periode 1957 tot eind 1965. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1966.
- ¹⁷ Dokter HJ. De opleiding in de psychiatrie voor de huisarts; overzicht. Huisarts Wet 1963; 6: 109-10.
- ¹⁸ Dokter HJ. Psychosomatische en psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk. Nieuws voor Psychotherapeuten 1988; 10(6): 1-6.
- ¹⁹ Dokter HJ, Verhage F. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 1990; 33: 157-61.
- ²⁰ Van der Horst L. De noodzaak voor de huisarts om psychotherapie toe te passen. Huisarts Wet 1964; 7: 417-21.
- ²¹ Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen HJ, et al. Methodisch werken. Over een algemene methode van hulpverlening bij de opbouw van een functionele relatie toegespitst op de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1978; 21: 322-35.
- ²² Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ²³ Stam J, Postma J. Psychotherapie en huisartsgeneeskunde: Meer overeenkomsten dan verschillen. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 16-20.
- ²⁴ Lamberts H. Psychotherapie, geen taak voor de huisarts. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 13-15.
- ²⁵ Trimbos CJB. Psycho-sociale klachten in de eerstelijns gezondheidszorg. in: Dokter HJ, Van der Grinten T, De Jong GA, red. Gezondheid en gezondheidscentra. Ervaren met samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg. Amsterdam: Bohn, 1974.
- ²⁶ Jol A, Verhaak PFM. Psychische en sociale klachten: Gespreksvoering of psychofarmaca? Huisarts Wet 1989; 32: 89-95.
- ²⁷ De Ridder D, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NcGv/Nivel, 1987.
- ²⁸ Van Es JC. Probleempatiënten. Beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Assen: Van Gorcum, 1967.
- ²⁹ Van der Grinten T, De Jong GA. Gezondheidszorg in de eerste lijn; een aanzet tot beleidsanalyse. Beleid & Maatschappij 1975; 11: 309-19.
- ³⁰ Van Dam F, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1987. Utrecht: Nivel, 1987.
- ³¹ Bensing JM. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg. Ondersteunende stukken voor de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Leidschendam: WVC, 1984 (deel II).
- ³² Derksen JL, red. De samenwerking tussen psycholoog en huisarts. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987.
- ³³ Bensing JM. Psychologische hulp in de eerste lijn [Boekbespreking]. Maandbl Geest Volksgezondh 1983; 38: 191-3.
- ³⁴ Terschegge M. Samenwerking tussen huisartsen en psychologen [Symposiumverslag]. Maandbl Geest Volksgezondh 1985; 40: 1170-5.
- ³⁵ De Ridder D, Van Lieshout P. De eerste lijn over de GGZ: mythen. Maandbl Geest Volksgezondh 1989; 44: 3-15.
- ³⁶ Van Rooy F, Verhaak PFM. Psychologen in de eerste lijn. Utrecht: Nivel, 1989.
- ³⁷ Buma JF. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: NIPG, 1959.
- ³⁸ Koot M. De relatie tussen huisarts en AGGZ. Een evaluatie van overheidsbeleid [Doctoraalscriptie]. Rotterdam: Studierichting Beleid & Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, 1990.
- ³⁹ Bensing JM. Wat mankeert de Riagg? Een standpunt vanuit de eerstelijns gezondheidszorg. Maandbl Geest Volksgezondh 1986; 41: 1211-24.
- ⁴⁰ Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Dienstverlening aan de huisarts. Utrecht: Riagg, 1985.
- ⁴¹ Zweens-Wiersma AC. Huisarts en geestelijke gezondheid. Meppel: Boom, 1968.
- ⁴² Peters L. Relatie eerstelijns zorg geestelijke gezondheidszorg. Ondersteunende stukken bij de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Leidschendam: WVC, 1984 (deel II).
- ⁴³ Idenburg PhA, Ketting E, Bijl RV. Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
- ⁴⁴ Querido A. Mental health programmes in public health planning Tijdschr Soc Gezondheidsz 1962; 40: 667-74; 751-8.
- ⁴⁵ Querido A. Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten. Lochem, Poperinge: De Tijdstroom, 1980.
- ⁴⁶ Lieshout P, Stoelinga B. Echelonnering in de geestelijke gezondheidszorg: een historische vergissing. Maandbl Geest Volksgezondh 1988; 43: 243-52.
- ⁴⁷ De Ridder D, Van Lieshout P. Verwijzen, consulteren of samen behandelen. Drie visies op samenwerking tussen huisarts en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1988; 66: 245-8.
- ⁴⁸ Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Functies A tot Z. Zoetermeer: NRV, 1989.