

# Wat doen Nederlandse huisartsen bij psychosociale problemen van hun patiënten?

**Naar een inventarisatie van methoden, technieken en theorieën**

Psychosociale problemen vormen een substantieel deel van het dagelijkse werk van de huisarts. Zowel spreekuurregistraties<sup>1-4</sup> als vragenlijsonderzoeken<sup>3,5</sup> wijzen uit dat circa een derde van de huisartspatiënten lijdt onder psychosociale problemen. Om wat voor problemen het gaat, is echter minder duidelijk, en hetzelfde geldt ten aanzien van wat huisartsen precies (kunnen) doen bij psychosociale problematiek.

## Levensproblemen

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk verschillen sterk van hetgeen in de psychiatrie wordt gezien; in de huisartspraktijk gaat het in een minderheid van de gevallen om echte 'psychiatrische stoornissen'. De meest voorkomende problemen zijn 'levensproblemen' – de gewone narigheid die nu eenmaal onlosmakelijk verbonden is met het leven: werkproblemen, relatie- of familieproblemen, conflicten, spanningen, overbelasting, rouw, tegenslagen... Dit soort problematiek is misschien diffus en ongrijpbaar vanuit een psychiatrisch referentiekader,<sup>6</sup> maar dat is allerminst het geval vanuit het referentiekader van 'gewone' mensen, inclusief de huisarts. Huisartsen staan wat dat betreft middenin het leven, het leven van hun patiënten.<sup>7</sup>

Naast de gewone levensproblemen krijgen huisartsen geregeld te maken met patiënten met chronische klachten, waarbij een bepaalde kwetsbaarheid van de patiënt een belangrijke rol speelt. Het gaat om 'nerveus-functionele' klachten, zoals buikklachten en hoofdpijn, en onbegrepen chronische syndromen, zoals chronische vermoeidheid ('ME'), whiplash, fibromyalgie en chronische pijn. Bij deze chronische klachten is het onduidelijk in hoeverre ze psychosociaal bepaald zijn, maar ze veroorzaken in elk geval de nodige psychosociale problemen en het zwaartepunt in de behandeling is psychosociaal: het leren omgaan en leven met de klachten.

Huisartsen bezien psychosociale problemen bij voorkeur in de context van de leefsituation, de voorgeschiedenis, de persoonlijkheid en niet te vergeten de hulpvraag van de patiënt. Huisartsen zijn van nature niet erg geïnteresseerd in de 'officiële diagnose', voor zover die uitsluitend betrekking heeft op de symptomatologie, het 'beeld'. Zij benoemen problemen in hun context, op zoek naar aangrijppingspunten voor het verlichten of op z'n minst hanteerbaar maken van de klachten.<sup>8</sup> Daardoor blijft het in de huisartspraktijk nog steeds tobben met de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV),<sup>9</sup> waarin het medisch model prevaleert. In de huisartspraktijk moet de diagnose een samenvatting zijn van het inzicht in wat er aan de hand is. Daarnaast moet de diagnose iets zeggen over wat er moet gebeuren om de problemen te verhelpen en over hoe lang dat gaat duren.<sup>10</sup> Huisarts en patiënt moeten samen kunnen praten over de diagnose, zodat zij een gemeenschappelijke visie op de problemen ontwikkelen.<sup>11</sup>

Tegelijkertijd zien huisartsen patiënten met echte psychiatrische ziekten, zoals ernstige (vitale) depressies, manieën en psychosen. Dat stelt hen voor de opgave het psychosociaal model flexibel te combineren met het medisch model, niet zelden bij een en dezelfde patiënt.

Huisartsen bekleden een unieke maatschappelijke positie.<sup>7</sup> Zij zijn belangrijke sleutelfiguren voor veel mensen, om niet te zeggen steunpilaren;<sup>12</sup> zij maken deel uit van het sociale netwerk van hun patiënten. Enerzijds zijn huisartsen ervoor om ziekten te genezen of te voorkomen (medisch model), anderzijds is het hun functie om patiënten door moeilijke perioden in hun leven te loodsen, en te voorkomen dat problemen nodeloos escaleren, bijvoorbeeld binnen het gezin (psychosociaal model).

## Gespreksbehandeling

Wat doen huisartsen met psychosociale problematiek?

Praten, medicijnen voorschrijven en verwijzen – in die volgorde. De meeste patiënten worden door de huisarts zelf behandeld; slechts ongeveer 5 procent van de patiënten wordt verwezen naar meer gespecialiseerde hulpverleners in de eerste of de tweede lijn (respectievelijk maatschappelijk werk en psycholoog of psychiater).<sup>1,3,4</sup> Medicatie wordt aan een derde van de patiënten voorgeschreven, niet bij wijze van snelle oplossing, maar als steun in de rug.<sup>12</sup> Een gesprek vindt plaats in driekwart van de gevallen. Dit kan voornamelijk passief en steunend zijn, waarbij de patiënt de gelegenheid krijgt zich te uiten, of meer actief, explorerend en adviserend.

De gespreksbehandeling door de huisarts is weinig systematisch.<sup>12</sup> Er bestaat ook niet zoets als 'de gespreksbehandeling door de huisarts'.<sup>13</sup> Huisartsen hebben in hun opleiding diverse inzichten en vaardigheden meegekregen, en daarna zullen zij zich mogelijk verder hebben bekwamde via nascholing. De meeste huisartsen hebben door *trial and error* moeten uitzoeken waarmee zijzelf en vooral hun patiënten uit de voeten kunnen, en wat helpt en wat niet.

We moeten constateren dat er weinig door huisartsen is gepubliceerd over hoe zij met bepaalde patiënten 'praten'. Misschien is dat terecht, gezien de sociale rol en functie van de huisarts; de barkeeper en de SRV-man hoor je ook nooit over hoe zij met de mensen praten. Huisartsen zijn echter ook professionele hulpverleners. Bovendien hebben zij vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid de plicht de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten. Het ligt dus eigenlijk voor de hand om een wetenschappelijk gefundeerde huisartsgeneeskundige gespreksbehandeling te ontwikkelen.

Overigens wordt de psychosociale interventie van de huisarts niet altijd voorafgegaan door een expliciete hulpvraag van de patiënt. Het initiatief kan ook uitgaan van de huisarts, door bijvoorbeeld een 'vage' hulpvraag in psychosociale richting te 'kneden', of door te anticiperen op een te verwachten hulpbehoefte op basis van kennis van

de levensomstandigheden van de patiënt. Ook op dit punt is weinig bekend van de wijze waarop huisartsen hiermee omgaan.

Het is duidelijk dat huisartsen geen traditie hebben om te publiceren over hun psychosociale zorg. Hoe kunnen we dat veranderen?

Een eerste stap zou kunnen bestaan uit het opschrijven en met collega's delen van concrete ervaringen met herkenbare patiënten.<sup>14</sup> Klinische beschrijvingen van de presentatie van de problematiek door de patiënt, de taxatie van de huisarts, de communicatie daarover met de patiënt en de bij de begeleiding gevolgde strategie, inclusief de theoretische overwegingen, kunnen bijdragen aan theorievorming. Dit kan collega-huisartsen stimuleren ook ervaring op te doen met de beschreven methode, deze eventueel bij te schaven en daarover wellicht een patiëntenserie te schrijven. Wanneer een methode in de praktijk enigszins is uitgekristalliseerd, is deze rijp voor experimenteel onderzoek om de werkzaamheid van de verschillende elementen te ontrafelen.

### Oproep

Wij doen een oproep aan al die huisartsen die op welke wijze dan ook een bepaalde aanpak hebben ontwikkeld voor een bepaald type psychosociaal probleem (of een deelaspect daarvan) om hun ervaringen toe te vertrouwen aan het papier, liefst in de vorm van casuïstiek, aangevuld met theoretische overwegingen. Het artikel van *Van Berkestijn* in dit nummer is een fraai voorbeeld van wat we bedoelen.<sup>15</sup> De redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap* wil dergelijke psychosociale interventies graag publiceren om de professionalisering van de gespreksbehandeling door de huisarts te stimuleren. De manuscripten zullen worden beoordeeld op wetenschappelijke plausibiliteit, in het besef dat beoordeling op wetenschappelijk bewijs op dit terrein van de huisartsgeneeskunde een te zware eis zou zijn. Daarnaast zullen wij de volgende criteria hanteren:

- De (eerste) auteur moet een huisarts zijn die ervaring heeft met de beschreven aanpak in een reguliere huisartspraktijk. Deze huisarts kan zich desgewenst laten bijstaan door een meer gespecialiseerde psychosociale hulpverlener.
- De aanpak moet goed inpasbaar zijn in de praktijkvoering van een reguliere huisartspraktijk. Dat betekent onder andere dat een behandeling niet een te groot beslag mag leggen op de tijd van de huisarts.
- De aanpak moet aansluiten bij de bestaande huisarts-patiëntrelatie, die gekenmerkt wordt door persoonlijke, continue en integrale zorg. De aanpak mag de arts-patiëntrelatie niet in gevaar brengen. De huisarts moet ook tijdens de looptijd van de psychosociale interventie gewoon huisarts blijven voor de patiënt en diens gezin. De interventie mag de arts-patiëntrelatie niet te zwaar beladen,

noch in negatieve noch in positieve zin (de huisarts moet geen huisvriend worden).

- De interventie dient de autonomie van de patiënt te respecteren en mag deze niet onnodig afhankelijk maken van de huisarts.
- Het moet aannemelijk zijn dat andere huisartsen, evenveel na een korte scholing, de beschreven methode kunnen toepassen met hetzelfde succes als de auteur.
- Er dient zo mogelijk een theoretische verklaring voor het effect van de interventie te zijn. Daarbij verdient het aanbeveling aan te sluiten bij bestaande psychologische/psychotherapeutische theorieën, waarbij onder meer valt te denken aan theorieën over het placebo-effect en aspecifieke therapietfactoren.<sup>16</sup>

Ons uiteindelijke doel is een inventarisatie van gespreksmethoden en -technieken die maatschappelijk actueel zijn, wetenschappelijk getoetst kunnen worden, en zich laten inpassen in het dagelijkse werk van de Nederlandse huisarts.

Berend Terluin  
Frans J. Meijman

- 1 Van der Meer K. Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 2 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk. Utrecht: DETAM, 1994.
- 3 Verhaak PFM. Mental disorder in the community and in general practice. Doctors' views and patients' demands. Aldershot: Avebury, 1995.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 5 Terluin B. Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn. Een secundaire analyse van de symptomatologie van 396 huisarts-patiënten en 67 cliënten van het algemeen maatschappelijk werk. *Huisarts Wet* 1998;41:219-28,245.
- 6 Bensing JM, Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneeskfd* 1994;138:130-5.
- 7 Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. Een beschouwing over de culturele functie van de huisarts. *Huisarts Wet* 1978;21:465-76.
- 8 Van Busschbach J, Verhaak P. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Mogelijkheden en grenzen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1986; 41:475-92.
- 9 Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Bewerkte vertaling van de 'DSM-IV Primary Care, International edition'. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 10 Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. *Huisarts Wet* 1983;26:125-8.
- 11 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. *Ned Tijdschr Geneeskfd* 1994;138:118-22.
- 12 Jol A, Verhaak PFM. Psychische en sociale klachten: gespreksvoering of psychofarmaca? *Huisarts Wet* 1989;32:89-95.
- 13 Trijbburg RW, Dokter HJ, Van Beusekom JAH. Behandeling door gesprekken in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 14 Van Strien PJ. Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1986.
- 15 Van Berkestijn LGM. Spreken is zilver, zwijgen is... fout. Het 'oefengesprek' als hulpmiddel om de patiënt voor te bereiden op een moeilijk gesprek. *Huisarts Wet* 1999;42(4):158-61.
- 16 Terluin B. Vrouwe Placebo. *Huisarts Wet* 1997;40:285-9.