

Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts

Peter Lucassen, Berend Terluin

Inleiding

Patiënten presenteren een bont scala van klachten aan de huisarts. Zij beperken zich daarbij niet tot het strikt somatische. Psychische klachten zoals angst en gevoelens van neerslachtigheid vormen geregeld de aanleiding tot een consult.¹ Deze klachten hangen vaak samen met psychosociale problemen. Soms worden psychosociale problemen als zodanig gepresenteerd zonder een gezondheidsklacht. Onder psychosociale problemen wordt hier verstaan: de alledaagse gewone narigheid die nu eenmaal onlosmakelijk verbonden is met het leven² en waar je het wel eens met een ander over wilt hebben. Het gaat bijvoorbeeld om relatieproblemen met partner of kinderen, conflicten op het werk, zorgen om een ernstig zieke naaste en moeilijkheden met rouwverwerking. Dergelijke problemen worden jaarlijks per 1.000 patiënten ongeveer 10 tot 15 keer als nieuwe episode gepresenteerd.¹ Het komt daarnaast ook voor dat pas later blijkt dat een dergelijk probleem de oorzaak is van eerder gepresenteerde lichamelijke of psychische klachten. Is de taak van de huisarts op dit gebied nu beperkt tot probleemverheldering en gerichte verwijzing naar een andere hulpverlener en behoren die gewone problemen uitsluitend tot het domein van de maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen, zoals *Van der*

Horst en *De Vries* stellen?³ Of doet deze opvatting onvoldoende recht aan de kwaliteit en de positie van de huisarts en heeft deze wel degelijk een nuttige functie?

Aan de hand van een drietal casus willen wij de rol van de huisarts bij gewone problemen verhelderen en aangeven wanneer de huisarts de begeleiding zelf ter hand kan nemen en wanneer hij beter kan verwijzen.

Casuïstiek

De heer *Aarts*, manager bij een instelling voor hoger beroepsonderwijs, is bekend met een matig ernstige nierinsufficiëntie op basis van een glomerulopathie. Er zijn de afgelopen jaren regelmatig consulten bij de huisarts geweest vanwege (dreigende) surmenage. Bij zijn vrouw is door de huisarts enkele jaren geleden een gepigmenteerde naevus verwijderd, die bij verrassing een melanoom bleek te bevatten. Overigens zijn hun drie kinderen vaker de aanleiding tot een consult vanwege exacerbaties van astma of constitutioneel eczeem. De laatste jaren dooft de atopie bij de kinderen geleidelijk uit en hebben de ouders geleerd zichzelf te redden bij het aanpassen van medicatie voor huid en luchtwegen. Er is sprake van een goede arts-patiëntrelatie dankzij de vele contacten in het verleden. Nu wil het echtpaar de mening van de huisarts over hun jongste kind, een meisje van zes jaar oud, naar aanleiding van de uitkomst van een aantal testen op een onderwijskundig centrum. Daaruit bleek dat ze over normale verstandelijke vermogens beschikt, maar ten gevolge van een zwak auditief geheugen een vertraagde spraak-taalontwikkeling heeft. In het gesprek met de ouders ondersteunt de huisarts hun streven om het kind zoveel mogelijk gebruik te laten maken van normaal lager onderwijs. De huisarts biedt aan het einde van het gesprek aan om in de toekomst, indien nodig, weer te fungeren als gesprekspartner. De 40-jarige heer *Van den Broek*, slager in een slachthuis, heeft regelmatig problemen door excessief alcoholgebruik. Dit speelt met name op zondagen, wanneer de kantine van de plaatselijke voetbalvereniging wordt bezocht. Na thuiskomst ontstaan dan problemen door zijn gedrag. Zijn vrouw heeft regelmatig gedreigd met een scheiding. Vanwege de onveranderbaarheid van zijn gedrag is zij zich geleidelijk meer gaan toeleggen op haar eigen ontwikkeling: ze is nu EHBO-instructrice en geeft zelfstandig cursussen. Een extra bron van spanning in het gezin is het gedrag van de jongste zoon, nu 15 jaar oud, die mogelijk ADHD heeft en regelmatig spijbelt. Het huidige probleem begint met een geëmotioneerd telefoontje van de heer *Van den Broek*: zijn vrouw zet hem op straat. De aanleiding is een buitenechte-

Samenvatting

Lucassen PLBJ, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2001;44(12): 550-2.

Er is discussie mogelijk over de taak van de huisarts bij psychosociale problematiek: beperkt die taak zich tot probleemverheldering en verwijzing of is een ruimere taakopvatting gewenst? De systematische aandacht van huisartsen voor de context van de patiënt en de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt scheppen de voorwaarden voor een ruimere taakopvatting. Na probleemverheldering kan de huisarts de patiënt helpen bij het vinden van oplossingen. Daarbij is de kern dat de patiënt wordt gestimuleerd tot zelfwerkzaamheid. Vooral relatief kort bestaande en duidelijk omschreven problemen lenen zich goed voor gesprekshulp door de huisarts. Bij lang bestaande en gecompliceerde problemen lijkt verwijzing voor de probleemoplossende fase een betere optie.

dr. P. Lucassen, huisarts te Bakel; dr. B. Terluin, huisarts te Almere
Correspondentie: P. Lucassen, Akkerroosstraat 18, 5761 EX Bakel.
Correspondentie: dr. P. Lucassen, e-mail: p.lucassen1@chello.nl

lijke relatie, die nu door zijn vrouw is ontdekt. Zij wil nu echt scheiden; hij wil redden wat er te redden valt. Hij wil expliciet niet verwezen worden voor hulp door maatschappelijk werk, RIAGG of psycholoog. Uiteindelijk wordt afgesproken dat hij gehoor zal geven aan het verzoek van zijn vrouw om voorlopig bij zijn ouders in te trekken om de zaak niet verder te laten escaleren. Tevens zal de huisarts wekelijks bezocht worden voor een gesprek van 20 minuten. Na zes weken blijkt er sprake van het begin van toenadering. Daarna blijven verdere contacten met de huisarts uit. Later blijkt het echtpaar weer bij elkaar te wonen. De beide kinderen van de familie *Coppens*, nu drie en vijf jaar oud, zijn onder riskante omstandigheden ter wereld gekomen: bij beiden was een *solutio placentae* bij een amenorroeduur van 33 weken aanleiding tot een spoedkeizersnede, en bij beiden was sprake van lage APGAR-scores. Post partum heeft mevrouw *Coppens* beide keren een enkele maanden durende depressieve episode gehad. Zij was erg bang geweest dat de kinderen het niet zouden redden. De ontwikkeling van de kinderen is verder probleemloos verlopen. Nu komen de ouders samen naar het spreekuur. Het oudste kind haalt moeder het bloed onder de nagels vandaan, luistert voor geen cent en daagt moeder steeds weer uit. Moeder is zeer geëmotioneerd, doodmoe, heeft nergens meer zin in, en is constant bezig met de kinderen. Ze mist afhankelijkheid bij haar oudste dochter. Moeder wil haar kinderen niet domineren, omdat ze zelf als kind veel last heeft gehad van haar eigen dominante moeder. Aan het eind van het consult blijkt vader veel minder problemen te hebben met de kinderen door een veel strakkere aanpak. Moeder vindt zijn aanpak te weinig op kinderen gericht. In de veronderstelling dat de kern van het probleem ligt in het stellen van grenzen, spreekt de huisarts af om er een serie van drie tot vijf dubbele consulten aan te wijden. Als de problemen dan niet zijn opgelost, lijkt verwijzing zinvoller. In de loop van de contacten blijkt het door de huisarts gegeven advies van een strakkere aanpak door de moeder vruchten af te werpen. Ze krijgt haar interesse in hobby's terug, is meer tevreden over zichzelf en merkt zelfs dat de contacten met haar oudste dochter warmer worden. Dat deze veranderingen standhouden, blijkt uit een contact vier maanden na het afsluiten van de serie consulten. Uiteindelijk zijn drie consulten van 20 minuten nodig geweest.

Waarom de huisarts?

In de beschreven casus gaat het om alledaagse problemen: als stressvol ervaren situaties waarover de patiënt met de huisarts van gedachten wil wisselen. Huisartsen werken in het algemeen ook op de manier zoals in de boven beschreven casuïstiek. Uit video-opnames van 172 consulten met psychische en sociale problemen bleek dat de huisarts weinig verwijst, weinig psychofarmaca voorschrijft en vaak steunend en geruststellend met de patiënt spreekt. De huisarts lijkt niet zozeer te werken als veranderingsdeskundige, maar als steunpilaar.⁴ Er wordt niet zozeer een beroep gedaan op de huisarts als medicus, maar veel meer op de huisarts als vertrouwenspersoon.

De huisarts besteedt van oudsher veel aandacht aan de emotionele aspecten en sociale gevolgen van klachten en ziektes, een vaardigheid die wordt aangeleerd in de beroepsopleiding: de huisarts behandelt geen ziektes, maar patiënten.⁵ Huisartsen zijn bij uitstek dokters die oog hebben voor het verhaal van de patiënt. Patiënten stellen die aandacht voor het verhaal op prijs.⁶ Deze systematische aandacht voor de context schept ruimte voor een rol bij alledaagse problemen. In feite is die rol voor huisartsen er een logisch uitvloeisel van.

De huisarts zal in een aantal gevallen psychosociale hulp moeten bieden tegen wil en dank: er zijn mensen die niet gemotiveerd zijn hulp te zoeken bij meer gespecialiseerd werkende hulpverleners en er zijn er bij wie de kans op succes op voorhand erg klein lijkt. Dat betekent niet automatisch dat de huisarts dan veel moet doen. Een luisterend oor is veelal het maximaal haalbare. De huisarts fungeert dan als vangnet. In andere gevallen is het probleem gewoon te simpel voor verwijzing en voor de patiënt te lastig om met familie of vrienden te bespreken.

Het lijkt ook niet erg efficiënt om elke patiënt met een psychosociaal probleem te verwijzen, zeker als het gaat om een probleem dat met enkele korte gesprekken en met gezond verstand opgelost kan worden. Op die manier wordt voorkomen dat de kanalen bij maatschappelijk werkenden, eerstelijnspsychologen en RIAGG's verstopt raken en degenen die geen baat hebben bij psychosociale eerste hulp door de huisarts er niet meer terechtkunnen. Een probleem daarbij kan zijn dat ook de huisartsenzorg verstopt raakt door een te grote vraag naar hulp.

Hulpverlening door de huisarts op dit terrein moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Een eerste voorwaarde is een goede arts-patiëntrelatie. Vervolgens is een vereiste dat de patiënt enig inzicht heeft in de aard van de problemen en enige motivatie om daarmee aan de slag te gaan. De patiënt moet in staat en bereid zijn verantwoordelijkheid te nemen voor zijn aandeel in de problematiek en hij moet bereid zijn te veranderen.⁷ De huisarts benadert de patiënt in het vertrouwen dat deze de capaciteiten heeft om er met enige hulp in te slagen weer greep te krijgen op de problemen.⁸

Welke problematiek?

In principe kan de huisarts ingaan op alle moeilijkheden en tegenslagen in het hier en nu, waar patiënten tijdelijk niet goed raad mee weten en waarvoor zij graag enige hulp zouden krijgen. Vooral relatief kort bestaande en duidelijk omschreven problemen lenen zich goed voor gesprekshulp door de huisarts.⁷ De problematiek moet overzichtelijk zijn en er moet een 'focus' zijn om aan te werken. Bij gecompliceerde en langer bestaande problemen kan de huisarts altijd een paar gesprekken aanbieden om een beter beeld van de problematiek te krijgen en de patiënt beter te leren kennen, om vervolgens met de patiënt te bespreken wat het beste vervolg is: voortzetting van de gesprekken met de huisarts of een verwijzing. Psychiatrische ziektebeelden, waaronder ook verslavingsproblemen, zullen eerder pleiten voor een verwijzing. De beste kandidaten voor gesprekshulp door de huis-

De kern

- ▶ Er is discussie over de taakopvatting van de huisarts bij psychosociale problematiek.
- ▶ De huisarts beschikt over wezenlijke instrumenten voor hulpverlening op dit gebied: vertrouwen van de patiënt en vaardigheid in gesprekstechniek.
- ▶ Naast probleemverheldering heeft de huisarts ook een taak bij het oplossen van met name kortdurende en goed omschreven psychosociale problematiek.

arts zijn patiënten die jarenlang min of meer normaal hebben gefunctioneerd.⁹ Bij patiënten met een voorgeschiedenis van chronische of intermitterende functioneringsproblemen, dient de huisarts bedacht te zijn op persoonlijkheidsproblematiek.

Hoe helpt de huisarts?

In veel gevallen is het bieden van een luisterend oor en emotionele steun al voldoende. Een logische volgende stap is het verhelderen van het probleem. Na een goede probleemverheldering kunnen veel mensen immers zelf weer verder. De huisarts kan de patiënt bij het bedenken van mogelijke oplossingen helpen het gezichtsveld te verbreden waardoor opties waar de patiënt in eerste instantie niet aan dacht, in beeld komen.¹⁰ De huisarts kan met de patiënt meedenken en suggesties geven. Kernpunt is dat de patiënt wordt gestimuleerd tot zelfwerkzaamheid. De autonomie van de patiënt staat buiten kijf. Als er moeilijke keuzen moeten worden gemaakt, dan is het de verantwoordelijkheid van de patiënt om die keuzen te maken in overeenstemming met de eigen normen en waarden. De huisarts stelt zich meer op als coach dan als therapeut. Daarbij heeft optimisme over de uitkomst van de gesprekken op zichzelf al een heilzaam effect.¹¹ Huiswerk is een goede manier om patiënten tot zelfwerkzaamheid aan te zetten.¹² Daarnaast kan de huisarts informatie geven over zaken waar hij verstand van heeft, of de patiënt aanraden elders zijn licht op te steken, bijvoorbeeld bij de gemeente of het arbeidsbureau. Sommige patiënten kunnen worden geattendeerd op het bestaan van zelfhulpgroepen of op boeken over hun problematiek.

Het is aan te raden vooraf duidelijke afspraken te maken over het aantal, de duur en de frequentie van de gesprekken, alsmede over de inhoud en het doel dat men beoogt, en welke inzet er van de patiënt verlangd wordt.¹² Vijf gesprekken van 20 minuten voldoen in veel gevallen.¹³ Nog vaker zijn minder dan vijf gesprekken nodig.

Tot slot

Hulpverlening is niet gebaat bij een strikt onderscheid in somatisch, psychisch en sociaal. Hoewel de huisarts niet specifiek is opgeleid voor hulp op niet-somatisch terrein, voldoet deze vaak wel aan de belangrijkste voorwaarde voor goede hulpverlening: een vertrouwensrelatie met de hulpzoeker. Bovendien wordt de huisarts verondersteld actief te kunnen luisteren en een pro-

bleem te kunnen verhelderen. Wij denken dan ook – in tegenstelling tot *Van der Horst* en *De Vries* – dat de huisarts binnen de beschreven grenzen een belangrijke taak kan hebben. Daarbij geldt, net als bij somatische problematiek, het adagium van *Lamberts*: ‘soms kan de huisarts goed helpen, soms heeft verwijzen zin, soms is er gewoon geen kruid tegen gewassen’.¹⁴

Literatuur

- 1 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditext, 1994.
- 2 Terluin B, Meijman F. Wat doen Nederlandse huisartsen bij psychosociale problemen van hun patiënten? Naar een inventarisatie van methoden, technieken en theorieën. *Huisarts Wet* 1999;42:151-2.
- 3 Van der Horst H, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. *Huisarts Wet* 2001;44:226-9.
- 4 Jol A, Verhaak PFM. Psychische en sociale klachten: gespreksvoering of psychofarmaca? *Huisarts Wet* 1989;32:89-95.
- 5 Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisarts Vereniging, 1983.
- 6 Jung HP. Quality of care in general practice. The patient perspective. [Dissertatie] Nijmegen: KUN, 1999.
- 7 Trijsburg RW, Dokter HJ, Van Beusekom JAH. Behandeling door gesprekken in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 8 Kates N, Craven M. Managing mental health problems in primary care. A practical guide. Hogrefe & Huber, 1995.
- 9 Keithley J, Marsch G, editors. Counselling in primary health care. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- 10 Gath D, Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment in primary care. In: Clark DM, Fairburn CG, editors. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- 11 Terluin B. Vrouwe Placebo. *Huisarts Wet* 1997;40:285-9.
- 12 Dryden W, Feltman C. Kortdurende hulpverlening. Een praktische handleiding. Baarn: Intro, 1996.
- 13 Van der Burg-van Walsum M. Gesprekshulp door de huisarts: het vijf-gesprekkenmodel. *Huisarts Wet* 1999;42:61-4.
- 14 Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? *Huisarts Wet* 1989;31:78-9.

Intermezzo

Simon Vestdijk, arts en romanschrijver, schreef eind jaren '60 een brief aan zijn uitgever Geert van Oorschoot. In deze lange brief ging hij in op zijn eigen depressies en behandelingen. De brief werd als bijlage opgenomen in de roman 'De persconferentie'. Een fragment:

'In mei en juni heb ik weer eens een depressie gehad, zonder enige aanleiding, vandaar de term 'endogene depressie', zoals ik die van mijn zeventiende jaar af gehad heb. Je zuivere rotzooi, hoor, maar het leven loopt alleen gevaar, als je je van kant maakt, wat trouwens vaak genoeg gebeurt. Met het oog op deze kans 'behandelden de H. H. artsen mij met opium, wat verder natuurlijk niets uitrichtte. Later kwamen de klootzakken op het idee van de 'elektroshocktherapie'. Heb ik ook gehad, in '54 hebben de idioten me 12x lens geslagen en 'genezen' naar huis gestuurd. Nu, ik was genezen, want ik was mijn geheugen kwijt, zodat ik thuis niet eens meer wist waar de plee was. Depressie was ook weg, fijn. Na 3 weken keerde het geheugen terug, zodat ik weer zonder leiding schijten en pissen kon, maar de depressie kwam ook terug. Dank u, dokter.'