

### 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> Huiswerk is een goede manier om patiënten tot zelfwerkzaamheid aan te zetten.<sup>12</sup> 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.<sup>12</sup> Vijf gesprekken van 20 minuten voldoen in veel gevallen.<sup>13</sup> 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’.<sup>14</sup>

### 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.'*