

Alles is te zeggen voor de nadruk die de auteur legt op de eigenheid en zelfstandigheid van de aankomende huisarts. Het leren verantwoordelijk te zijn voor het eigen leerproces zou inderdaad in de medische opleiding een belangrijk uitgangspunt moeten zijn. In Maastricht is dit, zo mag men verwachten, duidelijker dan elders het geval. Het gaat ons echter te ver en het lijkt te getuigen van weinig werkelijkheidszin, wanneer men om deze reden afziet van een in belangrijke mate door de opleiders bepaald leerprogramma met concrete doelstellingen voor de opleiding. Het meest wezenlijke in de hulpverleningsrelatie, zo ongrijpbaar als het lijkt en zo belangrijk als het is, kan geen excuus vormen voor de kennelijke onmacht om specifieke huisartsgeneeskundige deskundigheid in beeld te brengen. Het uitgangspunt dat de arts-assistent volgens de wet volwaardig arts is, kan als een dooddoener zoniet als een doodsteek voor de huisartsgeneeskunde worden opgevat. De volwaardigheid als arts van de arts-assistent betekent niets meer en niets minder dan de door hem aanvaarde verantwoordelijkheid zich in enige specifieke richting optimaal te bekwalimen. De grondslag voor het opleiden van huisartsen zal dienen te bestaan uit de drie door auteur genoemde „mogelijkheden” bij het functioneren van huisartsopleiders en agogen. Het gaat hierbij niet om „mogelijkheden”, het gaat om drie invalshoeken bij één en dezelfde adequate opleiding van huisartsen. Onzes inziens is het enig juiste, zij het globale, uitgangspunt het „vakgebied” huisartsgeneeskunde. Discussies over „medisch model” of „sociaal model” zijn achterhaald. De huisartsgeneeskunde is inmiddels niet slechter, wellicht zelfs beter omschreven dan menig specialisme. De redactiecommissie is van mening dat de lezer zelf moet analyseren en concluderen; hij kan ook reageren! De commissie juicht bijdragen over de opleiding toe, in de verwachting dat het toch mogelijk is, iets aan te leren dat als „nuttig, bruikbaar of wenselijk” kan worden omschreven, ook waar het gaat om de specifieke kennis en vaardigheden van toekomstige huisartsen; iets, waarvan men kan stellen dat het zinvol of onontkoombaar is, er één of wellicht twee specifieke opleidingsjaren aan te besteden. De „zichtbare gebeurtenissen” in onze gezondheidszorg zullen zich niet lang meer kunnen afspelen in de nevel rond een sprookjesslot.

Dr. H. G. M. van der Velden

Afhankelijkheid, een kernprobleem voor de huisarts

DRS. T. N. M. POSTMA*

De afhankelijkheid van de patiënt is een kernprobleem voor de huisarts bij het beantwoorden van de vele vragen om hulp die hij krijgt te verwerken. De wijze waarop hij beroepshalve met deze afhankelijkheid omgaat, bepaalt in sterke mate de aard van zijn dagelijkse werk en wat hij daarmee kan bereiken bij zijn patiënten. Meestal is de huisarts wel op de hoogte van het probleem van de afhankelijkheid, maar beleeft hij het niet bewust. Dit artikel is bedoeld als een bijdrage tot een proces van bewustwording met betrekking tot deze problematiek.

De maatschappelijke context

De maatschappelijke context waarin afhankelijkheid zich voordoet, wordt beschreven in een verhelderend, zij het moeilijk leesbaar artikel van *De Swaan*. Deze stelt onder meer:

„In de loop van hun leven ontgroeien mensen aan de totale afhankelijkheid van één verzorger en raken afhankelijk van allerlei mensen, voor allerlei bezigheden; ze worden nauwelijks minder afhankelijk, maar van meer mensen telkens minder.”

„Naarmate de netwerken waarin zij leven verder ontvouwd zijn, neemt ook die ontbinding, differentiëring en vertakking van afhankelijkheden toe. Omdat dit voor vrijwel alle mensen binnen een samenleving wederkerig opgaat, is er in de loop van zo'n ontvouwingsproces ook sprake van een generalisering van verafhankelijkking.”

„De resultante van een veelheid van onderling verstrengelde en elkaar versterkende ontvouwingsprocessen is een gegeneraliseerde verafhankelijkking tussen mensen in groeiende getale. Het besef van deze omvattende afhankelijkheid komt tot uiting als „sociaal gevoel”. Het algemeen afhankelijk-

heidsbesef kan door mensen verwoord worden in het christelijk vocabulair van naastenliefde, het humanistische van broederschap en het socialistische van solidariteit.”

„Wanneer mensen beschouwd worden en elkaar beschouwen als betrokken in een omvattend proces van verafhankelijkking, worden allerlei afzonderlijke tegenslagen onderdeel van een collectieve bedreiging en de bestrijding ervan een collectief goed”

„In de grammaticale operatie die mensen zijn gaan uitvoeren wanneer ze sociaal voelen en geconfronteerd worden met de hulpbehoefte van anderen, zijn zij het niet zelf die daar helpen moeten, maar vinden zij dat er voor gezorgd moet worden door de staat. In die betekenis is de staat de personificatie van het gegeneraliseerde afhankelijkheidsnetwerk, handelend persoon in volzinnen over algemene kwesties van verzorging.”

„Maar waar de staat handelend persoon is in de zinnen waar mee mensen zeggen dat ergens voor gezorgd moet worden, ontstaat de illusie dat er zo een persoon is, de staat, die zou moeten zorgen en zou kunnen zorgen.”

Deze illusie, dat de staat als het ware een persoon is die kan en moet zorgen voor mensen met problemen, heeft zijn weerslag op het werk van artsen, vooral van huisartsen. Zij hebben – het lijkt wel van overheidswege – de opdracht deze illusie in stand te houden. Zij zijn namens de staat aanspreekbaar.

*Als psycholoog verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

Met dank aan Sijrk Groen voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Veel ervan heb ik letterlijk mogen overnemen. Hij kon mij de kant van de huisarts in de afhankelijkheidsrelatie met de patiënt duidelijker maken.

De afhankelijkheid van de patiënt

Op microsociaal niveau ziet de afhankelijkheid van de patiënt van de huisarts er als volgt uit: de patiënt geeft te kennen dat hij van de huisarts iets wil hebben, iets wil krijgen waarover de huisarts beschikt (advies, pillen, een verwijzing, steun, begrip). Zolang de patiënt dat niet heeft losgekregen, is hij afhankelijk van de huisarts en gedraagt hij zich daarnaar. De patiënt zal soms de huisarts gunstig proberen te stemmen, bijvoorbeeld door teleurstelling over de hulpverlening niet te laten merken. De huisarts is materieel afhankelijk van zijn patiënten. De patiënten zijn emotioneel en wat kennis en vaardigheden betreft afhankelijk van de huisarts. Men kan zeggen: de patiënt verkeert in een niet-wederkerige relatie tot zijn huisarts; er bestaat een ongelijke afhankelijkheid tussen beiden; de relatie is asymmetrisch.*

Ook de patiënt van de specialist is afhankelijk; hij wil van deze deskundige iets loskrijgen. De specialist heeft echter voor de patiënt een geringere „meerwaarde” dan de huisarts: de specialist beperkt zich tot een bepaald aspect van het ziek-zijn, tot een orgaansysteem; hij kan op een kleiner aantal vragen om hulp antwoord geven dan de huisarts. Daardoor bestaat een verschil tussen de afhankelijkheid van de patiënt van de specialist en zijn afhankelijkheid van de huisarts. In welke zin dit het geval is, zal in het navolgende worden uitgewerkt.

Drie waarheden als koeien

De pijlers van de huisartsgeneeskunde zijn drie waarheden als koeien:

- mensen laten zich niet opdelen naar lichaam en geest;
- mensen moeten zo snel mogelijk geholpen worden als ze klachten of problemen hebben;
- mensen moeten niet van het kastje naar de muur gestuurd worden als ze het moeilijk hebben.

Huisartsen zijn in onze samenleving „aangesteld” en worden ook betaald, om deze algemeen menselijke „waarheden” voor ons na te leven. Deze pijlers van de huisartsgeneeskunde komen voor onder de namen:

- integrale zorg;

*Voorbeeld van een andere asymmetrische relatievorm met ongelijke afhankelijkheid: ouder – kind; voorbeeld van een symmetrische relatievorm met ongeveer gelijke afhankelijkheid: man – vrouw-relatie waarbij beiden zich kunnen en mogen emanciperen.

- hulpverlening met een lage drempel;
- continue zorg, gebaseerd op een persoonlijke vertrouwensrelatie (gezinsarts).

Van Es geeft als kenmerken van de huisartsgeneeskunde:

1. de huisarts is hulpverlener in de eerste linie van de gezondheidszorg:
 - hij moet bereikbaar zijn;
 - hij heeft een zeeffunctie.
2. De huisarts is verlener van continue hulp:
 - hij is medeverantwoordelijk voor de behandeling door andere hulpverleners;
 - hij is tolk, heeft een gidsfunctie binnen de gezondheidszorg;
 - hij is ook arts van gezonden (preventie);
 - hij is gezinsarts.
3. De huisarts is signaalgever:
 - hij heeft een zeeffunctie;
 - hij signaleert maatschappelijke wantoestanden die klachten kunnen veroorzaken.

En verder: „Men kan (bij huisartsgeneeskunde – T. P.) eigenlijk niet van een specialisme spreken; omdat zij zich vaak zeer breed uitstrekt is er eerder sprake van „generalisme”. Als men haar al een specialisme wil noemen kan men haar kenmerken als een *situatiespecialisme*, dat bepaald wordt door de plaats die de huisarts in de gezondheidszorg inneemt” (*Van Es, bladzijde 20*).

Het uitoefenen van de somatische geneeskunde wordt meestal niet expliciet genoemd door huisartsen als een van de pijlers waarop de huisartsgeneeskunde is gebouwd. De psychosociale hulpverlening door huisartsen mag niet getypeerd worden als begeleiding (*Kortbeek*). En daar ligt juist het knelpunt. Huisartsen zijn in de eerste plaats opgeleid tot artsen – somatici – en als ze geld willen verdienen, moeten ze zich „noodgedwongen” ook opstellen als artsen – somatici – in onderhandelingen met de overheid en ziekenfondsorganisaties.

In de praktijk blijkt het vooral van het particuliere initiatief, de persoonlijke interesse en de praktijkorganisatie af te hangen, waaraan de huisarts aandacht kan of wil schenken. Meestal overheerst het somatisch bezig zijn. Toch wordt dat niet duidelijk genoeg als pijler van de huisartsgeneeskunde opgevoerd.

Volgens *Kortbeek* ontbreekt het – althans in het rapport *De taken van de huisarts* – aan een visie op de maatschappelijke processen waardoor het patiëntengedrag wordt bepaald, terwijl

dat gedrag weer invloed heeft op het werken van de huisarts. De oplossing die *Kortbeek* voorstaat: twee systemen voor hulpverlening, medische hulpverlening en daarnaast de psychosociale hulpverlening; dat is ook het ideaal van vele huisartsen. Maar de huisartsen bestaan juist bij de gratie van het *niet* bereiken van dit ideaal. Bij huisartsgeneeskunde gaat het om wat wel genoemd wordt „het medisch ventiel van het maatschappelijk falen”, ook dus het ventiel van het falen van de medische en sociale hulpverlening. Het is moeilijk huisartsen te verwijten dat zij geen visie hebben: juist het aan de slag gaan als zicht ontbreekt, typeert hun functie en die functie is kennelijk nodig. Zij gaan aan de slag wanneer deskundigen en visies afwezig zijn; niet uit altruïsme, maar omdat daarin hun bestaansrecht ligt (hun concurrentiestrategie tegenover deskundigen en visionairen).

Het specifieke taakgebied van de huisarts

Inhoudelijk bestaat onder huisartsen en hun patiënten geen overeenstemming over het taakgebied van de huisarts; over het taakgebied van de medische specialist is bij alle betrokkenen meer eenstemmigheid. Uitgaande van de plaats van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem in Nederland kan men wel komen tot een zeer globale omschrijving van het specifieke taakgebied van de huisarts:

Taak 1: het bieden van oplossingen voor problemen binnen het eigen deskundigheidsgebied.

Taak 2: het bieden van noodoplossingen voor problemen buiten het eigen deskundigheidsgebied, maar vallend binnen de maatschappelijk bepaalde ventiel- en loketfuncties.

Het specifieke van het taakgebied van de huisarts is, dat dit ruimer is dan zijn deskundigheidsgebied. Het forum van huisartsgeneeskundigen (de universitaire voorhoede en practici in samenspraak met beleidsfiguren) zal de breedte en de diepte van deze twee typen „deskundigheid” moeten bepalen. Een eerste aanzet daartoe is gegeven met het rapport *Hoe helpt de dokter?*, het rapport *De taken van de huisarts* en het *Paradigmanummer* van huisarts en wetenschap.

De huisarts is specialist in specifiek huisartsgeneeskundige probleemoplossingsprocessen. Voor een beperkt aantal problemen kan de huisarts de

oplossing bieden. Voor het grootste deel gaat het hier om vragen om hulp op somatisch-medisch gebied (verwijzen naar een tweedelijns specialist wordt ook als een oplossing van het probleem gezien).

Maar ook op psychosomatisch en psychosociaal gebied is het sommige huisartsen gegeven de oplossing voor de aangeboden problemen te bieden. Hoewel de opleiding tot basisarts voornameerlijk beperkt blijft tot het oefenen in medisch-somatisch oplossen van problemen, kan men niet volhouden dat het dagelijkse werk van de huisarts daartoe beperkt blijft. Meestal leert de praktijk de huisarts een echte deskundige te worden op andere dan somatische gebieden.

Taak 1 betreft wel een beperkt klachtengebied en vereist een probleemoplossingsproces van een bepaald type, van een bepaald niveau. Het is belangrijk dit taakgebied te onderscheiden van taak 2.

Specialist in noodoplossingen: de maatschappelijk bepaalde ventiel-en loketfunctie van de huisarts. De huisarts biedt noodoplossingen voor problemen die liggen buiten zijn deskundigheidsgebied, dat samenvalt met wat wij taak 1 hebben genoemd. Het lijkt alsof de huisarts ook een soort „specialist” is in het antwoorden op vragen om hulp buiten zijn deskundigheidsgebied. Niet alleen de voortgang van de medische wetenschap op zich, maar ook maatschappelijke ontwikkelingsprocessen (secularisatie, steeds verder gaande industrialisatie, verstedelijking) hebben het tweede grote taakgebied van de huisarts bepaald. Dat het van alle hulpverleners juist de huisarts is, die deze maatschappelijk bepaalde functies verricht, hangt samen met zijn plaats in het gezondheids- en welzijnszorgsysteem. Het is een taak van het forum van huisartsgeneeskundigen en de overheid, de omvang van het problemenveld behorend bij taak 2 aan te geven.

Ook bij taak 2 kan gesproken worden van een bepaald type probleemoplossingsproces, van een bepaald niveau, soms meer, soms minder te onderscheiden van dat behorend bij taak 1. Het gaat hierbij om noodoplossingen buiten het eigen deskundigheidsgebied. Met de toevoeging „nood” aan „oplossing” wordt aangegeven dat de samenleving aan de huisarts problemen voorschotelt, die hij door hun specifieke geaardheid nooit volledig kan oplossen: werkeloosheid, echtscheiding, ouder-

dom, dood, milieuziekten, generatieconflicten, eenzaamheid, woonproblematiek, discriminatie etcetera. Dergelijke problemen vallen onder taak 2, maar worden door de patiënt vaak verpakt in een vraag om hulp, die valt onder taak 1. Voorbeeld: de patiënt heeft vage lichamelijke klachten en voelt zich eenzaam. Als hij zich niet eenzaam zou voelen, zouden zijn vage klachten er misschien nog wel zijn, maar dan zou hij niet naar de dokter gaan. Nu gaat hij wel naar zijn huisarts met zijn vage klachten in de hoop dat Vader een Wonder zal verrichten: het wegnemen van de eenzaamheid.

„Antwoorden” op oneigenlijke vragen hebben het karakter van een noodoplossing: er wordt een beroep gedaan op een niet-aanwezige, maar – althans voor de niet-geinformeerde patiënt – wel aanwezig schijnende competentie. Het problematische van het takenpakket van de huisarts – het bieden van een beperkt aantal oplossingen én noodoplossingen – is juist die tweeledigheid: het is een dubbelrol die gemakkelijk kan leiden tot conflicten. De dokter kan de twee zeer verschillende rollen niet uit elkaar houden; de verschillende strategieën ter oplossing van de problemen gaan elkaar doorkruisen.

Ook de patiënt kan bijdragen tot de rolvervaging door een vraag te stellen, die thuishoort in taakgebied 2, maar een antwoord te verwachten dat hoort bij taak 1.

Noodoplossingen en afhankelijkheid

Tussen elke „probleemaandragers” en probleemoplosser komt een afhankelijkheidsrelatie tot stand. Men zou kunnen stellen dat de huisarts sterk asymmetrische afhankelijkheidsaspecten in de relatie introduceert, wanneer hij oplossingen biedt voor problemen op voor hem „oneigenlijke” gebieden. De afhankelijkheid van de patiënt wordt vergroot zonder dat daar oplossingen voor de gestelde problemen tegenover staan: steeds antwoord geven op voor de huisarts oneigenlijke vragen versterkt de afhankelijkheid van de patiënt. De patiënt krijgt het gevoel dat er toch iemand is die de oplossing heeft voor zijn problemen. De prijs van de afhankelijkheid van deze machtige vader- en/of moederfiguur, de huisarts, wordt graag betaald. Dit wordt vaak niet zo ervaren maar uit zich in de strijd om de verwijskaart, in het „dokter, is er toch echt niet iets verkeerd met me?”, in het „wat denkt U van acu-

punctuur, relatietherapie, echtscheiding, valium?”.

Toch is dit, zoals gesteld, een belangrijk werkterrein van de huisarts. De huisarts heeft de onmogelijke taak toebedeeld gekregen de patiënt uiteindelijk duidelijk te maken dat deze hulp zoekt voor problemen waarvoor de samenleving als geheel geen duidelijke oplossing heeft, en ook de huisarts niet. De patiënt zal er zijn oplossing (die vaak geen oplossing in de ware zin des woords is) voor moeten vinden. De huisarts kan de patiënt begeleiden bij dit proces, dat vaak het karakter van een rouwproces heeft, met alle fasen van dien.

Wat kan de huisarts doen?

Het bieden van noodoplossingen door de huisarts is niet te vermijden in onze samenleving, maar het is wenselijk het neveneffect (het vergroten van de afhankelijkheid) te controleren en nadelige werking ervan te verminderen. Aangezien de huisarts met de patiënt een langdurige en persoonlijke relatie aangaat, kan hij de patiënt leren, duidelijk onderscheid te maken tussen zijn twee taken. Het leren maken van dit onderscheid – tijdens ieder spreekuurcontact – voorkomt dat de patiënt onnodig afhankelijk wordt van de huisarts. Zo kan de patiënt de huisarts aanspreken in diens „eigenlijke” deskundigheid. Hiervoor is een bij beide partijen, waarschijnlijk moeizaam verlopend, bewustwordingsproces vereist. De eigen verantwoordelijkheid van patiënten voor hun gezondheid, ziekte en problemen wordt in de media steeds meer benadrukt. De individuele patiënt wordt hierdoor beïnvloed.

Door het wegvallen van externe bedreigingen als gevolg van de toegenomen welvaart in de jaren 1960 – 1975 lijkt er meer ruimte te zijn gekomen voor het beleven van spanningen tengevolge van intrapsychische en relationele conflicten. De huisartsen, onvoorbereid op deze „milieuziekten”, hadden de neiging deze problematiek op dezelfde wijze aan te pakken als lichamelijke problemen, zeker wat betreft het nemen van beslissingen en het aan zich trekken van verantwoordelijkheid.

Anderzijds is er door hulpverleners uit de psychosociale hoek steeds weer op gewezen hoe belangrijk het is dat de hulpvrager zelf de verantwoordelijkheid behoudt voor het hanteren van zijn problematiek. Men kan als hulpverle-

ner de problemen van een ander niet oplossen. Wel kan men de ander behulpzaam zijn bij het vinden van een oplossing. Slechts in dit opzicht mag de hulpvrager afhankelijk worden van de deskundigheid van de hulpverlener. Dit is alleen mogelijk wanneer de hulpverlener ervoor zorgt zijn macht zo beperkt mogelijk te houden.

Dit geldt voor huisartsen als zij zich bezighouden met somatische en psychosociale problematiek. Alleen is het afhankelijkheid vergrotende aspect in de relatie met een patiënt met psychosociale problemen moeilijker te herkennen, subtieler. Ook als het om somatische problematiek gaat, is het belangrijk de patiënt zoveel mogelijk zijn eigen verantwoordelijkheid te laten, hem niet meer en langer afhankelijk te houden dan medisch strikt noodzakelijk is. Aan de hand van twee geheel verschillende voorbeelden kan dit toegelicht worden.

Het hanteren van de afhankelijkheid tijdens het hulpverleningsproces. Tijdens de exploratie moet de patiënt de ruimte hebben om op zo onafhankelijk mogelijke wijze zijn vraag, problemen en verwachtingen naar voren te brengen. In de fase van het medisch onderzoek is hij geheel afhankelijk van de dokter. Na informatie over de uitslag van het onderzoek en verduidelijking ervan, hoort de patiënt wederom in een onafhankelijke opstelling (mee) te beslissen over het al of niet behandelen en over de wijze waarop.

Het hanteren van afhankelijkheid tijdens het verloop van een ziekteproces. Een ernstig zieke patiënt is in hoge mate afhankelijk van zijn dokter. Tijdens het herstel dient hem zijn eigen verantwoordelijkheid weer teruggegeven te worden; hij moet minder afhankelijk van de dokter worden.

Er is een toenemend verzet waar te nemen onder autoriteiten, zoals dokters, tegen het aan zich trekken van verantwoordelijkheid. Dit is al merkbaar in de beroepsopleiding tot huisarts.

Wat zijn de nadelen voor de huisarts, verbonden aan een sterke afhankelijkheid van zijn patiënten? Naarmate de patiënten sterker afhankelijk zijn van de huisarts, zullen de neiging en het vermogen tot zelfhulp kleiner worden. Er zal steeds vaker een beroep op hem gedaan worden, er treedt een soort verslaving aan de dokter op. Als je de indruk wekt voor alles een oplossing te hebben zal je voor steeds meer problemen om een oplossing worden gevraagd.

Het professionaliseren van de huisartsgeneeskunde

Er wordt momenteel aan de universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde en door de practici getracht een eigen probleemoplossingsstrategie te ontwikkelen voor vragen om hulp die vallen onder taak 1. Deze probleemoplossingsstrategie is naar het zich laat aanzien van een enigszins andere aard dan die van medische specialisten. De breedte (reikwijdte) en de diepte (niveau) moeten vastgelegd worden. Het verband tussen de specifieke deskundigheid, nodig voor taak 1, en de vooropleiding van de huisarts zal nader uitgewerkt moeten worden. Ook bij niet-somatische klachten zal de huisarts in de eerste plaats vanuit een somatisch-medisch perspectief werken, maar dat is een ander perspectief dan dat van de specialist. Vaak laat de huisarts de klachtenstroom over zich heen komen, laat hij zich gebruiken als praatpaal, steunpilaar, terwijl toch zijn medisch-somatische deskundigheid en eventuele deskundigheid op het gebied van psychosociale „eerste hulp” zijn richtsnoer blijft.

Het professionaliseren van taak 2 (het bieden van noodoplossingen) zal moeten leiden tot het leren beheersen van het (afhankelijkheid vergrotende) effect van ingaan op „oneigenlijke” vragen om hulp. Daarover is tot nu toe weinig nagedacht in de huisartsenwereld. Hiervoor moet een eigen hulpverleningsstrategie, met een bepaalde reikwijdte, van een bepaald niveau en afwijkend van die voor taak 1, ontwikkeld worden. In dit opzicht valt veel te leren van de theorie over de psychoanalytische praktijk, met name over het hanteren van overdracht en tegenoverdracht door psychoanalytici. In de huisartsgeneeskundige wereld zijn de eerste aanzetten hiertoe gegeven door *Balint*, *Balint* and *Norell* en in ons land *Van Lidth de Jeude*.

De huisarts komt, gegeven de afhankelijkheidsrelaties die hij aangaat, te snel en te vaak met antwoorden antwoorden op oneigenlijke vragen, terwijl het de patiënt misschien vooral te doen is om die afhankelijkheidsrelatie (deze overdrachtsrelatie). Het is dan de taak van de huisarts om aan de patiënt – als hij tijd en zin heeft – zo'n weerstandsvorm te gunnen, en deze heel geleidelijk aan te bewerken. In dit verband is de kritiek van *Kortbeek* interessant. Hij vindt het zeer opmerkelijk dat in het rapport *de taken van de huisarts* het begeleiden niet als speciale taak ge-

noemd wordt. De huisarts én de patiënt maken hun wederzijdse, maar asymmetrische afhankelijkheidsrelatie verwarrend door het invoeren van oplossingen voor problemen waarvoor vaak geen oplossingen zijn of voor problemen waarvoor eigenlijk geen oplossing is gewenst.

Een nauwkeurige analyse van de overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties van de patiënt en zijn huisarts zal wellicht aan het licht brengen hoe moeilijk beiden het vinden om met gevoelens van onmacht, machteloosheid en afhankelijkheid om te gaan. In de praktijk zal dit bewustwordingsproces nogal eens moeilijkheden opleveren. In de eerste plaats zijn alle huisartsen boven de vijftiendertig jaar nog opgeleid in het werken volgens het model „doctor knows best”, de patiënt is totaal onwetend en onkundig; als hij wel wat weet, is dat alleen maar lastig. Aan de andere kant is veel patiënten geleerd zich zo afhankelijk mogelijk op te stellen tegenover de dokter. Huisartsen zullen een training nodig hebben, voor patiënten is een heroriëntatie met betrekking tot hun houding tegenover gezondheid, ziekte en dokters noodzakelijk. Beiden zullen een lang in stand gehouden gewoonte moeten afleren. Geen eenvoudige zaak!

In de tweede plaats kunnen ook onbewust werkende factoren een rol spelen. Daarom wordt hier het belang benadrukt van enig inzicht in psychoanalytische „instrumenten” als overdrachts- en tegenoverdrachtsanalyse, weerstandsanalyse (zie voor een leesbare inleiding *Bruggeman*). Deze factoren liggen in de sfeer van het persoonlijke functioneren van de dokter (*Van der Kooy*). Het is natuurlijk vleidend als de machtige, grote vader of moeder beschouwd te worden door een afhankelijke, onmondige patiënt. Het geeft voedsel aan gevoelens en ideeën van grootheid, die aan ieder mens eigen zijn en zeker aan dokters niet vreemd. Ook dieper liggende, onbewuste mechanismen kunnen werkzaam zijn. Een dokter die onbewust iedere relatie beleeft als een strijd om de macht waarin je moet zorgen de sterkste te zijn, zal dit ook tegenover zijn patiënten doen. Interacties van deze soort zijn uitgewerkt in de psychoanalyse.

Overdracht in de huisartsensetting kan men zien als hervorming van gevoelens, gedachten en handelingen van de patiënt door toevoeging van vroegere wensen, gevoelens en ervaringen aan de actuele gevoelens, gedachten en handelingen ten opzichte van de huis-

arts. Niet alleen de volwassen patiënt zit tegenover de huisarts, maar tegelijkertijd ook een angstig kind met een persoonlijke levensgeschiedenis met zijn ouders en broers en zussen.

De huisarts kan dan proberen zijn eigen emotionele reacties op de patiënt te onderzoeken. Dat zelfonderzoek naar de tegenoverdracht kan inzicht geven in wat er gaande is in de arts-patiënt-relatie. De manier waarop men omgaat met de rol van huisarts is mede bepaald door de eigen ervaringen in het gezin van herkomst, toen men zelf nog afhankelijk was van de vader (vaak ook een arts!) en de moeder en moest concurreren met broers en zusters.

Met nadruk wordt er van psychoanalytische zijde op gewezen dat overdracht en tegenoverdracht niet alleen een belangrijke rol spelen in de psychoanalytische setting maar werkzaam zijn in alle menselijke afhankelijkheidsrelaties; de gradaties en de hanteerbaarheid zijn verschillend. Deze fenomenen spelen naar mijn mening in de huisarts-patiënt-relatie een zeer grote, maar weinig bewust gehanteerde rol. Het is belangrijk dat de overdracht en de tegenoverdracht goed gehanteerd worden. De huisarts moet bereid zijn deze dimensies tijdens het contact met de patiënt voortdurend in het oog te houden. Ook moet hij bereid zijn de hand in eigen boezem te steken door middel van kritisch beschouwen van zijn eigen persoonlijk functioneren.

Wat is de concurrentiestrategie van huisartsen?

Wat ik zo ingewikkeld vind aan huisartsgeneeskunde is dat men niet uit elkaar kan houden wanneer het binnen dit vak om een zakelijke discussie gaat en wanneer politieke, emotionele, economische argumenten de boventoon voeren. Het gedrag van patiënten naar huisartsen toe maakt dit zeker niet helderder; het lijkt alsof zij belang hebben bij het mystificeren van functie en taken van de huisarts.

Zijn de huisartsen en de beroepsorganisaties bereid tot het uitsplitsen en begrenzen van hun deskundigheid? Het is mogelijk dat het niet duidelijk aangeven van een specifieke deskundigheid – wat volgens mij samengaat met het vergroten van niet-wederkerige afhankelijkheid in de arts-patiënt-relatie – economische voordelen heeft. Bij een krappe arbeidsmarkt is mystificatie van functies, mits het onderhavige beroep een hoge status heeft, een voordelige concurrentiestrategie.

De mogelijkheid bestaat dat de functie van de huisarts gemystificeerd wordt, opdat de afhankelijkheid groot blijft en de klantenbinding safe gesteld wordt. Het ziet er echter naar uit dat het steeds groeiende „consumentisme” en de cliëntenbeweging deze, niet opzettelijk bedoelde maar maatschappelijke bepaalde, concurrentiestrategie zullen ondermijnen door hun steeds verder gaande kritiek op het functioneren van de huisarts.

Samenvatting. Het is een maatschappelijk gegeven dat het taakgebied van de huisarts ruimer is dan het terrein van zijn specifieke deskundigheid. Daarom is de afhankelijkheid van de patiënt vooral bij het bieden van noodoplossingen buiten het gebied van de eigen deskundigheid een kernprobleem voor de huisarts. Het bieden van noodoplossingen vergroot de afhankelijkheid van de patiënt; een poging wordt gedaan een bijdrage te leveren aan de bewustwording van dit effect. Overdrachts- en tegenoverdrachtsanalyse kunnen daarbij van nut zijn. Uiteindelijk is de vraag of de huisartsen bereid zijn hun functies te verduidelijken en vast te leggen: hoe willen zij professionaliseren?

Summary. Dependency – a crucial problem for the general practitioner. It is a social fact that the range of tasks for the general practitioner exceeds his area of expertise. This is why the patient's dependency, particularly in terms of emergency solutions offered outside the area of expertise, is a crucial problem for the general practitioner. This offering of emergency solutions increases the patient's dependency; an attempt is made to contribute to the realization that this effect exists. Transference and countertransference analyses can be of use in this context. The ultimate question is whether general practitioners are prepared to elucidate and define their functions: how do they want to professionalize?

Balint, E. and J. S. Norell. Six minutes for the patient. Tavistock, London, 1973.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman, London, 1964.

Bruggeman, J. A. Psychoanalyse: theorie en praktijk. In: A. Cassee, P. Boeke en J. T. Barendregt (red.). Psychotherapie in Nederland. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.

Es, J. C. van. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1974.

Hoe helpt de dokter. Interimrapport, samengesteld door de werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Utrecht, 1975.

Kooy, S. van der, Het persoonlijk functioneren van de huisarts. In: (1976) huisarts en wetenschap 19, 23.

Kortbeek, L. H. Th. S. De inbreng van de huisarts in de gezondheidszorg. In: (1978) Metamedica 57, 34-46.

Lidth de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.

Paradigmanummer. (1978) huisarts en wetenschap 21, 445-500.

Swaan, A. de. De mens is de mens een zorg. Over verstatelijking van verzorgingsarrangementen. In: (1976) De Gids 139, nr. 1/2.

Taken, De, van de huisarts. Rapport door de Commissie Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging. In: (1977) MC 32, 765-789.

Nota Bene

De relatief grote sterfte van mannen aan hartinfarct geeft te denken over de onderdrukking van de man. (Stelling bij het proefschrift Molecular models for cholesteric and smectic liquid crystals, B. W. van der Meer, Groningen 1979).

De huisarts is niet opgeleid om op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek een sportbeoefenaar te adviseren op welke manier hij sport zou kunnen beoefenen. (Stelling bij het proefschrift Regulatie van de gemiddelde bloedstroom tijdens inspanning, P. G. A. Versteeg, Vrije Universiteit Amsterdam 1979).

Bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor ischemische hartziekten kan nuttige, praktische consequenties hebben; bevolkingsonderzoek naar ischemische hartziekten kan individueel traumatisch zijn en heeft alleen consequenties voor research. (Stelling bij het proefschrift Myocardial infarction in young adults, G. K. David, Amsterdam 1979).

(1979) huisarts en wetenschap 22, 287