

### *De beeldvorming van de huisartsen omtrent de geestelijke gezondheidszorg en hun plaats in deze zorg*

door Dr. A. C. ZWEENS—WIERSEMA, sociologe

(verbonden aan de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen.

Hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk)

Allereerst wil ik wijzen op de aparte plaats van de geestelijke gezondheidszorg in het geheel van de medische zorg. Vooral in de ogen van buitenstaanders is de psychiatrie een apart gebied, duidelijk onderscheiden van de andere medische specialismen. Op het eerste gezicht is men geneigd te stellen, dat de term geestelijke gezondheidszorg weliswaar een duidelijk onderscheid suggereert tussen de psychiatrie en de andere medische specialismen, maar dat hiermee de reële verschillen overtrokken worden en dat de afgrenzing in feite maar vaag is. Als men afgaat b.v. op de interne organisatie van een ziekenhuis steekt hier ook veel waars in, maar in de beeldvorming van de artsen, uitgezonderd wellicht de psychiaters, is het verschil tussen de geestelijke gezondheidszorg en de somatische specialismen groter dan dat tussen de somatische specialismen onderling.

Zowel tegen de psychiatrie en haar beoefenaren als tegen de psychiatrische patiënt wordt anders aangekeken dan tegen hun somatische tegenhangers, nl. nogal negatief.

Dat is niet altijd zo geweest, maar in de loop der eeuwen is er een tegenstelling ontstaan. Ferron, een Canadees psychiater wees er op dat de psychiatrie in de tijd van Hippocrates tot Galenus nog een hoog gewaardeerd onderdeel der geneeskunde vormde. Maar de Middeleeuwen rangschikten de psychiatrie onder de demonologie. Het Cartesiaanse dualisme van ziel en lichaam bracht de rationele rechtvaardiging voor deze scheiding, waarbij psychiatrie negatief beoordeeld wordt.

Een neerslag van deze visie vinden we in de landelijke pers. Philipsen<sup>1</sup> e.a. constateerden dat er in de landelijke pers sprake is van een negatieve sensationele berichtgeving aangaande psychiatrische onderwerpen. Dat ook bij medici een negatieve houding t.o.v. de psychiatrie bestaat, kan men afleiden uit de vaak nogal negatieve grapjes, die over dit vak worden gemaakt, b.v. in een kliniek voor de interne geneeskunde is (of was) het een staande uitdrukking als men een patiënt naar de psychiatrie wilde verwijzen: 'Laat een 'vieze pater' (psychiater) maar eens naar de patiënt kijken'.

De visie van velen uit de samenleving op de psychiatrische patiënt zal U ongetwijfeld bekend zijn. In ons land is hier door Weima<sup>2</sup> onderzoek naar verricht. Eerder was dit in Amerika door Nunnally<sup>3</sup> gedaan; de

\* Een volledig verslag van het in dit artikel genoemd eigen onderzoek wordt in september 1968 gepubliceerd.

laatste constateerde dat in zijn land de houding van de huisartsen t.o.v. de psychiatrie even negatief was als die van zijn medeburgers.

Na deze korte inleiding, waarin ik aandacht besteedde aan de bijzondere plaats van de psychiatrie binnen de medische wetenschap, zoals een buitenstaander deze ziet, wordt de geestelijke gezondheidszorg nader bekeken.

Elementen van de geestelijke gezondheidszorg, die we achtereenvolgens zullen bespreken zijn: de patiënten, de huisartsen en de gespecialiseerde psychiatrische instanties.

## DE PATIENT

Hoewel U ongetwijfeld weet wat een patiënt is, lijkt het me toch goed te wijzen op het verschil tussen de begrippen 'patiënt' en 'zieke'. Prof. Querido<sup>4</sup> heeft deze begrippen geoperationaliseerd. Hij stelt dat het begrip patiënt een sociaal-psychologisch, dus niet primair een medisch begrip is. Patiënt is een persoon, die, al of niet ziek, een arts in diens kwaliteit raadpleegt. Ziek, wel een medisch begrip, is een persoon bij wie objectieve tekenen aanwezig zijn van een gestoorde harmonie in zijn organisme.

Dat het zinvol is onderscheid te maken tussen deze beide begrippen toonde Van der Heide<sup>5</sup> duidelijk aan. Hij vond in een onderzoek bij ruim 3.000 personen, die geen patiënt waren, dus niet in behandeling bij een arts, gemiddeld 5 afwijkingen per persoon. Voor de helft van de gevonden afwijkingen was geen medische hulp ingeroepen. Volgens de genoemde definities was er bij deze personen wel sprake van ziekte, maar zij waren geen patiënt.

In de inleiding wees ik er op dat het negatieve oordeel dat vrij algemeen t.o.v. de psychiatrie bestaat, ook van toepassing is op de psychiatrische patiënt. Veel mensen consulteren, zoals Van der Heide aantoonde, hun huisarts niet voor een somatische ziekte. Vermoedelijk nog meer personen, bij wie psychische symptomen aanwezig zijn, zullen hiervoor hun huisarts niet consulteren. Zij willen dan ook geen patiënt der geestelijke gezondheidszorg worden, dit mogelijk voornamelijk omdat zij er niets voor voelen een psychiatrische patiënt te zijn.

Hier komt nog bij dat het niet tot de patiëntenrol behoort zich voor psychische klachten tot een huisarts te wenden. De patiëntenrol is het gedrag dat van een patiënt wordt verwacht. Komen personen toch zover dat ze hun huisarts consulteren, dan zal het vaak voorkomen dat ze alleen of bijna alleen somatische klachten noemen, ook al zijn ze zich wel bewust van de psychische klachten.

## DE HUISARTS

De huisarts is degene die een brugfunctie bekleedt tussen de psychiatrie en de somatische geneeskunde. Vrijwel altijd is hij het die bepaalt of

een patiënt een somatisch of een psychisch zieke is of dat er sprake is van een gecombineerd ziektebeeld. In de landelijke pers krijgt de huisarts de laatste tijd veel aandacht. Er wordt druk geschreven over een mogelijk toekomstig tekort aan huisartsen.

Het percentage van de huisartsen van het totaal aantal artsen liep in ons land tussen 1934 en 1960 terug van 67% tot 34%. Met de toename van het aantal specialisten, gaat voor de huisarts een functieverschuiving gepaard; een verschuiving van 'cure' naar 'care'. De huisarts verwijst thans veel ziektegevallen, die hij voorheen zelf behandelde. De gedachte dat de huisarts nu minder patiënten te behandelen zou hebben dan voorheen en zo meer tijd per patiënt heeft, is evenwel onjuist; dit blijkt wel duidelijk als men leest over de gemiddelde tijd die de huisarts per consult heeft. Gezien de tijdnood, waar veel huisartsen mee te kampen hebben, ligt het voor de hand dat zij hooguit voor een enkele patiënt tijd hebben hem of haar in een tijdrovende gesprekstherapie te nemen. Dikwijls zullen de huisartsen voor psychiatrische patiënten moeten volstaan met een recept en een letterlijk of figuurlijk klopje op de schouder.

Verwijzing van de patiënt is natuurlijk ook mogelijk. Dit kan geschieden niet zo zeer omdat een behandeling boven het kunnen van de huisarts ligt, maar omdat hij er zelf niet aan toe komt.

#### DE SPECIALISTISCHE PSYCHIATRISCHE INSTANTIES

Na de tweede wereldoorlog komen er diverse nieuwe specialistische psychiatrische instanties bij. De instellingen van de geestelijke gezondheidszorg werken zelfstandig en ieder bepaalt tot op zekere hoogte zelf wat zijn werkterrein is. Daardoor is het geheel van deze diensten geen organisatie, althans geen organisatie als doelgroep, zoals b.v. een onderneming, waar de taken efficiënt en weloverwogen zijn verdeeld. Wel is er een tendens merkbaar van een overgang van een geheel van zelfstandige, van elkaar onafhankelijke instanties naar een organisatie van diverse diensten met een onderlinge taakverdeling. De overheid stimuleert o.a. door haar subsidiebeleid deze ontwikkeling.

De snelle uitbreiding van het aantal gespecialiseerde psychiatrische instanties heeft tot gevolg dat het geheel van de geestelijke gezondheidszorg min of meer onoverzichtelijk wordt voor de huisarts. Dit kan bezwaarlijk zijn voor zijn verwijzingspolitiek.

#### HET EIGEN ONDERZOEK

Nu ben ik op het punt gekomen waar het wenselijk is iets te zeggen over een onderzoek dat ik in 1961 verrichtte in de provincie Groningen onder de hier gevestigde huisartsen.

Als sociologe, verbonden aan de psychiatrische universiteitskliniek, heb ik getracht na te gaan welke de perceptie is, die de huisartsen hebben van de psychiatrie en wat de activiteiten zijn die de huisartsen op het

terrein van de geestelijke gezondheidszorg ontplooiën.

In het kader van dit onderzoek zijn ruim 50 huisartsen geïnterviewd, terwijl aan een enquête 153 van de 200 in totaal aanwezige huisartsen hun medewerking verleenden.

In het volgende zullen een aantal resultaten van dit onderzoek worden weergegeven. Ik wijs er met nadruk op, dat de cijfers die worden genoemd, de perceptie van de huisartsen weergeven. De getallen schetsen het beeld dat de huisartsen zich gevormd hebben van de geestelijke gezondheidszorg.

Als eerste noem ik *de kennis van de psychiatrie van de huisartsen*. Op enkele punten is nagegaan in hoeverre moderne psychiatrische inzichten de huisarts in zijn praktijk bereiken. Hem is b.v. gevraagd of hij het alcoholisme ziet *a.* als een gevolg van karakterafwijkingen waaraan weinig te doen is, of *b.* als een psychisch ziektebeeld waarvoor de hulp van een deskundige dient te worden ingeroepen, of *c.* als een sociale misstap, zodat het eerder een zaak voor de justitie dan voor medici is.

Ongeveer een vijfde van de huisartsen zag het alcoholisme *niet* als een psychisch ziektebeeld, maar als een karakterafwijking waaraan weinig te doen is; terwijl een enkeling het beschouwde als een sociale misstap. In de praktijk betekent dit, dat ruim 20% van de huisartsen een alcoholist zeer waarschijnlijk niet naar een psychiatrische instantie verwijst, als zij met een dergelijke patiënt in aanraking komen. Opvallend was dat er geen verband bleek te bestaan tussen de leeftijd en het jaar van afstuderen van de huisarts en zijn visie op het alcoholisme. Dit duidt aan dat moderne inzichten de huisarts in zijn praktijk vaak bereiken, maar ook dat een recente moderne opleiding niet altijd garandeert, dat de huisarts een moderne visie heeft.

#### SCHOLING EN NASCHOLING IN DE PSYCHIATRIE VAN DE HUISARTS

In ons onderzoek is voorts de mening van de huisartsen gepeild over de psychiatrische opleiding van de huisarts. Ruim 75% van de huisartsen vond het gewenst dat er in de opleiding van de arts meer aandacht aan de psychiatrie wordt besteed. Belangstelling voor een overzichtelijke handleiding ter diagnostisering en benadering van psychisch gestoorde patiënten bleek bij vrijwel alle huisartsen te bestaan.

In de psychiatrie is een snelle ontwikkeling gaande. Het is de vraag hoe de nieuwe inzichten de gevestigde huisarts bereiken. Eén van de mogelijkheden is via de klinische avonden voor de huisartsen. Als er in de toekomst meer van deze avonden aan de psychiatrie gewijd zullen zijn, zal circa een vijfde van de geënquêteerde huisartsen door tijdgebrek hier niet aan kunnen deelnemen, terwijl ook een vijfde van de huisartsen er zeker aan zal deelnemen; ongeveer 3% van de huisartsen vond deelname aan deze avonden voor de huisarts weinig zinvol, de overige huisartsen — ruim de helft — zullen deelnemen als ze er tijd voor hebben.

Een soortgelijk beeld gaven de antwoorden te zien op de vraag betreffende een eventuele deelname van de huisarts aan een psychotherapeutische studiegroep. Wel waren er meer huisartsen die hier geen tijd voor hebben, terwijl in dit geval 8% van de artsen deelname aan een dergelijke groep voor de huisarts niet zinvol vond.

Slechts 12% van de huisartsen leest regelmatig psychiatrische artikelen uit de tijdschriften.

Samenvattend kan er gezegd worden, dat hoewel er bij de overgrote meerderheid der huisartsen een zekere belangstelling bestaat voor psychiatrische nascholing, slechts een deel van hen kans ziet hier actief aan deel te nemen.

Men kan er, heel idealistisch, wel van uitgaan dat nascholing van alle huisartsen ook in de psychiatrie, noodzakelijk, althans zeer wenselijk is, in de praktijk blijkt evenwel dat dit geen haalbare kaart is. Veel huisartsen hebben er eenvoudig geen tijd voor.

#### DE PERCEPTIE VAN PSYCHISCH BEPAALDE OORZAKEN

Om een indruk te krijgen bij hoeveel patiënten de huisarts zijns inziens te maken heeft met overwegend psychische factoren, is hem gevraagd: *a.* bij welk deel (bij benadering) van de patiënten er sprake is van een overwegend somatisch bepaalde oorzaak, *b.* bij welk deel van een overwegend psychisch bepaalde oorzaak en *c.* bij welk deel van een combinatie van een somatisch en een psychisch bepaalde oorzaak. De huisartsen waren gemiddeld van mening dat er ongeveer bij de helft van hun patiënten sprake is van een overwegend somatisch bepaalde oorzaak; bij een kwart van een overwegend psychisch en bij een derde van een combinatie van een somatisch en psychisch bepaalde oorzaak. Hieruit blijkt dat de huisartsen waarnemen, dat zij bij veel patiënten te maken hebben met overwegend psychisch bepaalde of mede psychisch bepaalde oorzaken.

#### DE HUISARTS ALS WERKER DER GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Van belang is te weten welk percentage van de patiënten met psychische moeilijkheden de huisarts zelf behandelt. In dit opzicht bleken de huisartsen onderling sterk te verschillen; b.v. 15.7% van de huisartsen behandelt zelf meer dan vier vijfde van deze patiënten en 8.5% van hen minder dan één vijfde. Gemiddeld bleek de huisarts ongeveer 55% van zijn patiënten met psychische moeilijkheden zelf te behandelen.

De vraag waar we nog op terug zullen komen is: wat gebeurt er met de patiënten met psychische moeilijkheden, die de huisarts niet zelf behandelt?

## DE SAMENWERKING VAN DE HUISARTS MET DE GESPECIALISEERDE PSYCHIATRISCHE INSTANTIES

Hoe belangrijk is de psychiatrie als specialisme voor de huisarts in vergelijking met andere specialismen? In de enquête is de huisartsen gevraagd 6 specialismen, te weten kindergeneeskunde, gynaecologie, interne geneeskunde, psychiatrie, chirurgie en neurologie, te nummeren in volgorde van belangrijkheid voor de huisarts. Psychiatrie was van deze specialismen voor de huisartsen het minst belangrijk. De gemiddelde huisarts heeft blijkbaar relatief weinig te maken met psychiatrische specialistische instanties, mogelijk doordat de huisarts relatief weinig psychiatrische patiënten verwijst.

Welke verwijzingscriteria hanteert de huisarts voor de verwijzing van psychiatrische patiënten? De belangrijkste reden voor verwijzing, zowel voor opname als voor een poliklinische behandeling, is dat de toestand min of meer onhoudbaar is geworden, daar de huisarts er niet meer mee uitkomt. Gemiddeld verwijst de huisarts per jaar 3 patiënten voor een klinische en 9 patiënten voor een poliklinische psychiatrische behandeling. In totaal is dit  $\pm 0.5\%$  van alle patiënten en minder dan 2% van de verwijzingen. Dit is opmerkelijk als we bedenken dat de huisartsen meedeelden, dat bij een kwart van hun patiënten er sprake is van een overwegend psychisch bepaalde oorzaak en bij een derde van een combinatie van een somatisch en psychisch bepaalde oorzaak.

Wel is duidelijk dat maar een enkele van deze patiënten voor een psychiatrische behandeling wordt verwezen. De huisarts behandelt, zoals reeds is gezegd, zelf ongeveer 55% van deze patiënten. Waarom worden de overige patiënten bij wie sprake is van een overwegend psychisch bepaalde oorzaak niet psychiatrisch behandeld? Is dit misschien niet zinvol omdat een behandeling weinig of niets uithaalt? Zijn er niet voldoende psychiaters aanwezig om al deze patiënten te behandelen? Of zijn de natuur en de tijd de beste geneesheer voor veel van deze patiënten? Kan verwijzing van deze patiënten soms niet plaatsvinden, wegens het verzet van de patiënt tegen een psychiatrische behandeling?

Hoewel vanuit mijn onderzoek het niet mogelijk is op al deze vragen een antwoord te geven, kan er wel iets gezegd worden over de visie van de huisartsen op de therapeutische mogelijkheden van de psychiatrie.

Voor patiënten met een neurotische karakterstructuur heeft volgens ruim een derde van de huisartsen een contact met de huisarts bijna altijd meer zin dan een psychiatrische behandeling, ruim de helft van de artsen vindt dat dit soms of incidenteel het geval is, terwijl slechts 6.5% van de huisartsen van mening is dat dit meestal niet het geval is. In hun mening over de positieve resultaten van de psychiatrie, vergeleken met die van andere medische specialismen, waren de geïnterviewde huisartsen nogal somber gestemd. De meerderheid vond die van

de psychiatrie zeer beperkt.

In hun visie op de psychotherapie waren de huisartsen verdeeld. 18% van hen was het volledig eens met de uitspraak: 'Psychotherapie heeft zelden een positief resultaat, 34% was het hier ten dele mee eens, terwijl 36% het niet eens kon zijn met deze uitspraak.

Over het resultaat van een opname van een patiënt in een psychiatrische inrichting, waren de huisartsen optimistischer gestemd. Slechts 6% van hen vond dat bij terugkeer in de maatschappij een dergelijke patiënt gewoonlijk spoedig terugvalt in een zelfde toestand als voor de opname. Thans nog enkele woorden over de perceptie van de huisartsen betreffende het functioneren en de berichtgeving van psychiatrische instanties. Uit ons onderzoek bleek o.a. dat de visie van de huisartsen over het functioneren en de berichtgeving van een instantie samenhangen, b.v. een huisarts is van mening dat de psychiatrische inrichtingen minder goed functioneren, omdat ze dikwijls geen patiënten kunnen opnemen. De sociaal psychiatrische dienst functioneert, volgens dezelfde huisarts redelijk, want 'ze doen hun best' de gewenste opname te verzorgen. Doordat de communicatie met de laatste instantie goed is, is deze huisarts min of meer tevreden over het functioneren van deze dienst.

Voorzien de diverse specialistische psychiatrische instanties voor de huisartsen wel in een bestaande behoefte?

Volgens een vijfde van de geïnterviewde huisartsen doen het medisch consultatiebureau voor alcoholisme en het medisch opvoedkundig bureau dit niet. Veel andere huisartsen hebben zich hierover nog geen mening gevormd. Nog minder huisartsen zijn van mening dat de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden in een bestaande behoefte voorzien.

Kort samengevat kunnen we zeggen:

- 1 De huisartsen percipiëren bij bijna de helft van hun patiënten een overwegend psychisch of mede psychisch bepaalde oorzaak.
- 2 Veel van de patiënten met psychische stoornissen worden door de huisartsen zelf behandeld.
- 3 De huisartsen verwijzen relatief weinig patiënten voor een psychiatrische behandeling.
- 4 Een aantal patiënten bij wie een psychisch of mede psychisch bepaalde oorzaak is waargenomen, krijgt geen psychiatrische behandeling.
- 5 De huisartsen vinden de psychiatrische therapeutische mogelijkheden beperkt.

## SUMMARY

*This article reports some of the findings of a sociological inquiry into general practitioners' perception of mental health.*

*Main findings are: In about half of his cases the general practitioner considers psychological factors as the partial or most important cause of the complaints.*

*Only a part of these patients however receives psychiatric treatment from the general practitioner or — after referral — from a psychiatrist. Of the patients treated, the greater part is treated by the general practitioner himself, whereas only a small proportion is referred to a specialized psychiatric agency. As a possible explanation it is pointed out, that the general practitioner — as we found in our research — sees the therapeutic possibilities for psychiatric patients as more restricted than for somatic patients.*

#### LITERATUURVERWIJZINGEN

- 1 Philipsen, H. en A. C. de Graaf, 'Berichtgeving over lichamelijke en geestelijke gezondheid in vijf ochtendbladen', in: *Sociologische Gids*. 14e jaargang, no. 2, maart/april 1967.
- 2 Weima, J., *Beeldvorming ten opzichte van de geestelijk gestoorden*, (rapport van de Stichting Gemeenschap en Geestelijke Gezondheid, Leidschendam, 1962).
- 3 Nunnally, J. C., *Popular conceptions of mental health*. New York, Rinehart en Winston, 1961.
- 4 Querido, A., 'Patiënt en zieke', in: *Het Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 1962, blz. 97 t.m. 104.
- 5 Heide, R. M. van der, *Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40—65 jaar oud*. Dissertatie, Amsterdam 1959.

#### DE ONTWIKKELING VAN DE BALINT-GROEPEN IN NEDERLAND \*

*door J. J. C. MARLET, psychiater te Venray*

Hippocrates stelde omstreeks 400 vóór Christus, dat de geneeskunde drie factoren kent: de ziekte, de patiënt en de geneesheer. De geneesheer is de dienaar van de kunst; de patiënt moet samenwerken met de geneesheer om de ziekte te bestrijden. Niet geheel toevallig worden genoemde factoren teruggevonden in de titel van het boek 'The Doctor, his Patient and the Illness' dat de Londense psychiater Michael Balint in 1955 liet verschijnen en waarin hij de onvergankelijkheid van de hippocratische visie opnieuw bevestigde. Balint vormde met 14 huisartsen een werkgroep en stelde in eerste instantie de vraag welke geneesmiddelen gewoonlijk door de huisarts worden voorgeschreven. Bij de discussie bleek al spoedig dat verreweg het meest gebruikte geneesmiddel in de algemene praktijk... de dokter zelf was. De studiegroep kwam al verder pratend, weldra tot de bevinding dat er van dit belangrijke 'geneesmiddel' nog geen farmacologie bestaat, anders gezegd: in geen enkel leerboek treft men richtlijnen aan voor de dosis waarin de dokter zichzelf moet voorschrijven, in welke vorm, hoe vaak, wat de onderhoudsdosering moet zijn, en nog minder vindt men over de ongewenste nevenwerkingen van dit geneesmiddel. Het voornaamste doel van de werkgroep werd een grondige bestudering van de steeds wisselende relatie tussen dokter en patiënt, m.a.w. van de

\* Voordracht gehouden op 12 april 1968 t.g.v. het I.M.A.-Seminar in Mariazell/Austria.