

WAAR LIGT DE DREMPEL?

Gesignaleerde knelpunten tijdens de werkzaamheden als tweedelijns GGZ-medewerker binnen de huisartsenpraktijk.

Inleiding

Medio 1998 ging binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Midden-Brabant te Tilburg het project "GGZ op Afroep" (GOA) van start. Het project hield in dat drie medewerkers van de GGZ (een maatschappelijk werkster, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een psychologe) voor een aantal dagdelen per week elk werkzaam waren binnen drie huisartsenpraktijken. Het doel hierbij was om de (tweedelijns) GGZ-hulp toegankelijker te maken voor die patiënten (Alhoewel men binnen de GGZ over het algemeen gewend is om over cliënten te spreken, zal ik me in dit artikel bedienen van de term "patiënt" zoals dat in de huisartsenpraktijk gebruikelijk is. Daar waar ik over patiënt spreek, bedoel ik uiteraard ook patiënte en ook de huisarts en de GGZ-medewerker kunnen zowel man als vrouw zijn). die potentieel baat zouden kunnen hebben bij psychologische hulp, maar voor wie de drempel daartoe nog erg hoog was. Vaak deden zij dan wel een veelvuldig beroep op de huisarts. Aangezien uit prevalentieonderzoek (Üstün, 1995) blijkt dat ongeveer 20% van de huisartspatiënten per jaar psychosociale problemen heeft, gaat het daarbij om een enorme doelgroep. Als gemiddelde praktijkgrootte wordt 2500 patiënten gerapporteerd. Uit onderzoek van Bensing en Sluijs (1984) kwam ook naar voren dat de huisarts gemiddeld zo'n 1700 spreekuur-gesprekken per jaar voert over psychosociale problemen en ook nog eens 3800 over zogeheten "verhulde" psychosociale problemen.

Hierbij bleken de termen psychosociale of "verhulde" psychosociale problematiek moeilijk eenduidig te definiëren, maar gedacht moet dan worden aan klachten die gecategoriseerd worden onder de noemer "angst, spanning, nervositeit, nerveus-functionele klachten, onrust, irritatie en stress". De consulten voor deze problemen nemen voor de

Mevrouw Eugenie Beijer

Auteur is werkzaam als klinisch psychologe-psychotherapeute binnen de GGZ Midden-Brabant te Tilburg en binnen een particuliere psychotherapiepraktijk te

huisartsen dus veel tijd in beslag. De vraag is waarom huisartsen weinig (zie verderop) van deze patiënten verwijzen naar het Instituut voor Maatschappelijk Werk (IMW) of de GGZ. In het onderstaande zullen een aantal knelpunten besproken worden. Een aantal hiervan zouden op het geringe aantal verwijzingen van invloed kunnen zijn. De "GGZ'er op Afroep" zou een belangrijke intermediërende en ontlastende rol kunnen spelen ten aanzien van de behandeling of verwijzing van patiënten met psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk. Aangaande de behandeling kan dan gedacht worden aan onderzoek, diagnostiek, advisering en kortdurende behandeling (vijf

gesprekken).

Naast het direct bieden van deze psychologische hulp aan cliënten zou de GGZ'er ook consultatie (Het begrip consultatie wordt in de praktijk op zeer uiteenlopende wijzen gebruikt. In de officiële omschrijving wordt consultatie gepresenteerd als een systematische vorm van indirect werken vanuit de GGZ die beoogt de mogelijkheden van de (eerstelijns) hulpverlener bij het omgaan met psychi(atri)e of psychosociale problemen te verbeteren. Consultatie onderscheidt zich van consult, advies of gesprek over verwijzing in het feit dat het gestructureerd is en dat de patiënt niet gezien wordt (bij consult wel). Bovendien is er bij consultatie –als onderdeel van de GGZ-dienstverlening- nooit sprake van een eigen GGZ-cliënt (NVAGG, 1986)) aan de huisarts kunnen bieden aangaande psychi(atri)sche problematiek en kan andersom de GGZ-medewerker direct gebruik kunnen maken van de somatische kennis van de huisarts en diens bekendheid met de patiënt. Via het GOA-project zou er sowieso meer bekendheid met elkaars werk en werkwijze kunnen ontstaan wat de samenwerking ten goede kan komen. Verderop in dit artikel zullen ook een aantal knelpunten aan de orde komen die vooral de samenwerking tussen de GGZ en de huisarts betreffen.

Aanvankelijk beperkte het GOA-project zich tot negen huisartsen en betrof het ook enkel patiënten uit de zogenaamde "achterstandswijken". Sinds het verschijnen van het evaluatierapport van Van de Boogaard (1999) behoort vanaf september 1999 de "GGZ'er op Afroep" echter tot het vaste dienstenaanbod van de GGZ. Op dit moment maken inmiddels al zo'n 70 huisartsen uit de regio er gebruik van. Tevens is de GGZ-medewerker sindsdien inzetbaar voor de gehele patiëntengroep van de huisarts.

"Drempels" die de psychologische zorg aan patiënten kunnen belemmeren.

Zoals ik in de inleiding reeds beschreef, is het GOA-project vooral gestart om de drempel die sommige mensen ten opzichte van GGZ-hulpverlening ervaren te verlagen. Tijdens mijn werkzaamheden als "GGZ'er op Afroep" viel mij echter op dat dit slechts één drempel is die de psychische hulpverlening aan patiënten kan bemoeilijken. Soms blijken er namelijk ook knelpunten aanwezig te zijn in de samenwerking tussen de patiënt en de huisarts en/of tussen de GGZ en de huisarts die een adequate hulpverlening in de weg kunnen staan. In het onderstaande wil ik op al deze drempels afzonderlijk nader ingaan. Alhoewel ik daarmee mogelijk suggereer dat deze drempels slechts gescheiden van elkaar voorkomen, is dat uiteraard niet zo. Soms spelen meerdere drempels tegelijkertijd een rol en werken ze op complexe wijze op elkaar in. Voor de duidelijkheid bespreek ik ze echter afzonderlijk.

De door mij gesignaleerde drempels zal ik aan de hand van korte beschrijvingen uit de praktijk toelichten. Hierbij zal ik ingaan op de mogelijke consequenties van het bestaan van deze drempels en hoe deze verlaagd zouden kunnen worden.

Alvorens ik van start ga met het nader bespreken van de eerste drempel, die vanuit de patiënt ten opzichte van de GGZ, wil ik een afbakening ten aanzien van de problematiek van de patiënt maken.

Alhoewel de bovenbedoelde drempels

zich naar mijn mening onafhankelijk van de aard van de problematiek van de patiënt kunnen voordoen, zal ik mij vooral richten op de patiënt met psychosomatische klachten. Daarbij ga ik uit van de definitie van Lipowski (1988) die zegt dat het dan gaat om mensen die de neiging hebben om psychosociale spanningen te ervaren en tot uitdrukking te brengen in lichamelijke klachten. De begrippen psychosomatische, onbegrepen of functionele lichamelijke klachten zal ik als synoniem aan elkaar gebruiken. Naar mijn mening dienen de drempels zich bij deze klachten het vaakst en duidelijkst aan. Een mogelijke verklaringsgrond hiervoor vind ik in het model dat Lamberts (1991) introduceert over de taxonomie (ordering) van diagnoses in de huisartsenpraktijk. Hij maakt daarbij een onderscheid tussen diagnoses die gebaseerd zijn op aantoonbare somatische oorzaken, de zogenaamde pathologische of pathofysiologische diagnoses, en diagnoses die zich niet kunnen beroepen op zo'n somatisch substraat (de nosologische diagnoses). In het eerste geval spreekt hij ook over "ziektes" terwijl er in de tweede situatie "enkel" sprake is van "symptomen". Voorbeelden van problemen die onder deze laatste groep vallen zijn nervositeit, relatie- en werkproblemen, maar ook de psychosomatische klachten. Ook voor deze laatste klachten kan geen pathologische of pathofysiologische verklaring gevonden worden terwijl er wel medische hulp voor gezocht wordt en de huisarts zich er ook verantwoordelijk voor voelt. Door het ontbreken van een aanwijsbare somatische basis kunnen dergelijke klachten niet objectief vastgesteld worden en bestaan ze enkel omdat er

hulp voor gezocht wordt. De verwarring en onduidelijkheid die het ontbreken van een pathologische of pathofysiologische diagnose met zich mee kan brengen, speelt naar mijn mening soms een rol in het ontstaan van knelpunten tussen de patiënt en de huisarts en/of de GGZ. De patiënt voelt zich namelijk lichamelijk ziek maar is het objectief niet. Wat voor hulp is daarbij gepast? De huisarts voelt zich daarnaast verantwoordelijk, maar kan zich tegelijkertijd ook machteloos voelen omdat een duidelijke medische diagnose ontbreekt.

De drempel vanuit de patiënt ten opzichte van de GGZ.

Voordat er überhaupt sprake kan zijn van een verwijzing naar de GGZ en eventuele knelpunten zich daarbij zouden kunnen voordoen, zal de patiënt met zijn klachten een beroep op de huisarts moeten doen. Uit onderzoek van Verhaak (1995) blijkt dat bepaalde patiëntengroepen duidelijk meer (psychosociale) stress voelen, maar niet vaker een beroep op de huisarts doen. Als voorbeelden worden dan genoemd: gescheiden vrouwen, ouderen, mensen zonder werk en weduwen/weduwnaars. Aangezien het buiten het bestek van het onderzoek viel, worden hiervoor geen redenen aangegeven. Enkel wordt gezegd dat zij kennelijk andere oplossingen voor hun mentale problemen hebben gevonden dan de medische zorg. Als er vervolgens al een beroep op de huisarts wordt gedaan vanwege klachten, dan is het ook nog maar de vraag of de patiënt ze benoemt als psychi(atri)sch en/of psychosociaal. (Hier wordt nog op teruggekomen.) Datzelfde geldt voor de huisarts. (Zie ook "De drempel tussen de huisarts en de GGZ".) Als dit alles wel het geval

is dan blijkt uit hetzelfde onderzoek van Verhaak (1995) dat de huisarts dan veelal zelf de behandeling op zich blijft nemen. Slechts in 3,7%

(Uit andere onderzoeken komen (uiteraard) andere cijfers naar voren. Brinkman *et al* (1992) komt uit op 22% verwijzingen naar willekeurige instanties/persoon op het gebied van psychi(atri)sche hulpverlening. Deze grote verschillen in percentages zullen ongetwijfeld voortkomen uit verschillen in onderzoeksvraag en patiëntendoeleinden) van de gevallen uit de onderzoeksgroep wordt voor

psychische hulp doorverwezen. Als belangrijk obstakel bij verwijzing wordt genoemd de weerstand die veel patiënten ten opzichte van psychische problematiek en psychologische hulpverlening hebben. Naar mijn mening heeft dit vaak te maken met de **beeldvorming** die de patiënt daarover heeft. Meestal gaat het dan om de gebruikelijke **stigmatiserende denkbeelden** als: "Als je daar komt ben je toch goed van het padje af" of "Ik ben toch niet gek?". Bij de patiënt met psychosomatische klachten speelt daarbij vaak nog dat er in eerste instantie **geen consensus bestaat over de probleemdefinitie**. Hiermee bedoel ik dat veel patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten vaak nog overtuigd zijn van een somatische oorzaak voor hun lichamelijk lijden. Zij voldoen dan dus (nog) niet aan de hierboven reeds genoemde voorwaarde voor verwijzing, dat zij hun klachten benoemen als psychi(atri)sch en/of psychosociaal van aard. Als zij zich desondanks op verwijzing van de huisarts toch bij de GGZ aanmelden, komen ze meestal met de mededeling: **"De dokter zegt dat het psychisch is"**. Bij een dergelijke mededeling is het voor de GGZ-intaker belangrijk om nader uit te zoeken wat de achtergronden van deze mededeling zijn. Bijvoorbeeld: komt de patiënt nadat alle mogelijke medische

onderzoeken zijn gedaan, hij van alle resultaten goed op de hoogte is en hem verteld is dat verder somatisch onderzoek nu niet zinlijk is? De huisarts kan dan de verwijzing beargumenteerd hebben vanuit bijvoorbeeld de gedachte dat de patiënt baat zou kunnen hebben bij het beter leren hanteren van de klachten. Of misschien is er al wel gesproken over de aanwezigheid van bepaalde levensomstandigheden die van invloed zouden kunnen zijn op de lichamelijke klachten of de ernst daarvan en waarvoor psychologische hulp zinvol zou kunnen zijn. Als de patiënt hierin mee is gegaan, zal hij ongetwijfeld niet geheel afkerig staan tegenover psychologische inmenging bij zijn problematiek.

Dit zal anders zijn bij de patiënt die zich door de huisarts afgescheept voelt en het gevoel heeft niet serieus genomen te zijn. Het ligt voor de hand dat hij onder veel meer protest naar de GGZ komt en (nog) absoluut niet gemotiveerd is voor een psychologische kijk op zijn klachten. In sommige gevallen is het dan nodig om allereerst meer informatie te geven over de medische kant van de klachten en over de eventuele grenzen die daarin zijn bereikt. **Psychoeducatie** ofwel **psychodidactiek** kan dan ook van groot belang zijn. Dit houdt in dat de hulpverlener informatie geeft aangaande de mogelijke psychische componenten van de problematiek, bijvoorbeeld over de invloed van stress op het lichamelijk functioneren, of de patiënt verwijst naar een bron waar die informatie te vinden is. Hierdoor kan de patiënt tot nieuwe gezichtspunten komen ten aanzien van zijn klachten van waaruit nieuwe behandelmogelijkheden zich kunnen voordoen (Egan,

1990). Ook Maes (1983) beschrijft een aantal functies van het geven van informatie en geeft handreikingen hoe deze verstrekt kan worden. Psychoeducatie kan ook de negatieve beeldvorming en stigma's over psychische ziektes en hulpverlening helpen bestrijden (Jenkins, 1992). Verhaak (1995) waarschuwt daarbij wel voor twee valkuilen: meer informatie en drempelverlaging kunnen de suggestie wekken dat er een antwoord is op alle vragen en men dient op te passen voor "overpsychologiseren".

Bovenbedoelde (extra) informatie over bijvoorbeeld de grenzen van de medisch-somatische mogelijkheden en/of de invloed van psychische factoren zou ter sprake kunnen komen in een zogenaamd "**driemansgesprek**" (van Veelen, 1995). Hierin proberen de huisarts en de GGZ-hulpverlener gezamenlijk bij de patiënt een verschuiving van het somatische naar het psychologische spoor tot stand te brengen. Met andere woorden: zij proberen te komen tot een *herlabeling* van de problematiek. Dit zal echter alleen maar lukken als de patiënt zich voldoende gehoord voelt en als er dus voldoende bij de patiënt zelf aangesloten en ingevoegd is. Zo niet dan kan dit een averechtse reactie ten gevolge hebben doordat de patiënt met des te meer nadruk zijn lichamelijke onlustgevoelens gaat presenteren (Grol, 1983). Soms is het hierbij nodig dat er in het "**driemansgesprek**" besproken wordt welke medische onderzoeken de patiënt nog nodig acht voordat hij het somatische spoor los kan laten en dat er afspraken gemaakt worden over de mogelijkheid tot periodieke medische *check-ups*. Dit vraagt om een **open** en

gelijkwaardige

onderhandelingsrelatie waarbinnen de patiënt zijn wensen en de huisarts zijn grenzen ter tafel zouden moeten kunnen brengen. Grol (1983) besteedt veel aandacht aan de patiënt-huisartsrelatie en bespreekt allerlei patiënt- en huisartsfactoren die een dergelijke gelijkwaardige relatie bemoeilijken. Twee voorbeelden die genoemd worden zijn de patiënt die de huisarts als *de expert* ziet en zichzelf als "onmondige nietsweter" opstelt. Via het daaruit voortvloeiende hulpeloze en afhankelijke gedrag lijkt het alsof de huisarts degene is die alles bepaalt. De patiënt kan met een dergelijke opstelling echter grote druk op de huisarts uitoefenen en hem verantwoordelijk maken en aan het werk zetten. Hierdoor kan het voor de huisarts moeilijker worden om grenzen aan verder medisch handelen te stellen. Dit geldt ook als de huisarts van zichzelf vindt dat hij altijd hulp moet bieden en nooit "nee" mag zeggen. Grol spreekt dan van een "de klant-is-koning-relatie". In een onderhandelings situatie tussen de patiënt en de huisarts, vooral als er tussen beiden een ongelijkwaardige relatie is ontstaan, zou de GGZ-hulpverlener een zinvolle intermediair kunnen zijn. Zo zou de patiënt gestimuleerd kunnen worden zich minder afhankelijk op te stellen en kan hij samen met de huisarts de van invloed zijnde psychische factoren benadrukken waardoor het somatische spoor meer losgelaten kan worden. Voor de "GGZ-er op Afroep" ligt een intermediaire rol nog meer voor de hand omdat hij al regelmatig met de huisarts overlegt en vanwege de kortere communicatielijnen: hij is immers al in de praktijk van de huisarts werkzaam.

Bijkomend voordeel van het "driemansgesprek" is dat **splitsingsfenomenen** (Nicolai, 1997) waarbij de huisarts en de GGZ-hulpverlener tegen elkaar uitgespeeld worden zo veel mogelijk voorkomen kunnen worden. Een voorbeeld van splitsing is dat de patiënt tegen de huisarts zegt dat de GGZ-medewerker gezegd heeft dat verder medisch onderzoek eerst dient plaats te vinden, terwijl dat niet het geval is. De mate waarin uiteindelijk consensus bereikt wordt over het kader van de problematiek, somatisch dan wel psychologisch, en de **waarborging van de somatische zorg**, zal uiteindelijk ook bepalend zijn voor de mate waarin psychologische behandeldoelen bereikt zullen worden en of de behandeling meer klacht- of probleemgericht (de onderliggende dynamiek betreffende) zal zijn.

Hoe dan ook: het blijft altijd belangrijk dat het medische kanaal open blijft, bijvoorbeeld als de klachten veranderen of in crisissituaties.

Drempels aangaande de samenwerking tussen de huisarts en de patiënt.

Alhoewel ik hierover in het bovengaande reeds het één en ander geschreven heb, wil ik er hier specifieker op ingaan. Hiervoor heb ik de mogelijke knelpunten in de samenwerking opgesplitst naar: drempels vanuit de huisarts ten opzichte van de patiënt en drempels vanuit de patiënt ten opzichte van de huisarts. Allereerst wil ik een mogelijke drempel vanuit de huisarts ten opzichte van de patiënt nader belichten.

De drempel vanuit de huisarts ten opzichte van de patiënt.

Twee gefingeerde voorbeelden met gefingeerde namen:

"Bij de overdracht na de weekenddienst blijkt dhr. Jacobsen wederom via de waarnemend arts op zaterdagavond per ambulance naar het ziekenhuis gebracht te zijn met pijnklachten op de borst, benauwdheid en hartkloppingen. Net zoals de voorgaande keren (het afgelopen jaar gemiddeld één keer per maand) bleek er na onderzoek somatisch niets aantoonbaar. Zowel de eigen huisarts als de waarnemers beginnen er hun buik van vol te krijgen en beraden zich op een gezamenlijk toekomstbeleid."

"Bij het in ogenschouw nemen van de agenda blijkt mevr. Pietersen opnieuw een afspraak voor het spreekuur gemaakt te hebben. Tegenover de assistente laat de huisarts zich hierover enigszins geïrriteerd uit: "Het is toch altijd wat met haar. Komt ze niet voor dit, dan is het wel voor een ander akkefietje"."

Alhoewel wat gechargeerd zal een aantal huisartsen dit naar alle waarschijnlijkheid bekend voorkomen. Dit is het type patiënt dat op den duur wrevel oproept en zichzelf uit de markt prijst. In dergelijke situaties, die overigens niet uniek zijn voor de huisarts-patiënt-relatie maar zich kunnen voordoen binnen iedere hulpverlenersrelatie, spreken we over de aanwezigheid van negatieve **tegenoverdrachtsgevoelens** (Greenson, 1991). In de ruimste zin

van het woord bedoelen we met tegenoverdracht alle gevoelens van de hulpverlener ten opzichte van de patiënt. De strikte definitie van tegenoverdracht luidt dat de hulpverlener zijn gevoelens tegenover sleutelfiguren uit zijn leven overdraagt op de patiënt.

Dergelijke negatieve gevoelens, die weliswaar zeer menselijk zijn, kunnen een objectieve en professionele werkhouding in de weg staan.

Bijvoorbeeld omdat de patiënt bij voorbaat al als "een zeur" wordt gezien en de problematiek wordt geduid als "tussen de oren zittend".

Positieve tegenoverdrachtsgevoelens kunnen overigens net zo goed belemmerend werken. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan de extra moeite die het kost om een slecht-nieuws-gesprek te voeren met iemand bij wie men zich zeer betrokken voelt.

Op het moment dat tegenoverdrachtsgevoelens een grote rol gaan spelen, lukt het bijna niet meer om nog sec naar de inhoud van wat de patiënt zegt te luisteren. Wat de huisarts hoort wordt dan namelijk beïnvloed door bijvoorbeeld de gedachte: "Wat ben je toch een zeur". Op dat moment is het gesprek tussen de huisarts en patiënt verschoven van **inhoudsniveau**

(aangaande de feitelijke informatie) naar **betrekkingsniveau** (aangaande de betrekking, de onderlinge relatie) (Watzlawick e.a., 1986).

Ook als hiervan sprake is, zou de GGZ-hulpverlener een bijdrage kunnen leveren aan het herstellen van de werkrelatie door bijvoorbeeld, in een driemansgesprek, opnieuw een scheiding aan te brengen tussen het inhoudelijke en relationele aspect van de problematiek. Ook zou hij kunnen helpen bij het eventuele bespreken van tegenoverdrachtsgevoelens.

Herstel van de verstoorde werkrelatie tussen de huisarts en patiënt is hoe dan ook onontbeerlijk om te voorkomen dat vanuit tegenoverdrachtsgevoelens bijvoorbeeld een hartaanval als hyperventilatie wordt gezien of schildklierdisfunctioneren als basis van een depressie niet tijdig wordt onderkend.

De drempel vanuit de patiënt ten opzichte van de huisarts.

Opnieuw twee voorbeelden:

"Mevr. Vergoor komt hijgend en hoestend de kamer van de GGZ-hulpverlener binnen. Als de hulpverlener haar vraagt of ze medicatie hiervoor heeft, zegt ze niet weer naar de huisarts te durven. "Hij ziet me al weer aankomen, dat zou de derde keer zijn deze maand. Ik ben bang dat hij me dadelijk een zeur gaat vinden"."

"De huisarts heeft gezegd dat dit, in verband met risico op verslaving, de laatste keer is dat ik hiervoor een recept krijg. Belachelijk, maar volgende week is hij op vakantie en dan ga ik wel naar zijn waarnemer toe"."

Misschien opnieuw een beetje overdreven, maar wellicht herkenbaar. Ook in deze voorbeelden gaat het meer om wat er op betrekkningsniveau tussen de huisarts en de patiënt beleefd wordt dan om de inhoud. Opnieuw is dit niet specifiek voor de huisarts-patiënt-relatie. Net zoals bij de vorige drempel kan ook hierdoor adequate medische zorg in het gedrang komen. Het is belangrijk bij dergelijke reacties de achtergrond te achterhalen. Eén van de

redenen zou kunnen zijn dat de patiënt aanvoelt dat de huisarts inmiddels enige irritatie ten opzichte van hem voelt. Er kan dan een neerwaartse spiraal zijn ontstaan waarbij de negatieve houding van de één de ander versterkt. Uiteraard doet het er hierbij niet toe wat kip of ei is. Daarnaast zou het ook kunnen zijn dat we met een subassertieve patiënt van doen hebben die uit angst voor kritiek of conflicten zijn zorgen of wensen niet of niet goed kenbaar durft te maken. Dit zal vooral voorkomen als er sprake is van een zogenaamde "autoritaire huisarts-patiënt-relatie" (Grol 1983) waarbij de patiënt de huisarts in een up- en zichzelf in een down-positie beleeft. Aangezien de huisarts bij allerlei klachten en problemen een sleutelfiguur is en ook de poortwachter voor specialistische hulp vormt, is het opnieuw van essentieel belang dat de patiënt geen schroom voelt zich tot hem te wenden. De GGZ-hulpverlener kan hierbij opnieuw een rol spelen door bijvoorbeeld de patiënt te stimuleren eventuele ongenoegens, gedachten, wensen, etc. tegen de huisarts uit te spreken.

De drempel tussen de huisarts en de GGZ.

Wil er überhaupt sprake zijn van een samenwerking tussen de huisarts en de GGZ dan dient de huisarts allereerst de problematiek van de patiënt als (eveneens) psychi(atri)sch of psychosociaal te labelen. Daarvoor zal hij zich moeten bedienen van een **biopsychosociaal verklaringsmodel** voor klachten in plaats van enkel het sec medische. Dit vraagt op zijn beurt om een specifieke conversatiestijl waarin er ook ruimte is voor psychische en/of sociale aspecten (Verhaak, 1995).

Toen ik met het project "GGZ op Afroep" startte, zei één van de betrokken huisartsen tegen mij dat hij een groot nadeel van de GGZ vond dat patiënten eerst een "voor-, in- en nataka" krijgen voordat ze aan een behandeling beginnen. Hiermee bedoelde hij ondermeer dat bij aanmeldingen de **onderzoeksfase soms erg uitgebreid en tijdrovend** is wat haaks kan staan op snel handelen waaraan hij veelal behoefte heeft. Een citaat vanuit onderzoek van Groeneveld (1985) geeft dat ook aan: "De motivatie van de arts om naar de GGZ te verwijzen lijkt niet primair te liggen in de aard van de problematiek of voorkeur voor bepaalde behandelingsvormen. Hij wil snel en efficiënt menskracht en deskundigheid ter beschikking hebben, mede omdat hij (pas) reageert op het moment dat de cliënt aangeeft het niet meer aan te kunnen", of als hij zelf uitbehandeld is (toevoeging mijnerzijds). Met bovenomschreven opmerking bedoelde de desbetreffende huisarts echter ook dat de verschillende onderdelen van een aanmelding en intake vaak door verschillende hulpverleners worden uitgevoerd. Hierdoor valt het niet mee om voor overleg de juiste persoon te pakken te krijgen en als je al iemand te pakken krijgt is het steeds een ander (**onpersoonlijk contact**). Dit zijn drempels van organisatorische aard die dus niet alleen maar belemmerend kunnen werken voor de patiënt, maar ook van invloed kunnen zijn op het verwijsbeleid van de huisarts. Naast het onpersoonlijke contact worden er door de Ridder (1987) nog meer knelpunten genoemd die door huisartsen werden geuit aangaande de GGZ: de grootschaligheid en bureaucratie (bovengenoemde punten

hangen hier mogelijk mee samen), de lange wachtlijsten, het gesloten karakter ("wat doen ze daar nu precies?") en het ontbreken van terugrapportage.

Gezien de toename van het aantal aanmeldingen door de huisartsen die aan het GOA-project meewerkten (zie evaluatierapport van Van de Bogaard, preventiemedewerker GGZ Midden-Brabant, 1999), heeft het project hierin voor de huisartsen zeker drempel-verlagend gewerkt en de samenwerking bevorderd. Samenwerking is gebaseerd op de veronderstelling dat er sprake is van twee afhankelijke en gelijkwaardige instanties die in een complementaire verhouding tot elkaar staan. Het belangrijkste kenmerk van een complementaire relatie is het ruilkarakter: samenwerking is voor beide partijen profijtelijk, er is sprake van een wederkerig voordeel. Vaak is dat wederkerige voordeel gebaseerd op kostenbesparing en een betere patiëntenzorg (de Ridder, 1987 en Stoeltinga, 1988).

Een andere drempel die tussen de huisarts en de GGZ kan bestaan, al dan niet samenhangend met de organisatorische drempels van de GGZ, wordt door Willi (1983) omschreven als een **psychosomatische arts-patiënt-collusie**. Hiermee wordt bedoeld dat er een sterke band bestaat tussen de verwijzer en de patiënt met lichamelijke klachten, die voornamelijk berust op een gemeenschappelijk verzet tegen alle psychologische inmenging. Vaak gaat het dan om een verwijzer die sterk medisch georiënteerd is en psychosociale problematiek (lang) zelf blijft behandelen, de zogenaamde "doe-het-

zelve". Orleans e.a. (1985) ondervroeg 350 Amerikaanse huisartsen over het voorkomen en behandelen van psychische problemen. Daaruit bleek dat de huisartsen de meeste van deze problemen zelf behandelen, meestal door een combinatie van psychofarmaca, advies en geruststelling. In niet meer dan 10-25% van de patiënten met dergelijke problemen zou er een verwijzing

plaatsvinden (hierboven meldde ik reeds andere, eveneens lage cijfers over het aantal verwijzingen). Naast weerstand van de patiënt tegen verwijzing en de diagnose van een mentale stoornis, kan hierin weerstand van de huisarts ook van invloed zijn. Er is dan natuurlijk niet altijd sprake van een arts-patiënt-collusie. Ook andere factoren kunnen dan een rol spelen. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld bepaalde waarden en normen ten aanzien van zijn beroepsinvulling, een grote belangstelling voor en deskundigheid in het zelf behandelen van psychische problematiek en/of zijn denkbeelden over de organisatie van de GGZ, etc.

De mate waarin er **domeinconsensus** tussen de huisarts en de GGZ-medewerker bestaat, bepaalt tot slot eveneens de mate waarin er samenwerking tussen beiden kan ontstaan. Hiermee wordt bedoeld de mate waarin beiden elkaars claims op een bepaald werkteerrein (dus elkaars specifieke deskundigheden) als legitiem erkennen (Stoeltinga, 1988). Naarmate de domeinconsensus geringer is, zal het beroep dat men op de ander doet in omvang minder zijn, maar wel specifiek. Men vindt dan namelijk dat er meer overlap in deskundigheid is en dat men om die

reden bepaalde werkzaamheden ook zelf kan doen. Er wordt dan alleen in uitzonderlijke gevallen verwezen. Een te grote domeinconsensus (als men de ander als *de enige, echte* deskundige beschouwt), kan naar mijn mening ook een belemmering voor een goede samenwerking tussen de huisarts en de GGZ-medewerker zijn. Dit vanuit de angst zich op het terrein van de ander te begeven en daarmee de ander te **diskwalificeren**. Bijvoorbeeld de psycholoog die vindt dat hij niets over het medicatiegebruik van de patiënt mag zeggen omdat hij geen arts is of de huisarts die zijn

mond houdt als het gaat om eventuele psychosociale factoren die van invloed op de klachten zouden kunnen zijn. Meer bekendheid met elkaar en met elkaars werkwijze, wat bij het GOA-project automatisch plaatsvindt, zou hiervoor een oplossing kunnen zijn.

Hiermee ben ik aan het einde van mijn artikel gekomen en hoop ik u enig zicht gegeven te hebben op de vele, mogelijke drempels binnen de hulpverlening en dat het GOA-project helpend kan zijn bij de verlaging ervan.

Literatuur

Bensing, J.M. en Sluijs, E.M. (1984), *Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg*. NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid deel 1. Utrecht (NHI)

Boogaard, J. van de (1999), *Evaluatierapport POA-project, eerste concept*. Intern rapport GGZ Midden-Brabant.

Brink, W. van den, Brillman, E.I. en Ormel, J. (1992), *Voorkomen en lange-termijnbeloop van psychische stoornissen in de huisartspraktijk*. Ned. Tijdschrift v Psychiatrie, 34, 385-399.

Egan, G. (1990), *Deskundig hulpverleners. Een model, vaardigheden en methoden*. Dekker & van de Vegt, Assen.

Greenson, R.R. (1991), *The technique and practice of psychoanalysis*, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, London.

Groeneveld, A. (1985), *Huisarts en RIAGG hebben elkaar nog niet gevonden*, GGZ-Gazet.

Grol, R.P.T.M. (1983), *Huisarts en somatische fixatie*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen.

Jenkins, R. (1992), *Depression and anxiety: an overview of preventive strategies*. In : Jenkins, R., Newton, J., en Young, R., The prevention of depression and anxiety, London, HMSO

Lamberts, H. (1991), *In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject*. MEDI-tekst, Lelystad.

Lipowski, Z.J. (1988), *Somatization: The concept and its clinical application*. American Journal of Psychiatry, 1988, 145: 1358-1368.

Maes, S. (1983), *In gesprek met de patiënt*, Dekker & van de Vegt, Nijmegen.

Nicolaï, N. (1997),
Over splitsen, splijten en dissociëren.
Tijdschrift voor Psychotherapie, 2, 23.

NVAGG (1986),
Dienstverlening vanuit de RIAGG.
Voorbeelden uit de praktijk. Nota.

Ridder, D. de en Visser, J. (1987),
Tussen de lijnen. De relatie tussen
eerstelijin en geestelijke gezondheidszorg
onderzocht. NcGv en NIVEL, Utrecht.

Stoelinga, B. (1988),
De samenwerking RIAGG-Eerstelijin.
Analyse, praktijk, perspectief. Landelijk
Ondersteuningspunt Preventie, Utrecht.

Üstün, T.B. en Sartorius, N. (1995),
Mental Illness in General Health Care. An
international study. Wiley & sons,
Chichester.

Veelen, J. van (1993),
De dokter zegt dat het psychisch is.
Syllabus ten behoeve van RINO-cursus.

Veelen, J. van en Dunki Jacobs, L. (1995),
Zorgprogramma Lichamelijke Klachten.
Interne nota GGZ Midden-Brabant.

Verhaak, P.F.M. (1995),
Mental Disorder in the Community and in
General Practice. Doctors' views and
patients' demands. Avebury, Aldershot
England.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.
(1987),
De pragmatische aspecten van de
menselijke communicatie, van Loghum
Slaterus, Deventer.

Willi, J. (1983),
De partner-relatie. Ontstaan, ontwarren en
verhelderen van conflicten, AD Donker,
Rotterdam.