

gaan van de relaties, maar zou de rugpijn kunnen aangrijpen als porte d'entree. Uitgaande van deze rugpijn zou hij een paradoxale therapie kunnen toepassen zoals beschreven door *Van de Ven*.

Huisarts-discussieleider: Laten wij hopen dat dit mogelijk zal zijn. Het is jammer dat de huisarts-gastheer door vakantie verhinderd is hier vanmiddag aanwezig te zijn. Wij zullen deze mogelijkheid aan hem voorstellen. Overigens

hebben wij vanmiddag in elk geval van deze casus kunnen leren hoe gevaarlijk het kan zijn patiënten met psychosociale problemen naar somatische specialisten te verwijzen. Men weet dan wel waaraan men begint, maar niet hoe het zal eindigen. Er is dan voortdurende waakzaamheid nodig dat goed bedoelde maatregelen niet over hun doel heenschieten. Eenzijdige aandacht voor de somatische aspecten kan tot grote schade leiden. Dit

legt een grote en soms moeilijk te effectueren verantwoordelijkheid tot intensieve begeleiding op aan de huisarts, die een dergelijke verwijzing initieert.

Moors, J. A. en anderen. Geboortenregeling in de praktijk. Excerpta Medica, Agon Elsevier, Amsterdam, 1974.

Ven, P. van de. Vriend als vijand; naar een paradoxale therapie. H. Nelissen, Bloemendaal, 1975.

De achterban als discipline buiten de muren (II)

DOOR EMMY CREBOLDER - VAN DER VELDE

In dit tijdschrift – (1974) huisarts en wetenschap 17, 344 – heb ik de ervaring besproken van de vrouwen van huisartsen, die hun in hun particuliere woning uitgeoefende drukke solopraktijken bijeenbrachten in het gezondheidscentrum Withuis. Deze vrouwen van de huisartsen waren, bij de ontwikkeling van die overgang nauw betrokken. Zij steunden het experiment en hun actieve belangstelling voor het proces van de groepsvorming werd in daarop gerichte samenkomsten met een agoog als essentieel ervaren. De actieve belangstelling van de vrouwen was er mede op gericht te voorkomen dat zij, zouden de solopraktijken eenmaal in het Withuis zijn samengebracht, niet in een vacuüm zouden belanden; dit zou kunnen worden afgewend indien er voor haar „ruimte” zou zijn in het Withuis en zij op enigerlei wijze bij de gezamenlijke praktijkvoering betrokken zouden blijven. Die mogelijkheid werd na de feitelijke totstandkoming van het gezondheidscentrum gevonden in de deelneming van de huisarts-vrouwen aan de maandelijks gesprekken met de agoog en de wekelijkse bijeenkomsten van het gehele team, waarop het reilen en zeilen in het Withuis werd besproken.

Toch zijn na enkele maanden bij de huisarts-vrouwen gevoelens opgekomen en wel dat er iets of iemand van hen was afgenomen. Deze gevoelens werden vooral gesterkt toen pas later tot het Withuis toegetreten teamleden kanttekeningen plaatsten bij de aanwezigheid

van deze huisarts-vrouwen in het gezondheidscentrum. Dit enerzijds. Anderzijds werd de vraag opgeworpen waarom alleen de huisarts-vrouwen op bepaalde punten in het groepsgebeuren participeerden en niet ook geïnteresseerde partners van sommige teamleden; met andere woorden of de uitzonderingspositie van de huisarts-vrouwen niet zou moeten worden doorbroken.

Een voor de hand liggende conventionele oplossing van deze perikelen zou kunnen zijn de achterban van de individuele functionarissen, die de feitelijke vorming van het Withuis hadden bewerkstelligd, te elimineren. Die oplossing zou echter zijn ingedruist tegen het belang, dat de huisarts-vrouwen aan hun aanwezigheid in het Withuis meenden te mogen toekennen, welk belang onder meer inhield voorkoming van vervreemding tussen de sfeer van het werkkterrein van de huisartsen en die van hun privéleven. Daarom zagen de huisarts-vrouwen het als een uitdaging zelf wegen te vinden om uit de impasse te geraken.

Bij een der gesprekken dienaangaande verbaasde een socioloog, die in deze samenkomst de agoog verving, zich over de aanwezigheid van de huisarts-vrouw. Hij kende dit fenomeen niet en verwonderde zich er over dat niet ook de achterban van andere disciplines bij het Withuis-gebeuren werd betrokken. Maar bovendien was hij van mening dat de huisarts-vrouwen als verdedigsters en versterksters van de toch al dominante

positie van de huisartsen in het gezondheidscentrum optraden.

In daarop weer met de agoog volgende gesprekken hebben deze opmerkingen van de socioloog verder richting gegeven aan de discussie. Wilden de huisarts-vrouwen hun uitzonderingspositie prijsgeven en een gelijke plaats toekennen aan de achterban van andere disciplines? Beantwoording van deze zeer direct gestelde vraag heeft weer tot moeizaam en breed overleg – ook met de huisartsen – geleid, want emotionele benadering van een daarop te geven antwoord deed zich daarbij soms gelden. Heel tenslotte werd besloten dat „alle geïnteresseerde achterban” welkom zou zijn, hetgeen tevens inhield dat de huisarts zijn plaats als belangrijkste functionaris-zonder-meer in het team ter discussie stelde; dit laatste nam de scherpe kanten weg tussen de ongelijkheid van de teamleden.

Volgend probleem was hoe nu tot multidisciplinaire samenwerking te komen. Als praktische oplossing werd het volgende model genomen: tijdens de bijeenkomsten met de agoog zouden de teamleden in een gesloten kring bijeen zitten – in een „viskom” – en de achterban groepeerde zich daar omheen. De achterban observeerde de wijze, waarop de teamleden communiceerden zonder zich in hun discussie te mengen. Wel werd de achterban in de gelegenheid gesteld naar voren te brengen wat haar in deze discussie tussen de teamleden was opgevallen, bijvoorbeeld hoe de sfeer

was geweest van de discussie, of mensen wel dan niet of onvoldoende aan bod waren gekomen, enzovoort. Deze feedback functie van de achterban werd door de nieuw tot deze achterban toetredende leden, en de twee jonge huisarts-vrouwen (met nauwelijks ervaring met praktijk aan huis), duidelijk als positief ervaren. Het was voor hen een manier om betrokken te blijven bij het werk in het gezondheidscentrum en tevens te leren als observanten objectief te zijn. Dit gold evenwel niet voor de huisarts-vrouwen, die van den beginne af bij de huisartspraktijk betrokken waren geweest en bij wie een onbehagen bleef bestaan.

Spanningen bleven latent en een enkele daarvan werd zelfs manifest omdat de vrouw van een der huisartsen het Withuis ging mijden en haar emotionele instelling een toenemende belasting werd voor haar man, hetgeen weer doorwerkte in het team. Het „viskom-project” raakte op de achtergrond omdat bij sommige teamleden en deelnemers in de achterban weerstanden bleven bestaan. Men mocht daaruit afleiden

dat, om agogische begeleiding zinvol te doen zijn, alle deelnemers het eerst eens moeten zijn met het doel van de begeleiding en vervolgens met de vorm, waarin die begeleiding wordt gegeven. Niet te veronachtzamen factor is gebleken een geremdheid te zijn bij sommige teamleden – ondanks de lange duur, van begin 1973 af, van de begeleiding – in een grote groep van ongeveer twintig personen openlijk te spreken.

Nieuwe fase was dat men besloot voorlopig in kleine groepen bijeen te komen. De teamleden, de echtgenoten van de wijkverpleegkundigen alsook van de maatschappelijk werkster en de huisarts-vrouwen waren tijdens besprekingen in gemêleerde groepjes tot de conclusie gekomen, dat iedereen het zijne had kunnen zeggen. Het verslag van deze sub-groepjes werd besproken op een plenaire bijeenkomst met de agoog. Op deze plenaire bijeenkomst voelde men zich blijkbaar niet als enkeling aanwezig maar als representant van en gesteund door de sub-groep. Besloten werd afwisselend in sub-groepen bijeen

te komen en daarop weer een plenaire bijeenkomst met de agoog te laten volgen.

BESCHOUWING

De door een huisarts en zijn vrouw in het verleden in intensieve samenwerking opgebouwde solopraktijk heeft oplossing van talrijke problemen geleverd. Dat aantal problemen is niet minder wanneer de solopraktijk wordt overgebracht in een gezondheidscentrum. Aan de huisarts-vrouw stelt deelneming aan een begeleidingsgroep, als hiervoor geschetst, heel andere eisen dan die bij opbouw van en medewerking aan een solopraktijk. Wat voor nieuw toetredenden tot de achterban en ook huisarts-vrouwen met nauwelijks ervaring met praktijk aan huis, bewuste deelneming aan een experiment is, is het dat weliswaar ook voor de in de solopraktijk ervaren huisarts-vrouw, maar voor deze laatste kan het evenzeer de overgang zijn naar een bedreigende wereld. De een zal geneigd zijn scherper te zien wat gewonnen wordt, de ander wat verloren gaat.

Middellange termijn planning van de research-groep*

De activiteiten van de research-groep aan het Instituut voor huisartsgeneeskunde liggen geschaard om een centraal thema: het somatiseringsproces, dat wil zeggen het hypothetische proces volgens hetwelk mensen (vage) lichamelijke klachten hebben en die in verband brengen met hun psychische en sociale problemen. Het is evident dat juist de huisarts het meest met de effecten van een dergelijk proces wordt geconfronteerd. Het onderwerp is daarom ons inziens van centraal belang voor de huisartsgeneeskunde als een zich ontwikkelende wetenschappelijke discipline.

De patiënten die in dit onderzoek – somatiseringsproject – zijn opgenomen, vertonen de volgende vier kenmerken:

- 1 aanwezigheid van (vage) lichamelijke klachten;
- 2 deze klachten zijn multipel en wisselen in de tijd;

* Instituut voor huisartsgeneeskunde universiteit van Amsterdam.

3 voor deze klachten is geen of geen voldoende somatische verklaring te geven;

4 aanwezigheid van psychische en/of sociale problemen.

Deze kenmerken worden door de huisarts waargenomen. Van belang in deze omschrijving (die overigens te extraheren is uit de gangbare handboeken betreffende de huisartsgeneeskunde) is, dat de patiënt een bepaald gedrag vertoont, dat door de huisarts wordt beoordeeld.

Uiteraard kan niet worden volstaan met de constatering dat de patiënt een bepaald gedrag vertoont en dat dit gedrag door de huisarts al dan niet wordt gecodeerd als „somatiseringsgedrag”. Om uiteindelijk tot aanknopingspunten voor een adequate diagnostiek en, waar dat gewenst is, therapie te komen, is inzicht nodig op een aantal verschillende terreinen:

- 1 Welke modellen kunnen worden gepostuleerd, die kunnen voorspellen welke soorten patiënten welke soorten vage lichamelijke

Uit de Universitaire Huisartseninstituten

klachten zullen gaan presenteren op het spreekuur van hun huisarts?

2 Welke modellen kunnen worden gepostuleerd, die kunnen voorspellen welke soorten artsen de beoordeling „somatiseren” zullen afgeven?

3 Welke modellen kunnen worden gepostuleerd, die kunnen voorspellen hoe de interactie zich zal afspelen tussen de patiënt, die mogelijk dit somatiseringsproces heeft doorgemaakt voordat hij vage lichamelijke klachten presenteerde, en de arts, die een bepaalde manier van diagnostiek van c.q. omgaan met het „somatiseren” heeft?

Het verkrijgen van dit inzicht vormt de doelstelling op lange termijn van de research-groep. Op korte en middellange termijn zijn de concrete onderzoekplannen van de groep aan de drie in bovenstaande vragen vervatte deelaspecten van het somatiseringsproces opgehangen.

EERSTE DEELASPECT: DE PATIËNT

Voorafgaand aan de constructie van de