

huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET
NEDERLANDS HUISARTSEN
GENOOTSCHAP



Tweeëneenhalf jaar ervaring met een werkgroep therapeutische gespreksvoering

DOOR MEVR. E. L. VRIEZEN-DE JAGER†, ZENUWARTS* EN C. P. BRUINS, HUISARTS

In 1968 werd door ons verslag uitgebracht over de eerste tien bijeenkomsten van een huisartsenwerkgroep die zich met training in gespreksvoering bezighoudt (*Bruins en Vriezen-de Jager*). Thans, na tweeëneenhalfjaar werken met deze groep, heeft zich geleidelijk aan een verandering voltrokken in werkwijze en doelstelling. Het lijkt ons interessant hieraan een beschouwing te wijden.

Van de oorspronkelijke acht deelnemers heeft één huisarts na de eerste tien bijeenkomsten de groep verlaten. Voor hem is een andere huisarts in de plaats gekomen, iemand van wie een der groepsleden toevallig wist, dat hij belangstelling hiervoor had; na een jaar deelneming is deze nieuwe deelnemer op zijn beurt ermede opgehouden en in zijn plaats is, via een soortgelijke informele procedure, weer een nieuwe huisarts gekomen die nu een jaar lid is van de groep.

De werkgroep komt eenmaal per veertien dagen bij elkaar, op vrijdagavond van half negen tot half elf, in het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde te Groningen, met een lange onderbreking tijdens de zomervakanties (van mei tot september). Tweemaal is in het najaar een „weekend” gehouden, van vrijdagavond tot zaterdagavond. Tijdens een dergelijk weekend wordt zeer intensief gewerkt, een groot voordeel is dat alle deelnemers dan aan de beurt komen.

* In leven wetenschappelijk medewerkster bij de psychiatrische kliniek te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk. Zie Naschrift.

**Wetenschappelijk medewerker bij het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. K. J. van Deen.

In hun werk hebben de deelnemers geen van allen iets met elkander te maken.

De opkomst is altijd heel goed, zelfs in de barre wintermaanden, hoewel velen een verre reis moeten maken om aanwezig te kunnen zijn.

Zoals in ons vorige artikel werd beschreven, werden de eerste tien bijeenkomsten voornamelijk gewijd aan rollenspel en techniek van de gespreksvoering. Daardoor werden de deelnemers zich meer bewust van wat in een gesprek gebeurt en welke rol men zelf daarbij speelt. Telkens kwam de vraag naar voren: Wat is de doelstelling van een dergelijk gesprek? Diagnostisch of therapeutisch?

In het najaar van 1967 werd bij wijze van proef begonnen met het beluisteren van spreekuurbanden. Hierbij krijgen de groepsleden als „oorgetuigen” veel meer informatie over wat in de spreekkamer werkelijk is gebeurd, dan bij welk verslag dan ook en daardoor is het voor hen gemakkelijker om zich sterk in het gebeuren te verdiepen.

Belangrijk hierbij zijn ook de achtergrondgeluiden zoals van spelende kinderen, van de echtgenote die door de huistelefoon om een recept voor mevrouw X vraagt en van de telefoon die altijd juist lijkt te gaan bellen wanneer het gesprek met de patiënt op een belangrijk thema is gekomen. Door een en ander wordt het hoorbaar duidelijk dat een huisartsengesprek nooit onder „ideale” omstandigheden plaatsvindt. Dit alles maakt het beluisteren van spreekuurbanden dermate interessant, dat wij een tijdlang hiermede zijn doorgegaan.

Het gaat bij spreekuurbanden vaak om tamelijk eenvoudige gevallen, waarbij het vrij gemakkelijk is om tijdens het naluisteren te horen of de arts op

de opmerkingen van de patiënt is ingegaan of dat hij op een ander spoor zat en langs de patiënt heeft heengepraat. In het begin is er veel gediscussieerd over de vraag of het wel ethisch is verantwoord om gesprekken op de band op te nemen en of dit met de patiënt moet worden besproken. Bij patiënten die speciaal zijn terugbesteld voor een langer gesprek, wordt dit meestal wel gedaan. De artsen waren in het begin verbaasd dat zulks bij de patiënten niet op bezwaren stuitte. In de groep wordt wel gezorgd dat de discretie blijft bewaard en wanneer de mogelijkheid bestaat dat een der groepsleden de betreffende patiënt zou kennen, wordt eerst zorgvuldig nagegaan of dit inderdaad het geval is.

Toen wij enige maanden met spreekurbanden bezig waren geweest, kristalliseerde zich een duidelijke doelstelling uit voor de groep. Weliswaar is gesprekstechniek erg nuttig en belangrijk en moet men proberen geen suggestieve of afsluitende vragen te stellen, de patiënt te accepteren en niet te veel zijpaden in te slaan, maar waarom het uiteindelijk gaat is, dat men openstaat voor de boodschap van de patiënt. Datgene wat de patiënt eigenlijk, misschien halfbewust, wil communiceren, moet bij de arts overkomen en de arts moet de patiënt ook kunnen laten merken dat zijn boodschap is overgekomen. Het bleek dat juist hieraan vaak het een en ander ontbrak en de groep besloot zich actief te richten op het aankweken van een „luis-terattitude”; men zou het een „oefening in empathie” kunnen noemen. Twee voorbeelden kunnen dit illustreren.

Een vrouw van middelbare leeftijd komt op het spreekuur om de bloeddruk te laten meten, maar zegt meteen erbij: „t Zal wel mis zijn”. De arts vraagt waarom zij dat denkt, of zij ergens mee zit en na enige aarzeling vertelt patiënte dat haar dochter van twintig jaar met een vriend met wie zij twee maanden verkering heeft naar Italië wil.

Patiënte: „Dat kan ik toch niet toestaan, maar ze doen het toch”.

Arts: „Hebt U haar wel goed ingelicht?”

Patiënte: „Dat weet ze wel, maar wat doe je er tegen?”

Arts: „t Is verstandiger haar op tijd in te lichten”.

Patiënte: „Dat heeft ze op school geleerd, dat weet ze beslist al”.

Arts: „Maar als je t weet, doe je t nog niet, t is beter dat U er als moeder mee praat”.

Patiënte gaat erover door dat zij dit niet kan verwerken, wat is dit voor eens jongen, is hij wel een goede keus, zij kent hem nog maar zo kort, „ze luisteren niet naar je”.

Arts: „t Is beter om redelijk met haar te praten”.

Patiënte: „Dat heb ik ook al gedaan, maar t helpt niet, ze doet t toch”.

Bij dit gesprek wordt bij het naluisteren van de band pas duidelijk dat de dokter en de patiënte over twee verschillende dingen praatten. De dokter is gepreoccupeerd met het voorkómen van zwangerschap, terwijl de moeder ermede zit dat haar dochter zomaar met een nog haast onbekend vriendje op vakantie gaat. Dat zwangerschap op zichzelf voor de moeder niet een groot probleem was, bleek enkele maanden later: de goed voorgelichte dochter kwam inderdaad zwanger uit Italië terug en de bruiloft werd vrolijk gevierd.

Toen wij deze band hadden gehoord, was de groep al zover gevorderd, dat de groepsleden en ook de betrokken arts zelf direct doorhadden waar het gesprek misliep.

Een man van 62 jaar komt op het spreekuur; hij lijdt aan coronairsufficiëntie, is een paar weken thuis geweest en onlangs weer voor halve dagen aan het werk gegaan; hij werkt op een vleesfabriek, is vroeger zelfstandig slager geweest, maar kan dit niet meer doen. Op de vraag hoe het gaat, antwoordt hij: „Ik ben een geslagen man”. Hij legt dan uit dat hij het tempo op de afdeling waar hij werkt niet kan bijhouden, dat hij altijd nog even moet doorgaan wanneer het al schafttijd is om zijn portie hammen uit te benen. Het zou hem niet kwalijk worden genomen wanneer hij het liet liggen, maar dit is zijn eer te na. De arts gaat hierop in, zegt dat hij begrijpt dat het moeilijk is om minder te doen wanneer je altijd hebt vooraan gestaan; hij legt de nadruk erop dat er een tekort aan goede vakmensen is. Hij vraagt dan, aan wat voor oplossing de patiënt zelf had gedacht. Patiënt zegt iets over „misschien naar een andere afdeling”. De arts die de situatie op deze fabriek goed kent, spreekt af dat hij met de chef een regeling zal treffen om patiënt over te plaatsen naar een andere afdeling, waar niet aan de lopende band wordt gewerkt. De patiënt gaat tevreden weg.

Dit is een voorbeeld van een gesprek waarbij de arts direct begrijpt wat het probleem is, de „luis-terattitude” wordt gecombineerd met de meer gewone huisartsenattitude (beslissing op korte termijn).

Ongeveer een jaar nadat met de spreekurbanden was begonnen, ontstond in de groep het gevoel dat men nu een stuk verder was gekomen met het ontwikkelen van de „luis-terattitude”. De leden vonden dat zij daardoor efficiënter werkten, dat zij sneller doorhadden waarmede de patiënt eigenlijk zat, dat het werk ook bevredigender werd en dat men zich minder snel ergerde aan een patiënt. Ook hadden sommigen de indruk dat de patiënten langzamerhand leerden, dat zij bij hun huisarts ook direct met psychische problemen kunnen komen; het „deurknopfenomeen” nam af.

Deze tevredenheid werd echter al spoedig gevolgd door een gevoel van onbehagen in de groep; men begon te klagen over de grote aantallen patiënten met psychische problemen die men graag zou willen helpen, maar hoe? Steeds klemmender kwam de vraag naar voren: waar liggen onze grenzen? Welke patiënten kunnen wij helpen met gesprekken, welke moeten wij doorsturen en naar wie? Allerlei verschijnselen welke wij vroeger nauwelijks hadden opgemerkt bij onze patiënten, zien wij nu wel en heeft de patiënt nu eigenlijk wat eraan dat wij het allemaal zo goed herkennen?

Wij besloten ons nu meer te richten op de kwestie van indicatiestelling en van grensafbakening en van het meer systematisch ter hand nemen van de follow-up der besproken patiënten.

In sommige gevallen ligt de grens heel duidelijk. Zo liet een der groepsleden een gesprek horen met een jongeman die incoherent was en uiterst wonderlijke waandenkbeelden had. In dit geval waren wij het allemaal erover eens dat de patiënt psychotisch was en naar een psychiater moest worden verwezen.

Korte tijd later echter hoorden wij van dezelfde huisarts een gesprek met een jongeman die op twaalfjarige leeftijd poliomyelitis had gehad en die thans een functiestoornis heeft van zijn linkerarm. Deze jongen was door talloze specialisten behandeld, geopereerd en gerevalideerd en hij was nu zover dat hij de arm redelijk kon gebruiken. Alles wat hij begon liep echter mis: een baan mislukte, hij begon een schoolopleiding, maar hij hield daarmee weer op. Bij het beluisteren van het gesprek werd het duidelijk, dat het centrale probleem van deze jongen was dat hij zichzelf niet accepteerde met zijn handicap. Bij de jaren durende specialistische behandeling was deze kant jammer genoeg geheel verwaarloosd. Is het nu de taak van de huisarts om deze jongen zover te brengen dat hij zichzelf accepteert, met handicap en al?

Door het praten over dergelijke problemen vond weer een duidelijke verandering van doelstelling in de groep plaats. Via het beter beluisteren en het zich inleven in de patiënt, krijgt men toegang tot een gebied dat men vroeger over het hoofd zag, waar men van buitenaf tegenaan bleef kijken. Het is echter belangrijk om vervolgens ook weer distantie te nemen en de verkregen informatie te ordenen, een greep erop te krijgen en zich af te vragen: „Wat is er eigenlijk met deze patiënt?” Het wordt dan mogelijk om tot een multiconditionele diagnose te komen en na te gaan welke etiologische factoren voor therapie toegankelijk zijn. De functie van de groep wordt dan om als klankbord te dienen, waardoor de deelnemer ertoe wordt gebracht zich te realiseren wat hij feitelijk vindt van die patiënt, waarmede hij eigenlijk bezig is en waar hij naar toe werkt. Het zomaar luisteren en praten wordt dan vervangen door een gericht luisteren, een voortdurend zich afvragen: wat wil deze patiënt mij meedelen, waarmee zit hij zo, hoe ziet hij dat, hoe kan ik hem helpen er achter te komen wat het probleem is en hoe kan hij dan het beste worden geholpen?

Bij de evaluatie vlak voor het zomer-reces 1969, was er weer een lichte ontmoediging merkbaar in de groep, die onder meer werd veroorzaakt doordat nogal wat patiënten, met wie de respectievelijke huisarts een aantal gesprekken had gevoerd, moesten worden doorverwezen naar de psychiater. Is alle moeite aan hen besteed niet tevergeefs geweest? Waaraan beginnen wij eigenlijk als huisarts?

Er bleken na enige bezinning hierop, toch verschillende argumenten te zijn om deze gesprekken met patiënten die later naar de psychiater gaan,

wel te beginnen. Immers de patiënt wordt beter gemotiveerd voor de verwijzing naar de psychiater, de huisarts is meer erbij betrokken en heeft meer informatie over de problematiek van de patiënt, hetgeen de continue relatie met de patiënt en de follow-up na de behandeling door de psychiater, ten goede kan komen, terwijl het dikwijls lang bestaan van de persoonlijkheidsstoornissen de huisarts de vrijheid geeft zich ruim te oriënteren ten behoeve van de patiënten.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden dat wij van het aanleren van gesprekstechniek via het empathisch leren luisteren, zijn terechtgekomen in een veel meer gerichte werkwijze waarbij iedere deelnemer de groep kan gebruiken om zich meer duidelijkheid te verschaffen in diagnostiek en indicatiestelling bij een bepaalde patiënt. De nadruk valt uiteraard op het flexibele en gedifferentieerde van de diagnostiek die hier in de eerste plaats een „handvat” voor de therapie moet verschaffen (*Van Dijk*).

Door frequent evalueren van de bijeenkomsten werden de geleidelijke veranderingen in de doelstelling van iedere deelnemer voortdurend aan iedereen bewust gemaakt. Hierdoor werd een latent gevoel van onbevredigd zijn tijdig ontdekt. Dit werd door de deelnemers als de belangrijkste reden voor de vitaliteit van de groep ervaren. Opmerkelijk is dat het boekje van *Castelnuovo-Tedesco*, dat in het begin aan veel deelnemers te simplistisch toescheen, thans voor de meer ervarene zeer bruikbaar blijkt te zijn.

Ondanks de meer gerichte werkwijze blijkt de hoofdschotel van de werkzaamheden van de groep nog steeds te bestaan uit het oefenen van empathie, voornamelijk door het beluisteren van op de band opgenomen gesprekken.

Naschrift. Tot ons diep leedwezen is Liesbeth L. Vriezen-de Jager op 21 oktober 1969 op 39-jarige leeftijd overleden. Zij is de centrale en bindende figuur in onze groep geweest door haar bescheidenheid en groot invloedend vermogen. Door haar kon ieder groepslid zich vrij ontplooiën en zijn eigen plaats krijgen.

Hoewel zij wist dat zij ziek was, heeft zij toch nog de kracht gehad, vrijwel het gehele artikel te schrijven. Met de publikatie hiervan wil de groep posthuum een laatste eerbetoon brengen aan haar, die zichzelf nooit op de voorgrond heeft willen plaatsen.

Bruins, C. P. en E. L. Vriezen-de Jager (1968) huisarts en wetenschap 8, 289-291.

Castelnuovo-Tedesco, P. The twenty minute hour. A guide to brief psychotherapy for the physician, Little, Brown and Company, Boston, 1965.

Dijk, W. K. van. Iets over diagnostiek en diagnostiseren in de psychiatrie. Groningen, 1964.