

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



18e JAARGANG No. 7 — JULI 1975

Inhoud:

V. C. L. Tielens: Hoe helpt de dokter?	277	hypertensiepatiënten in de huisartspraktijk	304
C. P. Bruins: Groepsgewijze behandeling: een nieuwe methode voor de huisartspraktijk?	279	Referaten	305
V. C. L. Tielens: Groepswerk met patiënten uit huisartspraktijken	281	Boekbesprekingen	306
A. H. J. van de Rijdt-Van de Ven: Groepswerk met patiënten uit huisartspraktijken	284	Ingezonden	308
B. G. M. Ris: Groepsbehandeling van adipostas patiënten in het eerste echelon	290	Literatuurinformatie	310
C. S. M. Wachters-Kaufmann: Inventarisatie van groepsgewijze behandeling in de huisartspraktijk	293	Berichten	311
A. Th. M. van Balen: Waarom en wanneer kunstlensimplantatie na lens-extractie?	300	Doorlopende agenda	314
Redactioneel commentaar: „Waarom en wanneer?” & „wie en waar?”	303	N.H.I.-rubriek	315
W. H. Birkenhäger: Advies voor de medicamenteuze behandeling van		Uit de bestuursvergadering - mei	316
		Aanvullende ledenlijst	316
		<i>Redactiecommissie:</i> A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam; Dr. K. Gill, Zwammerdam; S. van der Kooij, Voorschoten; Dr. H. Lamberts, Rotterdam en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.	
		<i>Secretariaat:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.	
		<i>Nederlands Huisartsen Genootschap:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.	

Nederlands Huisartsen-Instituut:
Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

Uitgever: Uitgeversmij. Kruyt B.V.,
Groot Hertoginnelaan 28, Bussum,
telefoon 02159-16241*; postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden – ook brieven op advertenties onder nummer – uitsluitend aan de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie en kunnen zonder opgave van reden worden geweigerd.

Abonnementen: f 40,— + f 1,60 btw = f 41,60 per jaar; voor studenten f 20,— + f 0,80 btw = f 20,80; voor het buitenland f 45,—; losse nummers f 4,— + f 0,16 btw = f 4,16.

Adreswijziging: Leden van het N.H.G. uitsluitend aan Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uitg. mij. Kruyt B.V., Bussum.

Druk: Verweij, Mijdrecht,
telefoon 02979-1251*.

Hoe helpt de dokter?

DOOR V. C. L. TIELENS, VOORZITTER N.H.G.

Begin juli hebben alle abonnees van huisarts en wetenschap het interimrapport van de werkgroep Takenpakket – getiteld „Hoe helpt de dokter?” – toegezonden gekregen. Het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft dit rapport unaniem aangenomen als een leidraad voor een toekomstig beleid. Over een aantal consequenties van het rapport heeft het bestuur een brief

geschreven aan alle leden van het N.H.G.

Nu iedereen kennis heeft kunnen nemen van de inhoud van het rapport lijkt het nuttig nog eens in te gaan op het grote belang, dat het bestuur van het N.H.G. daaraan hecht. Ook is het nodig het uitgangspunt van dit rapport, het zogenaamde „samenwerkingsstandpunt”, nader toe te lichten vanuit het N.H.G.-

bestuur en daarbij aan te geven welke consequenties dit rapport moet hebben voor het beleid van het N.H.G.

Bijna twintig jaar geleden werd het N.H.G. opgericht als een reactie van een aantal huisartsen op het toen heersende ongunstige klimaat voor deze beroepsgroep. Om het doel: de huisartsgeneeskunde op een hoger niveau brengen, te

bereiken, was het noodzakelijk de functie en de taak van de huisarts te omschrijven. De zogenaamde Woudschotendefinitie uit 1959 omschrijft die functie van de huisarts als volgt: „Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Deze zorg omvat het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief).”

In twaalf deeltaken werd deze functie verder in detail uitgewerkt.

Deze definitie en de uitwerking daarvan in een groot aantal activiteiten van het N.H.G., zijn van zeer grote invloed geweest op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland tot een eigen professie, min of meer als tegenhanger van de specialistische geneeskunde. De huisarts legde daarmee echter ook een enorme claim op een groot terrein van professionele hulpverlening. In feite presenteerde hij zich als de „alleskunner”, aan wie automatisch de centrale, coördinerende plaats in de gezondheidszorg zou moeten worden gegeven.

Dat deze grote claim van de huisarts geaccepteerd werd en zelfs als een ideaalbeeld een grote invloed heeft gehad op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, berust op een aantal factoren.

In de eerste plaats waren er in die tijd nauwelijks andere professionele hulpverleners in de eerstelijns van de gezondheidszorg. Verder was de gezondheidszorg veel meer somatisch gericht, waardoor de arts centraal stond. Van de andere kant werd de claim van het begin af aan door de huisarts zelf weer enigszins afgezwakt door diens streven naar samenwerking met andere hulpverleners.

De belangrijkste factor lijkt mij echter, dat het ideaal van de continue, integrale en persoonlijke zorg niet zozeer een omschrijving is van de taak van de huisarts, maar een beschrijving van facetten van ideale hulpverlening. Het was en is nog steeds voor hulpvragers en hulpgevers een gemakkelijk te herkennen ideaalbeeld van hulpverlening met name in de eerste lijn. De eenheid en het unieke van

ieder mens wordt immers als uitgangspunt genomen en de bereidheid op iedere hulpvraag in te gaan wordt uitgesproken. Omdat hiermee wezenlijke behoeften van de hulpvrager werden onderkend, heeft deze definitie zo'n grote invloed gehad. En omdat die behoeften van de hulpvragers niet wezenlijk veranderd zijn, blijven de genoemde facetten van hulpverlening nog steeds relevant.

De huisarts begon echter al snel te ontdekken, dat hij alléén deze ideale hulp niet kan geven. Reeds vanaf het begin gingen er in het Genootschap stemmen op om te streven naar samenwerking van huisartsen onderling en met andere werkers in de gezondheidszorg, aanvankelijk vooral andere medici, later steeds meer de zich als professionele hulpverlener aandienende maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige. De ervaringen van experimentele samenwerkingsvormen en de ervaring, dat het gestelde ideaal volstrekt niet haalbaar was voor één hulpverlener, leidden er toe, dat vrij spoedig reeds de functie en taak van de huisarts opnieuw ter discussie kwam.

In het voorjaar van 1971 belegde het bestuur van het N.H.G. een conferentie te Driebergen, waar – aan de hand van een aantal stellingen – gediscussieerd werd over de taak van de huisarts. Reeds toen werd geconcludeerd dat uit oogpunt van het belang van de patiënt, de huisarts deel hoort uit te maken van een eerste-echelons hulpverleningsgroep, die zich tot taak stelt het geven of doen geven van een persoonlijke, integrale en continue zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuen en gezinnen. De huisarts wordt binnen dit team geacht te handelen vanuit zijn kennis van de somatische, psychische en sociale factoren, die het ontstaan en beloop van ziekte bepalen (*H. J. Dokter*).

Het wachten was op een nadere theoretische onderbouwing van dit standpunt en een zodanige uitwerking hiervan dat de taken van de huisarts opnieuw geformuleerd kunnen worden. Het interimrapport van de werkgroep Takenpakket „Hoe helpt de dokter?” is de eerste aanzet tot die theorievorming.

De oude begrippen continu, integraal en persoonlijk worden niet meer toegevoegd aan die ene huisarts, maar worden

omgewerkt, aangepast en vertaald tot algemene aspecten van professionele hulpverlening in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Daarmee wordt het goede van deze begrippen gehandhaafd, maar laat de huisarts zijn te grote claim vallen en wordt de werkelijkheid dichterbij benaderd. Continue, integrale en persoonlijke zorg wordt dan het samen met anderen methodisch verlenen van hulp, waarbij het persoonlijk functioneren van de hulpverlener bewust wordt gehanteerd. Voor een nadere uitwerking van deze begrippen wil ik graag verwijzen naar het rapport.

Op de noodzaak tot samenwerking met anderen wil ik nog kort ingaan. Met *Dieriks* en *Ris* kunnen we het probleem-aanbod, waarmee de huisarts wordt geconfronteerd globaal in drie categorieën onderscheiden:

1. duidelijke somatische problemen, met eventueel als gevolg daarvan psychische en sociale problemen;
2. duidelijke psychische en sociale problemen met eventueel als gevolg daarvan duidelijke somatische problemen;
3. problemen, die zowel somatisch als psychisch als sociaal zouden kunnen worden geïdentificeerd.

We hebben reeds gezien dat vanaf het begin het N.H.G. naar een integrale aanpak van al deze aspecten heeft gestreefd. Ook ontdekte de huisarts spoedig, dat het een praktische onmogelijkheid is alle benodigde kennis, kunde en vaardigheden in één persoon te verzamelen. *Dieriks* en *Ris* geven ook aan, dat er geen toetsbare integrale theorie over de mens bestaat, die de medisch-biologische, psychologische en sociologische kennis verbindt. De noodzaak tot het bijeenbrengen van de verschillende genoemde aspecten, betekent voor de huisarts, dat hij moet samenwerken met vertegenwoordigers van andere disciplines. Geleidelijk is deze noodzaak tot samenwerking de afgelopen jaren duidelijker geworden. Binnen het bestuur van het N.H.G. heeft dat er toe geleid, dat men van het begin af aan akkoord is gegaan met het uitgangspunt van de werkgroep Takenpakket en wel dat de huisarts dient te functioneren vanuit een

professionele samenwerking met de andere hulpverleners in de eerste lijn van de gezondheidszorg, met name met de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werker.

Hiermee gaat mogelijk een nieuwe fase van de professionalisering van de huisartsgeneeskunde in. Nu niet gericht op een afbakening ten opzichte van de specialistische geneeskunde, maar gericht op een werkelijke integratie met andere disciplines. Het grote belang van dit rapport van de werkgroep Takenpakket is vooral daarin gelegen, dat het een gemeenschappelijke basis geeft waarop de verschillende disciplines binnen de eerste lijn kunnen samenwerken en hun eigen specificiteit toch tot uitdrukking kunnen brengen.

Het bestuur van het N.H.G. heeft dit rapport op het bestuursweekeinde van 18 en 19 april j.l. unaniem aangenomen en daarbij een aantal consequenties daarvan geformuleerd.

Een van de belangrijkste gevolgen is wel, dat de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige en hun organisaties zich zullen moeten uitspreken over hun functie en taak in het eerstelijns samenwerkingsverband. Dieriks en Ris hebben er reeds op gewezen, dat verschillen in

aard en uitgebreidheid van kennis en verschillen in de mate van professionalisering twee barrières vormen voor de samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerste lijn. Ook stellen zij, dat de sociale en psychische hulpverlening gebaat is met een sterkere mate van professionalisering dan op dit moment het geval is (*Dieriks, Ris*). Het zal daarom van alle betrokkenen grote wijsheid vragen om enerzijds een aanpassing van de ander te vragen maar anderzijds ook voldoende ruimte te laten aan die ander.

Een aantal andere consequenties betreft vooral het functioneren en de opstelling van het N.H.G.-bestuur. De huidige structuur van de gezondheidszorg in de eerste lijn vormt een ernstige belemmering om tot samenwerking te komen. Het bestuur meent dan ook, dat het mede tot de taak van het N.H.G. behoort om duidelijk te streven naar verandering van die structuur.

Verder zal het bestuur zich beijveren de inhoud van dit rapport een zo groot mogelijke bekendheid te geven. Bespreking ervan in alle centra wordt beoogd; alle vaste commissies en vele werkgroepen in het hele land zullen betrokken worden bij de verdere uitwerking van dit rapport in een aantal deelrapporten. Op-

leiding en nascholing zullen meer gericht moeten worden op de in dit rapport uitgewerkte wijze van functioneren als huisarts. Het N.H.G. zal hiertoe initiatieven moeten ontplooiën.

Het bestuur van het N.H.G. ziet deze consequenties en wil ze ook aanvaarden. Kenmerkend voor het functioneren van het Genootschap is echter steeds geweest dat alleen de leden zelf „uitvoerder” kunnen zijn. Het bestuur heeft geen andere mogelijkheid dan te functioneren als gangmaker; of het peloton wil volgen maakt het zelf uit. Het bestuur hoopt dat door middel van de bespreking van het interimrapport „Hoe helpt de dokter?” vele hulpverleners in de eerste lijn overtuigd mogen raken van de hierin aangevoerde noodzaken en zich enthousiast zullen inzetten voor realisering van de gestelde idealen.

Woudschotenrapport, Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.; Utrecht, 1959.

Hoe helpt de dokter? Interimrapport werkgroep Takenpakket van het N.H.G.; Utrecht, 1975.

Dokter, H. J. De huisarts in de nabije toekomst, (1971) huisarts en wetenschap 14, 179.

Dieriks J. P. M. en Ris B. G. M. Kennis, professionalisering en samenwerking (1974) Medisch Contact 29, 815.

Groepsgewijze behandeling: een nieuwe methode voor de huisartspraktijk?

DOOR C. P. BRUINS*

INLEIDING

Zowel in de geestelijke gezondheidszorg als in de maatschappelijke dienstverlening is het vrijwel een *conditio sine qua non* geworden de patiënt c.q. de cliënt niet meer alleen te behandelen doch in nauwe relatie met zijn sociale milieu. Gebleken is dat allerlei problemen niet zozeer zijn terug te voeren op intrapsychische stoornissen als wel op interactieproblemen. Mede daardoor is er in de

jaren zestig belangstelling ontstaan voor behandeling in groepen.

Het gaat er bij groepsgewijze behandeling om dat mensen met gelijksoortige problemen of klachten gelegenheid krijgen over deze problemen of klachten in een groep te praten, teneinde beter begrip van zichzelf te krijgen, zich beter te leren uitdrukken en te leren zich beter tot anderen te verhouden. De groep kan iemand de mogelijkheid bieden zijn gevoel van eigenwaarde te ontwikkelen, leren hoe hij overkomt op anderen, hoe hij conflicten kan hanteren, enzovoort.

Waarom kan een groep deze mogelijkheid bieden? Dienaangaande bestaan enkele theorieën, waarvan er een afkomstig is van Cassel: de zogenaamde feedback theorie (Romme). In de huidige maatschappij, aldus deze theorie, schort het nogal eens aan communicatie van het individu met de hem omringende medemensen met betrekking tot de verwachtingen, welke de medemensen van het individu hebben. Daardoor is de individuele mens niet in staat de signalen van vriendelijkheid of vijandigheid juist te interpreteren zodat hij

* Lid van de directie van het Nederlands Huisartsen Instituut