

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 (Rommel). 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

zich niet gewaardeerd of veilig kan voelen. De groep nu biedt als het ware bescherming en ondersteuning om die geringe of onjuiste communicatie te verbeteren of te veranderen door middel van een leerproces.

Een leemte in deze theorie is dat wanneer mensen, geïsoleerd van hun omgeving, in een groep worden behandeld daarbij de processen in de samenleving zelf, die hun welzijn belemmeren, onvoldoende aan de kaak worden gesteld (*De Bont en Verschuren*).

Groepsgewijze behandeling kan mijns inziens niet worden gelijkgeschakeld met groepstherapie al kan er een geleidelijke overgang zijn van de een naar de ander. Bij groepsgewijze behandeling bewaakt en bevordert de groepsleider het groepsproces. De groepsleden zelf bepalen het proces, de groepsleider is meer katalisator. Bij groepstherapie gebeurt dit ook, maar daarbij hanteert de groepsleider meer bewust een techniek om ook aan individuele problemen van groepsleden aandacht te schenken. Hij intervineert meer in het groepsproces.

Bij groepsgewijze behandeling is het niveau en het doel van het veranderingsproces beperkter, de verandering is minder ver-gaand. De aard van de groep kan zeer verschillend zijn. In dat verband zijn diverse indelingen mogelijk. Aan een daarvan, afkomstig van *Pattison*, liggen twee criteria ten grondslag: de mate van ingrijpen in het groepsgebeuren (deskundigheid) en de mate van aanwezig zijn van psychopathologie (van preventief naar curatief).

Indeling van groepen (door mij enigszins gemodificeerd):

- 1 ondersteuningsgroepen;
- 2 opvoedingsgroepen;
- 3 interactie groepen;
- 4 therapeutische groepen.

Ad 1. Het doel van de ondersteuningsgroepen is mensen bij te staan bij een veranderende situatie (*Romme*).

a Veranderende situatie zoals: het eerste levensjaar, het eerste schooljaar, het overgaan van de ene naar de

andere school, de eerste werksituatie, de ontwikkeling van de seksuele identiteit, de eerste huwelijktijd, het ontwikkelen van de moederrol, de entree van een derde in het huwelijk, de revolutie van de vrouw, de terugkeer naar het kinderloze huwelijk, veranderingen in de werksituatie, promotie, pensionering enzovoort.

b Veranderde situatie zoals het overlijden van een van de gezinsleden, scheiding, gevangenschap, verhuizing, invaliditeit, chronische ziekte, enzovoort.

Ad 2. Het doel van opvoedingsgroepen is mensen, bij wie het daaraan ontbreekt, te bewegen tot een meer gezond gedrag. Daarbij worden op duidelijke wijze normen geformuleerd voor alternatief gezond gedrag waarheen de cliënt/patiënt wordt „opgevoed”. Meer gedragstherapeutisch gericht dus. Voorbeelden van opvoedingsgroepen zijn adipositasgroepen, A.A.-groepen, enzovoort.

Ad 3. Het doel van interactiegroepen is mensen, vaak zonder klachten, zich bewust te doen worden van hun gewoonten ten aanzien van de omgang met anderen in een groep. De groepsleider helpt hierbij de communicatie te verhelderen en fungeert als intermediair tussen leden van de groep. Het doel is eigen problemen te helpen oplossen. Voorbeelden: encounter-, sensitivity- of interactiegroepen.

Ad 4. Bij de therapeutische groepen ligt het accent sterk op het psychotherapeutisch werkzaam zijn van de groepsleider. Met allerlei technieken intervineert hij in het groepsproces. Dit vereist een grote mate van deskundigheid nopens bijvoorbeeld gezins-, identiteits- en werkproblemen.

De bij twee van de eerstgenoemde groepen toe te passen behandeling tendert naar de hiervoor gedefinieerde groepsgewijze behandeling, de behandeling, behorende bij de twee laatst vermelde groepen, meer naar groepstherapie.

Er is een vloeiende overgang tussen de interactiegroepen en de therapeu-

tische groepen. De persoon van groepsleider is zeer belangrijk. Alles hangt af van de gekozen methode.

GROEPSGEWIJZE BEHANDELING IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Tot zover heb ik getracht een kader aan te geven waarbinnen de groepsgewijze behandeling zich afspeelt. Nieuw is dat de groepsgewijze behandeling sinds kort ook in de huisartspraktijk wordt toegepast en wel voor die patiënten, die enerzijds een ander gedrag willen aanleren (bijvoorbeeld een andere eetgewoonte) anderzijds meer inzicht willen krijgen in hun eigen functioneren, zich bewust willen worden van de invloed van emoties en stress op het lichamelijk functioneren of willen leren omgaan met een handicap in hun leven (bijvoorbeeld hoofdpijn, rugpijn, chronische ziekte, enzovoort).

Omdat de huisarts tot voor kort uitsluitend individueel bezig was met mensen en deze individuele hulpverlening altijd als een van de kenmerken van de huisartsgeneeskunde werd beschouwd — in tegenstelling tot het werken in groepen, dat altijd aan de sociale geneeskunde was voorbehouden — rijst de vraag of groepsgewijze behandeling wel in de werkwijze van de huisarts past. Is het geen artefact? Kan de huisarts de verschillende rollen wel hanteren, enerzijds die van individuele hulpverlener, anderzijds die van groepsleider?

Er is, meen ik, nog te weinig ervaring opgedaan met de groepsgewijze behandeling in de huisartspraktijk om hierover een uitspraak te kunnen doen. De huisartsen, die ervaring opgedaan hebben, hebben de problemen, waarvoor zij gesteld kwamen, wisselend opgelost. In sommige groepen is de huisarts als coach van een groep opgetreden, in andere heeft hij de patiënten wel geselecteerd, maar daarna gedelegeerd naar anderen die meer ervaring hebben in groepsrelaties, zoals sommige maatschappelijk werkers en psychologen. Naarmate het werken door de huisarts in de toekomst in multidiscipli-

naire teams toeneemt, zal de keuze wie er gaat behandelen waarschijnlijk minder een probleem zijn dan nu.

Tevens vermoed ik dat, naarmate deze teams tot stand zullen komen, het werken met groepen wel eens grote omvang zou kunnen nemen; waarbij ik niet alleen doel op curatief, maar vooral ook preventief gerichte groepen; voor wat die laatste groepen betreft verwijs ik naar wat hiervoor over ondersteuningsgroepen is gezegd (Romme).

Nog niet vermeld is het inschakelen van non-professionals (Bremer-Schulte) als groepsleider, hetgeen mij met name zeer goed toepasbaar lijkt voor ondersteuningsgroepen. Voor toepassing in de huisartspraktijk denk ik in dit verband bijvoorbeeld aan de mogelijkheid om patiënten, die fysiek en mentaal een nogal belastende operatie goed hebben doorstaan, behulpzaam te doen zijn bij de begeleiding van anderen die een dergelijke operatie moeten ondergaan of juist hebben ondergaan (bijvoorbeeld mastectomie of anus praeter). Een andere mogelijkheid is uit de praktijk personen te selecteren van wie men kan verwachten dat zij na een training een groep zullen kunnen leiden (bijvoorbeeld ouders van astmatische kinderen).

In hoeverre ook opvoedingsgroepen door non-professionals kunnen

worden geleid staat nog ter discussie. In dit verband zou ik willen stellen dat de begeleiding deskundiger moet zijn naarmate er meer pathologie aanwezig is.

In dit licht gezien, zou ik het mogelijk achten dat de huisarts, mits hiervoor getraind, zich wel bezig houdt met ondersteuningsgroepen of misschien ook met opvoedingsgroepen, maar (voorlopig) niet met gezinstherapie en groepstherapie (Huygen). Natuurlijk is dit laatste wel mogelijk voor huisartsen die speciale belangstelling hiervoor hebben, (de persoon is immers zeer belangrijk) maar ik bedoel de huisartsengroep als totaliteit.

Over de opzet, selectie, methode, procesverloop en evaluatie verwijs ik naar het door mevrouw C. S. M. Wachters-Kaufmann geschreven literatuurrapport van het N.H.I., dat bedoeld is voor een eerste oriëntatie voor geïnteresseerden. Degenen, die zelf groepsgewijze behandeling willen beginnen, wordt aangeraden zich verder te oriënteren en zich te laten trainen in het leiden van groepen.

In de hierna volgende artikelen treft men ervaringen aan van huisartsen die hebben gewerkt met groepsgewijze behandeling, vooral van adipositas-patiënten. Daarbij zal het de lezer opvallen, dat sommige groepen zich meer richten op de ver-

anderingen van het gedrag en anderen meer op de acceptatie ervan (bijvoorbeeld de acceptatie van het te dik zijn, het kunnen hanteren van stress-situaties die eetlust bevorderen, enzovoort). Tevens wordt een inventarisatie en beschrijving gegeven van bestaande vormen van groepsgewijze behandeling in de huisartspraktijk.

Tenslotte zou ik de verwachting willen uitspreken dat dit themanummer verscheidene huisartsen zal inspireren zich bezig te gaan houden met groepsgewijze behandeling in de huisartspraktijk, opdat een juistere beoordeling van de methode op grond van een goede toekomstige evaluatie mogelijk wordt.

- Bont, J. P. de, en W. M. Verschuren (1974) Mbld. Geest. Volksgezondh. 29, 546-547.
- Bremer-Schulte, M. A. Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg. Dissertatie. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1974.
- Huygen, F. J. A. De huisarts als gezinsarts. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, G. J. Bremer, J. C. van Es en A. Hofmans. Stenfert Kroese, Leiden 1974.
- Pattison, E. M. (1973) Public Health Rev. 2, 247-265.
- Romme, M. A. J. (1974) Mbld. Geest. Volksgezondh. 29, 405-417.
- Wachters-Kaufmann, C. S. M. Groepsgewijze behandeling van patiënten. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1974.

Groepswerk met patiënten uit huisartspraktijken

DOOR V. C. L. TIELENS, HUISARTS PHILIPS MEDISCHE DIENST

INLEIDING

Het is mogelijk een aantal mensen met een min of meer gelijksoortige psychosociale problematiek groepsgewijze doeltreffende hulp te verlenen, zo luidt een van de conclusies van een experiment, dat erop gericht was een aantal patiënten met ongeveer gelijksoortige psychosociale problemen op basis van een duidelijke somatische afwijking bijeen te brengen.

Dit onderzoek werd indertijd

opgezet door een viertal huisartsen*, allen verbonden aan de Philips Medische Dienst te Eindhoven, omdat men van mening was dat een belangrijk deel van de — in toenemende mate gepresenteerde — psychosociale problematiek onvoldoende werd gehoord, herkend en behandeld, dit zowel ten gevolge van tijdgebrek als van onvoldoende diagnostisch vermogen en kennis van niet-medische mogelijkheden tot hulpverlening door de huisarts.

Thans, na bijna drie jaar hiermee bezig te zijn geweest, waarbij werd samengewerkt met maatschappelijk werkster A. H. J. van de Rijdt-Van de Ven (die in een afzonderlijk artikel in dit nummer haar ervaringen beschrijft), zijn de resultaten dusdanig dat deze vorm van hulpverlening zal worden voortgezet en zelfs uitgebreid tot onder andere de grote categorie

* M. M. J. van Campen, F. Huibregtsen, C. P. Schouwstra en V. C. L. Tielens.