

Humanistische Geneeskunde: een geneeskunde, die de gehele mens betreft

DOOR F. R. BAKKER, HUISARTS TE ROTTERDAM*

*And a woman spoke, saying,
Tell us of Pain.
And he said:
Your pain is the breaking of
the shell that encloses
your understanding.
Even as the stone of the
fruit must break, that its
heart may stand in the sun,
so must you know pain.*

Kahlil Gibran (1883-1931)

INLEIDING

De titel van dit artikel zal de lezer mogelijk enigszins in verwarring brengen. Bij het woord humanistisch denken wij in ons land aan een aantal zaken, dat niets te maken heeft met hetgeen ik hier aan de orde wil stellen. Daarnaast lijkt juist de betekenis, welke ik aan humanistisch hecht, dat wil zeggen de gehele mens betreffende, zo'n open deur. De patiënt als mens heeft volgens de algemeen beleden opvatting in principe in de gezondheidszorg altijd centraal gestaan.

De term humanistische geneeskunde is een vertaling van het Amerikaanse „Humanistic Medicine”. Niet voor niets is in de Verenigde Staten een beweging als de Humanistic Medicine ontstaan. In Amerika heeft de gezondheidszorg, als onderdeel van het totale maatschappelijke systeem, een sterke vertechnisering en vercommercialisering ondergaan. Gezondheidszorg is koopwaar op een vrije markt. De mens wordt daarbinnen gezien als een samenraapsel van orgaan-systemen, waarin technisch kan worden ingegrepen. Het medisch paradigma is in de Verenigde Staten welhaast modelmatig langs deze lijnen uitgewerkt. De steeds verder gaande specialisering heeft de communicatiestoornissen tussen deelspecialismen, andere beroepen in de gezondheidszorg, tussen de werkers in deze beroepen en de patiënten tot een voor ons ongekende omvang doen toenemen. Het medisch model als grondvest en instrument van het medisch-industrieel-establishment heeft geleid tot een ernstige de-humanisering van de gezondheidszorg. Daarin zijn de autori-

* Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskunde en Gezondheidsdienst.

taire vakman en de tot een mechanisme gereduceerde patiënt beiden ernstig op de tocht komen te staan. De vertrouwenscrisis tussen artsen en patiënten met de bijbehorende „law suits” en de waanzinnig hoge verzekeringen hiertegen, is daarvan slechts een van de gevolgen.

Er zou veel meer in geuren en kleuren te vertellen zijn over de gezondheidszorg in de Verenigde Staten; ik wil het in deze inleiding echter bij deze korte, wat karikatuurale schets laten.

DE HUMANISTISCHE GEZONDHEIDSZORG

Humanistic Medicine is een reactie op de hiervoor beschreven situatie. Als het alleen om deze reactie ging, zou een en ander misschien voor ons slechts van transcultureel belang zijn. Er zijn wel meer extreme situaties in de Amerikaanse cultuur, waarnaar wij soms met een mengeling van verbazing en afschuw kijken. Het is dan ten hoogste geruststellend, dat het ten onzent nog niet zo'n vaart loopt.

Afgezien van het feit, dat „zo'n vaart” een relatief begrip is en in elk geval inhoudt, dat een dergelijke tendens bij ons zeker ook aanwezig is, is er een aantal noties in de humanistische geneeskunde, dat voorbij het „reactiestadium” ligt en voor onze situatie zeker van belang is.

Laten wij – zij het summier – eens een aantal op de voorgrond tredende noties uit de humanistische geneeskunde bekijken. Het is goed zich daarbij te realiseren, dat de Humanistic Medicine nogal wat parallelle ontwikkelingen vertoont met haar evenknie in de psychologie: de Humanistic-Psychology.

De eerste stelling: De mens is méér dan z'n lichaam: een patiënt is méér dan z'n ziekte: de hulpverlener is méér dan een technicus.

De patiënt kan niet eenvoudigweg worden gezien als zijn ziekte. Nog kan de gezondheidswerker zijn kunnen beperken tot de medische technologie. Ieder een kent deze situatie uit ziekenhuizen, van specialisten en vaak van zich-

Samenvatting. „Humanistische geneeskunde” is een vertaling van „Humanistic Medicine”, een in Amerika ontstane reactie op het medisch-industrieel establishment, dat geleid heeft tot een ernstige de-humanisering van de gezondheidszorg. Een beschrijving wordt gegeven van hetgeen de humanistische geneeskunde inhoudt, evenals van de consequenties, die de toepassing daarvan voor het werken van de gezondheidswerker, onder wie de arts, met zich brengt. Voorts wordt verslag gedaan van deze toepassing van een aantal noties van de humanistische geneeskunde in het Gezondheidscentrum Ommoord.

zelf. „De galblaas op zaal 3” klinkt ons allen toch bekend in de oren. Eigenlijk weet ook zeker iedere huisarts in z'n hart, dat „the full healing potential of the relationship between doctor and patient often depends on their interaction as whole human beings and far exceeds the treatment of disease”. Kortom deze eerste stelling lijkt een vanzelfsprekende.

De tweede stelling: De mens is een interdependente relatie tussen lichaam, psyche en geest, onscheidbaar van andere individuen en de maatschappij; ziekte en gezondheid worden opgevat als verstoring en herstel van het dynamisch evenwicht tussen deze elementen.

Ieder mens bereikt een unieke interdependente relatie tussen zijn lichaam, psyche en geest. Hij is daarbij onscheidbaar van andere individuen en de maatschappij. Ziekte kan in dit verband het beste worden gezien als een verstoring binnen het dynamische evenwicht tussen deze relaties. Gezondheid kan dan worden gedefinieerd als een harmonische integratie van het geheel. Het werk van de gezondheidswerker bestaat in dit verband uit het helpen herstellen van een meer bewust evenwicht. Bewust, omdat de „patiënt” dan in het vervolg beter zelf in staat is zijn gezondheidstoestand in de gaten te houden.

Hoewel vele huisartsen de relatie soma-psyche-buitenwereld onderschrijven, blijken de consequenties ervan voor het therapeutisch handelen over het algemeen onduidelijk. De neiging een en ander op te delen in de onderscheiden „vakjes” soma, psyche of buitenwereld

is groot en leidt bijvoorbeeld tot verwijzing of de notie „dat is mijn terrein niet”, of „daar valt nu eenmaal niets aan te doen” (bijvoorbeeld maatschappelijke invloeden). Het helpen herstellen van een evenwicht bij de patiënt, waarbij deze zich meer bewust wordt van deze onderling afhankelijke factoren bij eigen wel en wee, komt waarschijnlijk slechts sporadisch in expliciete vorm voor.

De derde stelling: De relatie arts-patiënt moet zo veel mogelijk een gelijkwaardige zijn; de eigen keuzemogelijkheden en verantwoordelijkheden van de patiënt worden gestimuleerd.

Patiënt en gezondheidswerker worden gezien als collega's en als medemensen. Hun samenwerking activeert de latente mogelijkheden tot genezing in de patiënt zelf. De patiënt wordt aangemoedigd zich bewust te worden van zijn keuzemogelijkheden en wordt daarbij toenemend verantwoordelijk voor eigen gezondheid en persoonlijke groei.

Uitgaande van de tweede stelling, zal het duidelijk zijn, dat de arts-patiënt relatie dient te veranderen. De nadruk te leggen op de totale mens als dynamisch wezen met zijn vele, vaak latente mogelijkheden maakt een „autoritaire, alleswetende arts” tot een ongewenste figuur. Bewustwording en zelfontdekking leiden tot inzicht in de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden, die als verworvenheden van de betreffende patiënt uiteraard oneindig veel meer gewicht in de schaal leggen dan de mening, de beleidslijn, therapie of wat dan ook van een ander (bijvoorbeeld de arts). Een andere grondhouding van de arts, in de zin van een zich opstellen als medemens met wat andere kennis van zaken, als gids op het moeilijk begaanbare terrein van gezond versus ziek en de menselijke en biologische mogelijkheden van de patiënt zelf, is een „must”! Op welke manier de betreffende hulpverlener zo ver kan komen wordt in het hierna volgende uiteenzet.

De vierde stelling: Ziekte kan ook de groei bevorderen; pijn, lijden, veroudering, zelfs sterven, kunnen waardevolle gebeurtenissen zijn in iemands leven.

Wij staan er zelden bij stil, dat ziekte niet per se iets negatiefs is. Dit is logisch, want wij zijn immers opgeleid tot ziektebestrijders. Cultureel gezien wordt ziekte ook als negatief ervaren. Toegegeven, prettig is een ziekte zelden (behalve dat „onschuldige griepje”, waardoor men

eindelijk eens lekker in bed kan blijven liggen en vertroeteld worden, enzovoort). Toch kan ziekte de mogelijkheid van persoonlijke groei inhouden. De ervaring van ziek zijn kan creatief worden aangewend voor waarden en doelen, welke wij in ons leven hebben te herwaarderen; om helderheid te verschaffen waar prioriteiten behoren te liggen en om tevens ongebruikte mogelijkheden aan te grijpen. Ziekte moet dan ook worden gezien in de context van de levensloop van het individu. Op die manier kan ziekte zelfs een unieke betekenis krijgen. Lichamelijk ziek zijn of emotioneel lijden bevat een individuele „boodschap” voor iedere patiënt over zulke persoonlijke zaken als levensstijl, zelfwaardering, de waarde van „tijd”, enzovoort. De kennis, voortkomende uit het begrijpen van deze persoonlijke betekenis, kan de patiënt in staat stellen de kwaliteit van zijn of haar leven te verbeteren. De gezondheidswerker helpt de patiënt iets positiefs uit de ziekte-ervaring op te doen, om zijn identiteit te handhaven en de waardigheid als persoon te bekrachtigen.

Ik geloof dat het op deze manier naar zieken kijken – althans in artsenkringen – nieuw is. Hoewel ieder van ons wel eens een persoonlijke ervaring heeft, dat ziekte iets positiefs voor een patiënt betekent – denk bijvoorbeeld aan de patiënt die een infarctje heeft gehad en inderdaad zijn hele leven verandert, niet alleen aanpast – hanteren wij deze zienswijze in ons werk toch eigenlijk zelden. Nogmaals, wij hebben geleerd ziekten te bestrijden, niet om er iets creatiefs mee te doen.

Hoewel het verleidelijk is nu voorbeelden te gaan noemen, doe ik dat in dit verband bewust niet. De lezer kan zijn eigen ervaring nagaan en zelf ontdekken of de laatste stelling in zijn werksituatie van toepassing is.

Een aantal van de voorgaande gedachten is wellicht nieuw voor de lezer, een aantal klinkt bekend in de oren. De ervaringen in Amerika en in het Gezondheidscentrum Ommoord hebben aangetoond dat het in praktijk brengen van de humanistische stellingen moeilijk is. Dit komt omdat de rolopvatting ten aanzien van bijvoorbeeld de arts en de patiënt – cultureel bepaald – anders ligt dan hiervoor beschreven. De patiënt komt nog steeds bij de dokter met de verwachtingen: „Mij is een ziekte overkomen; ik ben machteloos; de dokter moet mij beter

maken”. De dokter heeft op zijn beurt geleerd aan deze verwachting tegemoet te komen. Er is een ingewikkeld „spel” ontstaan tussen arts en patiënt, dat wij allen maar al te goed kennen en waarin velen van ons geloven. Voor beide „spelers” staat ook inderdaad veel op het spel, te veel om het gemakkelijk los te laten. De arts verliest niet graag zijn macht, aanzien en het gevoel van eigenwaarde, welke hij uit dit spel put. De patiënt op zijn beurt heeft het onmachtig-zijn, niet kunnen, geleid, gedirigeerd worden, enzovoort ook vaak nodig. Wij praten dan nog maar niet over de functie van het instandhouden van het maatschappelijk systeem, dat de gezondheidszorg heet.

TRAINING IN DE HUMANISTISCHE GENEESKUNDE

Dit uitgangspunt heeft ertoe geleid, dat het Institute for the study of Humanistic Medicine (een door de overheid gesubsidieerd instituut in San Francisco) een trainingsprogramma heeft opgesteld, waarin de hulpverlener leert een aantal van voornoemde bezwaren en moeilijkheden te overwinnen.

Vooreerst wordt in dit trainingsprogramma aandacht besteed aan de interpersoonlijke relaties. Ik memoreerde al dat het in de relatie hulpverlener-hulpvrager om méér gaat dan het technisch bezig zijn van de hulpverlener. De hele mens achter de hulpverlener speelt mee, ten goede en ten kwade. Het is dan ook van groot belang dat de hulpverlener leert wat dit ten goede en ten kwade is. Er worden methodieken toegepast om de hulpverlener te leren een eerlijkere, echtere en meer vruchtbare relatie met patiënten en collega's aan te kunnen gaan. Dit heeft natuurlijk alles te maken met de hulpverlener zelf als mens.

De persoonlijke groei van de (arts-)hulpverlener is dan ook het volgende punt, dat op het programma staat: methodieken om de hulpverlener te helpen zichzelf als mens verder te ontwikkelen. Globaal komt dat neer op de vraag: hoe doe ik de dingen, welke ik doe als mens en als hulpverlener, waarom doe ik ze zó en niet anders, wat zijn mijn eigen angsten, weerstanden, oordelen, vooroordelen, waarden, doelstellingen, blokkades, patronen, enzovoort. Op de invloed, die de persoonlijkheid van de hulpverlener op de inhoud van zijn werk heeft, kom ik later in dit artikel nog terug.

Na de hulpverlener – hoe hij met zich

zelf en anderen omgaat – komt de patiënt als persoon aan de beurt: een herwaardering van de patiënt als mens en de holistische (totale) relatie tussen zijn verschillende facetten: lichaam, gevoelens, intellect, emoties, geest, enzovoort.

Vervolgens komt de vraag aan de orde hoe de patiënt te activeren. Hoe kan de patiënt er toe worden gebracht zijn eigen mogelijkheden te gaan zien en te gebruiken en zelf meer verantwoordelijk te worden voor zijn gezondheid? Daartoe worden technieken aangeleerd voor onder meer het versterken van de wil, van het voorstellingsvermogen, en om de patiënt in staat te stellen eigenwaarde en persoonlijke macht te vergroten.

In aansluiting daarop wordt veel aandacht besteed aan het creatieve gebruik van een ziekte. Het trainingsprogramma geeft een introductie in deze materie en doet methodieken aan de hand hoe met deze materie om te gaan.

Tenslotte komt het begrip „tijd” aan bod. Over het algemeen wordt aangenomen, dat het bedrijven van een meer humanistische, op de totale mens gerichte geneeskunde te veel tijd kost om „rendabel” te zijn. Om klaarheid te brengen in dit probleem wordt nagegaan hoe de individuele hulpverlener het begrip tijd hanteert, waar prioriteiten worden gelegd en waarom. Over al deze hoofdpunten zou nog veel zijn op te merken. Ik laat het bij dit overzicht en de constatering, dat zij ook in de Nederlandse situatie mijns inziens erg nuttig zouden zijn.

Het Institute for the study of Humanistic Medicine is gelieerd aan het Academisch-ziekenhuis van San Francisco en daarmee aan de universiteit. De staf bestaat uit medici (hoogleraren van verscheidene afdelingen) psychologen, verpleegkundigen, „social workers”, „health educators”, enzovoort.

Naast het verzorgen van het trainingsprogramma doet het instituut onderzoek naar mogelijkheden en effecten van de andere benadering. Men is niet zuinig met het betrekken van alle mogelijke stromingen in het werk: onder andere humanistische psychologie, psychosomatische geneeskunde, psychofysiologisch wetenschappelijk onderzoek, onderwijsmethodieken (onder meer „confluent education”), methode en theorieën, die te maken hebben met „social change”, filosofie, vergelijkende religie, nieuwe „patiënt care”-technieken,

organisatie-ontwikkeling, enzovoort. De verslagen en publikaties van leden van deze groep wijzen op een groot succes van hun programma.

VAN DE THEORIE NAAR DE PRAKTIJK

Zijn deze noties en stellingen van de Humanistic Medicine ook in de Nederlandse situatie bereikbaar en hanteerbaar? Ik zal proberen in het navolgende een overzicht te geven van de ontwikkeling en groei van enige ideeën uit de humanistische geneeskunde, zoals die zich in het Gezondheidscentrum Ommoord hebben voorgedaan.

De werkers in ons centrum waren tot voor kort niet op de hoogte van het bestaan van de beweging der Humanistic Medicine in de Verenigde Staten. Het is interessant te zien hoe zich bij ons ondanks de enorme culturele verschillen een vergelijkbare ontwikkeling heeft voorgedaan.

Het Gezondheidscentrum Ommoord heeft zijn bestaan te danken aan een andere dan gebruikelijke opvatting, welke wij hebben over gezondheidszorg (*Bakker*). Globaal gesproken kan men zeggen, dat wij de versnippering, vertechnering en ontmenselijking in de gezondheidszorg zo veel mogelijk willen tegengaan. Een integrale, gecoördineerde, multidisciplinaire opzet was daarvan het logische gevolg. Een teamsgewijze samenwerking van enkele disciplines, die zich samen op de mens als totaliteit in zijn situatie (gezin, werk enzovoort) probeert te richten. In deze totale benadering neemt de aandacht voor psycho-sociale factoren, die het wel en wee van mensen beïnvloeden, een belangrijke plaats in.

Moeizaam is het samenwerken van de grond gekomen: individueel georiënteerde en opgeleide werkers werken niet zo maar samen. Uiterst moeizaam ook kwam een andersoortige benadering van de patiënt tot stand: de patiënt niet als samenraapsel van organen, waaraan door een autoritaire technicus wordt geknutseld, maar als mens met zijn eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden. In staat dus ook om mee te werken aan en inzicht te verkrijgen in zijn eigen, vaak problematische leefsituatie. In vele artikelen is bekendheid gegeven aan deze gang van zaken (*Bakker; van Bockel, Bakker en Bakker; ITOBA verslag consumentensatisfactie; Lamberts – 1974; Riphagen, Buyten en Lamberts*).

Samenvattend kan men zeggen dat samenwerkende disciplines inderdaad in de loop der jaren tot een team zijn uitgegroeid, dat de consument tevreden is over de geboden zorg (*ITOBA; Openbaar Lichaam Rijnmond*) en dat onze conceptie van het probleemgedrag een stevige basis heeft gevonden. Fantastisch, zou men zeggen, wat wil men nog meer!

Een van de kenmerken en voordelen van een goed samenwerkend team is, dat er een voortdurende kritische toetsing bestaat van wat men samen doet. Door die toetsing blijft tevens alles in beweging. Deze toetsing heeft ons geleerd dat er best reden is voor tevredenheid, maar dat een aantal van onze doelstellingen nog in de verste verte niet is gerealiseerd. Dit betreft vooral de eigen verantwoordelijkheid en de eigen mogelijkheden van mensen (patiënten), of, om het mooi te zeggen: de veranderende rolopvatting, over en weer, van arts en patiënt. Het beste wordt dit gedemonstreerd aan onze benadering van probleemgedrag.

Onderzoek in ons centrum over de jaren 1972 tot en met 1975 heeft ons een aantal zaken geleerd (*Lamberts – 1974 en 1975*) Ondanks onze intensieve bemoeienis komen wij tot de conclusie dat de mate, waarin probleemgedrag in de loop der jaren tot een einde komt, teleurstellend is. Er is sprake van een harde kern mensen, voor wie leefproblematiek een min of meer blijvend onderwerp van gesprek vormt met de huisarts en andere hulpverleners. Het aantal verrichtingen en gesprekken blijft door de jaren heen hoog. Aan ruim de helft van deze mensen zijn psychofarmaca voorgeschreven. Dat ruim de helft van het probleemgedrag open, dus niet verborgen onder het mom van een medische klacht wordt gepresenteerd, is in zekere zin een troost. Klaarblijkelijk is onze opstelling wel zodanig, dat een toenemend aantal patiënten meer direct met het werkelijke probleem op de propen komt.

De vele discussies, welke wij in het kernteam hierover hebben gehad, hebben geleid tot een aantal conclusies. Het aanvaarden door patiënten van verantwoordelijkheid voor de eigen situatie is moeilijk. De neiging die verantwoordelijkheid te verschuiven naar situaties en personen (onder meer de arts) buiten de patiënt, is erg groot. De klassieke arts-patiënt relatie werkt dit patroon in de hand. De arts als „machtige allesweter”, de patiënt als „onmondige nietsweter”.

Beide partijen laten dit „contract” maar moeilijk los. De zaken, die op het spel staan, zijn voor beide partijen te groot. De arts-hulpverlener verliest niet graag zijn macht (letterlijk en figuurlijk) en de patiënt, hulpvrager, verliest niet graag zijn vertrouwen, geloof of overtuiging „niet te hoeven of te kunnen” in de vele netelige probleemsituaties waarin hij verkeert. Als die situatie dan ook nog door uitwendige maatschappelijke factoren duidelijk nadelig wordt beïnvloed, wordt het niet hoeven en niet kunnen vaak ook nog begrijpelijk.

Omdat wij van mening zijn gebleven dat wij naar een gezondheidszorg moeten streven met een in alle opzichten – vooral ten opzichte van zichzelf – mondige patiënt, blijven wij zoeken naar wegen om dit te verwezenlijken. Naar onszelf toe betekent dit een voortdurende kritische beschouwing van het eigen functioneren via onderzoek, „medical audit”, persoonlijke training en dergelijke. Uit dit zelf-onderzoek weten wij al hoe groot de verschillen in benadering van patiënten door onszelf per individuele hulpverlener zijn; die benadering heeft verscheidene consequenties naar de gezondheidszorg in termen van voorschrijf-, diagnostisch en therapeutisch gedrag (*Lamberts en Wolgast; Lamberts–1974b, 1974c, 1975 a, b en c*). Naar de patiënten toe betekent dit het zoeken naar methoden, mogelijkheden en situaties, waarin patiënten vertrouwen kunnen herkrijgen in hun eigen mondigheid, mogelijkheden en verantwoordelijkheden.

Los van de nadruk, die hierop blijft liggen in het persoonlijke contact, zijn het juist situaties buiten de in dit opzicht moeilijke arts-patiënt relatie, waarvan wij trachten gebruik te maken. Dit betekent onder meer een toenemende nadruk op de belangrijke inbreng van andere hulpverleners, die wat minder lijden aan het macht-onmacht syndroom en vaak minder „bedreigende” invalshoeken hebben (fysiotherapie, wijkverpleging, praktijkverpleegkundige). Werken met vrijwilligers is een van de punten van overweging in dit verband. Daarnaast wordt sinds ongeveer twee jaar in ons centrum met patiënten-groepen gewerkt. In deze groepen is de rol van hulpverlener minder op de voorgrond tredend en speelt juist de relatie tussen de groepsleden een wezenlijke rol. Groepen voor te dikke mensen, gespannen mensen, mensen met functionele klachten,

leefproblemen en gezondheidsgroepen zijn er alle op gericht de mensen inzicht te verschaffen in hun eigen situatie via de groepssituatie waarin, in een zorgvuldig opgebouwd veilig klimaat, ruimte is een alternatieve benadering van problemen op gang te brengen, in de zin van niet onder de tafel werken van problemen, niet onmondig hoeven zijn, het leren zien van verband tussen lichamelijke symptomen en probleem-situaties, enzovoort. De groep biedt daarbij ook het voordeel van een stukje „werkelijkheid met andere mensen”, dat in de spreekkamer-situatie ontbreekt.

Er is nog een andere invalshoek, welke wij proberen te gebruiken om mensen vertrouwder te maken met hun eigen gezondheid en ongezondheid: dat is de dagbladders. Er worde nogmaals de nadruk op gelegd dat patiënten nooit hebben geleerd mee te praten, mee te denken, laat staan mee te doen ten aanzien van hun eigen gezondheid en de daarop gerichte zorg. Sinds één jaar heeft een aantal medewerkers uit ons centrum de medische rubriek van het Utrechts Nieuwsblad verzorgd. Dit blad had belangstelling voor onze werkwijze en wilde samen met ons een experiment aangaan om te zien of een andere aanpak van hun medische rubriek zou aanslaan. Geen stukjes meer in de klassieke stijl van „de griep slaat toe” en allerlei andere nare dingen die mensen kunnen overkomen en waarvoor de medische stand, uiteraard altijd slagvaardig en in ontwikkeling, de oplossing heeft of zoekt. Wat wij wel proberen is vooral de lezer vertrouwd te maken met een aantal veel voorkomende alledaagse ongemakken welke men aan den lijve ondervindt. Zowel taalgebruik als inhoud zijn erop gericht de lezer bewust te maken van zijn eigen aandeel in en mogelijkheden tot verandering van deze ongemakken. Daarnaast wordt aandacht besteed aan meer algemene zaken betreffende gezondheid en ziekte, waarbij ook weer medische macht en kunnen en de vermedicalisering van de samenleving kritisch worden benaderd in de hoop dat mensen meer over deze dingen gaan nadenken en, gerelateerd aan hun eigen ervaringen, tot conclusies kunnen komen.

Een toenemend aantal hulpverleners in ons centrum is enthousiast voor deze nieuwe benadering en wordt op zijn beurt getraind in de vaardigheden, die voor het werken met groepen nodig zijn.

Deze training geschiedt conform het programma van het Institute for the study of Humanistic Medicine. Veel aandacht wordt besteed aan het omgaan met mensen, in dit geval andere groepsleden. De hulpverlener krijgt een beter inzicht hoe hij bij anderen, bijvoorbeeld patiënten en collega’s, overkomt; met wie hij wel en niet gemakkelijk samenwerkt; in de rolopvattingen tussen de disciplines, de hiërarchische structuur, het vakman-syndroom van allesweter dat te pas en te onpas wordt gehanteerd, zijn oprechtheid, eerlijkheid, geremdheid, blokkades, blinde vlekken, vooroordelen en zo meer. Er is daarnaast een grote plaats ingeruimd voor persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden, in de zin als reeds eerder aangegeven. Uitgangspunt blijft dat een hulpverlener, die zelf niet mens is in hulpverleningssituaties, dat ook niet van zijn patiënten hoeft te verwachten. Als de hulpverlener zelf al zijn problemen onderdrukt, gesloten is, rationeel is ingesteld, angsten heeft, onuitgesproken behoeften en verlangens koestert, dan heeft dit grote invloed in de hulpverleningssituatie. Als de hulpverlener zich – al dan niet onder invloed hiervan – technisch-professioneel opstelt, is dit in het traditionele rollenspel nog niet zo opvallend: alles blijft dan bij het oude en dat is ook de bedoeling.

In de humanistische opvatting, waarin de patiënt wordt begeleid naar eigen inzicht, mondigheid, mogelijkheden en verantwoordelijkheid, is dit een ramp. De patiënt krijgt dan niet de kans deze zaken te ontwikkelen en moet bovendien de hulpverlener bijstaan opdat deze meent effect te sorteren.

In genoemde trainingsgroep in ons centrum wordt ook veel aandacht besteed aan methodieken om patiënten individueel, hetzij in groepsverband te helpen bij hun zelfverkenning. Deze methodieken ondergaan de groepsleden aan den lijve: het zijn immers ook mensen met eigen problemen en probleempjes. Een brede scala technieken, waarvan vele uit de humanistische psychologie bekend zijn, wordt gehanteerd, zoals gestalt-therapie, co-counseling, psychomotor-therapie, body-reading en massage, bio-energetica, ontspannings- en ademhalingsoefeningen, yoga, fantasie-oefeningen, enzovoort. Bij dit alles wordt er van uitgegaan dat ziekte of klachten een positieve boodschap kunnen inhouden en dat de te gebruiken methode daarop kan worden afgestemd.

Hoofdpijn, lage rugpijn, maagpijn en andere, vaak door spierspanningen veroorzaakte pijn zijn daarvan de meest voorkomende en duidelijke voorbeelden.

De groep in ons centrum, die deze training nu al bijna twee jaar volgt, bestaat uit drie huisartsen, twee maatschappelijk werkers, vier fysiotherapeuten, één agoge en de praktijkcoördinatrice. De bedoeling is, dat de oude garde geleidelijk plaats maakt voor nieuwe geïnteresseerden uit het centrum.

De belangstelling in ons gezondheidscentrum neemt toe, niet alleen voor het werken met groepen, als uitloeijsel van deze benadering, maar ook voor de implicaties van de humanistische geneeskunde in de totale werksituatie en het persoonlijk functioneren. Vooral het enthousiasme en de veranderende werkwijze van de collega's, die deze training ondergaan, lijken stimulerend te werken. Een korte verklaring voor dit enthousiasme is zeker op z'n plaats, te meer daar werksatisfactie niet alleen van groot belang is voor iedere werker, ook die in de gezondheidszorg, maar ook, omdat het aan die werksatisfactie bij vele hulpverleners en zeker bij huisartsen lijkt te ontbreken.

Veel collega's zullen zich afvragen wat zij eigenlijk de gehele dag doen. Zo'n 60 tot 70 procent van wat huisartsen zien, zijn geen strikt medische problemen in de zin van medisch-technische problemen of ziekten, zoals wij die hebben geleerd, maar tot ziektegedrag leidende psychosociale problemen. Van de resterende 30 tot 40 procent zijn er veel „minor ailments”, die vanzelf overgaan en waarvan het de vraag is, of zij niet een andere betekenis hebben dan een aanval van al die bacteriën en virussen van buitenaf (waarom krijgt de een wel griep en de ander niet?). In elk geval: een groot deel van de 30 tot 40 procent ontstaat en gaat over of wij er ons als arts nu al dan niet mee bemoeien.

Dan zijn er de „echte” ziekten zoals hart- en vaatziekten, kanker en andere dodelijke kwalen. Behandeling daarvan vergt grote kosten en veel energie, maar de resultaten zijn daarmee niet bepaald evenredig te noemen: erg veel kunnen wij er nog steeds niet aan doen. En, zijn het wel echte ziekten of worden ook deze weer veroorzaakt door ons, mensen, zelf? Wij weten bijvoorbeeld dat eet-, rook- en leefgewoonten een negatieve invloed kunnen hebben: wij eten, roken

en leven toch gewoon door op een foute manier. Als men die door leefgewoonten ontstane kwalen elimineert, wat blijft er dan nog over? Zo'n 5 tot 10 procent waar wij dan in medische zin misschien werkelijk iets positiefs doen en dat is dan ook nog voor discussie vatbaar. Dag in, dag uit al die energie, dat telkens terugkerend spel tussen mensen, die zich als „onverantwoordelijk” voordoen en die verantwoordelijkheid afschuiven naar mensen, die dat menselijkerwijs niet kunnen waarmaken, enzovoort.

Hoewel alle hier genoemde percentages discutabel zijn, zal de hoofdgedachte vooral menig huisarts aanspreken maar wat blijft er op deze manier over van de werksatisfactie?

Het toepassen van dit patroon in het omgaan met patiënten als collega's en medemensen, die hun eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden willen leren kennen, is een verademing voor alle hulpverleners in ons centrum die hiermee ervaring hebben. Om dit te kunnen moet er over en weer expliciet een nieuw contract in voornoemde zin worden gemaakt. Het oude impliciete contract, waarin de arts de hoofdverantwoordelijke is voor de genezing van de patiënt komt te vervallen: in een patiënten-groepsverband lukt dit tot nu toe het duidelijkst. Patiënten, die gemotiveerd zijn om meer inzicht in zichzelf te krijgen met groeps-lotgenoten zijn al over een aantal drempels heen. Met hen wordt in een toelichtend gesprek het contract over en weer bekrachtigd: het is duidelijk wat zij van de hulpverlener in de groep kunnen verwachten en waar hun eigen verantwoordelijkheid ligt.

In de spreekkamer is hetzelfde ook mogelijk maar moeilijker. Het cultureel gegroeide rollenspel tussen arts en patiënt handhaaft zich daar terdege: de cliënt komt als patiënt. De arts, die deze instelling van zijn bezoeker tracht te doorbreken, krijgt vaak de kous op de kop. Slechts wanneer hij met geduld over een lange periode te werk gaat is het mogelijk een nieuw contract, meer expliciet geformuleerd, op te stellen en vruchtbaar te werken.

In ons centrum gebeurt dit meer en meer. Dat dit niet door iedere patiënt in dank wordt afgenomen, zal duidelijk zijn. Ook is duidelijk dat het beter is, in het geval van een zeer uitgesproken en onoverbrugbare tegenstelling van doelstellingen, het oude contract te verbreken en de patiënt te helpen een andere

huisarts te zoeken, met wie deze tegenstelling van doelstellingen niet bestaat.

Het motiveren van patiënten tot een andere rol gaat even moeizaam en moeilijk als bij artsen het geval is. In dit verband wil ik, terugkerend naar de hulpverleners, er op wijzen dat ook in ons land mogelijkheden kunnen worden gecreëerd om consequenties van de humanistische geneeskunde in praktijk te brengen. Ik denk dan niet in de eerste plaats aan de uitvoering, maar vooral aan trainingsaspecten. Duidelijk zou moeten zijn uit mijn betoog dat de humanistische geneeskunde geen los opgeworpen filosofie is, die men wel eens te pas zou kunnen brengen. Aan de Erasmus Universiteit is in het kader van het Studium Generale een eerste aanzet gegeven om de humanistische geneeskunde te introduceren: werkers in de gezondheidszorg kregen een vier maanden durend trainingsprogramma voorgesteld.

Schrijver dezes is geïnteresseerd in de belangstelling, die er aangaande de hierboven beschreven materie in ons land bestaat en is, door zijn contacten met een groot landelijk trainingsinstituut, in principe in staat mogelijkheden te creëren wat betreft trainingen, indien daarvoor voldoende belangstelling is. Mocht er bij de lezer actieve belangstelling dien aangaande bestaan, hij/zij neme dan contact op met F. R. Bakker, Briandplaats 15, Rotterdam (Gezondheidscentrum Ommoord), telefoon 010-214444.

Summary. Humanistic medicine: medicine which concerns itself with the entire human individual. Humanistic medicine developed in the USA as a reaction to the „medical-industrial establishment”, which has led to serious de-humanization of health care. The substance of humanistic medicine is described, with special reference to the implications of this system for the health workers, including physicians. The application of a number of tenets of humanistic medicine in the Ommoord Health Centre is then discussed.

Bakker, F. R. (1971) huisarts en wetenschap 14, 139-151.

Bockel, I. van, K. Bakker en F. R. Bakker (1975) huisarts en wetenschap 18, 256. Gibran, Kahlil. The prophet, 1923.

ITOBAs Verslag consumentensatisfactie, 1976.

Lamberts, H. (1972) huisarts en wetenschap 15, 285-293. (1974a) huisarts en wetenschap 17, 15-22. (1974b) huisarts en wetenschap 17, 56-62. (1974c) huisarts en wetenschap 17, 455-473. (1975a)

huisarts en wetenschap 18, 7-39.
(1975b) huisarts en wetenschap 18, 61-73. (1975c) huisarts en wetenschap 18, 492-502.

Lamberts, H. en N. L. Wolgast (1975) huisarts en wetenschap 18, 321.
Morgan Belknap, Mary en anderen. Institute

for the study of humanistic medicine. Case studies and methods in humanistic medical care.

Openbaar Lichaam Rijnmond. Interim rapport milieu-onderzoek 1974.

Remen, Naomi en anderen. Institute for the study of humanistic medicine. 3847

Twentyfirst street, San Francisco, California 94114. The masculine principle, the feminine principle and humanistic medicine.

Riphagen, F. E., N. T. Buyten en H. Lamberts (1973) huisarts en wetenschap 18, 321.

Gezinstherapie in de eerste lijn van de gezondheidszorg; een poging tot evaluatie

DOOR DRS. A. SMITS, PSYCHOLOOG EN PROF. DR. F. J. A. HUYGEN,* HUISARTS

INLEIDING

De wijze van hulpverlening bij gezinstherapie, zoals door ons bedoeld, is voornamelijk gebaseerd op opvattingen uit communicatie- en systeemtheorie (*Watzlawick en anderen; Weakland en anderen*). Zeer in het kort komen deze opvattingen hierop neer, dat mensen met problemen en klachten hulp nodig hebben wanneer deze remmend gaan werken op eigen groei en ontwikkeling als mens of op die van de groep – meestal het gezin – waarin zij leven. Het gaat dus niet alleen of in de eerste plaats om het probleem of de klacht op zichzelf, maar vooral om de betekenis hiervan voor de betrokken persoon en zijn directe omgeving.

Klachten en problemen worden vooral benaderd als gedragingen (communicatie) van de ene mens tegenover de andere, welke gedragingen als zodanig een bepaalde functie hebben in het (gezins)systeem waarin zij leven. Hulpverlening, gebaseerd op een dergelijke breedspectrumbenadering, lijkt ons een voor de eerste lijn aangewezen opgave. Zowel somatische als psychosomatische of psychosociale klachten als depressiviteit, vage angsten, seksuele stoornissen, huwelijks- en opvoedingsproblemen, gedragsstoornissen, verslavingen en ook relatiestoornissen buiten het gezin kunnen op een dergelijke manier worden opgevat en benaderd. Dit houdt in dat de therapie niet probleemgericht is in de betekenis, dat er specifieke technieken worden gehanteerd om specifieke problemen op te lossen.

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Hoofd Prof. Dr. F. J. A. Huygen. Aan de totstandkoming van dit artikel werkten verder mee F. Boeckhorst, L. van der Hoeven, G. van Mierlo, H. Mokkink en W. van Gerwen.

Een groot voordeel van deze benaderingswijze is dat het probleem niet als een zelfstandigheid wordt geïsoleerd van degenen die er mee worstelen, zoals dikwijls wel gebeurt bij andere gangbare behandelingsmethodieken. Isoleren van het probleem kan leiden tot eenzijdige medische behandeling en mogelijk zelfs tot opname of uithuisplaatsing van slechts één van de betrokkenen, terwijl later blijkt dat een eventuele verbetering wordt gevolgd door een recidief of syndroom, c.q. probleemverschuiving bij terugkeer in de eigen omgeving, ofwel bij dezelfde („aangemelde”) patiënt of bij anderen in zijn leefmilieu.

Een werkwijze, zoals gebruikelijk bij gezinstherapie, strookt echter dikwijls niet met de verwachtingen, welke zowel de aangemelde patiënt als zijn omgeving aanvankelijk hebben. De verbreding van het aanmeldingsprobleem naar het hele leefmilieu, dat erbij is betrokken, stuit dan ook dikwijls op weerstanden. Huisartsen, die hun patiënten gezinstherapie adviseren, kunnen deze weerstand vooral ervaren als het sterk somatisch gekleurde klachten betreft. De andere gezinsleden kunnen een dergelijk voorstel interpreteren als een aanwijzing dat zij als de oorzaak van het probleem worden beschouwd. Het is naar onze ervaring (*Crolla-Baggen*) daarom in het algemeen beter bij de introductie van gezinstherapie aan te knopen bij de gevolgen van klachten of stoornissen, waarmee immers iedereen in de omgeving heeft te maken, dan in dit verband in te gaan op de mogelijke oorzaken van de klachten (uiteraard na eerst door een adequaat somatisch onderzoek lichamelijke oorzaken voldoende te hebben uitgesloten).

Een andere moeilijkheid voor de patiënten kan worden gevormd door het

Samenvatting. Na een inleiding, waarin wordt ingegaan op de achtergronden, geven de auteurs een overzicht van de ervaringen opgedaan door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut met gezinstherapie. Dit geschiedt aan de hand van een follow-up van 112 gezinnen, negen maanden na verwijzing door de huisartsen. Het blijkt dat de therapieën in het algemeen zeer kortdurend zijn geweest (mediaan vier sessies). Zowel volgens de cliënten zelf als volgens de huisartsen is er bij ruim de helft van de gezinnen sprake van verbetering, terwijl de huisartsen melden dat er bij minder dan de helft gesproken kan worden van een afname van het inroepen van medische hulp en van het medicamentengebruik. Als het resultaat wordt beoordeeld aan de hand van de primaire doelstelling van deze therapievorm, namelijk het leren omgaan met problemen en klachten, kan worden vastgesteld dat bijna driekwart van de cliënten negen maanden na de verwijzing aangeeft met de problemen te hebben leren leven of ze te hebben opgelost. Nader wordt ingegaan op de verklaring van een (grotendeels schijnbare) discrepantie tussen de rapportage van de cliënten en de huisartsen. De veelzijdigheid van de indicatiestelling en de breedspectrumbenadering van de problemen in deze therapievorm sluiten zeer goed aan bij de behoeften in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Gezinstherapie volgens de beschreven opvattingen wordt door de auteurs een veelbelovende ontwikkeling geacht.

feit dat de primaire doelstelling van de gezinstherapeut niet is – zoals de andere gezinsleden verwachten – het oplossen van problemen of het wegnemen van klachten, maar veeleer de patiënten zover te brengen dat zij met de patiënt op een functionele („gezonde”) wijze kunnen omgaan of mee leren leven.

Wanneer de therapeut weigert de hem aangeboden problemen op te lossen of de klachten weg te nemen, beleven de