

Werken met groepen in het gezondheidscentrum Ommoord*

Nogmaals: probleemgedrag in de eerste lijn

CHRIS VAN WEEL, HUISARTS TE ROTTERDAM

Een beschrijving wordt gegeven van hulpverlening in groepsverband – van experiment naar steeds meer overwogen methodiek – aan mensen met lichamelijk beleefde klachten zonder belangrijke organische basis, die in individuele hulpverlening zijn vastgelopen. Hoewel zich na afloop van de groepsbehandeling een positief effect aftekent, zal de toekomst moeten leren of werkelijk van een blijvend resultaat zal kunnen worden gesproken.

In 1972 startte op initiatief van de fysiotherapeut van ons Gezondheidscentrum een zogeheten ontspanningsgroep: acht patiënten namen hieraan deel. Deze groep kon als volgt worden gekarakteriseerd: Een lange voorgeschiedenis van lichamelijk beleefde klachten zonder belangrijke organische basis; duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van psychosociale factoren als oorzaak van de klachten; het onvermogen bij ieder der deelnemers een oplossing te vinden voor zijn/haar klachten; een uitvoerige voorgeschiedenis van individueel gerichte hulpverlening - voornamelijk fysiotherapie, tranquillizers, gespreksmatige benadering, een hoge frequentie van bezoek aan het spreekuur van de huisarts zonder veel resultaat. Met deze mensen, die duidelijk waren vastgelopen in individuele hulpverlening, vond bij wijze van experiment hulpverlening in groepsverband plaats. Doel was op deze wijze de patstelling te doorbreken van het sterk somatiseren, waardoor gerichte probleemoplossing onmogelijk bleef.

De eerste ervaringen waren zowel voor de hulpvrager als voor de hulpverlener zeer positief. Dit uiterst behoedzaam opgezette experimentje groeide in de afgelopen jaren uit tot een belangrijke vorm van hulpverlening binnen het kernteam van het gezondheidscentrum Ommoord. In het navolgende zal ik dieper op deze ontwikkeling ingaan en vervolgens een poging ondernemen iets te zeggen over het effect van deze vorm van hulpverlening.

Redenen om met groepen te werken

Voor het kernteam Ommoord vormt het onderkennen van leefproblemen ter onderscheiding van ziekte een uiterst belangrijke doelstelling. Dat deze doelstelling geen holle frase is doch in de praktijk van de dag bepaald manifest, werd aangetoond bij de morbiditeitsregistratie van de groepspraktijk Ommoord (Lamberts 1974 en 1975).

Uit een recente steekproef van de inmiddels sterk uitgebreide groepspraktijk bleek dat de indertijd gevonden frequentie van probleemgedrag zich op vrijwel hetzelfde

Before you learn to fly learn how to fall.

Paul Simon

niveau heeft gehandhaafd, namelijk 18 procent van de praktijkpopulatie. Een evaluatie van het functioneren van de afdeling fysiotherapie van het gezondheidscentrum Ommoord toont aan, dat het onderscheiden van ziekte- en probleemgedrag evenzeer een belangrijk onderdeel vormt van hun werkwijze (Buyten en anderen). Een tweede, hiermee nauw verweven doelstelling is het aanbieden van hulp aan degenen, bij wie leefproblemen blijken te bestaan. Waartoe deze hulpverlening leidt, is beschreven door Lamberts (1975). De teleurstellende conclusies uit dit onderzoek – in hun meest pregnante vorm geformuleerd als: „er is sprake van een harde kern van mensen voor wie leefproblematiek een min of meer blijvend onderwerp van gesprek vormt. Er bestaat teleurstelling over de geringe mate waarin probleemgedrag in de loop van de jaren tot

een eind komt” – zijn aanleiding geweest tot diepgaande discussies in het team. In die discussie lag het accent op de wijze waarop de hulpverlening diende te worden aangepakt, indien het duidelijk was dat van probleemgedrag kon worden gesproken. De primaire doelstelling, het onderscheiden van ziekte- en probleemgedrag, bleef daarbij onaangetaast. Twee zaken liepen in die gedachtenwisseling door elkaar: nieuwe ideeën over de vorm waarin de hulpverlening het beste tot stand kon worden gebracht en een – herziene – taxatie van de mogelijkheden en onmogelijkheden om vanuit de hulpverleningssituatie de werkelijke oorzaken van de problemen aan te vatten.

Het eerste punt, de vorm waarin de hulpverlening zou moeten worden gegeven, kreeg daarbij de meeste aandacht. Allerlei tot dan toe min of meer sluimerende opvattingen kristalliseerden zich uit. Met name kwam uit de gedachtenwisseling naar voren dat de individuele hulpverleningssituatie als inadequaet werd ervaren: wij voelden ons onmachtig de hiërarchische structuur, waarin hulpverleners en hulpvragers met elkaar omgaan, wezenlijk te doorbreken. In onze opvatting zou iemand zich vrij moeten maken van hem overheersende individuen en groepen om er werkelijk toe te komen zijn problemen op te lossen. Hetgeen betekent dat ook zijn afhankelijkheid van de hulpverlener teniet zou moeten worden gedaan. Als moraal van deze discussie besloten wij aan twee punten verder speciale aandacht te schenken. Het falen van professionele hulpverlening maakte ons nog eens extra sceptisch over de waarde van het sociale prestige van de hulpverlener voor de kwaliteit van de hulpverlening. Oprechte belangstelling en dergelijke eigenschappen zouden best eens van veel wezenlijker betekenis kunnen zijn voor een doeltreffende hulp bij dit soort problemen - eigenschappen die niet zijn gekoppeld aan een bepaald opleidingsniveau. Naar onze mening leende de hulpverlening zich voor „deprofessionalisatie”. In de hulpverleningssituatie bepaalt een aantal factoren het mogelijk succes, bijvoorbeeld professionele vaardigheden van de hulpverlener, zijn empathie, gevoetheid van de hulpvrager. Van geval tot geval zal de betekenis van deze factoren verschillend zijn. Bij leefproblemen komt het ons voor dat de betekenis van de factor professionele vaardigheid van de hulpverlener doorgaans veel minder groot is dan de empathie. Dit brengt met zich dat dan de hulpverlening minder op zijn geprofessionaliseerd karakter dient te worden beoordeeld, dat wil zeggen „gedeprofessionaliseerd”.

* Afdeling Gezondheidscentrum-Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.

In het weinig omschreven terrein van de eerstelijns hulpverlening trekt de huisarts – de figuur met het hoogste prestige – een veelheid van hulpvragen aan. Daarbij wordt niet of onvoldoende bekeken of de huisarts nu eigenlijk wel de meest geschikte hulpverlener is. Met name op het terrein van de psychosociale problematiek erkennen wij hierbij niet het primaat van de huisarts (als „verwijzer” of als „therapeut” - de spijfiguur). Iedere hulpverlener heeft daar zijn eigen inbreng.

Ten tweede wilden wij het reeds op kleine schaal begonnen werken met groepen verder uitbouwen. Het laten plaatsvinden van hulpverlening in groepen leek een aantal voordelen in te houden ten aanzien van de individuele hulpverlening; voordelen die tegemoet zouden kunnen komen aan de bezwaren, zoals wij die in de individuele hulpverleningssituatie meenden te ervaren. Het is veel gemakkelijker in een groep op basis van gelijkwaardigheid met elkaar om te gaan. De hulpverlening in een groep is nieuw en onbekend voor de hulpvrager, er valt veel explicieter dan in de individuele hulpverlening een wederkerig „contract” af te sluiten, waardoor de hiërarchische verhouding wordt doorbroken en de eigen verantwoordelijkheid gestalte krijgt. De hulpvrager is tevens naar zijn mede-groepsleden hulpverlener.

In het werken met groepen zou ook de kans zich voordoen vrijwilligers in te zetten, zodoende de hulpverlening verder deprofessionaliserend. Bovendien zou het mogelijk moeten zijn vanuit de groep, die zich bewust is van de gemeenschappelijkheid van haar problemen en die tot onderling vertrouwen en solidariteit is gegroeid, meer aandacht te besteden aan structurele oorzaken van de gesignaleerde problemen.

Daarbij komt nog dat het werken met groepen in toenemende mate wordt bedreven. Heel duidelijk blijkt dit uit de groter wordende belangstelling voor de „humanistische” psychologie. Voortbouwend op de ideeën van onder anderen Perls ontstaan momenteel overal instituten die groepsbijeenkomsten organiseren, waarin de deelnemers de gelegenheid krijgen tot dan toe niet ontwikkelde mogelijkheden in zichzelf te ontdekken en deze mogelijkheden nader te exploreren.

Men kan met recht de vraag stellen waarom wij – hulpverleners zonder een specifieke opleiding tot het werken met groepen – ons nu juist geroepen voelen dit werk te gaan doen. Deze vraag is in ons team ook uitvoerig aan de orde geweest. Het antwoord kan tweeledig zijn. Eerst een positief argument, gelegen in de hiervoor reeds geschetste behoefte tot metamorfose van de hulpvrager/hulpverlener-

relatie. En vervolgens een negatief argument: voor de hulpvragers, die in onze situatie in aanmerking komen voor een groep, ontbreken verwijsmogelijkheden, of het nu om individueel- of groepsgerichte therapie gaat. Hetgeen er bestaat aan mogelijkheden op het terrein van groepstrainingen blijkt niet te appelleren aan een behoefte bij deze mensen.

Naast de ontspanningsgroepen zijn er nog twee soorten groepen waarmee wij werken: de gespreksgroepen voor te dikke mensen (*Van Bockel en anderen*), die momenteel door gebrek aan belangstelling op non-actief staan, en „gezondheidsgroepen”. Deze laatste zijn bedoeld voor mensen die meer te weten willen komen over zichzelf zonder dat er een „alibi” in de zin van een min of meer omschreven klacht of probleem bestaat. Naar deze groep wordt dan ook niet verwezen.

Kwantitatief gezien neemt het werken met de zogeheten ontspanningsgroepen verreweg de belangrijkste plaats in en dit artikel heeft dan ook voornamelijk op deze groepen betrekking.

Doelstelling

In eerste instantie hanteerden wij het volgende „model” bij het benaderen van deze groepen mensen met gesomatiseerde klachten: ten eerste was er het lichamelijke niveau van de klacht. De pijn „ergens” in het lichaam gelokaliseerd, kan verdwijnen, worden opgeroepen en zo al meer. Ten tweede valt aan de klacht een psychisch niveau te onderscheiden. Een bepaalde levenswijze, een gedragspatroon doet de lichamelijke ervaren klacht ontstaan. En als derde heeft de klacht een sociaal niveau. De sociale situatie – op het werk, in het huwelijk, in de huisvesting of waar dan ook – roept de levenswijze c.q. het gedragspatroon op, waaruit de lichamelijke klachten voortvloeien.

Uit dit model vloeide de doelstelling logischerwijze voort: in de groep dienden deze drie aspecten (niveaus) van de klacht aan de orde te komen. Vanuit het werken aan het lichamelijke niveau – vertrouwd raken met je lichamelijke sensaties, ervaren dat pijn vervelend is zonder werkelijk bedreigend te zijn – zouden de groepsleden in een situatie komen, waarin zij oog krijgen voor hun eigen rol in het oproepen en in stand houden van die klachten. Is de betekenis van de eigen levenswijze duidelijk, dan zou de rol van de sociale structuur daarbij aan de orde komen.

Het project „werken met groepen” werd in het begin begeleid door een vormingswerker. Zij functioneerde als liaison tussen het welzijnswerk en de gezondheidszorg in

Ommoord in het kernteam van het gezondheidscentrum. Het kritisch vervolgen van het werken met groepen heeft stellig mede door haar inbreng van meet af aan gestalte gekregen.

Bij het periodiek evalueren van dit werk werd duidelijk dat het sociale niveau slechts sporadisch werd bereikt. In hoeverre dit door iedereen als een werkelijk gemis werd ervaren was onduidelijk. Een bezinning op onze doelstellingen bij de hulpverlening en de plaats van mens en maatschappijvisie daarbij leek gewenst. Binnen het team van hulpverleners is daarover uitvoerig en diepgaand van gedachten gewisseld. De vormingswerker stelde daartoe een discussiestuk op waarin zij twee benaderingswijzen tegenover elkaar stelde: de zogenaamde links liberale vormingstheorie („de maatschappij is het product van de individuele leden van de maatschappij” – „problemen worden geïndividualiseerd” – „het doel is de verandering van de individuele mens”) tegenover de concreet socialistische vormingstheorie („de samenleving wordt opgevat als een verhouding tussen historisch gegroeide klassen” – hierbij gaat het om een bewustzijn van de maatschappelijke verhoudingen – „vorming is een hulpmiddel bij het proces, waarin de directe ervaringen van werknemers worden omgezet in klassebewustzijn”).

Deze twee polaire theorieën vormden zeker geen pasklaar handvat voor koersveranderingen in onze hulpverleningsstrategie. De discussie hierover, zowel binnen de kring die met groepen werkt als in het gehele team, is intensief gevoerd. Globaal kunnen de volgende conclusies hieruit worden getrokken:

- een duidelijke meerderheid kon zich grosso modo vinden in de meer individueel bepaalde links liberale visie;
- degenen, die daar sceptisch over waren, zaten met het probleem dat zij voor zichzelf geen hanteerbare oplossing zagen om de kloof te overbruggen tussen sterk individueel beleefde problemen en dat „klassebewust” worden. Voor hen was daarmee de cirkel gesloten en zij bevonden zich weer op het punt van waaruit de discussie was gestart.

Daarmee was de keuze gemaakt om te trachten door het veranderen van individueel gedrag te komen tot een verbetering in leefomstandigheden. In welke mate wij verwachten kunnen dat deze hulpverlening daarbij een rol kan spelen, is niet geëxpliciteerd. Opvattingen als van *Navarro*, dat deze benadering heilloos is, geven in elk geval te denken.

De doelstellingen bij het werken met groepen zijn sindsdien gemodificeerd. Geïnspireerd ook door de humanistische psy-

chologie is het accent meer komen te liggen op het aanbieden van mogelijkheden aan mensen om hen in de gelegenheid te stellen meer over zichzelf te ontdekken. Het zelf-verantwoordelijk zijn voor klachten kreeg een meer uitgesproken betekenis. De aard van de klachten, op basis waarvan mensen naar de groepen werden verwezen, is parallel daarmee verschoven van zeer omschreven spanningsklachten van het bewegingsapparaat via meer algemeen lichamelijk ervaren spanningsklachten naar open aangeboden problemen, dan wel spanningsklachten verhuuld in gesomatiseerde verpakking. De groepen hebben zich ontwikkeld van min of meer homogene tot duidelijk heterogene samenstelling, een trend die zich ook in de vergelijkbare situatie in de Philips Medische Dienst heeft voorgedaan (*Van de Rijdt-van de Ven*). Daarbij valt bij de groepsleiders een verandering te bespeuren in de appreciatie van het uiteindelijk effect: was aanvankelijk het verminderen van de lichamelijke klachten een positief gewaardeerd resultaat, momenteel kijken wij met belangstelling naar veranderingen in de levenswijze en achten wijzigen in de lichamelijke klachten minder interessant.

Willen wij komen tot het „meten” van de eventueel opgetreden veranderingen en aldus tot een objectieve waardering ervan, dan zal het nodig zijn het beoogde effect – de verwachtingen – nader te preciseren (*Soudijn*). Het nagestreefde doel zou als volgt kunnen worden omschreven: „Na afloop van de groep is bij de deelnemers het inzicht ontstaan dat hun klachten niet op zichzelf staan, doch verband houden met hun gehele leefsituatie. Daarbij is duidelijk geworden wat er dan ook dient te veranderen om tot afneming van de klachten te komen. Emoties en gevoelens worden geuit, niet weggestopt, spanningsklachten worden niet als angstaanjagend ervaren en bij het optreden van spanningsklachten zoekt de deelnemer geen hulp in het medisch model.” Het is de vraag of deze omschrijving exact genoeg is om tot werkelijke evaluatie van het effect van de groepsbijeenkomsten te komen.

Werkwijze

De werkwijze met de groepen laat zich als volgt het best samenvatten: In principe kan ieder, die deel uitmaakt van het kernteam van ons samenwerkingsverband, groepen leiden. Momenteel zijn er negen mensen die zich daadwerkelijk hiermee bezighouden (4 fysiotherapeuten, 2 maatschappelijk werkers, 1 wijkverpleegkundige, 2 huisartsen en de praktijkcoördinator).

In een training (onder leiding van de psycholoog-groepstherapeut Richard Peterson, Instituut voor persoonlijke groei Center te Amsterdam) bestaat de mogelijkheid zich in het werken met groepen nader te bekwamen. Hierbij komen de eigen gevoelens en emoties van de groepsleiders uitvoerig aan de orde; bovendien lenen zich de gebruikte technieken zoals gestalt, encounter, ontspanning, co-counseling, voor toepassing in de eigen groepen. Deze training is geheel vrijwillig; er wordt ook aan deelgenomen door enkele andere leden van het kernteam (die in de toekomst met groepen willen gaan werken of anderszins de behoefte voelen aan deze activiteiten). De filosofie van waaruit de training werkt is sterk bepaald door de humanistische psychologie en sluit nauw aan bij de hiervoor geschetste opvattingen die ten grondslag liggen aan het werken met groepen.

De groepen bestaan uit acht tot tien deelnemers, geleid door steeds twee groepsleiders (door omstandigheden kwam een van ons in de situatie dat hij in z'n eentje een groep moest leiden en hij experimenteert daarmee nu, van de nood een deugd makend, voort). De deelnemers worden naar de groepen verwezen op een vergelijkbare wijze als verwijzing naar de maatschappelijk werker plaatsvindt. In principe kunnen alle hulpverleners als verwijzer optreden. In de praktijk blijkt dat het voornamelijk de huisartsen en de fysiotherapeuten zijn, die dit doen (*tabel 1*).

Tabel 1. Door wie worden de deelnemers aan de groepen verwezen.

Verwijzers	Verwezen deelnemers
Huisartsen (8)	42
Fysiotherapeuten (4)	35
Maatschappelijk werkers (2)	1
Totaal	78

Enige tijd geleden hebben wij een folder samengesteld, waarin wij beschrijven wat wij de deelnemers aan de groepen menen te bieden en op welke wijze wij te werk gaan in de groep. Deze folder kan door de verwijzers worden gebruikt bij het motiveren van potentiële gegadigden voor de groep. Het verwijzen naar de groepen was in het begin beperkt tot mensen met in de spieren gelokaliseerde klachten met name van het bewegingsapparaat (hypertone nekspieren, lage rugpijn en dergelijke) waarbij problemen in de leefsituatie als (vermoedelijke) oorzaak konden worden aangemerkt. In de loop van de tijd zijn de verwijscriteria verruimd: aanvankelijk tot lichamelijk beleefde spanningsklachten in het algemeen (bijvoorbeeld ook hartklop-

pingen, duizelingen, buikpijn), en later is het criterium van het voornamelijk lichamelijk manifest worden van leefproblematiek geheel losgelaten; ook mensen die hun problematiek „direct” uiten komen in aanmerking voor deze groepen.

Het criterium voor verwijzers is thans minder scherp af te perken: de verwezene moet zich in de specifieke situatie, welke de groep hem biedt, zinvol met zijn/haar probleem bezig kunnen houden. Dit betekent bijvoorbeeld dat mensen met omschreven gezinsproblemen of relationele problematiek in eerste instantie niet in aanmerking komen voor deze groepen. Voordat de groep begint voeren de groepsleiders een kennismakingsgesprek met ieder der deelnemers afzonderlijk. Reden tot het instellen van zo'n gesprek vormde het feit dat het nog al eens voorkwam dat iemand in een groep belandde zonder veel motivatie om daar iets aan zijn problemen te doen. Ook bleken er deelnemers te zijn die na de eerste of de tweede bijeenkomst verstek lieten gaan en derhalve het vermoeden wekten dat voor hen iets soortgelijks bestond. Het kennismakingsgesprek is een poging om een dergelijke voor allen onplezierige gang van zaken zoveel mogelijk te voorkomen. Bij die gelegenheid worden verwachtingen en doelstellingen over en weer besproken en expliciet besloten om met elkaar al dan niet in zee te gaan.

De groep omvat acht bijeenkomsten van steeds ongeveer 2 1/2 uur met een frequentie van één bijeenkomst per week. Zo'n twee maanden na de achtste bijeenkomst vindt een afsluitende samenkomst plaats. Deze omvang van acht bijeenkomsten werd indertijd vrij willekeurig gekozen. Wij gingen er vanuit dat bij onze mogelijkheden en onze doelstelling een relatief kortdurende groep het meest zinvol was. Onze vaardigheden zouden naar alle waarschijnlijkheid onvoldoende zijn om de ingewikkelde groepsprocessen, die bij langer durende groepen ongetwijfeld aandacht zouden vragen, te hanteren. In hoeverre dit momenteel voor ieder van ons nog geldt, valt moeilijk te zeggen. Zeker is in elk geval dat wij met deze opzet van acht bijeenkomsten goed kunnen werken.

De bijeenkomsten waren aanvankelijk als volgt gestructureerd: tijdens de eerste bijeenkomst werd iedere deelnemer gevraagd te formuleren met welk doel hij/zij aan de groep deelnam. Deze „doelstelling” werd op schrift gesteld. Ter illustratie een aantal hiervan, uit het leven gegrepen: „Ik wil mij leren ontspannen”. „Ik wil van mijn pijnklachten af”, „Ik wil leren minder gesloten te zijn, leren over mijzelf te praten”, enzovoort. De volgende zes bijeenkomsten werden gebruikt om aan deze

doelstellingen te werken. Tevens werden oefeningen gedaan, voornamelijk ontspanningsoefeningen. De laatste keer werd aan de hand van de geformuleerde doelstellingen gekeken hoever iedereen was gekomen, welke behoeften er nog lagen en wat daarmee te doen viel. Hierop werd verder doorgegaan bij de afsluitende bijeenkomst.

Met alternatieven voor deze opzet is in de afgelopen periode druk geëxperimenteerd. Hieruit is een gemodificeerde structuur ontstaan die alle groepsleiders thans aanbrenge: daarbij zijn de eerste drie bijeenkomsten bedoeld als kennismaking, met elkaar en met het „fenomeen” groep. Ontspanningsoefeningen worden geïntroduceerd en via verbale en non-verbale oefeningen worden de deelnemers meer vertrouwd met elkaar en ontstaat een situatie, waarin zij zich veilig gevoelen. Deze periode wordt afgesloten met het formuleren van hun doelstelling op bovenbeschreven wijze. De volgende vier bijeenkomsten worden besteed aan het uitvoeren van deze doelstellingen. Doordat er vrij uitvoerig aandacht is besteed aan de mogelijkheden welke het werken met groepen biedt, zijn de deelnemers beter in staat zelf aan te geven hoe zij in de groep hun doelstelling willen uitwerken. Naast de ontspanningsoefeningen beschikken wij daarbij in toenemende mate over andere oefeningen en technieken die reeds bij de „training” voor de groepsleiders zijn weergegeven. De functie van de achtste en van de afsluitende bijeenkomst is na genoeg hetzelfde gebleven.

Na elke groepsbijeenkomst bespreken de groepsleiders het verloop ervan met een supervisor. Hierin komt ook de inbreng van de groepsleiders aan de orde. Voor de volgende bijeenkomst wordt een plan gemaakt zonodig gericht op zaken die niet adequaat werden gehanteerd. De supervisor heeft steeds de beschikking over een bandopname van de betreffende bijeenkomst.

Aanvankelijk vervulde de reeds genoemde vormingswerker deze functie. Haar vertrek uit Ommoord noodzaakte ons hierin verandering aan te brengen. In de gedachtenwisseling daarover kwamen wij tot het idee deze functie zelf te vervullen. Sinds enige tijd treedt dan ook een van ons op als supervisor voor een van de duo's. Hiermee versterken wij het kritisch kijken naar elkaars – en eigen – werk. Tot nu toe verloopt dat zeker bevredigend.

Tijdens een aantal bijeenkomsten wordt van de deelnemers informatie ingewonnen. Deze informatie, vergaard door middel van vragenlijsten en een zogenaamde sorteertaak, dient om het werken met

groepen systematisch te kunnen evalueren.

Effect-evaluatie

Steeds duidelijker wordt hoe hachelijk het is tot uitspraken te komen over het effect van hulpverlening. A fortiori geldt dit voor hulpverlening bij leefproblemen. De opvattingen over de inhoud van dit begrip, de oorzaken ervan en dergelijke zijn op zijn minst nogal uiteenlopend. Hierdoor is het nagenoeg onmogelijk te komen tot een beeld van het zogenaamde natuurlijk verloop van leefproblematiek in de tijd waar de gevolgen van therapie tegen kunnen worden afgezet. *Eysenk* komt bijvoorbeeld tot 70 procent „spontane remissie” van „neurosen” in twee jaar tijd en 90 procent in vijf jaar.

Tegenover dit cijfer, afkomstig uit de psychiatrie, kunnen allerlei andere getallen en opvattingen worden genoemd. *Cooper, Fry en Kalton* onderkennen in een onderzoek naar psychiatrische stoornissen in de huisartspraktijk dat een omvangrijk deel van de groep met psychische stoornissen door de jaren heen persisteert in het aanbieden van hun problemen op het spreekuur. Deze auteurs concluderen dat er sprake is van een groep, waarvoor de psychiatrische diagnose slechts gedurende korte tijd actueel is met daarnaast een groep die als chronisch kan worden aangemerkt.

In een uitvoerige beschouwing gaat *Soudijn* in op de problemen die zich voordoen bij het meten van effect bij diverse vormen van psychotherapie. Hij geeft aan dat de uiteenlopende percentages „spontaan herstel” – variërend van 0 tot 90 procent – op zichzelf geen basis kunnen vormen voor effectmetingen. Het zou pas mogelijk zijn een duidelijk oordeel over het effect van een bepaalde therapie te vormen indien tevoren de doelstellingen ervan, het te verwachten verloop en de sterkte van de te verwachten effecten zijn gespecificeerd. De hiervoor geschetste ontwikkelingen en verwickelingen rond de doelstellingen bij het werken met groepen in ons team illustreren aardig in welke mate de situatie van alledag aan deze voorwaarden voldoet. Deze werkwijze lijkt zeker erg aantrekkelijk indien daarbij in hoge mate wordt uitgegaan van de eigen situatie waarin iedere cliënt afzonderlijk zich bevindt, zoals bij de Goal Attainment Scoring: effectmeting gebeurt daar aan de hand van het scoren van veranderingen in problemen zoals die door iedere cliënt voor zijn eigen unieke situatie te voren zijn geformuleerd (*Van de Hart en Lange*).

Een variant van deze methode, waarbij de

cliënt sterk bij het construeren van de schalen is betrokken, de „contract fulfillment analysis”, lijkt de belofte in te houden dat daarbij dan ook wordt gemeten, wat voor de hulpvrager relevant is en niet de normatieve trip van de hulpverlener of onderzoeker (*Bensing en Dekker*). De aan deze methode inherente bezwaren en tekortkomingen zijn nochtans niet te onderschatten (*De Wit*). In elk geval spreekt het principe van deze methode ons aan. Interessant lijkt het dan ook nader te bekijken in hoeverre daarvan in onze situatie gebruik valt te maken. Het verder expliciteren van onze doelstellingen bij de hulpverlening voor mensen met leefproblemen is noodzakelijk.

Hoe het ook zij, de grote hoeveelheid energie gependend aan het werken met groepen, rechtvaardigt een poging om althans iets te objectiveren over de gevolgen van al die inspanningen. Dit geldt te meer daar een belangrijk argument om zo intensief op deze wijze de hulpverlening aan te pakken, werd ontleend aan vrij harde conclusies, getrokken uit een evaluatie van individueel gerichte hulpverlening. Ook voor de effectmeting van die vorm van hulpverlening gelden immers dezelfde onzekerheden.

In een redactioneel commentaar – (1975) huisarts en wetenschap 18, 190 – werden de mogelijkheden en onmogelijkheden van onderzoek in de eerste lijn behandeld.

Hierbij worden twee manieren van zinvol onderzoek gesuggereerd:

1 toetsend (deductief) aan de hand van een of meer omschreven vraagstellingen; 2 inductief door het construeren van een multivariaat model op basis van een omvangrijk aantal punten.

Mogelijk biedt het eerste voorstel een uitgangspunt om over de hier besproken hulpverlening een meer gefundeerd oordeel te vellen. Drie vraagstellingen helpen ons daartoe op weg:

1 In welke mate zijn de deelnemers ontevreden over de inhoud van de ontspanningsgroepen? Zoals reeds gezegd, kwam het werken met groepen sterk tegemoet aan de behoefte van de hulpverleners om tot een metamorfose van de hulpvrager-hulpverlener-relatie te komen. De deelnemers aan de groepen daarentegen beleefden hun probleem nogal als een lichamelijk probleem en toonden in hun gedrag een verknochtheid met het medisch model. Het expliciet doorbreken van dit model zou bij deze groep tot grote ontevredenheid met de verkregen hulp aanleiding kunnen geven.

Anderzijds zou het in positieve zin waarderen van de bijeenkomsten van de ont-

spanningsgroepen kunnen betekenen, dat de deelnemers in de groep een plezierige sfeer aantreffen. Onderlinge belangstelling, warmte, de kans krijgen zichzelf te zijn, vormen elementen die waarschijnlijk die sfeer in belangrijke mate bepalen. *Truax en anderen* hebben beschreven – zij het voor een toch wel geheel andere patiëntenpopulatie, namelijk chronische schizofrenen – dat de aanwezigheid van empathie, warmte en echtheid in groeps therapie in positieve zin correleert met het succes in de therapie.

2 In welke mate vermindert na het deelnemen aan de ontspanningsgroepen het gebruik van tranquillizers? Het gebruik van tranquillizers valt nagenoeg even algemeen waar te nemen als dat het als onjuist wordt ervaren. Problemen dienen te worden aangepakt, geëxpliciteerd en niet weggelaten door het afremmen van – op zichzelf normale – reacties op die problemen. Dat het voorschrijven van tranquillizers een zeer gecompliceerde achtergrond heeft, werd reeds door *Lamberts en Wolgast* beschreven. Hun bleek in elk geval dat juist de groep mensen met probleemgedrag in ruime mate tranquillizers gebruikt. Een daling van het gebruik na het deelnemen aan de ontspanningsgroepen zou op een positief effect kunnen duiden.

3 In welke mate daalt na het deelnemen aan de ontspanningsgroepen de frequentie van het spreekuurcontact met de huisarts? Zoals reeds eerder vermeld, bezoekt de groep mensen met probleemgedrag in hoge frequentie het spreekuur. Deze hoge consumptie zou de uiting kunnen zijn van het onvermogen tot een adequate probleemoplossing te komen. De intensieve individueel gerichte hulp blijkt niet of nauwelijks te leiden tot afnemende frequentie van het spreekuurcontact. Dit werd indertijd opgevat als een falen van de individueel gerichte hulpverlening. Zou na het deelnemen aan de ontspanningsgroepen de frequentie van het spreekuurcontact dalen, dan zou dit kunnen worden opgevat als een teken dat op deze wijze een effectiever probleemoplossing wordt bereikt. *Huygen* gebruikte bij het evalueren van gezintherapie onder meer het aantal consulten bij de huisarts en het aantal voorgeschreven recepten als meetinstrument. Bij beide constateerde hij een daling na de therapie.

De hier besproken evaluatie heeft betrekking op negen groepen waaraan in totaal 78 mensen in eerste instantie hebben deelgenomen. Van deze 78 vielen er 12 voortijdig af, zodat 66 mensen de bijeenkomsten tot het einde toe bezochten.

1 Mate van ontevredenheid bij de deelnemers over de inhoud van de groep.

Tijdens de achtste bijeenkomst is aan deze 66 deelnemers een uitvoerige vragenlijst voorgelegd. Hierin werd globaal naar twee aspecten geïnformeerd:

a het effect van de groepsbijeenkomsten op hun „problemen”;

b de waardering voor de groepsbijeenkomsten, de satisfactie.

De vragen die op het eerste deel betrekking hadden, bleken enige aanpassing te behoeven. Daar het tevens zinvol leek meer materiaal te verzamelen alvorens tot bewerking over te gaan, zal eerst later hierover nadere mededeling te doen zijn. De vragen over de waardering van de bijeenkomsten leveren het volgende beeld op: steeds geeft een overweldigende meerderheid van de deelnemers te kennen de sfeer in de groep, de steun van de andere deelnemers, de steun, het begrip van de groepsleiders in positieve zin te waarderen; eerlijk voor zijn gevoelens te kunnen uitkomen; met veel plezier naar de groep te komen; zich in de groep op zijn gemak te voelen.

De mate waarin deze waardering positief uitvalt varieert per vraag van minimaal 80 procent der deelnemers tot maximaal 100 procent. Het gemiddelde positieve oordeel bedroeg 88 procent. Het gaat niet te ver te concluderen dat de 66 deelnemers die de groepsbijeenkomsten tot het einde toe hebben meegemaakt, zeer enthousiast zijn over deze vorm van hulpverlening. Met de satisfactie bij de consument lijkt het wel goed te zitten. Het is moeilijk na te gaan in hoeverre hier het „hello - good-bye” effect is opgetreden, de positieve waardering welke de cliënt bij het scheiden van de markt ter voldoening van de therapeut uitsprekt.

Men zou haast kunnen spreken van een ongenueanceerd positieve waardering. Diverse onderzoeken naar de tevredenheid bij consumenten in de gezondheidszorg over de hulpverlening geven zo'n positief beeld te zien. Daar er toch vele aanwijzingen bestaan dat de situatie rond de hulpverlening verre van ideaal is, ontstaat het probleem welke waarde aan deze hoge satisfactie moet worden toegekend. In een andere publikatie ben ik al eens op dit probleem ingegaan (*Van Weel*). De daarbij gesuggereerde verklaring, dat mensen met ziekten of problemen worden gestigmatiseerd en hulp dienen in te roepen, om vervolgens over die hulp – ongeacht de inhoud ervan – slechts tevreden te kunnen zijn, zou best ook hier kunnen gelden. In elk geval willen wij ons niet blind staren op deze tevredenheid. Bij verdere pogingen om het effect van het werken met groepen te kwantificeren zullen wij ons dan ook

onthouden van dit soort metingen, die voor de hulpverlener tenslotte verlokkelijk als de sirenezang kunnen zijn en zeker zo gevaarlijk. Wij willen ons verder toeleggen op het onder a genoemde.

2 Het gebruik van psychofarmaca. Na-gegaan is of de 78 deelnemers in het halve jaar vóór het begin van de groep en in het halve jaar na het einde van de groep psychofarmaca gebruikten (minor tranquillizers, antidepressiva, slaapmiddelen). Twee deelnemers waren inmiddels verhuisd en vielen derhalve buiten dit deel van het onderzoek. Van één deelnemer bleek de patiëntenkaart zeer onvolledig aanwezig doch duidelijk werd wel dat hij zowel voor als na de groep diazepam gebruikte. Hoewel hij buiten het onderzoek naar de contactfrequentie met de huisarts is gehouden, zijn zijn gegevens wel bij dit onderzoek betrokken.

Van de 76 deelnemers gebruikten 28 psychofarmaca voordat zij aan de ontspanningsgroep deelnamen. Achttien van hen stopten daarmee na afloop van de groep, tien zetten het gebruik ervan ook na de groep voort. Bovendien bleken vijf deelnemers, die tevoren geen psychofarmaca slikten, na afloop van de ontspanningsgroep dit wel te doen (*tabel 2*).

Tabel 2. Gebruik psychofarmaca voor en na deelneming aan de ontspanningsgroep.

Geen psychofarmaca vóór en na deelneming	43
Wel psychofarmaca vóór en na deelneming	10
Gestopt psychofarmaca na deelneming	18
Begonnen psychofarmaca na deelneming	5
Totaal	76

Er valt een daling te constateren in het gebruik van tranquillizers. Wanneer deze gegevens door middel van een χ^2 -test worden bewerkt, blijkt dat de geconstateerde daling in het gebruik van psychofarmaca significant kan worden genoemd (χ^2 -toets, 95 procent betrouwbaarheidsinterval). Hierbij dient te worden gewezen op het feit dat met name het gebruik van minor tranquillizers, kwantitatief het belangrijkste bestanddeel van de voorgeschreven psychofarmaca, in het algemeen daalt.

Deze dalende trend is ook bij een bewerking van het voorschrijfgedrag van de huisartsen van de groepspraktijk Om-moord duidelijk gebleken. Het is derhalve nog een open vraag wat als oorzaak van deze geconstateerde daling moet worden

gezien. Het zou de uiting kunnen zijn van een veranderde instelling bij de deelnemers aan de ontspanningsgroepen. De „andere” manier van gebruik maken van psychofarmaca zou dan kunnen duiden op een verandering in het hanteren van onlustgevoelens, waarbij de vlucht in de tranquillizers minder noodzakelijk is. Het is echter ook mogelijk dat de vermindering van psychofarmacagebruik het gevolg is van een veranderde instelling ten aanzien van het voorschrijven ervan bij de huisarts. In de groepspraktijk wordt het voorschrijven van psychofarmaca en met name tranquillizers als ongewenst beschouwd. De sociale druk tot veranderen, die uitgaat van het regelmatig bespreken van gekwantificeerde gegevens over het voorschrijven van deze preparaten, moet beslist niet worden onderschat. *Figuur 1* illustreert de dalende tendens in de kosten van de voorgeschreven minor tranquillizers.

3 Frequentie van contact met de huisarts.

Van de 78 deelnemers, bleken er twee verhuisd, terwijl in een geval de patiëntenkaart niet meer volledig aanwezig was. Derhalve resteerden 75 deelnemers bij wie de frequentie van contact met de huisarts kon worden nagegaan. Voor iedere deelnemer is geteld hoeveel contacten er met de huisarts plaatsvonden in het halve jaar voorafgaand aan het begin van de groep, respectievelijk het aantal contacten in het halve jaar, aansluitend aan het einde ervan. De – overigens weinig talrijke – consulten, die zich afspeelden tijdens de periode waarin de groepsbijeenkomsten plaatsvonden, zijn buiten beschouwing gelaten.

In *tabel 2* zijn deze getallen samengevat. Er tekent zich in de contactfrequentie in het halve jaar na de groep een daling af ten opzichte van het halve jaar ervoor. Deze daling lijkt toch wel omvangrijk te zijn. Bij toetsing is deze daling dan ook significant

te noemen (de studenttoets, 99 procent betrouwbaarheidsinterval). Deze daling in contactfrequentie, wanneer men die wenselijk vindt, mag dan aanleiding zijn om van een positief effect te spreken, toch dient een blik op de cijfers reden te geven tot bezinning. Immers, deze mensen doen ook na de ontspanningsgroep nog in ruime mate een beroep op de huisarts. Met een gemiddeld verrichtingengetal op jaarbasis van ongeveer 5 – ruimschoots boven het gemiddeld aantal verrichtingen voor de totale praktijkpopulatie van de groepspraktijk van ongeveer 3 – kan toch moeilijk worden gesproken van een zich losmaken van de afhankelijke band met het medisch model en de hulpverleners.

Tabel 3. Aantal verrichtingen door huisarts bij de deelnemers aan de ontspanningsgroep in het halve jaar voor begin, respectievelijk na afloop ontspanningsgroep.

	Voor aanvang groep	Na afloop groep
Aantal verrichtingen	280	188
Aantal personen	75	75
Gemiddeld aantal verrichtingen	3.80	2.51

Gezien de aard van de klachten op grond waarvan werd verwezen, lijkt het minder waarschijnlijk dat in de periode voordat de groep startte de frequentie van spreekuurbezoek juist was verhoogd. Verwijzing geschiedde namelijk niet of nauwelijks op grond van plotseling heftig opgetreden klachten doch veeleer op min of meer chronisch bestaande, veelal gesomatiseerd naar buiten tredende problematiek. De 67 deelnemers die een jaar of langer stonden ingeschreven bezochten in de periode van 1 tot 1/2 jaar voor het begin van de groep tezamen 247 maal het spreekuur tegenover 258 maal in de periode van een

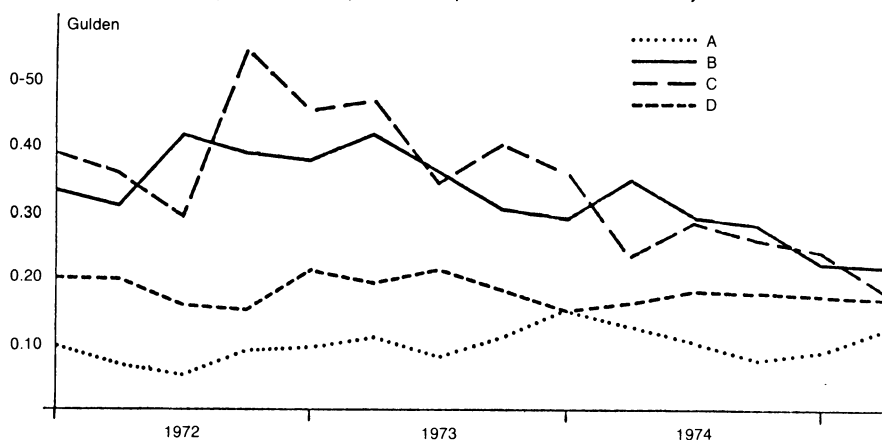
1/2 jaar tot aan het begin van de groep: nagenoeg even vaak derhalve.

Samenvattend kan worden gesteld dat er enkele aanwijzingen zouden kunnen zijn dat er met deze vorm van hulpverleners zo iets als een – in onze ogen positief – effect valt te meten. In hoeverre hier werkelijk van een blijvend resultaat gesproken kan worden en of dit dan ook een meer dan marginale verandering zal inhouden, zal de toekomst moeten leren. De tevredenheid bij de deelnemers evenaart in elk geval de voldoening die de groepsleiders ondervinden.

Samenvatting. Het benaderen van mensen wier klachten op psychosociale factoren berusten, vormt in de eerstelijns gezondheidszorg een belangrijk probleem. Vanuit ons multidisciplinaire eerstelijns samenwerkingsverband wordt in toememende mate in groepsverband aan gespannen mensen hulp verleend. De ontwikkeling rond deze vorm van hulpverlening wordt beschreven, waarbij blijkt dat de doelstelling in de afgelopen periode duidelijk is veranderd. Vervolgens komen het effect van deze vorm van hulpverlening en de problemen van het meten van het effect aan de orde. Naast een hoge mate van tevredenheid bij de hulpvragers lijkt een daling te bespeuren in tranquillizergebruik en consultfrequentie bij de huisarts.

Summary. Working with groups at the Ommoord health centre, Rotterdam. The approach to patients whose symptoms are based on psychosocial factors constitutes an important problem in first-line health care. In the context of multidisciplinary cooperation at Ommoord, tense people are increasingly being aided in groups. Developments in this type of aid are described, and it is shown that the objective has clearly changed in the past period. Next, the effect of this type of aid and the problems of measuring this effect are discussed. Apart from a high degree of satisfaction on the part of the clients, there seems to be a decrease in the consumption of tranquillizers and in the patient consultation rate.

Figuur 1. Hoeveelheid geld, uitgedrukt in gulden, uitgegeven per ziekenfondspatiënt per maand per arts (A, B, C en D) aan tranquillizers over ruim drie jaren.



Bensing, J. en M. Dekker. (1973) Maandbl. geest. Volksgezondh. 28, 342.
 Bockel, I van, K. Bakker & F. R. Bakker. (1975) huisarts en wetenschap 18, 256.
 Buyten, N., H. I. in 't Veld, A. T. Monteny, R. van der Hoogen en H. Lamberts. (1977) huisarts en wetenschap 20, 237.
 Cooper, B., J. Fry & G. Kalton. (1969) Brit. J. prev. soc. Med. 23, 210.
 Eysenk, H. J. (1966) Psychol. 72, 145.
 Hart, O. van de en F. Lange. (1972) Maandbl. geest. Volksgezondh. 27, 502.

- Huygen, F. J. A. (1976) huisarts en wetenschap 19, 207.
- Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 455: (1975) *Ibidem* 18, 7 en 492
- Lamberts, H. en N. L. Wolgast. (1975) huisarts en wetenschap 18, 321.
- Navarro, V. (1975) *Int. J. Hlth Serv.* 3, 351.
- Rijdt, van de-van de Ven A. H. J. (1975) huisarts en wetenschap 18, 284.
- Soudijn, K. A. (1977) *Tschr. Psychother.* 3, 8.
- Truax, C., J. Wittmar en D. G. Wargo. (1971) *J. clin. Psychol.* 27, 137.
- Weel, C. van. (1977) huisarts en wetenschap 20, 2.
- Wit, C. A. M. de. (1975) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 30, 219.

Amerikaans reisjournaal

Jan en Mariëtte Moors – onder meer motor van „Man-Vrouw: Anti-conceptie” – bezochten dit voorjaar ter gelegenheid van het negende wereldcongres voor fertiliteit en steriliteit in Miami de Verenigde Staten. In dit reisjournaal staan enkele interessante waarnemingen opgetekend.

Nota Bene*

Als de huisarts opgenomen patiënten in het ziekenhuis bezoekt, verricht hij een nuttig en bijzonder gewaardeerd werk. Maar het kost veel tijd; ook als er selectie van te bezoeken mensen plaatsvindt. Soms komt het bezoek ongelegen of is de patiënt net weg voor een onderzoek. Vele huisartsen hebben bovendien patiënten in verschillende ziekenhuizen liggen. Samen met enkele co-assistenten werd in onze praktijk een methode ontworpen om toch contact met opgenomen patiënten te houden, zonder ze allen te bezoeken. De ziekenhuisadministraties sturen ons opname-formuliertjes. Wij zoeken daaruit de patiënten met wat belangrijker pathologie of langer opnameduur. Zij krijgen van ons een briefje:

Geachte . . .

Nu u in het ziekenhuis ligt ben ik benieuwd hoe het met u gaat. Kunt u . . . dag tussen . . . en . . . uur naar de praktijk bellen? Als opbellen moeilijk voor u is, kunt u misschien uw familie of de zuster vragen het te doen.

Het beste toegewenst, . . .

of:

Geachte . . .

Nu uw zoon/dochter in het ziekenhuis ligt, ben ik benieuwd hoe het met hem/haar gaat. Ik wil graag even met u praten. Kunt u . . . naar de praktijk bellen? Met vriendelijke groet, . . .

De hierop volgende telefoongesprekken kunnen altijd nog leiden tot een persoonlijk bezoek.

Tijdens ons bezoek waren wij in de gelegenheid kennis te maken met een van de activiteiten van Ortho Pharmaceutical Corporation. Deze farmaceutische industrie heeft een afdeling waar kant en klare onderwijs- en nascholingsprogramma's worden geproduceerd, waarbij men zich in eerste instantie op medische studenten richt. Op het ogenblik heeft men ook nascholingsprogramma's voor huisartsen en specialisten. Programma's die gebruikt kunnen worden in de opleiding van verpleegsters zijn in voorbereiding.

Jack Galbraith, hoofd van deze afdeling, toonde ons zijn eerste ontwerp voor een programma voor „college”-studenten. De inhoud hiervan houdt het midden tussen seksuele voorlichting en geboortenregeling. Studenten aan een college worden nogal eens gevraagd om bijvoorbeeld gedurende een weekend op een baby te passen. Hiervan uitgaande heeft Jack Galbraith een program gemaakt, waarbij duidelijk wordt welk proces zich voltrekt bij baby en oppas. Hij begint met een contract tussen baby en oppas. Wil jij zolang voor mij zorgen? Mijn papa en mama betalen je daarvoor. Ik heb de volgende „needs” en „demands”. Stap voor stap wordt dan nagegaan of de oppas daaraan kan voldoen. Zo ja, dan sluiten zij een contract.

Deze inleiding speelt zich af in de les, bijvoorbeeld op vrijdag. De student krijgt daarop alle spullen mee naar huis. De baby wordt voorgesteld door een aangeklede pop. Verder krijgt de oppas een kofertje mee met luiers, voeding, en alles wat voor een baby nodig is. De student wordt gevraagd net te doen of hij/zij op een echte baby moet passen.

Na het weekend brengen de studenten verslag uit van hun ervaringen. Deze worden onderling uitgewisseld en besproken. Aan de hand van deze ervaringen bespreken zij of het wenselijk is op deze leeftijd zelf een baby te hebben, voor wie zij dan altijd moeten zorgen. Als dat niet gewenst is, zal men goede voorzorgen moeten ne-

men bij het seksuele verkeer. De methoden van geboortenregeling worden vervolgens besproken, waarmee de cursus eindigt. Ortho wil alle materialen gaan produceren, evenals de begeleidende teksten, dia's, filmstrips, bandjes enzovoort.

Wij waren in de gelegenheid nader te spreken over het achterwege blijven van de ons inziens erg belangrijke aspecten van de beleving van de seksualiteit. Er wordt over anticonceptie gesproken onder de druk van hoe moeilijk het is een kind te verzorgen en op te voeden. Angst aanjagen voor het verkeer zal weinig mensen ervan weerhouden aan het verkeer deel te nemen. Hetzelfde geldt ons inziens voor het seksuele verkeer. Een meer positieve aanpak zou goed in dit zeer praktische systeem kunnen passen.

Overigens zaten er ook nog enkele commerciële addertjes onder het gras. Alle getoonde luiers, voedingen, crèmes enzovoort bleken te worden geproduceerd door Johnson en Johnson, de moederonderneming waarvan Ortho deel uitmaakt. Wij zagen voorts programma's voor studenten en artsen over menstruatiehygiëne en geboortenregeling. Ook het begeleiden van mensen met moeilijke seksuele problemen werd gedemonstreerd aan de hand van films en werkboeken. Het was merkwaardig te moeten constateren, dat de psychosociale problemen totaal los werden gezien van somatische aspecten. Bij het menstruatieprogramma bijvoorbeeld was keurig de bloed- en lymfevoorziening van de baarmoeder en omgeving in beeld gebracht. De zenuwvoorziening was vergeten! Laat staan dat er opmerkingen werden gemaakt over het welbevinden van vrouwen vlak voor en tijdens de menstruatie. Hetzelfde euvel constateerden wij bij programma's over geboortenregeling. Bij de anatomie en fysiologie van de mannelijke geslachtsorganen ontbrak de zenuwvoorziening.

De getoonde systemen zijn zeer interessant, maar niet zonder meer in Nederland

* Ontvangen van H. J. W. Brinkman en P. Sluis, huisartsen te Nieuwkoop.