

# De dokter als medicijn

H.J. DOKTER  
F. VERHAGE

**Op basis van de negen casus die zijn gepresenteerd in de reeks 'De dokter als medicijn' wordt gezien of de doelen van consultatiegroepen met huisartsen zijn bereikt. Uit de casuïstiek komt als belangrijkste probleem naar voren dat de dokter in staat moet zijn zich in te leven in de gevoelens van de patiënt, waarbij hij enerzijds niet onder zijn eigen reactie op deze gevoelens uit kan, terwijl hij anderzijds distantie moet kunnen nemen en een min of meer objectieve professionele waarnemer moet zijn. Op grond van literatuuronderzoek en eigen ervaringen mag worden aangenomen dat deze doelstellingen worden bereikt.**

**Dokter HJ, Verhage F. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 1990; 33(4): 157-61.**

Prof. dr. H.J. Dokter, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam; Prof. dr. F. Verhage, hoogleraar medische psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie: Prof. dr. H.J. Dokter, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

## Inleiding

In de inleiding tot de reeks 'De dokter als medicijn' hebben wij gesteld dat wij wilden aantonen dat een aantal door *Balint*<sup>1</sup> herkende en beschreven fenomenen nog steeds actueel is en dat de huisartsgeneeskunde in Nederland een belangrijke psycho-hygiënische taak vervult, en dat wij wilden beschrijven wat zich heeft afgespeeld in onze consultatiegroepen, die zijn gericht op deze psycho-hygiënische functie.<sup>2</sup>

In de consultatiegroepen hebben we in de eerste plaats een antwoord gezocht op de vraag: waarom vormt deze patiënt op dit moment voor deze dokter een probleem? Vooral in de latere bijeenkomsten zijn wij verklaringen die samenhangen met de persoon van de arts niet uit de weg gegaan.

Of wij onze doelstellingen met deze serie hebben bereikt, willen wij nu nader bespreken aan de hand van de gepresenteerde casus (*kader*). Het voornaamste probleem dat wij in deze casuïstiek wilden schetsen, is dat de dokter enerzijds in staat moet zijn zich in te leven in de gevoelens van de patiënt, waarbij hij niet onder zijn eigen reactie op deze gevoelens uit kan, terwijl hij anderzijds distantie moet kunnen nemen en een min of meer objectieve, professionele waarnemer moet zijn. *Rümke* heeft deze problematiek indringend beschreven als: 'Hoe is de arts maximaal betrokken bij zijn patiënten met behoud van distantie?'<sup>3</sup> Voor een goede beroepshouding is besef van deze problematiek nodig om zoveel mogelijk te voorkomen dat men de eigen gevoelens en verlangens vermengt met die van de patiënt.

## Doelstelling

*Enid Balint* heeft onlangs het onderzoek, de veranderingen en de ontwikkelingen van Balint-groepen besproken. Interessant zijn haar opmerkingen over de verandering van de doelstellingen. Aanvankelijk gingen men ervan uit dat de dokter de werkelijke problemen van de patiënt op het spoor moest zien te komen, dat wil zeggen de oorzaak van de problematiek. Dit uitgangspunt leidde ertoe dat huisartsen langdurige gesprekken gingen voeren met een betrek-

kelijk klein aantal patiënten – een methode die moeilijk was in te passen in het dagelijks werk.<sup>4</sup>

*Enid Balint* stelt nu dat het niet nodig is om eerst de oorzaak van een probleem op te sporen en dat dit soms zelfs bezwaarlijk is. Zij schrijft: 'In general practice work the patient's feelings in the present, and the changes in them, seem more important and more reliable'. Door zich te verplaatsen in de patiënt is de dokter in staat zich in te leven in diens gevoelens. Daarnaast moet hij echter distantie kunnen nemen en een objectieve, professionele waarnemer worden, zoals eerder is opgemerkt.<sup>4</sup>

Deze verandering in doelstelling heeft ertoe geleid dat de huisartsen die deelnamen aan de consultatiegroepen, hun handelen veel makkelijker konden inpassen in de dagelijkse praktijk. Het gaat er nu om dat de dokter gevoelsmatig begrijpt wat er met de patiënt aan de hand is en dat de patiënt ervaart dat hij wordt begrepen. Vaak geeft dat al een belangrijke ontspanning.

Voor huisartsen is dit begrijpen veelal een ingeving (*flash*). Bij het verhelderen van de hulpvraag spelen deze ingevingen dikwijls een grote rol. In de moderne huisartsgeneeskunde gaat het om de vraag naar de reden voor de komst van de patiënt. Soms is dat niet het ongemak, de pijn, maar de angst voor de oorzaak van de pijn.

De Landelijke Huisartsen Vereniging besteedt in het Basistakenpakket veel aandacht aan de vraagverheldering. Als duidelijk is waarom de patiënt de dokter bezoekt en beiden het eens zijn over het doel van de komst, is de kans op iatrogene schade kleiner. Daarbij is het een taak van de huisarts 'rekening te houden met zijn eigen persoonlijk functioneren en aan de invloed hiervan op zijn relatie met de patiënt'. Gesteld wordt dat 'de huisarts een stukje van zijn persoonlijkheid overdraagt' in de communicatie met de patiënt.<sup>5</sup>

In de psychotherapie gebruikt de therapeut zichzelf als instrument voor de therapie.<sup>6</sup> In de huisartsgeneeskunde wordt weliswaar geen psychotherapie in engere zin bedreven,<sup>7,8</sup> maar ook door de huisarts wordt de eigen persoon als instrument gebruikt. Hij wordt daartoe vooral goed in de gelegenheid gesteld door het continue ka-

rakter van de relatie met de patiënt en vaak ook met diens familie.

Kennis van het instrument, van de eigen persoon, is voor de huisarts erg belangrijk. Wij hebben hierop in onze reeks opnieuw de aandacht willen vestigen. Hoewel de arts-patiënt interactie een onderwerp is dat makkelijk tot verschil van opvatting kan leiden, is het niet juist de effecten van deze interactie te negeren. Onze ervaring is dat, wanneer men zich beperkt tot een feitelijke casus, deze verschillen gering zijn. Dan gaat het er slechts om of de problematiek er voor de arts begrijpelijk door wordt of niet.

De oorspronkelijke doelstelling van de zogenaamde Balint-groepen is ook in onze groepen veranderd: de huisarts moet leren het bi-fasische karakter van de zorg te hanteren: hij moet in staat zijn zich in te leven in de gevoelens van de patiënt en tegelijkertijd moet hij distantie kunnen nemen om objectief te werken.

Dit leren, deze Sisyphus-arbeid, is belangrijk, omdat artsen op allerlei gebieden van de geneeskunde hun patiënten schade kunnen berokkenen wanneer zij zichzelf niet als een adequaat geneesmiddel toedienen. Dat vindt helaas nog dikwijls plaats in de dagelijkse praktijk. Een voorbeeld hiervan is het feit dat de incidentie van uterusexstirpatie in ons land grote provinciale verschillen vertoont. Het is niet waarschijnlijk dat deze verschillen berusten op een provinciaal verschil in klachtenaanbod; waarschijnlijk is het een gevolg van een verschil in het oordeel van de gynaecologen. Tekenend is ook het voorbeeld van de huisarts die problemen in zijn privéleven had en toen meer tranquillizers ging voorschrijven.<sup>9</sup>

Aan de hand van de beproven casus proberen wij de volgende vragen te beantwoorden:

- wordt het de huisarts door deelname aan de de Balint-groep nieuwe stijl duidelijk waarom deze patiënt op dit moment voor hem een probleem vormt;
- is de huisarts zich daarbij bewust van zijn psycho-hygiënische taak;
- heeft dat wat in de groep gebeurt bijgedragen aan het zelfinzicht van de deelnemende huisartsen?

## Het probleem van de huisarts

In de casus 1, 3, 6 en 7 werd het de betrokken huisartsen duidelijk dat ervaren-

gen uit de eigen jeugd (een betuttelende moeder, persoonlijke betrokkenheid bij de problematiek van de oude patiënt, een vroeg overleden vader, verwaarlozing in de

• Casus 1 (1988;31:366-8) ging over een huisarts die moeite had met de ouders van een 16-jarige jongen met een non-Hodgkin lymfoom. Hij vond dat de ouders deze jongen geen kans gaven om op een volwassen wijze te sterven. Hij was verontwaardigd omdat hij vond dat de ouders het kind kleineerden. De huisarts voelde wel dat er iets niet goed liep, maar hij begreep niet wat er aan de hand was, totdat hij zich ging realiseren dat zijn moeilijkheden voortkwamen uit ergernis over de betutteling die hij zelf in zijn jeugd van zijn moeder had ondervonden. Het professionele handelen werd verstoord door een moeilijkheid in zijn eigen levensgeschiedenis.

• Casus 2 (1988;31:401-2) ging over een twijfelende dokter die geconfronteerd werd met een uitermate bizarre seksuele situatie in zijn praktijk. De vraag was waar de twijfel van de dokter in dit geval vandaan kwam. Het bleek dat hij in verwarring was geraakt doordat de klacht enerzijds een absurd karakter had, maar anderzijds ook zijn nieuwsgierigheid opwekte.

• Casus 3 (1989;32:25-7) ging over een vrouwelijke huisarts die zich zeer persoonlijk betrokken voelde bij een oude dame die euthanasie wenste. Zij aarzelde om deze patiënte na een tweede suïcidepoging op te zoeken. De aarzeling was een gevolg van het feit dat de oude dame haar sterk aan haar eigen moeder deed denken. Door de verwarring was zij niet goed in staat het probleem van de patiënte op een adequate, professionele manier op te lossen.

• Casus 4 (1989;32:109-11) handelde over een geblokkeerde dokter. Hij was verbluft door de situatie waarmee hij werd geconfronteerd: een ongehuwde, oudere, alleenwonende man in het gezelschap van een zeer mooie Zuidamerikaanse vrouw. De man klaagde over impotentie en de vrouw wilde snelle hulp om dat op te heffen. De dokter voelde zich in die situatie onbehaaglijk. Hij raakte verstrikt in allerlei subjectieve fantasieën over de relatie, terwijl hij tevens beseftte dat daarvoor objectieve gegevens ontbraken.

• Casus 5 (1989;32:144-6) had betrekking op een 'schuldige' dokter na het overlijden

van één van zijn patiënten aan een niet herkend hartinfarct. Er waren onopgeloste schuldgevoelens, zowel bij de arts als bij de patiënt, die de relatie belastten doordat ze onuitgesproken bleven.

• Casus 6 (1989;32:188-90) ging over een zorgende dokter. Hij had op grond van het vroeg overlijden van zijn eigen vader sterke gevoelens van medelijden met een patiënte die, net als hij, haar vader op jeugdige leeftijd had verloren. Een geestelijk en lichamelijk ziek kind van de patiënte was onlangs gestorven, waarover zij zichzelf verwijten maakte. Ze dacht niet genoeg voor het kind gedaan te hebben. De zorg van de dokter voor deze vrouw bleek uit de voor hem ongebruikelijk lange duur waarop hij haar was blijven bezoeken na het overlijden van het kind. Hij deed dat onder het motief dat hij haar wilde helpen om toch meer vreugde in het leven te hebben dan ze nu had. Toch begreep hij zijn eigen doen en laten niet. Zijn eigen gedrag werd hem duidelijker toen hij de relatie met zijn eigen problematiek onderkende.

• Casus 7 (1989;32:273-4) handelde over een overbezorgde vrouwelijke dokter in haar relatie met een heroïne verslaafde jonge vrouw. Besproken werd dat deze dokter zich vroeger zelf verwaarloosd had gevoeld en zich daarom het lot van deze sterk verwaarloosde patiënte zo sterk aantrok. Op grond van haar almachtsfantasieën stelde zij veel te hoge eisen aan zichzelf. Dat moest wel uitmonden in een teleurstelling, omdat de ernst van de problematiek van de patiënte daardoor werd onderschat.

• Casus 8 (1990;33:24-5) ging over een adviserende dokter met een non-compliance patiënte. Ook hier was de moeilijkheid een gevolg van afgeweerde emoties van de dokter zelf, die hij niet kon uiten.

• In casus 9 (1990;33:118-20) ging het ten slotte over een jonge vrouwelijke huisarts, die geïrriteerd werd door een in een kliniek opgenomen patiënte. Deze patiënte toonde een klevig gedrag, vroeg veel aandacht en gedroeg zich als een kind. De dokter zag de oorzaak van eigen irritatie in en begreep dat de provocatie tevens tot doel had haar op een verkeerd spoor te zetten.

jeugd) een rol speelden in het contact met de patiënt. Ook op de werking van schuldgevoelens werd in een aantal casus gewezen (5 en 6). Het verschil tussen 'neurotische' en normale schuldgevoelens bleek belangrijk voor het kunnen omgaan met de gevolgen van gemaakte fouten.

Verwarring van de dokter blijkt in een aantal casus een duidelijk signaal van onvoldoende 'instrumentbeheersing' (2, 3, 4, 9). Ook twijfel kan die signaalfunctie hebben, zoals bij de dokter die twijfelt bij de absurditeit van de seksuele klacht. De deelnemende huisartsen hebben gezien dat hun twijfel en hun verwarring serieus genomen moeten worden als een signaal van iets dat zich in de arts-patiënt relatie voordoet. In zo'n geval kan het verstandig zijn even pas op de plaats te maken en de ontwikkeling van het contact af te wachten.

In casus 7, en in mindere mate in casus 8, zagen we hoe zich bij de huisarts een gevoel van almacht voordeed. Dit gevoel speelt de huisarts nogal eens parten bij patiënten met chronische ziekten, wanneer hij moeilijk kan aanvaarden dat sommige situaties niet te veranderen zijn en een aantal patiënten niet beter kunnen of willen worden. Dit fenomeen is door Balint beschreven als de apostolische functie van de dokter en werd door ons een aantal malen aangetroffen.<sup>1 10</sup>

Een ander belangrijk verschijnsel is de overdracht en tegenoverdracht. Overdrachtgevoelens kunnen het beste worden omschreven als gevoelens die niet uit het actuele contact kunnen worden verklaard, maar voortkomen uit eerdere ervaringen. Dat kan een relatie uit de vroege jeugd zijn, zoals bij de patiënt die (als een kind) verwacht dat de dokter (vader/moeder) 'alles' kan. De tegenoverdracht is daar het complement van. In dit geval: de arts die de patiënt zo tegemoet treedt dat hij die vaderlijke c.q. moederlijke rol vervult. Het hoeft geen betoog dat een relatie gebaseerd op dergelijke verwachtingen vanaf komt te staan van een realistische arts-patiënt relatie. Wanneer overdrachtgevoelens uit die allereerste levensjaren stammen, komen arts en patiënt bovendien in een van elkaar afhankelijke positie.

De over-tegenoverdrachtgevoelens die stammen uit de vroege jeugd, treden vooral op als de arts-patiënt relatie intiem wordt.

Dat kan inherent zijn aan een onderzoek, maar zich ook in een relatie voordoen. Bijvoorbeeld bij een jonge vrouwelijke arts in opleiding tot huisarts die het ontstaan van een erotische relatie tussen haar en een oudere mannelijke patiënt niet kan voorkomen. Zij voelt zich gestreeld door de man en zij weet niet om te gaan met die positieve gevoelens, met zijn verliefdheid voor haar. Zij is er aanvankelijk door in verwarring geraakt, omdat erotiek in de medische relatie immers geen rol behoort te spelen. En dan gebeurt het toch.

In een dergelijke situatie is het voor de buitenstaander meestal niet moeilijk de overdracht te zien (haar aardige vader en zijn briljante dochter), maar de overdragende jonge arts zal zich dikwijls tegen dit inzicht verzetten. Dat verzet kan zo sterk zijn dat er niets anders opzit dan te wachten tot ook deze vader tegenvalt en ondertussen hopen dat de code van het beroep niet geschonden wordt.

Ook in casus 1 beschreven wij een voorbeeld van tegenoverdracht: de dokter ergerde zich aan het betuttelend optreden van de moeder van de patiënt, en hij zag dat er een verloren strijd van de zoon met de moeder ontstond. De arts stapte in deze strijd en droeg daarmee de relatie met zijn eigen moeder over op de actuele situatie. Gelukkig beseftte hij dat een en ander niet was gegaan zoals het zou moeten, maar hij kon de eigen overdracht niet zien. Die moest hem duidelijk gemaakt worden.

Wanneer men zelf een geneesmiddel is, kan dat ten goede of ten kwade worden aangewend. Hoe beter men zichzelf als huisarts kent, hoe meer men ervaring daarmee opdoet, hoe beter men leert om dat middel deskundig te doseren.

Concluderend: uit de beschrijvingen menen wij te mogen opmaken dat de artsen die deelnamen aan de Balintgroepen - nieuwe stijl dikwijls beter zijn gaan begrijpen waardoor een probleem met een patiënt zich juist nu bij hem of haar voordeed. Het zelfonderzoek leidde dikwijls tot een beter zelfinzicht. Elders toonden wij op basis van empirisch onderzoek aan dat het zien en hanteren van eigen onmacht in de medische situatie een van de belangrijkste resultaten was van deelname aan de Balintgroep.<sup>11</sup>

## Psycho-hygiëne

*Spanjaard* heeft jaren geleden gewezen op een merkwaardige tegenstrijdigheid in de toenmalige situatie. Kennis van de eigenaardige achtergronden van de menselijke psyche is voor inzicht in de problematiek van de patiënt noodzakelijk, maar deze kennis is onvoldoende bij huisartsen aanwezig. Desondanks moesten huisartsen gesprekken met hun patiënten voeren over hun problemen. Met andere woorden: zij 'behandelden' patiënten met te weinig kennis van de psychologie. *Spanjaard* schreef over de huisartsengroepen, dat 'langdurig deelnemen aan dergelijke besprekingen, visie en vaardigheid tot ontwikkeling kan brengen, waardoor de huisarts een veel grotere rol kan gaan spelen in de psychohygiëne'.<sup>12</sup>

Ook naar onze mening kan de bijdrage van de huisarts aan de psycho-hygiëne worden bevorderd door ervaringen uit te wisselen aan de hand van patiëntgebonden casuïstiek, waarbij het er allereerst om gaat dat de huisarts leert emotionele reacties waar te nemen. De functie van de groepsbegeleiders is daarop de aandacht te vestigen. Dat kan door de deelnemende (aanstaaende) huisartsen te stimuleren in hun beschrijving van de patiënt een empathische houding aan te nemen en vooral te letten op de eigen reactie. Waarom reageer ik (deze dokter) zó op deze patiënt?

*Scheingold* heeft zeer recent als de doelstellingen van de Balintgroepen genoemd:

- de dokter presenteert het geval met de nadruk op gevoelens en interpersoonlijke interacties, meer dan op de medische details;
- de dokter gebruikt zijn eigen gewaarwording van en inzicht in de gevoelens om helderheid te krijgen over moeilijke arts-patiënt interacties.<sup>13</sup>

Het antwoord op de vraag of de huisarts door onze besprekingen zich de betekenis van zijn taak op psycho-hygiënisch gebied bewuster is geworden, valt uit de beschreven casus niet expliciet te destilleren, vooral niet omdat we ervan moeten uitgaan dat de deelnemende artsen zich hiervan reeds in hoge mate bewust waren toen ze zich

aanmeldden. Wij verwachten evenwel dat de deelnemende huisartsen door hun toenomen kennis op psycho-hygiënische gebied en door de steun die zij hebben ondervonden bij het verwerven van inzicht, hier nog duidelijker een taak voor zichzelf zijn gaan zien.

Natuurlijk is de keuze van de onderwerpen niet representatief en volledig. We namen die casus uit ons materiaal die geschikt leken om in deze vorm te worden gepresenteerd. Een tekortkoming is bijvoorbeeld dat de begeleiding van rouwenden niet aan de orde is gekomen. Deze problematiek heeft wel dikwijls een rol gespeeld en wij achten deze begeleiding ook een uiterst belangrijke psycho-hygiënische taak voor de huisarts (die hij meestal ook op zeer deskundige wijze vervult), maar in het beschikbare materiaal bleek geen geschikte casus aanwezig.

### De betekenis van de groep

De specifieke betekenis van de huisartsengroep is drieërlei.

In de eerste plaats ervaart de huisarts dat hij niet alleen staat in zijn soms heftige emotionele reacties.

In de tweede plaats ervaart hij dat de manier waarop hij het probleem ziet, niet de enige is; er zijn ook andere invalshoeken mogelijk. De groepsleider dient te voorkomen dat het verschil van mening te hoog oploopt, en de individuen te helpen een eventueel niet vleidend zelfinzicht te overwegen. Om de persoonlijke reacties te kunnen bespreken, heeft men zowel de bescherming en de veiligheid van de groepscohesie als de leiding van de groepsleider nodig. De exploratie van de casus en de daarmee gepaard gaande relationele aspecten zijn in een groep minder afhankelijk van één figuur en kunnen daardoor breder worden aangepakt. Dat onderscheidt het werk van bijvoorbeeld supervisie.

De groep heeft nog een derde betekenis. De overdrachtgevoelens worden ook dikwijls op de groep gericht. Dan verwacht degene die een casus inbrengt, dat de overige groepsleden en de begeleiders het probleem kunnen oplossen. Voor de begeleider is het dan van belang deze overdracht-

gevoelens te signaleren en te corrigeren; in de groepsdiscussie dient het duidelijk te worden om welke gevoelens en verwachtingen het gaat.

Zoals hiervoor is beschreven ligt in de afgelopen jaren de nadruk van het werk met psychosociale problematiek veel meer op het begrijpen van het hier en nu; uitgangspunt is daarbij steeds wat zich tussen arts en patiënt voltrekt. Daarbij wordt van de gelegenheid gebruik gemaakt om, zoals door *Spanjaard* is opgemerkt, kennis aan te dragen over de 'eigenaardige achtergronden van de menselijke psychologie'.<sup>12</sup>

Doordat de huisarts in de groep beter leert waar te nemen en zijn persoonlijke emotionele reacties gaat kennen en herkennen, wordt de zelfkennis bevorderd. We houden in de bespreking vast aan de ingebrachte arts-patiënt problematiek. Zelfkennis op andere terreinen wordt dus niet nagestreefd.

*Rümke* waarschuwde voor een moeilijkheid bij het verwerven van zelfkennis: 'Soms komt het tot een "narcistisch" elkan-der zogenaamd begrijpen. De patiënt streelt de ijdelheid van de dokter door zijn bewondering te uiten voor diens kunde, begrip en menselijkheid. Soms merken wij niet dat wij door deze wijze van vleien gevangen worden genomen. Dit is dikwijls, bewust of onbewust, de bedoeling van de patiënt. De dokter gaat, als hij niet zeker van zichzelf is, de patiënt "sparen" om niet van zijn voetstuk te vallen.'<sup>13</sup>

We hebben dat in onze groepen regelmatig geobserveerd: de dokter wil graag een goede dokter worden gevonden, de patiënt speelt daar strelend op in en als dat niet tijdig wordt onderkend, raakt de dokter in een spiraal van behoefte aan bewondering door de patiënt.

Juist voor deze problematiek kan een bespreking in de groep van nut zijn, omdat wellicht niets in een groep zo slecht wordt verdragen als een groepslid dat zo'n 'narcistische' positie kiest. Zoals gezegd, een groep van collegae onder deskundige leiding is bij uitstek de plaats waar op deze problematiek kan worden ingegaan. Een soms wel harde leerschool, maar daar staat tegenover dat het vak minder geïsoleerd wordt uitgeoefend.

### Tot besluit

Wij willen besluiten met een kritische beschouwing van het werken met de Balint-methode.

Dat de methode sinds haar ontstaan in de vijftiger jaren is veranderd, hebben wij al vermeld, en in ons inleidende artikel hebben wij de methode afgegrensd van andere methoden van begeleiding van huisartsen.<sup>2</sup> Hier gaat het niet om de vraag of deze methode doelmatiger en doeltreffender is dan deze andere methoden. Het is bekend dat het 'spuien' aanstaande huisartsen in de opleidingsgroepen zeer aanspreekt en dat zij dit als een van de belangrijkste onderdelen van de opleiding beschouwen.<sup>14</sup> Dit onderdeel stamt regelrecht af van het groepswerk volgens de methode-Balint en leidt wel degelijk tot veranderingen. Ook *Scheingold* komt in haar onderzoek van zogenaamde junior-Balintgroepen, tot een dergelijke uitspraak.<sup>15</sup>

Terugkomend op het moeilijke criterium van de kwaliteit van het werk in Balintgroepen: we moeten niet doen alsof we niets weten. Zo is de bepaling van de duur van de training wel op enig 'weten' gebaseerd. Zo vond *Verhaak* dat kortdurende trainingen over het algemeen weinig effect hebben op het functioneren van de arts; er treden geen blijvende gedragsveranderingen op. Langdurende trainingen, maar ook een enkele jaren durende supervisie in kleine groepen, lijken betere mogelijkheden te bieden.<sup>15</sup>

Het belangrijkste criterium voor ons werk in de Balint-groep is echter de verandering die de huisarts heeft bereikt in zijn omgang met patiënten. Hoewel de kwaliteit daarvan moeilijk te bepalen is, moeten wij er ons niet van laten weerhouden daarmee bezig te zijn. Wij hebben hier verslag willen doen van de wijze waarop wij werken. Daarmee is onze benadering enigszins observeerbaar geworden. Observaties zijn nodig voor het maken van veronderstellingen en deze veronderstellingen dienen getoetst te worden om van wetenschap te kunnen spreken. Aan deze wetenschappelijke eis werken wij wel, maar met behulp van andere methoden. Het zichtbaar maken van het werk is echter een noodzakelijke voorwaarde om huisarts en wetenschap

# Zwangerschapstest, Cervixuitstrijken, Literatuuronderzoek

van dienst te zijn en daarvan hierbij dus akte.

## Dankbetuiging

Wij danken de huisartsen die hun problemen in onze groepen hebben besproken en hun gegevens en die van hun patiënten aan ons ter beschikking hebben gesteld, voor hun medewerking.

## Literatuur

- <sup>1</sup> Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2nd ed. London: Pitman, 1964.
- <sup>2</sup> Dokter HJ, Verhage F. Casusbesprekingen in een Balintgroep-nieuwe-stijl. Huisarts Wet 1988; 31: 364-5.
- <sup>3</sup> Rümke HC. Over gesprekstherapie. Huisarts Wet 1965; 8: 127-31.
- <sup>4</sup> Balint E. Research, changes and development in Balint groups. In: Elder A, Samuel O. While I'm here, doctor. A study of the doctor-patient relationship. London, New York: Tavistock, 1987.
- <sup>5</sup> Springer MP, red. LHV Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- <sup>6</sup> Thiel JH. Wat is psychotherapie? Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 1891-4; 1923-7.
- <sup>7</sup> Lamberts H. Psychotherapie: geen taak van de huisarts. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 13-5.
- <sup>8</sup> Dokter HJ. Is de huisarts psychotherapeut? Huisarts Wet 1984; 27: 449-52.
- <sup>9</sup> Lamberts H, Wolgast NL. Huisarts en voorschrijfgedrag: een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen. Huisarts Wet 1975; 18: 321-33.
- <sup>10</sup> Dokter HJ. Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten. Huisarts Wet 1981; 24: 415-6.
- <sup>11</sup> Metz R. Verandering in probleemformulering en lokalisatie tijdens casusbespreking in huisarts-consultatiegroepen [Intern rapport]. Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, 1982.
- <sup>12</sup> Spanjaard J. Een didactisch probleem in de huisartsen werkgroepen. Huisarts Wet 1966; 9: 274-9.
- <sup>13</sup> Scheingold L. Balint work in England: lessons for American family medicine. J Fam Pract 1988; 26: 315-20.
- <sup>14</sup> Sallaerts-Boonekamp IAM. Het uitwisselen van ervaringen door arts-assistenten in de beroepsopleiding. Huisarts Wet 1984; 27: 214-6.
- <sup>15</sup> Verhaak P. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 1986. ■

## Zwangerschapstest

In juni 1989 werd een onderzoek gepubliceerd over zwangerschapstesten voor thuisgebruik.<sup>1</sup> Hierin werd gesteld dat Clearblue One Step niet geheel zou voldoen aan de door de fabrikant aangegeven criteria.

Naar aanleiding hiervan heeft Broctrade twee gesprekken gehad met beide auteurs. Gezamenlijk is men tot de conclusie gekomen, dat de resultaten van Clearblue One Step zoals beschreven in voornoemd artikel, zeer waarschijnlijk veroorzaakt zijn door de aanwijzingen in de bijsluitertekst. Hierin staat vermeld, dat in het geval van een positieve uitslag een duidelijke blauwe lijn in het grote venster van de teststaaf moet worden gezien. In werkelijkheid echter kan bij een vage blauwe lijn reeds dezelfde conclusie worden getrokken.

De gebruiksaanwijzing is inmiddels dienovereenkomstig aangepast.

J. Willemsen  
Broctrade bv

<sup>1</sup> Roumen FJME, Muylers JGG. De Zwangerschapstest voor thuisgebruik. Huisarts Wet 1989; 32: 249-51.

## Cervixuitstrijken 1

Ik heb een drietal opmerkingen, die meer als verfijning van de standaard 'Cervixuitstrijken' dan als kritiek zijn bedoeld:

- *Redenen om geen uitstrijk te maken* Is 6 weken na een partus niet ook een uitsluitingscriterium, in verband met regeneratie van cellen en het opschuiven van de overgangszone?
- *Administratie* Registratie ook bij de journaalgegevens lijkt mij juist van belang voor de non-respondentes; een aantekening bovenaan de groene kaart bevordert case-finding.
- Er staat mij bij dat het cytologisch laboratorium een voorkeur uitspreekt voor het tijdstip van afname van een uitstrijk, te weten ongeveer twee weken na de menstruatie.

A. van Velzen,  
huisarts te Houten,

## Cervixuitstrijken 2

Het is jammer te moeten constateren dat de makers van de NHG-standaard voor cervixuitstrijken mogelijk een belangwekkend artikel in de *Lancet* hebben gemist (april 1989). Daarin worden door prof. Vooy's argumenten aangedragen om het uitstrijke met de Cervex-brush uit te

voeren. Hiermee worden de endocervix en de ectocervix tegelijkertijd uitgestreken. De resultaten zijn het beste samen te vatten als: betere kwaliteit (onvoldoende kwaliteit daalt van 4,8 naar 2,4 procent) en veel minder herhalingen wegens 'ontbreken van endocervicaal epitheel' (toename van aanwezigheid van endocervicale cellen van 85,9 naar 95,8 procent).

In onze regio worden de brushes door het cytologisch laboratorium gratis verstrekt. De extra kosten worden ruimschoots goedge maakt door de besparingen – zowel in materiële zin voor de huisarts als in de zin van belasting voor de vrouw – door het kleinere aantal herhalingen. Zelfs als de huisarts het laboratorium niet kan bewegen de brushes te verstrekken, loont het de moeite ze zelf aan te schaffen. Herhalingen in het kader van het bevolkingsonderzoek kunnen immers niet gedeclareerd worden.

Overigens is de ontwerper van deze brush een Nederlandse huisarts, Joost Kist, die mijns inziens de innovatieprijs van 1989 zou hebben mogen krijgen.

W. Swart,  
huisarts, bestuurslid NOVU  
(nederlandse orde van uitvinders)

## Naschrift

1 Collega van Velzen wordt bedankt voor zijn waardevolle bijdrage.

Het is inderdaad erg moeilijk om de eerste 6 weken na de partus een cytologisch goed te beoordelen uitstrijk te maken. In deze 6 weken vindt afvloed van lochia plaats en treedt regeneratie van cervixcellen op. Het is dan ook ongebruikelijk om in de eerste 6 weken na de partus een uitstrijk te maken.

Ten aanzien van de tweede opmerking het volgende. Er is thans geen koppeling tussen de oproepen van de bevolkingsadministratie en de administratie van de huisarts. De huisarts weet dus niet welke vrouwen niet op de oproep hebben gereageerd. Een registratie van non-respondentes is niet mogelijk. Thans worden initiatieven genomen om een systeem van non-respondentes op te zetten in samenwerking met de bevolkingsadministratie. Noodzakelijk is een afstemming van de door de bevolkingsadministraties aangeleverde bestanden op de bestanden van de laboratoria, zodat een bestand van non-respondentes kan worden geïsoleerd. De werkgroep is van mening dat een volledige overdraagbare registratie op een aparte plaats bij de basisgegevens van de vrouw kan bijdragen tot signaleren van de non-respondentes.

Om op de derde vraag een antwoord te geven werd een cytoloog geraadpleegd. Cytologen ge-