Geïnformeerde huisarts

Het Nederlands Huisartsen Genootschap is verheugd met de bespreking van 'De geïnformeerde huisarts'[1] (Huisarts Wet 1996; 39(2): 99-100). Toch bestaat de behoefte om op enkele punten te reageren.

Het zoeken op geneesmiddelen met behulp van 'gm' gevolgd door een spatie en de naam of groep van het geneesmiddel was in de eerste versie van het programma niet mogelijk; deze fout is inmiddels hersteld.

De variatie in de inhoud van de tekst van de samenvattingen is grotendeels terug te voeren op de aard van het artikel. Uitgangspunt is de tekst voor zover mogelijk te beperken tot één scherm. Dit betekent dat de inhoud van korte artikelen, zoals in *Vademecum*, grotendeels kan worden weergegeven. Van lange overzichtsartikelen, zoals in het *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, kan slechts een indicatie van de inhoud worden gegeven. Te allen tijde geldt dat de samenvatting nooit leesvervangend is. Voor een volledige informatievoorziening dient het oorspronkelijke artikel nageslagen te worden. Dit impliceert ook dat de bronnen (tijdschriften) een groot bereik onder huisartsen moeten hebben; de huisarts moet immers op eenvoudige wijze een artikel kunnen opzoeken. Daarnaast dienen de artikelen relevant te zijn voor de dagelijkse huisartsgeneeskundige praktijk. De bronnen dienen een onafhankelijke redactie te hebben.

De keuze van de tijdschriften heeft mede op basis van deze criteria plaatsgevonden. De huidige bronnenlijst is niet definitief. Er zullen mogelijk op termijn tijdschriften en bronnen worden toegevoegd en verwijderd. Dit jaar zal een eerste evaluatie plaatsvinden door middel van een enquête onder de gebruikers van DGH. Op basis van de uitkomsten zullen zo nodig wijzigingen in het programma worden aangebracht.

Ruud Gebel

1 NHG. De geïnformeerde huisarts. Een elektronisch literatuurzoeksysteem voor de huisarts. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

Ik-boodschappen

1 Gaarne zou ik een aanvulling willen geven op de mogelijkheid om via 'ik-boodschappen' een impasse in de spreekkamer te doorbreken,[1] door het geheel in een model te plaatsen, dat ontleend is aan de NLP-stroming. NLP staat voor Neuro-Linguïstisch Programmeren: hoe kun je zo gemakkelijk en effectief mogelijk door middel van gebruik van taal en het zenuwstelsel gedrag en overtuigingen over vermogens en identiteit veranderen? Het model is eenvoudig en komt hierop neer:

1 Vestig of herstel het 'rapport' met de patiënt (bijvoorbeeld door de emotie van de ander te benoemen). Met rapport wordt bedoeld de verbondenheid binnen het contact.
2 Identificeer de intentie van de patiënt, die vanuit diens achtergrond positief gericht zal blijken te zijn
3 Benoem de *intentie* van de patiënt (en dus niet het gedrag) en je eigen bedoeling. Hier is plaats om je 'ik-boodschap' te geven. Beschouw de eigen emotie als feedback naar jezelf dat een en ander niet goed loopt.
4 Zorg dat er verbale en non-verbale instemming is van beide betrokkenen
5 Zoek en benoem de *gemeenschappelijke* intentie (bijvoorbeeld 'ik wil u helpen' en 'u wilt van uw klacht af' maakt samen: 'wij willen samen een stap zetten in de richting van uw genezing').
6 Hierna (en niet eerder) is de communicatie weer op elkaar afgestemd en zal het mogelijk zijn een voor beiden werkbaar en aanvaardbaar plan te maken, dat *meer* gericht zal zijn op *hoe* wij verder gaan dat *wat* we willen doen.

De aanvulling is dat je naast 'ik-boodschappen' tevens 'jij- en wij-boodschappen' geeft op het niveau van overtuigingen (wat is hier belangrijk?) en niet over gedrag (wat doe ik/wat doet de ander?).

Zoals *Courant* aangeeft, zou specifieke training in het zelf gewaar zijn van en effectief omgaan met de eigen gevoelens en gedachten meer aandacht verdienen in programmas voor gevestigde (huis)artsen en (huis)artsen in wording. Ik ben benieuwd hoe snel nieuwe werkzame stromingen en technieken geïntegreerd worden in de medische wereld.

Jan Stuijfzand

1 Courant J. Wordt de dokter er beter van? Huisarts Wet 1996; 39(2): 75-7.

2 *Courant* beschrijft hoe de aanpak uit de school van Kempler ook voor de huisarts een zinvolle benadering kan zijn. 'Essentieel in deze werkwijze is, dat de hulpverlener tijdens het contact met de cliënt ook stilstaat bij wat hij daarbij zélf ervaart, (en) daar vervolgens op een (...) persoonlijke manier op reageert (...).'[1] *Courant* gaat in zijn beschouwing in op het belang van de persoon van de huisarts en hij constateert – onzes inziens ten onrechte – dat supervisie bijna altijd patiëntgericht zou zijn.

Deze bewering staat lijnrecht tegenover de doelstelling van supervisie voor huisartsen, om een leermethode te zijn waarin de persoon van de dokter centraal staat. Een gevolg van deelname aan supervisie is voor veel huisartsen dat ze met meer plezier, efficiency, doelgerichtheid en energie hun werk doen. Door de supervisie worden zij zich meestal meer bewust van hun belevingen in de contacten met de patiënten en zijn zij daardoor beter in staat deze een plaats te geven in het functioneren als huisarts. Dit resulteert er vaak in dat zij beter in staat zijn 'ik-boodschappen' te geven, zoals *Courant* die in zijn artikel beschrijft: 'Een ik-boodschap is een bijzondere manier om uitdrukking te geven aan deze eigen gevoelens: iemand zegt in de ik-vorm wat hem bevalt of hindert aan het gedrag van de ander bij wie hij zich betrokken voelt.' Hierbij lijkt alleen de dokter zelf baat te hebben, maar een heldere communicatie tussen arts en patiënt zal de relatie dienen en daarmee ook hen beiden.

Supervisie is met andere woorden juist een uitstekende basis om de benadering zoals Kempler die voorstaat op een juiste wijze te kunnen gebruiken.

Ria Wijdeven en Wiljo Brenninkmeijer,
NHG-Huisarts-Supervisoren-Opleiding

1 Courant J. Wordt de dokter er beter van? Huisarts Wet 1996; 39(2): 75-7.

Naschrift

1 Het uiten van een ik-boodschap is een wijze van communicatie. Het principe is simpel; het bijzondere eraan is vooral het zeer persoonlijke en rechtstreekse karakter. Maar iedereen kan, wanneer hij daar behoefte aan heeft, in elke situatie, op elk moment, in welke relatie dan ook, een ik-boodschap plaatsen. Het aardige van de reactie van Stuijfzand vind ik, dat hij laat zien hoe dat ook in een theoretisch model kan passen. Ik zou het alleen jammer vinden als daardoor bij de lezer de indruk zou worden gewekt, dat een ik-boodschap *altijd deel van een protocol* zou moeten uitmaken. Dat zou het maar nodeloos ingewikkeld maken.

Wel wil ik nog eens benadrukken, dat een ik-boodschap geen trucje of receptje is, ook al is het principe eenvoudig. Wie niet gewend is acht te slaan op overtreding van zijn grenzen

door anderen, daar adequaat op te reageren en in die zin ook goed voor zichzelf te zorgen, doet er naar mijn overtuiging dan ook goed aan dat alsnog te gaan leren.

2 In mijn ijver om de aandacht te vestigen op het belang van de zorg voor de arts zelf in de relatie met zijn patiënt ben ik helaas wat doorgeschoten en heb daarmee mijn collegae supervisoren en overigens ook de Balint-beoefenaren onrecht gedaan. Ik bied de betrokkenen daarvoor mijn excuses aan. De inzenders ben ik erkentelijk voor hun correctie en voor de wijze waarop zij die hebben geformuleerd.

J. Courant

BERICHT

Muntendamprijs voor Bert Schadé

De 21e Prof.dr. P. Muntendamprijs is door het Koningin Wilhelmina Fonds toegekend aan Prof.dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Schadé kreeg deze onderscheiding voor zijn grote verdienste voor de kankerbestrijding, in het bijzonder voor zijn professionele bijdrage aan een duidelijke plaatsbepaling en rol van de huisartsgeneeskunde binnen de oncologie. Aan de prijs is een bedrag van NLG 50.000 verbonden, dat de laureaat in overleg met de Nederlandse Kankerbestrijding op zijn vakgebied mag besteden.