

INHOUD workshop GROEPSGEWIJZE BEHANDELING

1. Voorwoord.
2. Programma.
3. Deelnemers workshop.
4. Lijst van onderwerpen.
5. Beschrijvingen van projecten.
6. Informatie gastsprekers.
7. Verslag van de workshop over groepsgewijze
behandeling d.d. 6 oktober 1978.

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 GN Utrecht
telefoon: 030 319946

Aan de deelnemers van de workshop GROEPSGEWIJZE BEHANDELING
in de HUISARTSPRAKTIJK op vrijdag 6 oktober 1978 te Scheveningen

Hierbij ontvangt u dokumentatie van diegenen, die in de eerste
lijn met groepen werken, ter voorbereiding van de workshop.
Wij hopen dat de workshop hierdoor effectief en intensief kan
verlopen.

De inhoud bestaat uit het programma, de lijst van problemen, die
sommigen van u hebben opgegeven om over te discussiëren, twaalf
beschrijvingen van projekten en drie bijdragen van deskundigen.

Ik wens u een nuttige en aangename dag toe.

Met vriendelijke groeten,
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT,

(w.g.) C.P. Bruins

N.B.: Aan deze uitgave is toegevoegd een kort verslag van de dag.

PROGRAMMA VAN DE WORKSHOP d.d. 6 OKTOBER 1978

Werken met groepen in de eerste lijn

's morgens: informatie en methodebespreking

9.00 - 9.30 uur	ontvangst
9.30 - 10.00 uur	drie sprekers: 9.30 - 9.40 uur: B. Ponsioen, huisarts en H. Tenwolde, psycholoog 9.40 - 9.50 uur: Mevr. M. de Hoog, huisarts en mevr. F. Schenk, m.w. 9.50 - 10.00 uur: H. v.d. Molen, medisch psycholoog
10.00 - 10.15 uur	discussie
10.15 - 10.45 uur	drie sprekers: 10.15 - 10.25 uur: Mevr. T. v.d. Rijdt, m.w. 10.25 - 10.35 uur: Mevr. I. Lindeboom, fysiotherapeute 10.35 - 10.45 uur: H. In 't Veld, arts
10.45 - 11.00 uur	discussie
11.00 - 11.30 uur	koffiepauze
11.30 - 12.00 uur	drie sprekers: 11.30 - 11.40 uur: H. Tenwolde, psycholoog 11.40 - 11.50 uur: Mevr. E. Mulder, arts 11.50 - 12.00 uur: B. Bouricius, arts
12.00 - 12.15 uur	discussie
12.15 - 12.45 uur	drie sprekers: 12.15 - 12.25 uur: Mevr. I. Swen, verpleeg- kundige 12.25 - 12.35 uur: P.A. van Dijk, arts 12.35 - 12.45 uur: F. Malais, arts

's middags: de plaats van het werken met groepen in de eerste lijn
voorbereiding landelijke workshop

14.00 - 14.45 uur	drie gastsprekers: 14.00 - 14.15 uur: Mevr. Dr. M.A. Bremer- Schulte, sociaal psycho- loge
-------------------	---

- 2 -

14.15 - 14.30 uur: Drs. R. Grol, psycholoog

14.30 - 14.45 uur: Dr. P.J. Jongerius,
psychiater

14.45 - 15.30 uur

discussie

15.30 - 16.00 uur

theepauze

16.00 - 16.30 uur

inventarisatie van de resultaten van deze
dag

16.30 - 17.00 uur

bespreking landelijke workshop

ca. 17.00 uur

sluiting

- 0 - 0 - 0 -

DEELNEMERS AAN DE WORKSHOP WERKEN MET GROEPEN IN DE EERSTE LIJN

* B. Bouricius * <i>mv. Baenen schulk (geen/je)</i> C.P. Bruins	Nieuwe Parklaan 132 Ned. Huisartsen Inst. Mariahoek 4	2587 BW	Den Haag
M. van Campen	Poolsterlaan 13	5632 AM	Eindhoven
* P.A. van Dijk	Biltsestraatweg 108	3573 PS	Utrecht
P.W. Erwig	Osseweistraat 45 b	3023 DB	Rotterdam
I. Geerdink	Berkendaal 21	3075 XA	Rotterdam
* R. Grol	U.H.I., St. Annastraat 284	6525 HC	Nijmegen
M. van den Heuvel	Hogeschoollaan 225	5037 GC	Tilburg
* Mw. M.I. de Hoog	U.H.I., Mathenesserlaan 264	3021 HR	Rotterdam
F. Huibregtsen	Panterlaan 20	5691 GD	Son
A.E. de Jong * <i>forjeus (geen/je)</i> W.H. Kruithof	Osseweistraat 45 b Oosterbosch 6	3023 DB 3601 JG	Rotterdam Maarssen
* Mw. I. Lindeboom	Oude Liesboslaan 271	4839 AC	Breda
B. Magnus	p/a Gr. Hertoginnelaan 34	1405 EE	Bussum
* F. Malais (+ 2 pers.)	Riebeekstraat 40 a	3072 VX	Rotterdam
* H. van der Molen	Woonboot Swanneblom Reviuskade t.o. 15	3521 TD	Utrecht
A. Mooij	Middelweg 56	3235 NN	Rockanje
* Mw. E. Mulder	Pr. Hendrikweg 6	2202 EB	Noordwijk aan Zee
A. Offerhaus	Hobbemakade 25	1071 XK	Amsterdam
* B.P. Ponsioen	Slagveld 42	3231 AP	Brielle
S. van de Raadt	Roland Holstlaan 776	2624 JE	Delft
J.M.M. van Raeven	Scorpius 1	5175 XM	Loon op Zand
* Mw. T. v.d. Rijdt	Luxemburglaan 43	5625 NB	Eindhoven
Mw. F. Schenk	U.H.I., Mathenesserlaan 264	3021 HR	Rotterdam
J. Sommers	Postjeskade 199	1058 DB	Amsterdam
* I. Swen	Postbus 186	2501 CD	Den Haag
* H. Tenwolde	Reeweg O. 80	3312 CS	Dordrecht
* H. in 't Veld (+ 5 pers.)	Gezondheidscentrum Ommoord Briandplaats 15	3068 JJ	Rotterdam
Mw. C. Wachters	Berkenlaan 16	9321 GW	Peize
C. van Weel	Gezondheidscentrum Ommoord Briandplaats 15	3068 JJ	Rotterdam

LIJST VAN ONDERWERPEN

B. Bouricius:

- .Het werken met patiënten met ernstige ziektes.
- .Het maken van therapeutische overeenkomsten.
- .Moet en kan een huisarts zijn eigen patiënten in groepen behandelen of moet deze dat met patiënten van zijn collegae doen.
- .Ligt het in de lijn van iedere huisarts patiënten in groepen te behandelen?
- .Is er een methodiek die de voorkeur verdient?

W.H. Kruithof:

- .Methoden.
- .Wie voert ze uit en welke (opleidings)eisen moeten aan hen gesteld worden?

I. Lindeboom:

- .Bespreking van het project "effekt van buikademhaling bij het hyperventilatiesyndroom" - genoemd bij punt 8. (van haar verhaal).
- .Bespreking van de ademhalingstraining in het algemeen.
- .Bespreking van de methodiek van de relaxatietraining methode Wolpe/Schaarschuch.

H. van der Molen:

- .Ik ben benieuwd naar de werkwijze van anderen. Heb op het moment geen belangrijke vragen, behalve punten die in bijeenkomsten van de werkgroep aan de orde zijn geweest: homogene ↔ heterogene groepen, evaluatie-onderzoek.

A. Mooij:

- .Behandeling in groepen van psychosomatici.
- .Subsidiëring eerste lijn.
- .Samenwerking op landelijk of regionaal niveau.

E. Mulder:

- .Selectie.
- .Themagroepen.
- .Wat vindt de huisarts ervan?
- .Kwaliteit groepsleider/therapeut.
- .Eisen aan de verwijzer gesteld.

S. van de Raadt:

.Zelfhulpgroepen.

T. van de Rijdt van de Ven: (samen met M. van Campen en F. Huibregtsen):

- .Wordt de indeling en ordening zoals in informatiestuk omschreven landelijk ook gezien en door ervaringen onderschreven?
- .Naar onze mening is het essentieel voor groepswerk in de eerste lijn dat het gedragen wordt door een samenwerkingsverband; in ons geval h.a.-m.w.. De aard der groepen is daar ook karakteristiek voor. Vanuit andere samenwerkingsverbanden (h.a.-w.v., h.a.-fysiotherapeut) zijn andere vormen denkbaar.

F.C. Schenk (samen met M.I. de Hoog):

- .Welk soort werken met groepen hoort thuis in de eerste lijn? (doelstelling) (therapeutisch versus preventief).
- .Methodiek (inventarisatie van methoden die toegepast worden).
- .Evaluatiemethoden.

I. Swen:

- .Voor welke problemen is een groepsbehandeling een geschikte benaderingswijze.
- .Welke punten zijn bij de selectie van de deelnemers van belang.
- .Welke rol kan groepswerk spelen bij de preventie van ziekten.

H. Tenwolde:

- .De verschillen tussen de relatie arts-patiënt en de relatie groepswerker-deelnemer.
- .De financiering.

BESCHRIJVINGEN VAN PROJECTEN

Bouricius, F.E.J. (Boris), 57 jaar, huisarts te Scheveningen sinds 1957. Daarvoor stuurman, scheepsarts. Bijfuncties: 3 uur per werkdag arts bij de provincie Zuid-Holland, medisch journalist met een column in een aantal provinciale en landelijke dagbladen, medisch adviseur in 2 verzorgingshuizen, examinerator in de rijkscommissie zeevaarddiploma's, vak geneeskundige hulp aan boord van zeeschepen. Auteur van het eerste hoofdstuk van het boek: ik jij wij allemaal, co-auteur van een boek over raad en daad op reis, medisch gedeelte. Gescheiden, woont alleen.

HET ONTSTAAN VAN GROEPSGEWIJZE BEHANDELING.

Ruim 10 jaar geleden was ik arts aan een van de consultatieburo's van de Rutgersstichting, voor anticonceptie. Ik kwam daar veel in aanraking met vrouwen die met problemen zaten die ze niet konden oplossen en waarmee ze nergens terecht konden. Tot dan toe was ik gewend in dergelijke gevallen in mijn praktijk tranquilizers, slaaptabletten etc. voor te schrijven. Dit kon niet vanuit het Rutgershuis, vanwege de ziekenfondspositie. Bovendien kwam ik toen in aanraking met de publicaties van E. Berne (games people play, andere) die mij een werkbaar mensmodel verschaften voor mensen met moeilijkheden op wat ik toen psychisch terrein noemde, alsmede voor de psycho-somatische klachten.

Ik stelde aan een aantal vrouwen voor, met een groep te beginnen. Ik vertelde ze dat ik er niets van wist dan de theorie. Ze moeten wel erge nood gehad hebben, want ze deden mee. Sindsdien ben ik eraan gewoon geraakt, mensen met problemen van hetzij menselijke aard, hetzij lijfelijke aard, hetzij beide in groepen bijeen te zetten om te pogen hen ertoe te krijgen hun problemen anders op te lossen dan door ziek te worden of het moeilijk te hebben.

HET WAAROM VAN DE GROEPSGEWIJZE BEHANDELING.

In mijn mensvisie wordt de mens ziek of krijgt het moeilijk als hem een aantal essentiële zaken in het leven ontbreken. Het schema waarmee ik werk is al aan diverse mensen bekend. Een kopie ervan is bijgevoegd. In het kort samengevat zijn die essentiële zaken: avontuur, een eigen plek, een prettige manier van dagdoorkomen (werk, vrije tijd), voldoende uitwisseling van kontakteenheden op gebied van erkenning of affektie, aanraking, streling, sex. Kontakteenheden van intiem-zijn dus. Bij tekorten wordt de mens ziek of doet rare dingen.

In een groep is gelegenheid, met wildvreemde mensen te experimenteren, gedurende twee uur per week, om het ontbrekende in deze kontakteenheden te verkrijgen, meer speciaal die van de eerste stap tot intiem zijn, de affektie-uitwisseling. Verder kunnen in een groep andere moeilijkheden geanalyseerd worden, op basis van de een naar de ander, effectiever dan vanuit de therapeut naar de cliënt.

Tevens is het waarom er een van ervaring: leren het anders te doen, als totaliteit of met het lijf alleen, is leerproces. Nog altijd is leren in kleine groepen beter dan individueel leren, speciaal waar het doen en laten van de mens betreft. Wat de een niet ziet, ziet de ander wel.

Tenslotte: behandeling in groepen effent de weg (en opent ze) naar de professionalisering van de hulpverlening. Individuele hulp is vaak het meest effectieve als ze door professionele mensen wordt gegeven. Tegelijk komen dan een aantal kontakteenheden tot stand, samen met de hulp. In de groep is de gelegenheid, de kontakteenheden af te wenden van de beroepshulpverlener en naar de medekursisten toe, hulp komt dan onder toezicht van de cursusleider tot stand tussen de kursisten. Een eerste stap tot een kontrakt van onderlinge hulpverlening en daarmee de doorbreking van een voorbestaand isolement.

HET TYPE PROBLEEM DAT GESCHIKT IS VOOR GROEPSGEWIJZE BEHANDELING

Zoals duidelijk uit het voorgaande is elk probleem open voor groepsgewijze behandeling, vanaf moeilijke huwelijksrelaties, isolement, tot klachten over het lijf al dan niet met aangetoonde afwijkingen, kanker niet uitgezonderd.

Een door de Amerikaanse Marge Reddington geleide workshop in ook weer het scheveningse europa hotel heeft op dit laatste nog eens de nadruk gelegd, via het toelichten op de werkwijze van de Amerikaanse radiotherapeut Carl Simonton in Fort Worth, Texas. Deze stelt aan terminale carcinoompatiënten een anti-overstress programma ter beschikking, naast de gebruikelijke behandeling met straling, chemotherapie, chirurgie. Naar verluidt wordt hierbij wel enig resultaat geboekt, om het zachtjes te zeggen. Voor mij voldoende om carcinoompatiënten die daartoe bereid zijn, in aanvulling op hun normale behandeling ook groepsbehandeling te geven.

DOELEN

Zoals gebruikelijk binnen de transactionele analyse wordt voor het toetreden van een nieuwe cursist tot een overlevingscursus een werkkontrakt met deze gesloten. Daarin worden de doelen zo concreet mogelijk vastgelegd, als middel om de cliënt te laten vaststellen of hij met de cursus klaar is.

SELEKTIE

Zoals op diverse plaatsen in het werk van Berne werd vastgelegd, vind ik het onjuist te selekteren voor de groepen op grond van aandoeningen, leeftijd, geslacht etc., etc. Emmy van Overeem heeft er onlangs nog in één van haar columns op gewezen dat vechten voor een collectief doel een -isme is, leidende tot het verdoezelen van het individuele doel. Een groep van gelijke samenstelling zou ertoe kunnen leiden dat een collectief doel wordt gesteld, dus een -isme geschapen en

politiek beoefend. Dit is te vermijden.

BEGELEIDING

Groepsgewijze behandeling vereist geen speciale begeleiding. Voor zover clientele het nodig hebben, kunnen ze mij (B.) op vrij korte termijn gedurende een uur individueel consulteren. Ikzelf krijg supervisie van twee bronnen: 1. Mijn supervisor voor opleiding (Raymond Hostie te Brussel) 2. Een groep, die maandelijks te Halsteren in de Viersprong bijeenkomt. Deze supervisie gebeurt tot ik mijn diploma van de I.T.A.A. heb. Tevens staat het lidmaatschap van de N.V.P. dan voor mij open, naar het zich nu laat aanzien. Nadien zal ik de één of andere vorm van intervisie zoeken.

METHODIEK

Zoals reeds hiervoor uitvoerig is aangeduid wordt in de groepen door mij gebruik gemaakt van de methode van de transactionele analyse, aangevuld door andere methodieken als Gestalt, yoga etc. etc., wat maar dienstbaar lijkt te zijn. Verder wordt door mij gebruik gemaakt van technieken uit de arctic survival (overleving bij koud weer).

RESULTATEN

De resultaten worden op twee manieren gemeten:

1. hoe werden de kontrakten afgewerkt?
2. hoe is het cumulatief aanwezigheidspercentage: het aantal persoonkeren, gedeeld door het aantal potentiële persoonkeren volgens de kontrakten, maal 100. Dit percentage hoort, alle afwezigheid meegerekend niet beneden de 70% te komen.

Wat betreft ontstaan, het waarom, het type probleem en het doel verwijs ik naar het bijgevoegde artikelgedeelte uit Intermediair.

Selectie:

De meeste groepen/cursussen waren somatisch homogene groepen. In de yogatherapiegroepen waren mensen met uiteenlopende klachten verzameld. Er vond geen selectie plaats door één van de mensen van de gezondheidswinkel. Wijkbewoners zochten andere wijkbewoners en vormden zo een groep. Vaak ook kwam men zich melden op het gezondheidswinkelspreekuur. Er volgde dan een oriënterend gesprek met de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeute of de arts. Sommige deelnemers werden door de huisarts naar een groep verwezen.

Er werden geen selectiecriteria gehanteerd. Veel groepen worden spontaan door vrouwen bezocht. De leeftijdsverschillen zijn in de groepen groot, variërend van 20 tot 79 jaar. Doordat wijkbewoners vaak zelf nieuwe deelnemers aanzochten, zijn er meestal geen grote intelligentie/opleidingsverschillen en geen grote verschillen in verbaal vermogen.

Begeleiding:

Een arts, een fysiotherapeut, een wijkverpleegkundige, een maatschappelijk werkster, 2 wijkbewoners in wisselende combinaties.

Resultaten:

In het algemeen kan het volgende over onze groepen worden gezegd:

- deelnemers hebben meer inzicht gekregen in gezonde voeding en de oorzaken van en de oplossingen voor het te dik of te mager zijn;
- deelnemers zijn afgevallen, slapen beter, zijn meer ontspannen, ademen gemakkelijker en hebben meer praktische kennis omtrent anatomie, medicijnen en mogelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg;
- deelnemers hebben inzicht gekregen in het functioneren van het eigen lichaam, de bedreigingen van de gezondheid en de verantwoordelijkheden die men daarbij zelf kan dragen;
- deelnemers hebben bepaalde sociale vaardigheden ontwikkeld, met name wat betreft het functioneren in groepen;
- mensen met gelijkgerichte problemen vinden steun bij elkaar, geven elkaar adviezen, helpen elkaar en zoeken elkaar op;

- er is een drempelverlaging opgetreden naar allerlei activiteiten in de buurt en in de omgeving. Dit is mede te danken aan het leren kennen van nieuwe mensen in de groep;
- door bovenstaande veranderingen kan men gemakkelijker problemen (ook gezondheidsproblemen) zelf oplossen of met behulp van anderen de problemen aanpakken;
- cursussen en groepen blijven voortbestaan als organisaties die in wijkverband de belangen van bepaalde patiëntengroepen verdedigen. Zij kunnen dan ook dienen als voorlichting en informatiecentrum in de wijk.

Over de methodiek zal ik niets schrijven daar het stuk nu waarschijnlijk al te lang is. Het lijkt me goed wanneer u vermeldt dat gedetailleerde gegevens over deze groepen te vinden zijn in het boek "Naar een gezonde gezondheidszorg", Paul van Dijk, uitgeverij Ankh-Hermes B.V., Deventer 1978.

P.A. van Dijk

problemen veel verder reiken dan de enge grenzen van gezond-zijn of ziek-zijn. Het bundelen van problemen ondervangt het gevaar dat een maatschappelijk probleem gekanaliseerd wordt in een individu. Het ontstaan van de klachten kan in een dergelijk collectief niet langer worden weggemoffeld met aspirine of valium. Door groepsvorming kan men tevens tot een oplossing komen van de problemen. Door met elkaar te praten, elkaar te adviseren, te helpen of door het voeren van een gezamenlijke actie kan er een wezenlijke oplossing worden gevonden.

-In het kader van de ontscholingsgedachte wordt gewerkt aan statusverlaging van de gezondheidswerker. In dit verband zullen de disciplines binnen de gezondheidswinkel pogen werk te doen dat ook op het gebied van de andere discipline ligt. Ook binnen de totale werksituatie (buurthuis en welzijnswerk) dient vanuit gezondheidsoogpunt gedeprofessionaliseerd te worden. Dit betekent dat in principe ook de maatschappelijk werker, de peuterleidster, de opbouwwerker in staat moet zijn eenvoudige gezondheidsadviezen te geven. Om dit te bereiken moeten onderling cursussen worden gegeven om basisgegevens van elkaars disciplines te kennen.

-Het aanbieden van die gedeelten uit de officiële geneeskunde en de alternatieve geneeskunde die de verantwoordelijkheid van de wijkbewoner voor zijn eigen lijf bevorderen. Hierbij wordt gedacht aan alle onschadelijke vormen van zelfmedicatie (kruiden, homeopathie), toepassingen van water, licht, lucht en warmte, voeding, massage (klassiek, drukpunt, voetzool enz.), ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen, autogene training, bewegings- en houdingsoefeningen, yoga, oude wijsheden uit de Nederlandse volksgeneeskunde.

-Wijkgericht werken om de gezondheidsproblemen van de 'patiënt' direct te kunnen plaatsen in de woon-, werk- en leefsituatie. Wijkgericht bezig zijn is bovendien van belang vanuit de deprofessionaliseringsgedachte. Een sociaal en geografisch afgebakend gebied schept de mogelijkheid dat mensen elkaar in het dagelijks leven ontmoeten en elkaar kunnen steunen bij problemen, ook op het gebied van de gezondheidszorg. Niet-professionele hulp in de vorm van burenhulp kan op deze wijze weer een functie krijgen.

-Het experimenteren met nieuwe mogelijkheden om kennis en inzicht op het gebied van de gezondheidszorg over te dragen. Verschillende vormen van theater (drama, rollenspel, simulatiespelen), muziek en video lijken zinvolle media om hiervoor te gebruiken.

-Samenwerken met bestaande gezondheids- en welzijnswerkers in de wijk om enerzijds niet geïsoleerd te raken van de bestaande zorg en anderzijds bovenstaande ideeën aan hen over te dragen zodat men meer aandacht gaat besteden aan deze vorm van geneeskunde. De gezondheidswinkel kan worden opgeheven, wanneer huisteen maatschappelijk wer-

gezondheidsinformatie (rode hond, schaamluis, geslachtsziekten, pilgebruik, kankerpreventie), informatie over groepen en cursussen van de gezondheidswinkel.

Vermagerings- en voedingsgroepen

Groepen waarin het mogelijk is met elkaar te praten over en bezig te zijn met voeding, gezondheid en ziekte. De deelnemers werd bij aanmelding verteld dat we zouden proberen te vermageren door met elkaar te zoeken naar een gezond voedingspatroon. Wie gezond eet, krijgt automatisch het gewicht dat bij hem past. Als je te dik bent val je af, ben je te slank dan komt er gewicht bij; uitzonderingen zijn er bij bepaalde ziekten. Er werd dus bij aanmelding verteld dat we ons niet in eerste instantie zouden richten op vermageren, maar op gezonde voeding. Dat betekent dat ook slanke mensen die meer wilden weten over voeding zich op konden geven voor de groep.

Gezondheidsbesefcursussen

Naast een beperkte aandacht voor voedingsaspecten was het doel van deze cursussen: 'Hoe ga je met gezondheid en ziekte om in het gezin?' Het accent ligt daarbij vooral op het ontwikkelen van de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, het bewustworden van het eigen lichaam en de zelfwerkzaamheid daar waar het zinvol is zelf voor oplossingen te zorgen. Gezondheid wordt daarbij in verband gebracht met gezin, werk, buurt en milieu.

Slapeloosheidscursussen

Door middel van gesprekken proberen we te ontdekken wat de relatie is tussen slapeloosheid en problemen in de woon-, werk- en leefsituatie. Met behulp van de andere groepsleden wordt dan naar oplossingen voor deze problemen gezocht. Door het verwerven van inzicht in de verbanden tussen slapeloosheid en achterliggende oorzaak kan men het bewustzijn van het ontstaan en oplossen van andere klachten verruimen.

Cara-cursussen

Het doel van de cursus bestaat uit het uitwisselen van informatie over CARA (= chronische a-specifieke respiratoire aandoeningen, dit zijn bijvoorbeeld astma/bronchitis/astmatische bronchitis), over geneesmiddelen, belangenbehartiging van CARA-patiënten in de wijk, het praten over gemeenschappelijke problemen, het geven van adviezen aan elkaar, het leren van bepaalde self help technieken en het inzicht leren krijgen in de processen die bepalend zijn voor ziek-zijn en gezond-zijn.

Yogatherapie-groepen

Het doel is door yoga-oefeningen mensen die klachten hebben waarvoor ze (nog) geen medische behandeling hebben aangevraagd of klachten die niet verder reageren op de ingestelde medische behandeling, in een betere conditie te brengen. Een belangrijk punt

zondheidswinkel

zondheidswinkel is een project voor tieve geneeskunde en nulde lijns gezondszorg (een gebied dat gevormd door voorlichting, preventie, vorming, ding en door de behandeling van nele klachten.)

ronder beschreven gezondheidswinkel k is drie jaar geleden opgericht. Het en jaar zijn in Utrecht een tiental portige projecten gestart. Het initiatief e gezondheidswinkel Oudwijk ging uit buurthuis in deze wijk. Buurtwerkers met veel vragen over ziekte en geid geconfronteerd. Daar men op de vragen geen antwoord vond bij de de gezondheidswerkers, werd aan een dergetekende) en een fysiotherapeute gd zich vanuit het buurthuis bezig te houden met deze problemen. In een adium is naast de arts en de fysiothera-ok de wijkverpleegkundige, een maat-elijk werkster en een yogatherapeute akeld bij de werkzaamheden. De wer-de gezondheidswinkel doen dit werk williger. Sinds één jaar kunnen de pleegkundige en maatschappelijk er een gedeelte van hun werk compen-anuit hun officiële aanstellingen. De heidswinkel is gevestigd in het buurt-et doel van de gezondheidswinkel is:

n meer kennis geven over hun eigen t. Mensen zoveel instrumenten in han-ven dat ze weer zelf verantwoordelijk-nnen dragen voor hun gezondheid en . Hiermee kan een einde worden gea-an het consumptie-gedrag, waarbij de voordelijkheid steeds wordt afgescho-de hulpverlener die in de meeste n geen wezenlijke oplossing kan geven t probleem.

eken naar methoden, mogelijkheden en s waarin mensen vertrouwen kunnen en in hun eigen mondigheid, mogelijkhe-verantwoordelijkheden. Dit houdt te-dat er gewerkt wordt aan een vermin-van de mystificatie van de geneeskun-gezondheidswerker zal duidelijk moe-ten wat zijn mogelijkheden en grenzen as dan kan de gemeenschap reële ntingen hebben van de geneeskunde. lp verlenen steeds meer richten op het

kan ondersteund worden met behulp van maatschappelijk werk. Het leren van ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en autogene training geeft mogelijkheden om zelf werktuigen in handen te krijgen om situaties aan te kunnen. Mogelijk kunnen deze oefeningen ook bijdragen, op een gezonde manier, de toestand van gespannenheid te doorbreken. Een bijkomend doel zal bestaan uit het trachten de deelnemers zonder kalmerende middelen de cursus te laten beëindigen.

Groepen voor vrouwen in de overgang

Het doel van de groep is het herkenbaar en bespreekbaar maken van lichamelijke en psychische veranderingen in deze levensfase, zodat men deze periode beter aan kan en een ruimer inzicht ontstaat op de toekomst. Tevens zal medische informatie worden gegeven. Indien de groep hiertoe gemotiveerd is, kan zij als een soort voorlichtingsgroep voor vrouwen in de overgang in de wijk functioneren.

Algemene wijkactiviteiten

Naast het spreekuur, de groepen en cursussen proberen we ook op structureel gebied in de wijk bezig te zijn. Veel bedreigingen van gezondheid en welzijn zijn gelegen in de woon-, werk- en leefsituatie van de mensen. Bezig zijn met zorg voor gezondheid betekent dan ook invloed uitoefenen op factoren die gezondheid en welzijn aantasten. Vanuit deze visie hebben we ons bezig gehouden met de renovatie van de wijk en met stankoverlast in bepaalde delen van de wijk.

Uit de verschillende groepen en cursussen zijn nieuwe initiatieven ontstaan zoals: kookcursussen (natuurvoeding), gymclub, toneelavonden met onder andere consumententoneel en nieuwe komedie ('dat ziet er gezond uit') in de wijk, een winkel met natuurvoeding in de wijk.

WERKEN MET GROEPEN.

M.I. de Hoog, huisarts.
F.C. Schenk, maatschappelijk werkster.

Gezondheidscentrum,
Mathenesserlaan 264,
Rotterdam.

De achtergrond van het gaan werken met groepen is geweest het optimaal gebruik maken van verschillende disciplines binnen de specifieke situatie van de eerste lijn, onder andere gericht op:
het uitbouwen van de signalerende en preventieve functie wat ondermeer inhoudt: het meer betrekken van mensen bij hun eigen gezondheid en welzijn.

Teneinde zo goed mogelijk de specifieke situatie in de eerste lijn te gebruiken en doublures met andere echelons te voorkomen, hebben we gekozen voor z.g. ondersteuningsgroepen (zie art. "Groepsgewijze behandeling: een nieuwe methode voor de huisartspraktijk?", C.P. Bruins, Huisarts en Wetenschap, 18,297 (1975)).

Het doel is dan: mensen bij te staan in een veranderende situatie hetzij normale levensfase, hetzij acuut gebeuren (Romme).
Dit, bij voorkeur d.m.v. kortlopende groepen (max. 10 zittingen).

We hebben in het afgelopen jaar twee groepen van 8 mensen begeleid t.w. een groep vrouwen rondom de menopauze en een groep echtparen rondom werkbeëindiging.

Bij het opstellen van de selectiekriteria zijn we uitgegaan:

- van de doelstelling
- van de werksoort (1^e lijn)
- van de wet van Redl: "de groep moet voldoende homogeen zijn om haar stabiliteit te verzekeren en heterogeen genoeg om haar vitaliteit te verzekeren".

We zijn begonnen met een voorselectie uitgaande van wat het spreekuur bood. Hierna hebben we samen met alle potentiële deelnemers van de groep een individueel gesprek gehad.

Naast specifieke kenmerken voor de betreffende groep, hebben we de volgende selectiekriteria gehanteerd:

- zelf enigszins bewust zijn van en bezig zijn met deze levensfase
- redelijke uitingsmogelijkheden hebben
- niet te veel remmingen in een groep hebben
- niet te ernstige lichamelijke of psychische pathologie hebben
- reële verwachtingen hebben: andere contacten naast de groep
- mogelijkheden om langdurige contacten aan te gaan.

1. Ontstaan van groepstherapie relaxatie (autogene training) in combinatie met ademhalingsstraining:
groepstherapie ontstond op instigatie van J. Sommers, huisarts - team Postjeskade Amsterdam - als mogelijk alternatief voor een medicamenteuze behandeling bij patiënten met psychosomatische klachten. De therapie vindt sinds 1976 plaats bij het Instituut voor Fysiotherapie Beeren te Amsterdam.
2. Het waarom:
 - het sociale contact (de mensen geven elkaar vaak waardevolle adviezen; met elkaar werken heeft een stimulerend effect; men voelt zich niet meer alleen staan in de klachten).
 - iedere patiënt krijgt voldoende aandacht, maar niet te veel. Hierdoor wordt afhankelijkheid van de fysiotherapeut voorkomen.
 - indirect leert men van de correcties in de les, die de ander betreffen.
 - meer mensen kunnen deelnemen aan de therapie, terwijl de duur van één sessie kan worden verlengd. (Wegens drukte overdag in de praktijk wordt de therapie alleen 's avonds gegeven).
3. Het type probleem:
 - a. Psychosomatische klachten: nerveusiteitsklachten in het algemeen; hyperventilatiesyndroom; astma; hoofdpijnklaarten; maag-/darmklachten; myalgische klachten, waarbij geen verbetering optreedt na fysiotherapeutische behandeling en een therapie welke de totale persoon omvat, vereist lijkt.
 - b. Nabehandeling psychiatrische patiënten op advies van de psychiater na ontslag uit de kliniek.
 - c. Paniekbestrijding, wanneer de patiënt aan een moeilijke situatie het hoofd niet kan bieden en vlucht in alcohol- of druggebruik.
4. Doel van de therapie:

Het leren vat te krijgen op eigen klachten door middel van

 - a. ontwikkeling van het lichaamsgevoel (dit in tegenstelling tot het zich opsluiten in een orgaan);

- b. het bewustmaken van onwillekeurige spanningen in het lichaam en het daarmee samenhangende adempatroon; deze spanningen te leren begrijpen, op te vangen en te wijzigen;
- c. door aanmoedigen van zelfwerkzaamheid indirect het zelfvertrouwen van de patiënten te herstellen, waarbij het aspekt op de voorgrond treedt: "het zichzelf toestaan de klachten te overwinnen".

5. Selectie:

- De patiënten worden door de arts verwezen, wanneer bij onderzoek geen organische afwijkingen voor de klachten worden gevonden.
- Door de fysiotherapeut wordt in het algemeen niet geselecteerd op type klachten. In verband met zwaarte van het programma worden de groepen in twee leeftijdscategorieën ingedeeld.

6. Begeleiding:

- De arts bespreekt de mogelijkheid tot ontspanningstherapie met de patiënt en geeft een uitleg over de klachten. Indien nodig wordt maatschappelijk werk ingeschakeld.
- Individueel voor- en nagesprek bij de fysiotherapeut, waarbij de klachten worden besproken en aangetekend; welke na afloop worden vergeleken.
- 8 therapie sessies - tweemaal per week - duur sessie: 1½ uur.
- De patiënt wordt terug verwezen naar de arts, die bepaalt of inschakeling van een andere instantie nodig is, zoals: sociaal werk(st)ler, buurthuis, yoga, psychologie, e.d.

7. Methodiek:

30 min.: korte bespreking lesprogramma/beantwoorden van vragen actieve en rekkingsoefeningen. (Eerste fase).

30 min.: methode Wolpe (progressieve, ontspanning musculair)

i.c.m. methode Schaarsdorch (?) (ontspanning door invoelen). (Tweede fase).

30 min.: verdieping en uitspreiding van deze methode. (Derde fase).

Enige aspecten:

- De eerste les wordt een stencil van de methode meegegeven en eventueel een patiëntenbrochure. Contrôle: vanaf de tweede les wordt de mensen gevraagd zelf te oefenen in de tweede fase, ter stimulering van het thuisoefenen. Sessies thuis: 2x 20 minuten per dag. De zevende en achtste les vormen een herhaling van de hele training.
- De ademhalingstraining wordt ingevoegd wanneer de ontspanning voldoende tot stand is gekomen. Gestreefd wordt naar een willekeurige en onwillekeurige ademhalingsregulatie.
- De therapie wordt duidelijk omlijnd en opgebouwd.

8. Resultaten:

- De resultaten zijn over het algemeen positief. Hoofdpijn- en myalgische klachten vereisen soms een herhaling van de cursus, waarbij behandeling gelijktijdig of vooraf met massage ter bestrijding van chronische musculaire spanningen vaak betere resultaten geven, met name bij hoofdpijn.
- In samenwerking met een psychologe van de V.U. werden speciale groepsbehandelingen gegeven in het kader van een onderzoeksproject: "Effekt van buikademhaling bij het hyperventilatiesyndroom?" 1977 in een scriptie werd verslag gedaan van de resultaten van dit onderzoek, welke positief te noemen zijn.

De training is kortdurend en intensief; accent hierbij ligt eerder op de "kwaliteit" van de ontspanning dan de "kwantiteit". Proefondervindelijk blijkt, dat een training van 8 sessies 2x per week betere resultaten geeft dan 20 lessen 1x per week, zoals de therapie in den beginne werd gegeven. De aandacht verslapt op den duur, de bijeenkomsten worden vaak "de veilige haven" en wanneer de therapie lang duurt, is er een weerslag na het beëindigen van de cursus. In plaats van iets te hebben gekregen, d.i. een leidraad tot zelfontspanning, is er nu een gemis ontstaan. Daarom geldt als uitgangspunt voor deze cursus de verantwoordelijkheid voor de klachten de mensen - die deelnemen - in eigen handen te geven. De fysiotherapeut werkt op de achtergrond en inspireert tot het zoeken naar een oplossing van de spanningen die in het lichaam zijn opgesloten.

Het WIJKWELZIJNSCENTRUM bestaat uit het samenwerkingsverband van:

- 3 Huisartsen
- 2 Centrumassistentes In loondienst, allen hetzelfde min.salaris
- 1 Oefentherapeute
- 2 Wijkverpleegsters Gedetacheerd
- 1 Juridisch adviseur
- 2 Maatschappelijke werkers van een buurthuis
- 40 Vrijwilligers/patiënten/wijkbewoners

Het patiëntenbestand is 2700, wonende voor 95 % in de Afrikaander-
wijk- Riebeekstr. 40a te Rotterdam-zuid - Tel. 010-842577.

Momenteel is het W.W.C. gevestigd in één praktijkpand, uitbreiding binnen een half jaar in een 2e pand in dezelfde wijk en een Patiëntenverenigingsgebouwdje.

De doelstelling van het WWC is een democratische samenwerking tussen de hierboven genoemde medewerkers en patiënten. Uit dit patiëntenbestand hebben zich vrijwilligers aangemeld die belangstelling hebben voor een bepaalde kwestie, hieruit zijn de volgende werkgroepen ontstaan:

Stichtingsbestuur gevormd door uit iedere werkgroep een kandidaat aan te wijzen, gekozen door de deelnemers van die werkgroep.

Vrouwenpraatgroepen.

Bejaardenbezoekgroep - patiënten houden contact met oudere en alleenstaande patiënten.

Vermagerings- en dieetklubs.

Opvanggroep + contact met wijkbewoners/patiënten die op één of andere manier in moeilijkheid komen of al zijn.

Stuurgroep P.K. 124 - Voorbereiden van het tweede pand.

Werkploeg 44 - onderhoud en verbouwing van het verenigingslokaal en praktijkpanden.

Patiëntenvereniging - een verdere opbouw van het WWC.
verbetering van de welzijnszorg en recreatie.
samen met de vaste medewerkers meepraten en beslissen over de gang van zaken in het centrum.

Pensioengroep - Ontstaan uit een wijkvergadering rond het probleem van de verplichte te hoge pensioenpremie voor onze huisartsen.
De jaarpremie van dit pensioen is vrijwel even hoog als het min.salaris van de hier werkende huisartsen.

Hiervoor wordt er onnodig veel geld onttrokken van het wijkwelzijnscentrum, wat nodig is voor de uitbreiding, voorzieningen en de optimale gezondheidszorg in de wijk. Z.O.Z.

De huisartsen van het W.W.C. nemen genoegen met het pensioen v/d A.O.W.

Het pensioenfonds berekend de premie naar het aantal patiënten en niet naar het werkelijk inkomen, wat de fiscus wel doet.

Door de vele buitenlanders en slechte woon- en werkstituatie in de wijk moeten de huisartsen veel meer tijd uittrekken per patiënt, vandaar hun streefaantal van 3000 pat. voor 2 huisartsen.

In de pensioenwerkgroep zitten 5 patiënten, 1 huisarts en 2 medew. van een universiteitsinstituut.

Idere drie weken wordt er vergaderd over de te ondernemen stappen, en wel in drie richtingen::

Contacten met overheid, gemeenteraad en parlement.

Juridische bijstand van Advokaat Andre Bakker.

Acties van wijkbewoners/patiënten en de werkgroep, nu in samenwerking met andere gezondheidscentra, betrekking hebbenden en geïnteresseerden.

De werkgroepen overlappen elkaar en hebben ongeveer 200 deelnemers.

Patiëntengroepen in Stolwijk.

(Hans van der Molen)

Ontstaan, waarom.

Patiënten met spanningsklachten waren al langere tijd een bron van frustratie voor patiënten en hulpverleners van het samenwerkingsverband in Stolwijk. Het was vaak zeer moeilijk om patiënten naar het maatschappelijk werk te verwijzen, individuele hulp door de artsen leverde vaak weinig resultaat op. De tijd was rijp voor een poging een nieuwe aanpak te proberen. Als stagiaire mediese psychologie heb ik hier vorm aan kunnen geven.

Probleem en doel.

Besloten werd in eerste instantie een paar groepen patiënten met spanningsklachten op te zetten, en deze groepen degelijk te evalueren, om te zien of een groepsgewijze aanpak hen van hun klachten kon afhelpen.

Selektie.

Selektie-kriteria waren :

- het hebben van resp. spanningshoofdpijn (gedifferentieerd t.o.v. andere vormen van hoofdpijn), resp. langer bestaande slapeloosheidsklachten.
- 16 jaar of ouder
- niet onder psychoterapeutische behandeling zijn
- bij slaapgroep : staken slaapmedicatie bij het begin van de cursus.

Begeleiding.

Eén hoofdpijngroep hebben een fysioterapeut en ik samen begeleid, de andere hoofdpijngroep en de slaapkursus heb ik alleen begeleid. Ik ben doktoraalstudent mediese psychologie.

Methode.

- 1) ontspanningsoefeningen volgens Jacobson ('progressive relaxation'), als techniek om spanningen te verminderen en om mensen een beter spanningsbewustzijn cq. spiergevoel bij te brengen. Dit helpt hen spanningen te ervaren voordat die tot hoofdpijn of slapeloze nachten leidt.
- 2) groepsgesprekken, met als doel : vergroten van inzicht in bronnen van spanningen en manieren om spanningen te hanteren.

- 3) via huiswerk en oefeningen vergroten van vermogen om zelfstandig klachten aan te pakken, bevorderen van onafhankelijkheid tov. hulpverlening en medicamenten.

Resultaten.

Bij spanningshoofdpijngroepen :

30 % klachtenvrij, 30 % verbeterd, 30 % geen of weinig vooruitgang, medicijngebruik sterk verminderd.

Bij slaapkursus :

70 % klachtenvrij, 30 % duidelijk verbeterd. Alle deelnemers rapporteren meer energie te hebben, minder prikkelbaar te zijn, spanningen beter te kunnen lokaliseren en hanteren. Medicijngebruik na de cursus nihil.

Deze groep draait zelfstandig in maandelijkse zittingen verder, de deelnemers melden nu, een half jaar na het einde van de cursus een nog steeds stijgende lijn, vooral wat betreft het hanteren van spanningen.

september '78,

Hans van der Molen.

GROEPSGEWIJZE BEHANDELING

ONTSTAAN : I op grond van consultatiebureauervaringen waaruit bleek dat moeders problemen met hun kinderen hadden en behoefte hadden aan een gesprek erover.

II een lezing van mevr. Bremer-Schulte over ouder- en echtpaargroepen begeleid door geïnstrueerde "leken" (medehelpers)

WAAROM : om gemeenschappelijke problematiek te bespreken. om problemen bij anderen te herkennen wat zou kunnen leiden tot het gezamenlijk vinden van oplossingen.

TYPE PROBLEEM: overzicht van de verschuivingen die hebben plaats gevonden : 1e periode : groepsgewijze begeleiding van praatgroepen over opvoedingsproblemen met ouders.

2e periode : naarmate eigen ontwikkeling op gang kwam met name meer therapeutisch gericht werd kwamen er meer probleemgroepen bijvoorbeeld vrouwen met eenzaamheidsproblematiek, : weduwen, gescheiden vrouwen

3e periode : NU kindergroepen met psychosomatische afwijkingen: migraine, angsten op school, concentratiestoornissen, inslaapstoornissen enuresis. vrouwengroepen met migraine, hyperventilatie inslaapstoornissen, phobieën.

DOEL : toen : uitwisseling en herkennen van problemen zonder therapeutisch ingrijpen

nu : door middel van groepstherapeutische technieken klachten verminderen.

SELECTIE : van wie : de cliënt(e)

door wie: arts, huisarts, maatschappelijk werk, wijkverplk physiotherapeut.

Hier liggen een aantal problemen :

- 0 wie bepaalt , op welke grond wie er geschikt is voor een groep, of een andere therapie.

waar naar toe. maatschappelijk werk, psycholoog, psychiater polikliniek van psychiatrisch ziekenhuis, groep in het gezondheidscentrum

Bijvoorbeeld: gericht op de groepsgewijze behandeling in het Gezondheids centrum: de HA heeft een cliënt en er is geen groep

er start een groep maar de HA heeft geen geschikte cliënt, dit vooral als er zogenaamde themagroepen zijn.

- 0 het motiveren van een cliënt voor een groepsgewijze behandeling is een kunst op zich en vereist inzicht van de HA over wat een groep nu eigenlijk is. Veel HA hebben daar geen idee van.

BEGELEIDING : van de groepsgewijze behandeling (?) door de therapeut
Zo af en toe heb ik supervisie door mijn opleiding.

METHODE : ik ben groepsdynamisch bezig, soms met psychodrama. De laatste groepen doe ik veel met autogene training, vooral bij kinderen.

RESULTATEN : toen : zeer wisselend, matig tot redelijk (volwassenen)
nu : kinderen redelijk tot goed
volwassenen nog bezig

De resultaten van de gezinstherapieën zijn redelijk tot goed.

CONCEPT

" De patient in een groep"

Beschrijving van de ervaringen met groepsgewijze behandeling van
patienten, in het kader van het samenwerkingsverband voor de eerstelijnsge-
zondheidszorg te Brielle.

Februari 1978, R.P. Ponsioen

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding

2 Het Probleem

3 De plaatselijke situatie

4 De opzet

5 Wat er gebeurde met de individuele deelnemers

6 Ervaringen en feiten

7 De psycholoog in de eerste lijn

8 Gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding en groepsgewijze behandeling van patienten

9 De financiële paragraaf

10 Renvoii aan de lezer

Litteratuur

Hoofdstuk 1 Inleiding

" The most practical thing is a good theory ". Deze woorden zijn afkomstig van de Amerikaanse onderzoeker Kurt Lewin. Van hem is bekend dat hij aanvankelijk plattelandsdokter wilde worden. Eenmaal op de universiteit aangekomen bleek zijn belangstelling zich te ontwikkelen in de richting van het theoretisch denken. Hij zette danook experimenten op om zijn theoriën te bevestigen of te ontkennen.

Deze sociaal psycholoog avant la lettre heeft een belangrijke rol gespeeld in het onderkennen van de groep als medebepalende factor voor iemands doen en laten. Met name tijdens de tweede wereldoorlog heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de groeps dynamica ten behoeve van het Amerikaanse leger. De invloed van de mede door hem ontwikkelde theoriën, bleef niet beperkt tot deze laatst genoemde instelling.

Veel nieuwe richtingen van psychotherapeutisch denken en handelen van na 1945 zijn gebaseerd op de theorie van de groepsdynamica. Ook in de industriële productie en het management van bedrijven is de invloed van de groepsdynamica duidelijk aanwezig. In het dagelijks leven ten slotte zijn er steeds groepsprocessen aanwezig in de gezinnen of in andere primaire leefeenheden.

De invloed van de groep op het individu heeft natuurlijk altijd bestaan, ook vóór de tijd van Kurt Lewin. Door de onderzoekingen van Kurt Lewin C.S., als representanten van de sociale psychologie, echter, hebben we geleerd de groepsdynamische verschijnselen te onderkennen en onder woorden te brengen. Soms kunnen we iets doen met deze groepsdynamische verschijnselen.

Hoofdstuk 2 Het probleem

De praktiserend arts zal meestal aan de andere kant beginnen. Wanneer zich problemen voordoen in zijn behandeling van de patienten zal hij of zij een oplossing zoeken. Als een bepaald probleem zich vaak voordoet, dan zal de richting waarin de oplossing gezocht wordt, een bekende weg kunnen gaan worden.

Het probleem waar het om gaat is de benadering en behandeling van patienten zoals die welke bijvoorbeeld beschreven worden in het boek van Jhr. A.H. van Lidt de Jende : "de huisarts is de maalstroom der emoties ".

In dit boek treft de lezer een beschrijving van een huisarts met een aantal van zijn patienten die psychosomatische ziekte verschijnselen hebben. De schrijver laat ons op indringende wijze zien hoe hij worstelt met " deze materie ". Veel artsen zullen zich zelf herkennen, en met hun eieren notelikheden zoeken naar een oplossing.

Laten we ons overtuigen goed realiseren dat deze problematiek op nog veel indringender wijze speelt in het tweede echelon van onze gezondheidszorg.

Daar zijn immers de consequenties van de medische behandeling van patienten doorwaans veel groter dan in het eerste echelon. Als ik verder toch alleen spreek over de

behandeling en opvang van deze patiënten in het eerste echelon, doe ik dat om verschillende redenen. In de eerste plaats omdat ik schrijf vanuit mijn situatie als huisarts. Voorts omdat het duidelijk mag zijn dat deze problematiek het best opgelost kan worden in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Dit bovendien is van belang voor een goed functioneren van de gezondheidszorg, dat behandeling van de patiënten in de hogere echelons zo min mogelijk verstoord wordt. Immers deze factoren zijn door in echelons nog minder gemakkelijk te hanteren dan door het eerste echelon.

Het is moeilijk te beoordelen hoe groot het aantal patiënten is dat uitsluitend wegens psychosomatische ziekten in het tweede echelon verzeild raakt, ondanks de activiteiten in het eerste echelon. Misschien is de omvang van dit probleem veel groter dan we doorgaans geneigd zijn te denken. Deze vraag is trouwens in het kader van deze beschrijving niet in de eerste plaats van belang. Laten we zien welke oplossingen er gezocht kunnen worden in de eerste lijn van de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 3 De plaatselijke situatie

In Brielle hebben we gezocht naar een oplossing, uitgaande van onze mogelijkheden. Het resultaat is geworden: groepswijze benaderen van patiëntenproblemen in een groep van patiënten. Hoe een en ander concreet in z'n werk gaat wordt later beschreven. Eerst wil ik een aantal factoren omschrijven die hebben geleid tot onze keuze.

1e Door als huisarts zelf te werken in een groep, wordt je je meer bewust van groepsdynamische processen zoals die overal aanwezig zijn waar mensen iets met elkaar te maken hebben.

2e De werkwijze van de regionale Stichting Geestelijke Gezondheid in Spijkenisse, heeft ons door consultatie en advisering over patiënten, verder gestimuleerd in het zoeken naar oplossingen voor probleempatiënten in het eerste echelon.

3e Het lag in de bedoeling om de begeleiding van de patiëntengroepen over te laten aan deskundigen van buitenaf. Met name dachten we aan een klinisch psycholoog met ervaring in het werken met groepen mensen. Het gevolg hiervan zou tweeledig kunnen zijn. Namelijk ten eerste dat de huisartsen bekend zouden worden met de werkwijze en mogelijkheden van de psycholoog. Ook dachten wij dat het voor onze patiënten een goede mogelijkheid zou zijn zich een beeld te vormen van de psycholoog. Het begrip psycholoog is hier bedoeld in ruime zin. Het had ook kunnen gaan om een maatschappelijk werkende of om een armo of een andere sociale wetenschapper.

4e In Brielle bestond er een samenwerkingsverband voor de eerste lijns-gezondheidszorg bestaande uit vier huisartsen, een maatschappelijk werkende en vier wijkverpleegkundigen. Het aantal patiënten/clienten is plm. 12000. Voor dit samenwerkingsverband leken een aantal punten van belang. Ik noem ze zoals ze vóór de aanvang van de patiëntengroepen werden geformuleerd.

- a. voor de huisartsen kan dit projekt een bepaalde vorm van "feed back" betekenen van de kant van de groepsbegeleiders.
- b. door het maatschappelijk werk te betrekken bij de uitvoering van dit plan kan de bestaande samenwerking tussen h.a. en m.w. verder worden uitgebreid.
- c. voor de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkende kan dit projekt dienen als een voorbeeld voor groepsgewijze benadering in huis sektoren.
- d. wat de stichting Geestelijke Gezondheid betreft zal dit projekt geen concurrent voor hen worden. Wij zien het veel meer als een uitbreiding van de bestaande mogelijkheden, zoals misschien in de praktijk zal blijken.

Hoofdstuk 4 De opzet

Bij het maken van onze opzet werden we huisartsen en maatschappelijk werk gesteunt door de inhoud van een NHI rapport over groepsgewijze behandeling van patienten (1973). Een korte samenvatting van dit rapport moge deze ruggesteun duidelijk maken.

" Groepsgewijze behandeling van patienten " is een literatuur onderzoek van het N.H.I. Hierin wordt beschreven dat er in verschillende gezondheidscentra en groepspraktijken in Nederland gewerkt wordt met groepen patienten. Overigens wordt ook aangegeven dat groepsgewijze behandeling nog een onontgonnen terrein is. Er werd elders gewerkt met diverse groepen, b.v. te dikke mensen, alcoholisten, hartinfarctpatienten, gehandicapten, mensen met psychosomatische ziekten en mensen met hyperventilatie syndromen.

Het doel van groepsgewijze behandeling is om iedere deelnemer de keus te geven om mensen te ontmoeten met gelijke moeilijkheden om over zijn probleem te praten, om beter besrip voor zich-elf te krijgen, om te leren zich beter uit te drukken en om te leren zich beter tot andere mensen te verhouden.

Begeleiding van de groep: het is de taak van de groepsleider om hulp te bieden bij het in kader brengen van het groepsdoel:
 de groep te helpen het doel te bereiken
 de kwaliteit van de interactie tussen de leden te verbeteren
 te bouwen aan de samenhang vande groep
 hulpmiddelen beschikbaar te stellen voor de groep

Uit het onderzoek blijkt dat de groepsbegeleiders uit diverse diciplines afkomstig waren; maatschappelijk werkenden, verpleegkundigen, psychologen. Ook kwam het voor dat leken als groepsleider fingerden. De ervaring elders met groepen patienten leren de huisarts meestal geen geschikte begeleider is.

Wat de methode betreft: de groepen bestaan meestal uit 8 à 15 personen. De groep heeft een vaste samenstelling en gaat uiteen als het doel bereikt is. De tijdsduur varieert van 2 tot 4 maanden. Meestal werd er 1 à 2 uur per week in de groep gewerkt.

Over evaluatie, van dit groepswork blijkt weinig bekend.

Tot zover het rapport van het N.H.I.

Twee groepsbegeleiders diende zich aan. De een is klinisch psycholoog de andere medisch doctorandus (vrije studierichting). Beiden beschikten ze over ruime ervaring in het werken met groepen. In een aantal gezamenlijke besprekingen met h.a. m.w. en groepsbegeleiders werd gesproken over intake criteria en verdere gang van zaken rond de patientengroep. Ook werden de diverse kandidaten voor de groep besproken. Daarna volde een gesprek van iedere kandidaat voor de groep met de beide groepsbegeleiders. Deze kennismakings gesprekken boden zowel aan de client als aan de groepsbegeleiders de mogelijkheid alsnog ja of nee te zeggen. Tenslotte spraken we maandelijks overleg met de groepsbegeleiders af om met z'n allen de gang van zaken te bespreken. Van de kant van de huisartsen zou speciaal gelet worden op mogelijke problemen die zich zouden kunnen voordoen in de omgeving van de patient.

De eerste groep startte in september '76 en had 14 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur.

Hoofdstuk 5 Wat er gebeurde met de individuele deelnemers

Thans volgt de beschrijving van de huisarts van de patienten die aan de eerste groep zijn gaan deelnemen (9 deelnemers totaal). De lezer kan dan een indruk krijgen over hoe de groep was samengesteld. Een verslag van de discussies over deze deelnemers die we in het team van H.A. M.W. en groepsbegeleiders hebben gehad laat ik achter wege. Wel treft u bij elke beschrijving een korte aanduiding van hoe het verder is gegaan met de betreffende patient.

Juli '76.

Mevrouw A., 42 jaar, gehuwd, 2 kinderen. Sinds twee jaar is ze bekend bij de H.A. Heeft veel wisselende, onduidelijke klachten, was extreem angstig na het overlijden van een zus en later van haar schoonmoeder. Bij tijden was er duidelijk sprake van een fobische toestand. Ze vond het zelf moeilijk om er met haar man over te praten. De gesprekken met de H.A. leken haar goed te doen terwijl ook een antidepressivum 's avonds z'n diensten bewees.

Toen de H.A. haar voorstelde om in een groep te gaan om iets van haar ervaringen en belevingen te kunnen uitwisselen met anderen was ze daar blij mee; want eigenlijk ben ik al twintig jaar zo! Ze wilde in de groep om steun te krijgen en zich te kunnen uitspreken. Haar man gaat accoord met deelname aan een groep omdat het via de dokter gaat.

Augustus '76

Mevrouw B. Sinds twee jaar bekend. Altijd hoofdpijn. Verandering van pil geen succes. Ongehuwd, diverse relaties met mannen. Kan zich voorstellen dat de hoofdpijn in verband staat met haar manier van in het leven staan. Wil er best eens over praten, Ik wil alles er aan doen om er vanaf te komen.

Maat voor vooruitgang: hoofdpijnlachten verminderen?

Februari '77

Gesprek op verzoek H.A. (ik had haar niet meer gezien op spreekuur). Ik heb me niet genoeg gegeven in de groep. Ik leef nu regelmatig, ben minder zenuwachtig. De hoofdpijn is hetzelfde als vroeger. Ik ga proberen meer afstand te nemen, ik ga op yoga. Een conflict op m'n werk heb ik in de groep kunnen bespreken, dat heeft me goed gedaan. Ik heb niet geleerd in de groep hoe ik de spanning wel verwerken moet.

Indruk van H.A. over haar nu: ze kan haar weg zelf nu wel vinden. Ze zegt dat wel niet in woorden, haar gedrag is er wel naar dat ze haar aandacht heeft verlegd naar andere zaken dan uitsluitend haar hoofdpijn.

Augustus '76

Mevrouw C. 54 jaar, 15 jaar geleden gescheiden, twee kinderen beiden gehuwd. Veel klachten laatste 2 jaar, borsten-huid-rug. Verwijzing naar internist- neuroloog. Ik zit met de eenzaamheid, ik mag m'n kinderen wel opbellen. Wil in groep, had ze al langer gewild!

Maatstaf tot verbetering: minder lichamelijke klachten, relatie met nieuwe partner en kinderen verbeteren.

Februari 1977

Is intussen een maal op spreekuur geweest. Gesprek op verzoek H.A.: Ik ben wijzer geworden. Ik heb bijv. een knoop kunnen doorhakken t.o.v. een zus die me te veel verd. Mijn eenzaamheidsproblemen blijven natuurlijk bestaan. T.a.v. de kinderen voel ik me zelfstandiger. Ik kan mijn situatie beter aan. In dit gesprek stelde ze voor om b.v. eenmaal per twee maanden nog een soort bijeenkomst te hebben met de groep. "Daar zou ik veel aan hebben".

Augustus 1976

Mevrouw D. 33 jaar, gehuwd, twee kinderen. Hyperventilatieaanvallen, progressief, 2 jaar. Moeilijk in het leggen van contacten. Na internistisch onderzoek en enkele malen praten gaat zij en haar man accoord met de mogelijkheden dat het in haar zelf zit, in haar manier van omgaan met dingen. Wil in de groep om soortgelijke mensen te ontmoeten.

Verbetering te zien: vooral aan het subjectieve beleven van de narijsheid.

Februari 1977

Gaat steeds beter. Als ik nu wat voel dan denk ik: nou er zal wel iets aan de hand zijn met me waar ik iets aan doen moet. De klachten heb ik nog wel maar ik heb er minder last van dan vroeger. Geen specialistisch onderzoek of spreekuur-bezoek meer gehad.

Augustus 1977

Op spreekuur; ik heb nog wel benauwdheid soms, maar ik laat er maar niets aan doen want het gaat vanzelf weer over. De H.A. ervaart haar als zelfstandig (opluchting.) (ze heeft de verantwoordelijkheid voor haar symptomen genomen?)

Juli 1976

Mevrouw E. 23 jaar. Sinds 2 jaar bekend, getrouwd, geen kinderen. Massale nerveuze klachten resulterend in veel onderzoeken die haar dan wel iets opluchten. Elers hetzelfde beeld. Heeft voor invalide moeder moeten zorgen. Is thuis veel te kort gekomen in de zin van positieve aandacht en voorbeeld. Zou t.g.v. verwaarlozing op B.L.O. school terecht zijn gekomen. Nu na 2 jaar zijn ze beiden gemotiveerd om haar te laten praten en werken in een groep. Verwachting van haarzelf nog niet zo duidelijk: wel gemotiveerd tot veranderen van haar eigen lichaams- en levensbeleving.

Mijn verwachting. Leren op een andere manier zichzelf uit te drukken, nieuw referentiekader voor eigen gedragingen te krijgen. Negatief: het proces in de groep zal te kort zijn om haar erdoor te krijgen. Verdere verandering zal in het samenspel met de echtgenoot moeten geschieden. In deze groep mogen we al blij zijn dat ze tot het inzicht komt dat verandering in elk geval mogelijk is.

Maatstaf voor verandering. Een houding ontwikkelen waarbij ze in staat is zichzelf meer te beleven als mens en partner.

Januari 1977

Minder vaak op spreekuur. Geen specialistische verwijzingen. Contact met haarzelf niet altijd even gemakkelijk. Ik zie haar zelf beter met haar mogelijkheden tot communicatie vanuit familie achtergrond. Rol van partner wordt duidelijk. Samen in echtparentraining? Zij is nu opgehouden met werken- kinderwens-

Positief: druk is van me weg gevallen. Ze is zelfstandig geworden

Negatief: dat ze hulp zoekt bij Andre en Hans i.o.v. bij mij. Alsof ze niet terug mag komen!

Ze is in de tweede groep gegaan. Na enkele bijeenkomsten is ze daarmee opgehouden.

November 1977

Enkele gesprekken van het echtpaar met een van de groepsbegeleiders. Ze lijkt haar situatie nu heel redelijk aan te kunnen.

Augustus 1976

Mevrouw F. 37 jaar. Sinds april (nu 3mnd) bekend bij huisarts. "Altijd bij psychiaters gelopen", altijd duizelig, onzeker, straatfobiën, moeilijke gezinssituatie met ouders. Moeder vaak over de vloer. Sinds 1 jaar hertrouwd na scheiding, 2 kinderen. In de loop van een aantal gesprekken uitgelegd dat de verschijnselen van hyperventilatie te begrijpen waren. "Dat ze me dat niet eerder verteld hebben"! Wil in groep om te zien dat ook andere mensen last hebben van duizeligheid etc. want die mensen zouden haar kunnen begrijpen. Is al wat verbeterd en redelijk t.g.v. gesprekken en medicatie.

Doel: Contact met andere mensen die last hebben van hyperventilatie. Relaties met familie en echtgenoot opnieuw aangaan. Maatstaf voor verbetering: worden t.o.v. familie en echtgenoot, loskomen van de duizeligheid. Verantwoordelijkheid voor haar eigen leven gaan nemen.

September 1976

Maatschappelijkwerker: het probleem zit in haar zelf, probleem met man; beide niets aan te doen. Verwachting M.W.: ze zal er een beetje bij zitten zonder resultaat. M.W. wil praatpaal voor haar zijn in tijd van nood.

Januari 1977

Maat prima en is opgewekt. Prettig spreekuur bezoek. Medicatie idem "ik moet het toch zelf oplossen". Omwille van de kinderen ga ik niet bij mijn man weg. Haar lekt e.e.a. toe door tegen mij te zeggen dat het best gaat thuis. Zijzelf stelt zich onafhankelijker op tegenover haar ouders.

Augustus 1977

Is in verwachting geraakt! Geen medicatie maakt het goed. De zwangerschap verloopt normaal.

Januari 1978

Het maat uitstekend, sinds 1 jaar geen medicijnen meer geslikt. Ze lijkt een goed leven te leiden.

Augustus 1976

Mevrouw G. gescheiden 1 kind. Vroeger veel klachten waar ik niet veel mee kon doen. Was door mij naar het maatschappelijk werk verwezen. M.W. : ze zit in een isolement, ik loop vast met haar, ze maakt het mij onmogelijk om haar te helpen.

September 1976

M.W.: ze maakt me machteloos door eslotenheid. Dit is besproken daarna ging het beter.

Doel voor de groep: leren eerlijker te zijn t.o.v. anderen. Misschien is ze al te ver. Moet eigenlijk flink op haar donder krijgen.

Februari 1977

Ik heb haar niet meer gezien op het spreekuur. " In de groep voelde ik me thuis ". Het gaat goed met me. Ik heb mijn draai gevonden. De maandelijkse gesprekken met de maatschappelijk werker zijn belangrijk voor me.

Oktober 1976

Mevrouw H. De groep is al een tijdje aan de gang. Mevrouw H. zocht me vaak op, voor vage en minder vage buik- en hoofdpijnen. Dat was de belangrijkste reden, om haar voor te stellen, aan de groep deel te gaan nemen. Ik merk, dat ik haar enige maanden al niet meer heb gezien. Hetgeen ook de bedoeling was: een plaats te scheppen, waar ze met haar problemen meer kan doen, dan op mijn spreekuur. Tweede verwachting: ik hoop, dat genoemde klachten zullen verminderen en verdwijnen, dat ze die a.h.w. niet meer nodig heeft, door wat ze in de groep met zichzelf doet. Ten derde: ze zal misschien na enige tijd vertellen, of laten merken, dat ze haar problemen in het algemeen beter aankan, met name thuis, en dat ze wat meer zelfvertrouwen heeft gekregen.

Maart 1977

Verwachting 1: uitgekomen: ik heb haar niet meer gesproken.
verwachting 2: uitgekomen: idem
verwachting 3: is dus niet uitgekomen.

September 1976

Mevrouw I. 23 jaar. Klacht: enkele malen per jaar fobiën, hartkloppingen en pijn, angst voor ernstige ziekte= de dood. Aangebracht door de patient zelf.

Doel: achteraf melden dat ze een aanval gehad heeft en zelf heeft doorstaan- moet genoeg hebben aan de gewone somatische controles.

Prognose: kan zelfstandig functioneren; gezien de constellatie van de moeder is terugval mogelijk.

Probleem van arts met de patient: zij accepteert de laatste maanden reeds na een kort onderzoek dat ze niets ernstigs heeft. Wat zit er echter achter de angst?- hoe verhouding met moeder en man?-

Maart 1977

De bezoeks-frequentie aan de H.A. is met de helft vermindert. Kan goed formuleren, erkent dat de lichamelijke klacht niet ernstig is, zonder onderzoek. Ziet dat ze het zelf moet oplossen. Zij kan haar eigen probleem beter overzien, is echter niet zelfstandig, moet nog te veel geduwd worden. Advies: dooraan met de groep.

Begin maart komt zij in een heftige gewetensnood, omdat ze een heimelijke hemoerotiese heeft.

In een gesprek van H.A. met man en vrouw blijkt dat er soepel en open gepraat kan worden, omdat duidelijk is dat je over al je gevoelens moet en kan praten, (dit ervaart de huisarts ook als een opluchting, verrassing). De echtgenoot blijkt erg tolerant, vol begrip, probeert haar te steunen en te duwen in het zelf zoeken naar een oplossing.

Eind maart blijkt dat er nog steeds bij haar een grote onrust bestaat, ook omdat ze dit probleem niet in de groep durft te bespreken. (geen geheim?"verraders?"). Psychosomatische klachten worden frekwent minder gebracht.

Kan haar probleem beter formuleren, heeft een beter inzicht in het ontstaan van de klacht.

Wordt goed gesteund door haar man.

De groep lijkt een goede fase in haar zelfstandig worden geweest te zijn.

Na deze 1e groep die tot januari 1977 gedraaid heeft, is er een 2e groep geweest van febr. tot juni 1977. (11 deelnemers) Mensen uit de eerste groep zijn doorgegaan met de 2e groep. Vanaf december 1977 is er een derde groep gestart; deze wordt gevolgd door een 4e groep in de 2e helft van 1978.

De samenstelling van deze groepen komt overigens overeen met die van de eerste groep die hierboven beschreven is.

Hoofdstuk 6 Ervaringen en feiten

Ben aantal ervaringen en feiten die zich tot nu toe hebben voorgedaan lijken mij vermeldenswaard.

1e. gedurende de periode waarin de groep draaide was het voor de huisarts opvallend rustig rond de betreffende patienten. Ook in de direkte omgeving van de patienten zijn er geen ernstige reacties geweest. Door onze positie als huisarts bleek het heel wel mogelijk de gang van zaken rond de patient in de gaten te houden. In de loop van de tijd zijn we hier minder gebrand op geworden, omdat duidelijk werd dat er van onze kant een redelijke taxatie mogelijk bleek van de te verwachten effecten van deelname aan de groep. De gang van zaken was tegelijk geruststellend en stimulerend om er mee door te gaan.

2e. is er het feit dat een van de potentiele kandidaten (een huisvrouw met ernstige fobien) niet aan de groep is gaan deelnemen; de drempel was voor haar te hoog. Helaas is zij misschien iemand, die pas na een ernstige crisis bereid zal zijn tot veranderen. Zou zij in een eerdere fase van haar ziekte, door deelname aan een groep als deze, verder gekomen zijn dan nu?

Twee potentiele kandidaten werden bij nader inzien niet voor de groep aangemeld. De ene niet wegens suicidegevaar, de andere niet, omdat ze niet goed te motiveren

bleek. Beide zijn ze na enkele maanden (her-) opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (resp. gedurende 6 en 3 maanden). De behandeling daar blijkt weinig blijvend resultaat te hebben. Naast de ernst van de problematiek van deze twee mensen, speelt m.i. deze factor een rol dat gedurende de respectievelijke opnames te weinig rekening kon worden met het thuisfront van deze mensen. Ik heb niet de pretentie te menen dat deze mensen in onze patientengroep beter geworden zouden zijn. Wel doet de geschiedenis van deze patienten ons vermoeden dat tijdige behandeling in het eerste echelon in sommige gevallen opnames kan voorkomen.

Het probleem van de mensen, die niet voor deelname aan een groep in aanmerking kwamen (overigens een belangwekkend onderwerp) wil ik verder buiten beschouwing laten.

3e. in de loop van de tijd is er een meer gelijke verdeling gekomen van het aantal patienten van de verschillende huisartsen. Waarschijnlijk komt dit, doordat aan ieder van de huisartsen duidelijk is geworden wat de mogelijkheden zijn voor patienten in een groep. De deelname van de kant van het maatschappelijk werk is niet maximaal te noemen. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de situatie, waarin het maatschappelijk werk zich bevindt. (Onderbezetting, nog geen optimale bereikbaarheid voor en door clienten).

4e. zoals uit het vorenstaande reeds gebleken is, is er een voortdurend aanbod van nieuwe kandidaten voor een groep. Pessimisten zouden kunnen zeggen: "zie je wel het is een bodemloze put, die hulpverlening". Wij kunnen daar tegenover stellen dat de verwijzingen naar de groep door ons en onze patienten als zinvol worden ervaren.

5e. ten slotte is een belangrijke ontdekking deze geweest. Het feit dat voor de huisarts de mogelijkheid bestaat om aan een patient voor te stellen in een patientengroep te gaan, geeft een zekere speelruimte in het contact huisarts/patient. Ik bedoel hiermee het volgende. Wanneer een patient door de huisarts is onderzocht of verwezen voor onderzoek, zal dat onderzoek gelukkig vaak geen afwijkingen aan het licht brengen. Meestal zal dit resultaat een voldoende geruststelling zijn voor de patient. De mensen bij wie dit niet blijkt te voldoen, hebben de keuze tussen opnieuw een stap in de medische onderzoeksmolen te doen of een andere oplossing te zoeken voor het probleem dat ze ervaren. En patientengroep zal hen hierbij soms kunnen helpen. Een nuttig effect hiervan kan ook zijn dat het medische systeem minder belast wordt. De vermindering van belasting geldt dan zowel voor het eerste als het tweede echelon.

Hoofdstuk 7

De psycholoog in de eerste lijn.

Een apart hoofdstuk voor de psycholoog in de eerste lijn lijkt me gepast. Ik vind het een belangrijk onderwerp, waar nog al wat over geschreven wordt. Meestal laat het lezen van een stuk over dit onderwerp bij mij een dubbel gevoel achter. Het zit ergens in de buurt van: "Psycholoog, laat dan eens zien wat je daadwerkelijk kunt doen voor de mensen." De andere kant van het gevoel is ongeveer: "Nou ja, een psycholoog kan in gesprek met een patient eigenlijk vaak niet veel meer en soms veel minder dan een arts kan."

De eisen, die gesteld worden aan groepsbegeleiders van een patientengroep zoals die beschreven is, zijn niet gering. Er gebeurt nogal wat in zo'n groep en in de mensen, die er aan deelnemen.

In de maandelijkse gesprekken, die we hadden met de groepsbegeleiders, is me duidelijk geworden dat het niveau van werken van de groep bepaald wordt door de mate waarin zij de problemen van de mensen kunnen aanvoelen en hanteren. Afgezien van een aantal factoren zoals samenstelling en doel van de groep, is het hun deskundigheid, die uiteindelijk bepaalt hoeveel ruimte aan het individu in de groep geschonken wordt. Ook bij de individuele begeleiding van de patienten tussendoor en na afloop hebben ze een waardevolle en soms doorslaggevende rol gespeeld in het veranderingsproces bij de deelnemers.

Terug naar de psycholoog in de eerste lijn. De werkzaamheden van onze psychologen in de patientengroepen hebben mij duidelijk gemaakt, dat ze op deze manier zeer van nut kunnen zijn voor de eerste lijn. De psycholoog in de spreekkamer lijkt me een doublure. Daarvoor zijn we zelf al psycholoog genoeg in onze hoedanigheid als huisarts.

Liever dan van de psycholoog in de eerste lijn zou ik daarom willen spreken van de psycholoog voor de eerste lijn. Met "voor de eerste lijn" bedoel ik dan zowel ten dienste van de eerste lijn als vóór de eerste lijn uit werkend.

Hoofdstuk 8 (

Gezondheids voorlichting en gezondheids opvoeding (G.V.O.) en groepsgewijze behandeling van patienten.

In het onderstaande hoofdstuk wil ik proberen enkele gemeenschappelijke elementen in G.V.O en groepsgewijze behandeling van patienten aan te geven. Bovendien zal ik proberen enkele wegen aan te geven waarlangs G.V.O. gerealiseerd kan worden in het bestaande kader van een samenwerkings verband zoals dat bij ons functioneert.

Gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding wordt ook wel genoemd: health education of soms zelfs gezondheids agogiek. G.V.O. kan beschouwd worden als een onderdeel van de preventieve gezondheidszorg.

De toenemende belangstelling voor dit onderwerp kan begrepen worden tegen de achtergrond van de volgende twee punten:

1e. De ontwikkelingen in, en het toenemende aandeel van de sociale wetenschappen in onze cultuur.

2e. Het streven naar een optimale gezondheids toestand van de bevolking. De gezondheidszorg ziet zich voor het zelfde probleem gesteld als een sprinter die de 100 meter in 10 seconden kan lopen. Om dezelfde afstand in 9,9 seconden te kunnen afleggen is een enorme inspanning vereist. Waarschijnlijk kost dit laatste hem meer inspanning dan zijn voorafgaande ontwikkeling waarin hij zijn 100 meter tijd verbeterde van 11,0 naar 10,0 seconde.

Voor de gezondheidszorg ziet probleem er ongeveer aldus uit. Wanneer we de gemiddelde levensduur als maatstaf nemen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, dan wordt onmiddellijk duidelijk dat, ondanks de grote inspanningen in de gezondheidszorg er geen spectaculaire verbetering op korte termijn te verwachten is. Het wordt dus zaak om te gaan letten op "kleinere" dingen zoals b.v. wordt het systeem op goede wijze benut? Wordt er door sommigen niet te weinig of te veel gebruik van gemaakt? Wat kan de patient verwachten van de preventieve en curatieve zorg voor zijn gezondheid? Het is duidelijk dat de curatieve gezondheidszorg ingewikkeld is geworden. De gebruiker van dit systeem zal z'n weg moeten kunnen vinden.

Naast het probleem van een optimaal gebruik van de curatieve en preventieve mogelijkheden is er een ander aspect van de gezondheidszorg dat aandacht verdient. Het gaat er niet alleen om de mensen goed de weg te wijzen door het netwerk van medische voorzieningen. Het is soms even belangrijker om de mensen de weg uit het systeem te helpen vinden. Dit laatste is natuurlijk een moeilijke maar soms wel belangrijke zaak.

Terug naar gezondheidsvoorlichting en - opvoeding. Hierover verstaan we het motiveren van mensen om hun eigen gezondheids toestand ter hand te nemen. Het is na het voorbeeld van de patientengroepen duidelijk dat er bepaalde maatregelen of voorzieningen daartoe noodzakelijk zijn.

- 1e. het doel van G.V.O., dit moet nader omschreven worden door werkers in de gezondheidszorg, zomogelijk in termen van kennis, vaardigheid en attitude.
- 2e. bestaat er een doelgroep waarop de G.V.O. gericht is. In deze groep zullen de leden bewuste en nog niet bewuste behoeften hebben. Deze groep zal zichzelf een bepaald doel stellen.
- 3e. de methode van G.V.O. is het antwoord op de vraag: hoe brengen we de inhoud over naar de doelgroep? De methode zal in elk geval een leerproces op gang moeten brengen waardoor de gewenste verandering in het gedragspatroon van de doelgroep wordt geïntegreerd.

Uitgaande van de plaatselijke situatie, kunnen we komen tot een voorlopige invulling van G.V.O.

1e. het doel van G.V.O. kan omschreven worden door de werkzame disciplines. De diversiteit van invalshoeken waarmee naar een bepaald probleem gekeken wordt kan tot gevolg hebben dat er een waardevolle en realistische omschrijving tot stand komt.

2e. net zoals de patientengroepen tot stand kwamen door verwijzing van de kant van het maatschappelijk werk en de huisartsen, zo kunnen doelgroepen voor G.V.O. tot stand komen door verwijzing uit alle drie sectoren van het samenwerkingsverband. Met name van de kant van de wijkverpleegkundigen verwacht ik in deze een inbreng, vanwege het specifieke contact dat zij hebben met veel mensen. Bovendien komt het mij voor dat het kruiswerk altijd al gericht is geweest op bevordering van de gezondheidstoestand van zijn leden.

3e. wat betreft de methode van G.V.O. mag veronderstelt worden dat deze lijkt op de werkwijze van de psychologen met de patientengroepen. G.V.O. echter zal een belangrijke informatieve component bevatten. Dit laatste zal tot gevolg hebben dat de begeleiding van G.V.O. groepen en althans voor een deel, anders uit zal zien dan de begeleiding van patientengroepen.

Hoe deze begeleiding er in de praktijk uit zal zien zal ook afhangen van de samenstelling van de doelgroepen en van de inhoud van het doel dat wordt nagestreefd.

De financiële paragraaf

Het mag geen gewoonte worden in de gezondheidszorg dat de financiële paragraaf ontbreekt aan een stuk. Bovendien zijn de ervaringen met de financiën interessant genoeg om er iets over te zeggen.

De patientengroepen zijn opgezet vanuit het samenwerkingsverband eerstelijnsgezondheidszorg Brielle. Daarom was er een post op de begroting 1976 en 1977 van dit samenwerkingsverband opgevoerd voor deze onderneming.

We waren van plan om na een proefperiode van een jaar onder het samenwerkingsverband een meer definitieve financiering dan die via de stimuleringsregeling voor de eerstelijnsgezondheidszorg te zoeken.

Overleg met de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg in Spijkenisse in september 1977 leerde ons dat zulks niet mogelijk is. Ervaringen elders in het land wezen erop dat dit soort werk gedurende langere tijd (vijf jaar) uit de genoemde stimuleringsregeling betaald kan worden. Dus voorlopig zullen we het ook in Brielle maar zo laten.

Toch wil ik uitgaande van onze ervaringen toch nog wijzen op enkele andere denkbare methoden van financiering. De ervaring in Brielle is geweest dat samenwerking in de eerste lijn tot ontwikkeling kan komen vanuit bepaalde gezamenlijke activiteiten. (Dat werkoverleg tussen de disciplines daaraan vooraf gaat en daarnaast plaats vindt, spreekt voor mij vanzelf.) Deze activiteiten kunnen zijn bv. konsultatiebureau's nieuwe stijl, opzetten van een bejaardenonderzoek door wijkverpleegkundigen, het werken met patientengroepen of het werken aan G.V.O.. Het komt mij voor dat in een beginfase van samenwerking één of meer van deze activiteiten gefinancierd moeten worden. De stimuleringsregeling, die hier ook voor bedoeld is, is dan in de praktijk een te zwaar instrument. Zwaar is bedoeld in die zin dat de aanvraag veel administratieve activiteiten met zich mee brengt; je krijgt het idee van het is teveel of niets, terwijl er in feite geld nodig is om een zinvol geachte activiteit te ondernemen. Vermoedelijk is er ook elders in het land behoefte aan een eenvoudige financiering van activiteiten in het eerste echelon.

Daarom tot slot twee voorstellen waarvan het eerste is gebaseerd op de ervaringen in dit hoofdstuk beschreven, het tweede voorstel gaat uit van de psycholoog in de eerste lijn of dus liever gezegd de psycholoog voor de eerste lijn.

I. een stimuleringsregeling eerstelijnsgezondheidszorg die als kenmerk heeft : 1e- incidentele financiering van gemeenschappelijke activiteiten in de eerste lijn. 2e- een uitgewerkt voorstel vooraf en verslaglegging achteraf. 3e- de activiteit hoeft niet een volledig (administratief) samenwerkingsverband tot gevolg te hebben.

II. financiën beschikbaar gesteld voor de psycholoog in de eerste lijn kunnen, naar dit voorbeeld, beschikbaar gesteld worden voor de psycholoog voor de eerste lijn, zoals ik in het betreffende hoofdstuk heb aangeduid.

Hoofdstuk 10 Renvooi aan de lezer

Renvooi betekent: verwezen worden naar de rechter, of ook wel: het in handen stellen van een commissie van onderzoek. Zo gaat het ook met datgene wat hierboven beschreven is. Het wordt ter hand gesteld aan de lezer, of hij nu psycholoog, maatschappelijk werker, wijkzuster, dokter of ambtenaar is. De lezer zelf zal bepalen wat hij met het gegevene aankan, en daarmee zal hij de waarde ervan bepalen.

Immers, menselijk geluk of gezondheidsbeleving laat zich moeilijk in maat of getal uitdrukken. Hiermee mag duidelijk zijn dat een bewijs voor de juistheid van een bepaalde werkwijze in de gezondheidszorg, niet eenvoudig te leveren is.

Wel kan misschien de hypothese verder worden ondersteund, dat groepsgewijze benadering in en voor de eerste lijn van de gezondheidszorg, van nut kan zijn voor de mensen die deze zorg ondergaan.

Informatie over het project groepswork t.b.v. de werkgroep Groepsgewijze behandeling.

Groep 4 is een samenwerkingsteam, bestaande uit 4 huisartsen, 2 maatschappelijk werkers (waarvan een groepswerker) en een sociaal verpleegkundige.

Het werken met groepen is ontstaan vanuit een initiatief van de huisartsen om de hulpverleningsmogelijkheden voor patienten die moeilijk verwijsbaar waren te vergroten.

Het samen organiseren van groepen was mede bedoeld om te komen tot intensieve samenwerking tussen huisartsen en m.w.

Door deze onstaanswijze zijn de groepen binnen ons team met het m.w. verbonden. Met de eerste groep werd gestart in 1972. Na enig uitproberen kregen de groepen rond 1974 hun huidige vorm en maken nu een vast onderdeel van de team samenwerking.

Overwegingen om met groepen te starten waren: de huidige hulpverleningsvormen voldoen in een aantal gevallen niet; groepen bieden extra leermogelijkheden om dat de deelnemers met/door/ en van elkaar leren; er kunnen meer mensen bereikt worden binnen de beschikbare tijd.

De soorten groepen hebben we onderscheiden in: a- groepen gericht op ondersteuning, leren leven met...(b.v. hartinfarct, rouw), of specifiek gedrag aan of af leren (dieet houden, stoppen met roken; en b- therapeutische groepen gericht op persoonlijke verandering en het leren oplossen van problemen voor mensen met psycho-somatische klachten.

Ad.a. Met deze soort groepen hebben we diverse ervaringen opgedaan (2 vermageringsgroepen, 4 hartinfarct/hogedruk groepen, en 8x stoppen met roken). Deze groepen liggen momenteel helemaal stil. Wij vinden dat deze groepen het beste geleid kunnen worden door vrijwilligers, die zelf soortgelijke ervaringen hebben gehad. Dit vraagt organisatie op grotere schaal dan binnen het team mogelijk was. Ook de specificiteit van klachten vraagt om een groot „ wervingsgebied” (bleek b.v. in het bijzonder bij hartinfarcten). Dit soort groepen kan o.i. alleen voortgezet worden als ze georganiseerd worden vanuit een grotere organisatie (een stedelijk instituut of een stedelijk instituut of een groter samenwerkingsproject van eerste lijns werkers.) Momenteel loopt er een project en wel hulpverlening bij rouw, dat samen 6 andere huisartsen georganiseerd wordt. We zijn bezig een vrijwilligers groep te formeren, die in eerste instantie individuele begeleiding bij rouw gaat geven, indien daar behoefte aan blijkt zullen dan in later stadium zelfhulpgroepen georganiseerd worden.

Ad.b. We noemen deze groepen zelf gestructureerde therapie groepen. Gestructureerd omdat vooraf gestreefd wordt naar een zo duidelijk mogelijk doelomschrijving, programma en werkwijze in grote lijnen vast ligt en de groepswerker in de groepen structurend optreedt, d.w.z. er worden voorschriften en opdrachten gegeven (vgl omschrijving van Baardman e.a. in Nijkerk: Training in tussenmenselijke verhoudingen, 1975-blz. 254).

Er kan van mening over verschild worden of de benaming therapie in dit verband juist is.

Voorlopig weten wij geen beter naam. Deze groepen nu zijn bestemd voor mensen die met vage lichamelijke klachten of spanningsklachten bij hun huisarts komen en waarbij de problematiek zich nog in een begin stadium bevindt of zodanig is dat er geen ernstige ontregelingen zijn opgetreden.

Gemikt wordt op een korte hulpverlening (4 maanden, 16 bijeenkomsten). Binnen die tijd moet men voldoende verandering bereikt hebben om zelf verder te kunnen, anders vindt verdere doorverwijzing plaats.

Deze kortlopende groepen vinden wij een taak van de eerste lijn.

De meer intensieve groepstherapieën, horen dan in de tweede lijn. Ook deze gestructureerde therapiegroepen hebben we in meerdere vormen.

1. De individuele groepen: We hebben inmiddels ervaring met 19 groepen, zodat deze groep het beste zijn vorm heeft gevonden. De eerste 3 groepen waren somatisch homogeen (maagzweer/migrane/hartinfarct) nadien werd er geen onderscheid meer naar somatische klachten gemaakt.

Doel is dat de deelnemers leren momenten van spanning beter te konkretiseren naar situaties en momenten, eigen gevoelens en eigen gedrag en dat van anderen beter leren waarnemen en leren zelf veranderingen te brengen in ongewenste situaties. De huisarts selecteert in de meeste gevallen de deelnemers, maar ook de ind. m.w. treedt als verwijzer op.

Op moment van verwijzing heeft de patient geaccepteerd dat er medisch geen oplossing voor zijn problemen is en dat hij verandering bij zichzelf zal moeten zoeken. Meestal is dan ook al enigszins duidelijk in welke richting die verandering zal moeten gaan. Een aantal malen komen ook mensen in de groep die eerst nog meer zicht moeten krijgen op de oorzaken van hun spanningen. Na selectie vindt een introductie gesprek plaats tussen patient, huisarts (of andere verwijzer) en groepswerker.

De patient maakt, als hij aan de groep deel wil nemen, hiervan zelf een verslag en omschrijft zijn eigen doelstellingen voor deelname.

De eerste 3 á 4 bijeenkomsten worden gebruikt voor onderlinge kennismaking en aanleren van een aantal basisvaardigheden (zoals luisteren, waarnemen, je uitdrukken e.d.) en ontspanningsoefeningen.

Na die inleiding worden de doelstelling verder gekoncretiseerd en worden de programma's van de verdere bijeenkomsten aangepast aan de naar voren gebrachten vragen. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met oefeningen en rollenspelen, het behandelingsmodel wordt in hoofdzaak ontleend aan de communicatie en systeemtheorieën (Palo Alto groep) waarbij onderdelen uit assertiviteitstrainingen worden ingepast. Op de 10-12 bijeenkomst vindt een tussentijdse evaluatie plaats, de 16de is afsluiting en eindevaluatie (met incidenteel een korte uitloop).

Na drie maanden vindt nog 1 follow-up bijeenkomst plaats.

Om de effecten te bepalen kan alleen beschikt worden over de eindevaluaties van de deelnemers zelf en over een peiling een jaar na afsluiting, bij de huisartsen. Voor 1977 waren de resultaten bij afsluiting (3 groepen).

Deelnemers: 27, uitvallers: 3, geen verbetering: 1, verbetering en een gedeeltelijk bereiken van het gestelde doel: 22, volledige realisering van het doel: 1. Wat lichamelijke klachten betreft zijn die bij 2 deelnemers volledig verdwenen, bij 9 heeft er een vermindering van klachten plaats gevonden, bij 3 personen geen vermindering maar wel een beter kunnen hanteren van de klachten en bij 7 personen geen verbetering, terwijl 3 deelnemers geen lichamelijke klachten hadden.

Bij de peiling na een jaar, laatstelijk gehouden juni 1977, blijkt dan 73% van alle deelnemers aan groepen hun huisarts minder bezoekt dan voor deelname.

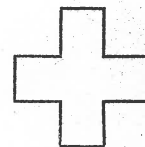
Bij 82 % beoordeelt de huisarts de situatie als verbeterd, bij 14 % als gelijk en bij 4 % als verslechterd.

- Echtparengroepen. Deze groepen richten zich op hetzelfde soort klachten als bij de individuele groepen. Binnen onze optiek is het wenselijk de partner zoveel mogelijk bij een behandeling te betrekken. De werkwijze loopt voor een deel parallel met de individuele groepen, het accent ligt nu echter zwaarder op verbetering van de onderlinge communicatie, waardoor spanning op andere wijze dan via ziekte of klagen kunnen worden opgelost. De animo bij de mensen zelf om in een echtparengroep te stappen is minder groot dan bij individuele groepen. Tot nu toe zijn er 3 echtparengroepen gehouden. Van de tot nu toe gehouden groepen (12 echtparen) waren alle positief over het effect dat de groep voor hen gehad heeft, slechts een paar vindt dat ondanks die verbetering de groep geen juist antwoord is geweest op de spanningsklachten.

VERENIGING INTERKRUIS ZUID-HOLLAND

PROVINCIALE ORGANISATIE VAN DE KRUISVERENIGINGEN

Prinsegracht 71 Telefoon 070-46 93 63



Postrekening: nr. 37.21.600

Bankrelatie:

N.V. Bank v. Ned. Gemeenten

Rek. nr. 28.50.15.133

Postgiro van de bank nr. 1081

Afd: g.v.o.

In behandeling bij:

No. **11930**

(bij beantwoording vermelden)

Bijl. 3

Betr.

Werkgroep Groepsgewijze Behandeling
t.a.v. mw. C. Wachters-Kaufmann,
Burg.Reigerstraat 87,
UTRECHT

's-Gravenhage, 11 september 1978

Sinds 1 augustus j.l. ben ik in dienst van de kruisverenigingen van Zuid-Holland.

Als konsulente voor de gezondheidsvoorlichting (g.v.o.) zal ik regelmatig in kontakt komen met 1e lijnswerkers, die met groepen willen gaan werken of hier al enige ervaring mee hebben.

Mijn eigen ervaring met groepen in de gezondheidszorg is beperkt. Wel heb ik gemerkt hoe belangrijk kontakt met "lotgenoten" kan zijn: tijdens mijn studie heb ik geïnventariseerd welke voorlichting en begeleiding patiënten met een hartinfarkt kregen in een ziekenhuis en in de periode daarna thuis. Ik heb toen gezien, hoe belangrijk het was dat de patiënten elkaar na hun verblijf in het ziekenhuis nog ontmoetten tijdens "conditie"-trainingen door een fysiotherapeut. Zij herkenden elkaars problemen, vertelden elkaar oplossingen die zij zelf voor problemen gevonden hadden en bemoedigden elkaar.

ad 2. Waarom groepen

Bij de kruisverenigingen spelen dergelijke overwegingen een rol bij het gaan werken met groepen. Als gunstige factoren van groepswerk worden gezien:

- de onderlinge ondersteuning door de groepsleden,
- het merken dat anderen dezelfde moeilijkheden ondervinden, dat je geen uitzondering bent,
- de ervaringsdeskundigheid van de groepsleden maakt het mogelijk onderling oplossingen voor problemen te geven, die direkt toegepast kunnen worden in de leefsituatie.

ad 3. Type probleem:

In de Kruisorganisaties van Zuid-Holland wordt o.a. voor de volgende onderwerpen met groepen gewerkt:

- gespreksgroep van a.s. ouders over de zwangerschap, de bevalling en de tijd daarna;
- gespreksgroep voor ouders van peuters en kleuters over opvoeding en ontwikkeling van het kind;
- gespreksgroep voor mensen die lijden aan slapeloosheid;
- gespreksgroep voor mensen met overgewicht.

Gedacht wordt aan een gespreksgroep over medicijngebruik en een gespreksgroep voor vrouwen met een mamma-amputatie.

Hoogachtend,


I. Swen, konsulente g.v.o.

Dit is een algemene beschrijving van twee projecten: een in Brielle, dat twee jaar loopt, en een in Dordrecht, pas gestart. Hierbij zijn in totaal drie begeleiders, twee huisartsen in Dordt, vier in Den Briel en een maatschappelijk werker in Den Briel betrokken.

Op de financiering wordt hier niet ingegaan. Het is een bron van vertwijfeling.

uitgangspunt

Ons uitgangspunt is dat gezondheidsklachten nauw samenhangen met de manier waarop iemand leeft en omgaat met zichzelf en zijn omgeving. Een slechte gezondheid kan dan ook vragen om een verandering aan die 'belevings'-kant. Het is niet de dokter die daar aan moet werken, maar de patient zelf. Een goede gelegenheid hiervoor is een gespreksgroep van mensen met dezelfde klachten. Het inzicht van die samenhang tussen gezondheid en beleving ontbreekt vaak, of is onveilig. Daarom dient de drempel voor deelname aan een groep waarin dit verband aan de orde komt, zo laag mogelijk zijn. Dicht bij huis, met mensen uit dezelfde buurt, zonder belastend etiket, en bespreekbaar bij je eigen huisarts.

voor wie

de groep is bestemd voor mensen met gezondheidsklachten, die door de dokter medisch niet verder geholpen kunnen worden, maar die nog wel het een en ander zouden kunnen verbeteren aan de manier waarop ze met zichzelf en hun omgeving omgaan. Te denken valt aan mensen die last van hun zenuwen hebben, erg gespannen leven, last hebben van aanvallen, psychosomatische klachten, of die "alles voelen".

doel

mogelijke doelen waaraan in de groep gewerkt wordt zijn: de verbanden ontdekken tussen je gezondheid en het leven dat je leidt; Zo met jezelf en anderen omgaan dat je minder last hebt van lichamelijke klachten; leren praten over gevoelens; jezelf blijven in een gezelschap; beter opgewassen zijn tegen problemen in je leven; meer gaan genieten van je leven. De doelen zijn verschillend per deelnemer. Door de aard van de groep is er een behoorlijke overeenstemming van doelen.

De groep is ook een oefengelegenheid voor nieuw gedrag, en ook bedoeld als een steuntje in de rug bij de uitvoering van goede voornemens.

begeleiding

de groep heeft twee vaste begeleiders. Deze hebben regelmatig overleg met de huisartsen over de verwijzing en over eventuele relevante gebeurtenissen in de groep. Bij dit overleg kan bijvoorbeeld ook een andere samenwerkingspartner worden betrokken, of een fysiotherapeut, maatschappelijk werker, enz.

De begeleiders hebben psychologische, agogische en/of medische vooropleidingen, zijn ervaren groepswerkers, en zijn enige tijd in opleiding voor groepspsychotherapeut. Zij worden zelf weer begeleid door een onafhankelijke supervisor.

verwijzing

Het proces waarin gezondheidsklachten worden vertaald in situationele termen, en daarmee bewerkbaar worden, begint bij de huisarts in het verwijzingsgesprek. Dit is een belangrijk moment voor de verwachtingen en motivering van de deelnemer, en voor het inzicht van van de patient in zijn gezondheid. In het overleg met de begeleiders wordt de verwijzing besproken. De verwijzers stellen hun motief voor de verwijzing en hun verwachtingen op schrift, ten behoeve van latere evaluatie.

intakegesprek

Zodra de naam van een aspirant-deelnemer bekend is maken wij een afspraak voor een intakegesprek. De bedoeling is niet om hierdoor mensen te selekteren, maar om wederzijds informatie uit te wisselen, samen te bepalen of deelname zinnig is, en waaraan in de groep gewerkt zou kunnen worden. De aspirant-deelnemer beslist zelf over wel of niet meedoen. We proberen wel de groep pas te starten als er een akseptabele samenstelling is bereikt (geen eenlingen qua leeftijd of geslacht). Met elke deelnemer wordt een afspraak gemaakt over wat hij of zij in de groep wil doen.

bijeenkomsten

de groep komt 15 keer bijeen, wkelijks en gedurende twee uur. De groep bestaat uit 8 a 10 deelnemers en twee begeleiders. De eerste twee a drie bijeenkomsten zijn bedoeld om een goed en eerlijk gespreksklimaat op te bouwen. In de verdere bijeenkomsten wordt er gezamenlijk gewerkt aan punten die een van de deelnemers naar voren brengt. De werkwijzen zijn eenvoudig. Een enkele keer wordt gebruik gemaakt van rollenspel.

De rol van de begeleiders is voorwaardenscheppend en af en toe wat direkter persoonlijk. Bijvoorbeeld wermethodes voorstellen of een situatie verhelderen, of meespelen in een rollenspel. Centraal werkprincipe is om uit te gaan van het hier en nu. In de gebeurtenissen binnen de groep zelf zijn voldoende aanwijzingen te vinden om met elkaar te werken aan de gestelde vragen.

eindgesprek

Tegen het einde van de serie avonden wordt met elke deelnemer een eindgesprek gehouden, waarin we de wijze van deelname en de ervaringen van de laatste maanden doorpraten. Eventueel maken we verdere plannen, bijvoorbeeld deelname aan een tweede serie, inschrijving voor partnertherapie, en dergelijke.

Hans Tenwolde

2/78

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.

Bij deze mensen, die duidelijk waren vastgelopen in individuele hulpverlening, werd bij wijze van experiment hulpverlening in groepsverband plaats. Doel was op deze wijze de vaststelling te doorbreken van het sterk somatiseren, waardoor geachte probleemoplossing onmogelijk leek.

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 nabijgaande zal ik dieper op deze ontwikkeling ingaan en vervolgens een poging ondernemen iets te zeggen over het effect van deze vorm van hulpverlening.

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

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 te leustelling 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 onaangetast. 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, gemoedelijkheid 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”.

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 spilfiguur). 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 lichamenlijk 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 lichamenlijke 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 lichamenlijke niveau – vertrouwd raken met je lichamenlijke 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 – te 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 een gehele leefsituatie. Daarbij is duidelijk geworden wat er dan ook dient te veranderen om tot afnemende van de klachten te komen. Emoties en gevoelens worden uitgedrukt, niet weggestopt, spanningsklachten worden niet als angstaanjagend ervaren en bij het optreden van spanningsklachten zoekt de deelnemer geen hulp in het mesh model.” Het is de vraag of deze omschrijving exact genoeg is om tot werkevaluatie van het effect van de groepsbijeenkomsten te komen.

Verkwijze

De werkwijze met de groepen laat zich als volgt het best samenvatten: In principe is ieder, die deel uitmaakt van het kern-team van ons samenwerkingsverband, open leidend. Momenteel zijn er negen mensen die zich daadwerkelijk hiermee zighouden (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 bekwaamen. 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 verwezenen 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 2½ 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 aanbrengen: 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 nagenoeg 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 Sou-dijn 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 gespendeerd 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 waarden 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 groepstherapie 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 8 mensen in eerste instantie hebben deelgenomen. Van deze 78 vielen er 12 oortijdig 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 uitspreekt.

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

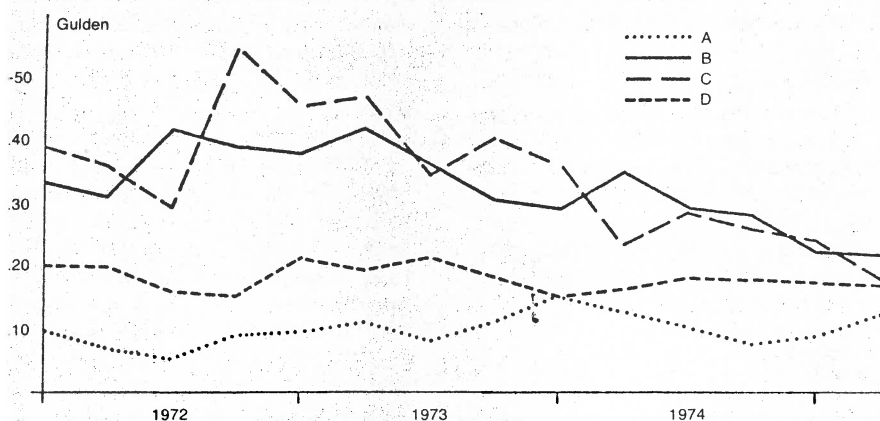
Gezien de aard van de klachten op grond waarvan werd verwezen, lijkt het minder waarschijnlijk dat in de periode voordat de groep startte de frequentie van spreekuurbezoek juist was verhoogd. Verwijzing geschiedde namelijk niet of nauwelijks op grond van plotseling heftig opgetreden klachten, doch veeleer 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 zoiets 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 toeneemende 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. 172, 145.
- Hart, O. van de en F. Lange. (1972) Maandbl. geest. Volksgezondh. 27, 502.

GROEPSGEWIJZE BEHANDELING GEZONDHEIDSCENTRUM OMMOORD

Ontstaan

Aanvankelijk als eksperiment gestart in 1972 op initiatief van de fysiotherapeut (voor verdere informatie over het ontstaan van deze vorm van patienten-behandeling wordt verwezen naar bijgevoegd artikel "Werken met groepen in het Gezondheidscentrum Ommoord" van Chris van Weel, H&W 1977 20, 313).

Dit eksperiment heeft geleid tot het ontwikkelen van nieuwe algemene hulpverleningsvorm in het Gezondheidscentrum.

Deze vorm van hulpverlening heeft een sterke groei doorgemaakt resulterend in een viertal groepen, t.w.:

- ontspanningsgroepen
- gespreksgroepen voor a.s. moeders
- gezondheidsgroepen
- (sinds kort) vrouwen groepen

De eerstgenoemde vorm^{en} van groepswerk hebben een continue karakter gekregen in de algemene hulpverleningsmogelijkheden van het centrum.

Het organiseren van gezondheidsgroepen blijkt in de praktijk moeizaam van de grond te komen.

Wel is een start gemaakt met een vrouwen groep wat succesvol is verlopen en waarvan verdere uitbouw te verwachten is.

Waarom groepsgewijze benadering?

1. Doorbreking van de traditionele hiërarchische rolverdeling in de individuele hulpverlening, die in veel gevallen als ineffektief werd ervaren.
2. Onze overtuiging dat via herkenning en bespreekbaar maken van leefsituaties van de deelnemers in een groep, de mensen van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen helpen in het zoeken naar hun oplossingen (deprofessionaliseren) en daarbij de groep als steun kunnen ondervinden.
3. De eigen verantwoordelijkheid duidelijker aangesproken kan worden in de methodiek die het groepswerk biedt t.a.v. bewustwording en veranderingsprocessen.

Selektie resp. motivering tot deelname

De verwijzer geeft algemene informatie over het groepswerk o.m. aan de hand van een folder en beziet in hoeverre de client in principe erkent dat er verband bestaat tussen de huidige leefwijze en het hebben van de klacht(en). Tevens beziet hij of de klient voldoende gemotiveerd is om via deelname aan de groep te willen zoeken naar een oplossing van de klachten.

De klient wordt door de groepsleiders voor een intake-gesprek uitgenodigd en gekonfronteerd met zijn of haar eigen keuze om op deze meestal nieuwe manier te willen gaan zoeken naar de oplossing van de klachten.

Uitspraken als "ik ben hier naar verwezen en het zal wel goed voor mij zijn" e.d. worden niet geaccepteerd.

De intake heeft de strekking van het maken van een mondeling kontrakt, wat nog eens in de eerste groepssessie kollektief herhaald wordt.

Ons streven is dit uit te bouwen tot een schriftelijk kontrakt in de vorm van een goal attainment scale, wat als onderzoeksmateriaal gebruikt zal gaan worden.

Voor de gespreksgroepen voor a.s. moeders wordt er bezien of het a.s. groeps-lid naast informatiegesprekken over zaken rondom de bevalling ook aandacht heeft voor haar eigen belevingen in deze periode en bereid is hierover te willen praten in de groep.

Het uitgangspunt voor deelname aan het groepswerk heeft zich in de loop der ontwikkeling gewijzigd van een aanvankelijk homogeen en sterk somatisch georiënteerde problematiek, bijv. mensen met een bepaalde psycho-somatische aandoening (lage rugklachten bijv.) in een meer algemeen ervaren stress problematiek waarin naast verholde spanningsklachten ook open aangeboden problemen (zoals eenzaamheid, angstgevoelens) worden geaccepteerd. Hierdoor zijn de groepen heterogeen van samenstelling geworden waarin het type probleem ondergeschikt is geraakt en er meer gelet wordt op de motivatie van de groepsleden om tot een verandering van gedrag en leefwijze te willen komen.

Aanmelding en intake-procedure

De aanmeldingen geschieden vnl. door huisarts, fysiotherapeut en maatschappelijk werker, die deel uit maken van het samenwerkingsverband.

De adspirant deelnemer meldt zich aan als geïnteresseerde en laat zich inschrijven bij de assistente, waarna een oproep volgt voor een intake-gesprek met de groepsleider(s) ongeveer 1 week voor het moment dat de groep van start gaat. In dit intake-gesprek wordt gecheckt of er voldoende motivatie tot deelname aanwezig is en of er op voorhand geen overwegingen zijn die kunnen leiden tot een voortijdig beëindigen van de groep of ander verzuim binnen de tijdsduur van de groep (2 maanden, 8x 1 maal per week van $\pm$ 2½ uur).

Begeleiding

De meeste groepen worden door 2 groepsleiders begeleid. Een multidisciplinair samengestelde groep van werkers hebben hiertoe een eigen training gevolgd en aan den lijve ervaren welke mogelijkheden het groepswerk heeft en wat ieder groeps-lid uiteindelijk hiervan kan hanteren in het leiden van een patiënten-groep.

De begeleidende duo's krijgen supervisie van een kollega die het proces van de patientengroep volgt via het luisteren naar de bandopnamen.

Methodiek

Algemeen kan gesteld wordt dat de werkwijze in de groepen gericht is op bewustworden van de situatie waarin men verkeert en welke veranderingen van gedrag als haalbaar hierin mogelijk zijn.

Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de volgende middelen:

1. het groepsgebeuren zelf (je bent kennelijk niet de enige met een probleem)
2. gesprekken over hoe je je voelt en deze gevoelens serieus nemen.
3. non-verbale oefeningen gericht op ontdekking van niet-bewuste mogelijkheden.
4. counsellors (vormen van Gestalt-dialogues, Gestalt-art)
5. fantasie-oefeningen
6. ontspanningsoefeningen
7. evaluatie van ervaringen na een oefening of aan het einde van een sessie.

Resultaten

Over het algemeen erg positieve beoordeling door meer dan 80% van de deelnemers. Het gekonfronteerd worden met zichzelf, uitwisselen van ieders eigen ervaringen in en buiten de groep wordt uiterst belangrijk gevonden. De deelnemers ontlenen daaraan het gevoel niet de enige te zijn die ergens mee zitten.

Aan de ontspanningsoefeningen wordt veel waarde gehecht voor het leren hanteren van de lichamelijke klachten die voortvloeien uit de stress-situaties (zie bijgevoegd artikel voor meer informatie hierover).

Er worden pogingen ondernomen een nieuw onderzoekmodel te ontwikkelen om de resultaten wat meer gedifferentieerd te kunnen meten.

Iedere groep wordt afgesloten met een follow-up bijeenkomst na $\pm$ 2 maanden nadat de groep beëindigd is. Sommige groepen gaan op eigen kracht verder.

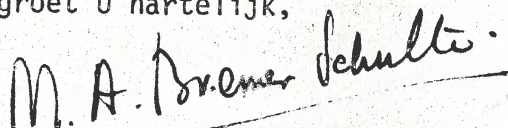
Aan de deelnemers van het kongres vrijwilligerswerk op
zaterdag 4 november a.s.,
sektor gezondheidszorg.

Hierbij bied ik U de titel en de samenvatting aan van mijn inleiding betreffende
de waarde van het vrijwilligerswerk voor de gezondheidszorg en de krachten die op
dit terrein het vrijwilligerswerk bevorderen of afremmen.

Titel: 'EMANCIPATIE VAN BINNENUIT;
vrijwillig bijdragen aan revaliderende gezondheidszorg'.

Tevens leg ik U een aantal mogelijke THEMA'S voor ten behoeve van de
discussiegroepen; desgewenst kunt U zich reeds bij voorbaat op Uw
keuze bezinnen.

In de hoop op een prettige en vruchtbare viering van het lustrum,
groet U hartelijk,


Dr. M.A. Bremer Schulte

THEMA'S:

1. De emancipatorische betekenis van de vrijwilliger in de gezondheidszorg.
2. Financiële consequenties van een herverdeling tussen vrijwilligers en beroepskrachten van de kans op volwaardige deelname aan gezondheidszorg.
3. Aansluiting tussen professionele en vrijwillige taak in de gezondheidszorg.
Hoe kan deze aansluiting bevorderd worden door:
 - vrijwilligers,
 - beroepsgezondheidszorgers,
 - overheid.
4. De functie van vrijwilligers als patiënten-organisatie rond een gezondheidscentrum.
5. De opdracht van vrijwilligers op gezondheidszorg-beleidsniveau waar -in welke
situatie- bij voorkeur, en hoe uit te werken.
6. De waarde van groepsvorming van soortgenoten als lotgenoten, met name van mensen
met een chronisch tekort.
De stimulans ten aanzien hiervan door vrijwilligers.
7. { Relatie tussen ervaringsdeskundigheid en inhoudelijke deskundigheid.
Het samenwerken van lotgenoten; de functie van de beroeps-gezondheidszorg.
De functie van de vrijwilligers in de gezondheidszorg.

EMANCIPATIE VAN BINNENUIT;

vrijwillig bijdragen aan revaliderende gezondheidszorg.

(samenvatting)

Mijn inleiding op de discussie over het vrijwilligerswerk b.g.v.

10 jaar Tilburgse Vrijwilligerscentrale

d.d. 4/XI - 1978

betreft het brede onderwerp 'Vrijwilligerswerk en volksgezondheid'.

Aan dit hoofdthema zijn een aantal aspecten te onderscheiden, met name de 4 volgende zullen aan de orde komen:

- plaats van vrijwilligers in de gezondheidszorg;
- betekenis van het vrijwilligerswerk voor de hedendaagse, sterk aan vernieuwing behoeftige, revaliderende gezondheidszorg;
- functioneren van vrijwilligers in de gezondheidszorg;
- mogelijkheden om inbreng van het vrijwilligerswerk te bevorderen.

Algemeen uitgangspunt:

Bij het uitwerken van deze 4 aspecten geldt hier als algemeen uitgangspunt:

- dat (potentiële of actuele) gebruikers en (idem) verstrekkers van gezondheidszorg in toenemende mate gedwongen worden na te denken over hun manier van samenwerken;
- dat een groeiend aantal van hen streeft naar verandering in de traditionele manier van samenwerken en actief bezig-zijn om hieraan nieuwe vorm te geven;
- dat gebruikers van gezondheidszorg meer dan voorheen hun verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid concreet vorm willen geven;
- dat het ontstaan van een nieuwe gezondheidscultuur herwaardering van de zorg tussen medemensen met zich meebrengt.

Met zijn allen op de wip:

Aan de hand van een aantal beelden zal de rolverandering van gebruikers en verstrekkers van gezondheidszorg worden belicht; en vandaaruit worden toegelicht als een (slinger-) beweging met relevante emancipatorische aspecten:

de emancipatie in de verhouding patiënt-vrijwilliger-professionele hulpverlener past in een meer algemene vermindering van afhankelijkheid en in een verschuiving van macht naar een nieuw evenwicht.

Verbijzondering van het algemene uitgangspunt via een exempel:

Tegen de achtergrond van deze algemene beschouwing wordt een concreet project ingebracht.

Dit gebeurt om de algemene beschouwing over (slinger-) bewegingen in de gezondheidszorg concreet gestalte te geven en aan de toets der critiek bloot te stellen. Voorts om vanuit een vormgeving in de epiloog een meer algemene en minder speculatieve uitspraak te kunnen doen ten aanzien van de 4 onderscheiden aspecten.

Van de vele samenwerkingsmogelijkheden tussen de 3 genoemde partners wordt met name uitgewerkt:

ziektebegeleiding door en voor chronisch zieken en gehandicapten.

Gegevens uit een meningspeiling binnen patiëntenverenigingen, uit het lopende project en empirische gegevens uit vooronderzoek bepalen de vorm, die aan ziektebegeleiding door en voor chronisch zieken en gehandicapten wordt gegeven, waarbij vrijwilligers bijdragen in individuele contacten en in groepen van lotgenoten.

M.A. Bremer Schulte

leiding

Midden in een periode van herontdekking van de verantwoordelijkheid van de mens voor eigen en andermans' gezondheid, is de zorgverlening sterk in beweging. Binnen een nadere beschouwing daarvan past een analyse van het krachtenveld, waaruit beweging resulteert in de samenwerking tussen gebruikers en verstrekkers van gezondheidszorg. Hier gebeurt dat door een bezinning op één aspect van de samenwerking tussen gebruikers en verstrekkers van gezondheidszorg dichtbij huis en wel voorzover het ziektebegeleiding voor en door chronisch zieken en gehandicapten betreft.

De onderhavige toelichting op ziektebegeleiding steunt op empirische gegevens, kwalitatieve en kwantitatieve, voorzover momenteel voorhanden op basis van vooronderzoek en van gegevens uit het thans lopende onderzoek, inclusief gegevens uit een meningspeiling binnen patiëntenverenigingen. De empirische gegevens bepalen de vorm, waarin hier ziektebegeleiding door en voor chronisch zieken en gehandicapten gegoten wordt.

De betekenis van de eigen gezondheid voor de Nederlander en zijn eigen verantwoordelijkheidsbesef ten aanzien daarvan lijkt te zijn toegenomen. In het laatste Sociaal Cultureel Rapport (1978) staat bij deze constatering een toenemende samenwerking aangegeven tussen voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dichtbij huis. Voorts de ontwikkeling, die het ontvangen van hulp verplaatst van 'gunst' naar 'recht'. Daarnaast is er de verschuiving binnen de gezondheidszorgproblematiek van strikt medische naar psychosociale aard; en die van curatie naar preventie waarmee hulpverleners dichtbij huis geleidelijk aan ook te maken krijgen. Uit de vele veranderingen in de huidige gezondheidszorg worden deze 4 constateringën gelicht, omdat deze bij uitstek de verhoudingen in de hulpverlening dichtbij huis inclusief de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten bepalen.

leemstelling

Gebruikers van gezondheidszorg willen meer dan voorheen hun verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid concreet vorm geven. In hun relatie tot professionele hulpverleners gaat hun zoeken naar eigen identiteit zowel gepaard met conflict als met harmonie. Beide partners in de gezondheidszorg streven naar verandering van de traditionele manier van samenwerken, en beiden zijn actief bezig hieraan nieuwe vorm te geven. Zij worden in toenemende mate gedwongen na te denken over hun manier van samenwerken. Op het ogenblik vindt het zoeken naar een evenwichtige verhouding tussen patiënten en professionals plaats in een veld van vaak tegenstrijdige krachten. Het proces in kwestie kan gekarakteriseerd worden als een slingerbeweging tussen acceptatie en verwerping van professionele hulpverleners door potentiële of feitelijke gebruikers van gezondheidszorg, en omgekeerd. Het resultaat van een enquête binnen patiëntenverenigingen was behulpzaam om het betreffende krachtenveld te analyseren en in beeld te brengen.

*zorg
begeleiding*

In 1976 werd aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg als aandachtsgebied een project opgezet om ontwikkeling van gezondheidszorg voor en door chronisch zieken en gehandicapten te bevorderen.

De eerste vrijwilligers die vanuit dit project samen met o.a. wijkverpleegkundigen, huisartsen, maatschappelijk werkers, de spade

in de grond staken noemden zich de pioniers van Klondijke; goudgravers die - naar overlevering - goud graven op de plek waar zij staan.

Opgraven van goud - erts: - medepatiënten bewust maken van het belang dat zij voor elkaar hebben;

- het uitproberen van een nieuwe samenwerkingstussenvorm tussen patiënten en professionals, waarbij de laatsten een ondersteunende rol op zich nemen.

Het project Ziektebegeleiding houdt in:

de ontwikkeling van hulpverlening ten behoeve van mensen met een chronische ziekte of met een handicap, waarbij in de uitvoering daarvan de mensen zelf een centrale functie hebben. Gestreefd wordt naar toename van zelfwerkzaamheid in de gezondheidszorg en naar uitbouw van hulpverlening door lotgenoten voor lotgenoten in samenwerking met professionele werkers in de gezondheidszorg.

Het project wordt uitgevoerd door medehelpers en medewerkers; de eersten als: 'mensen met een chronisch tekort die lotgenoten helpen op basis van verwantschap wat hun ziekte betreft; op basis van zelf hulpvrager te zijn (geweest)

de tweeden als: niet meer de traditionele bezitters van kennis, niet meer de leveranciers/voorschrijvers van recepten, maar veel meer degenen die diensten leveren en hun inzicht en bekwaamheden ter beschikking stellen, hun inhoudelijke deskundigheid voegend bij de ervaringsdeskundigheid van de patiënten zelf.

Medehelpers en medewerkers kunnen samenwerken in verschillende situaties. En wel:

- binnen kruiswerk, gezondheidscentra, binnen plaatselijk vrijwilligerswerk, vrijwilligersorganisaties, door in het netwerk van gezondheidsvoorzieningen voor chronisch zieken en gehandicapten het eigenheemse aspect te behartigen en te voorzien in de koppeling van specifieke ervaringsdeskundigheid en inhoudelijke deskundigheid. Bij het aanbieden van algemene (niet-eigenheemse) vrijwilligershulp als antwoord op specifieke hulpbehoeften - van bijvoorbeeld multiple sclerose-patiënten of van mensen met psoriasis - vormt de koppeling van ervaringsdeskundigheid (via de eigenheemse medehelper) en inhoudelijke deskundigheid (via de medewerker) een noodzakelijke aanvulling. Het is deze toepassing van het medehelper-medewerker model, die momenteel nader wordt uitgewerkt mede op aanbeveling van vrijwilligers werkzaam ten behoeve van chronisch zieken en gehandicapten.
- Zij werken samen in groepen samengesteld uit lotgenoten/mensen met een chronische ziekte of handicap, waarbij groepswork systematisch wordt toegepast als steun bij de oplossing van hun problemen.

Het Provinciaal
Platform Ziek-
tebegeleiding

Van meet af aan werd bevorderd, dat deze ontwikkeling zich voltrekt binnen het gegeven gezondheidszorg-systeem en in open communicatie met de betrokken mensen (gebruikers en verstrekkers van zorg); dit ter voorkoming van onduidelijkheid, onbegrip of wrevel, en om de beste voedingsbodem voor deze gezondheidszorg-ontwikkeling binnen het bestaande aanbod aan dienstverlening te garanderen. De plaats binnen het geheel van de professionele en niet-professionele gezondheidszorg moest evenwel van dien aard zijn, dat spontane groei en flexibiliteit gewaarborgd blijven.

Vanuit de Rijksuniversiteit Limburg wordt ernaar gestreefd activiteiten met een gezondheidszorgaspect vanuit en met de aanwezige

* Deze term staat voor mensen met een chronische ziekte of met een handicap.

regionale gezondheidszorg te verrichten. Dit streven sluit aan bij tendensen in de huidige gezondheidszorg (zoals de trend om binnen de ambulante gezondheidszorg regionaal gezondheidsvoorzieningen en vraag-aanbod op elkaar of te stemmen). Op suggestie van het Medisch Regionaal Centrum, Werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg kwam een Provinciaal Platform Ziektebegeleiding tot stand. In het Platform werken provinciale vertegenwoordigers samen van Patiëntenverenigingen, Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding Groene Kruis, Huisartsgeneeskunde, Maatschappelijk werk, Revalidatie en Rijksuniversiteit Limburg Medische Faculteit. Het betreft een open samenwerkingsverband; de formatie is per definitie niet gesloten, gezien het brede aandachtsgebied van verschillende patiënten (-organisaties) en specialisten op het terrein van de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg voor chronisch zieken en gehandicapten.*

(Zie pag. 3A).

iviteiten, ge-
ktijdig op mi-
-, meso-, ma-
-niveau

Een centraal uitgangspunt bij de uitwerking van het project Ziektebegeleiding vormt de visie dat de activiteiten van meet af aan en gelijktijdig op drie niveau's plaatsvinden: dichtbij huis (micro-), op regionaal/provinciaal (meso-) niveau via het Provinciaal Platform Ziektebegeleiding en op macro-niveau. Wat dat laatste betreft: de mensen die aan het eerste deelproject deelnamen, hebben bewust een taak op zich genomen om grootschalig bekendheid te geven aan de hulpverlening, waarbij zij zelf baat vonden. Zij hebben ingestemd op het verzoek om hun medewerking aan een televisie-actualiteitenrubriek te verlenen. Als een tweede voorbeeld geldt het contact dat zij hebben gelegd met het ministerie van volksgezondheid om daar gehoor te vinden voor ideeën, die zij ontwikkeld hebben voor belangenbehartiging van chronisch zieken en gehandicapten.

ronderzoek

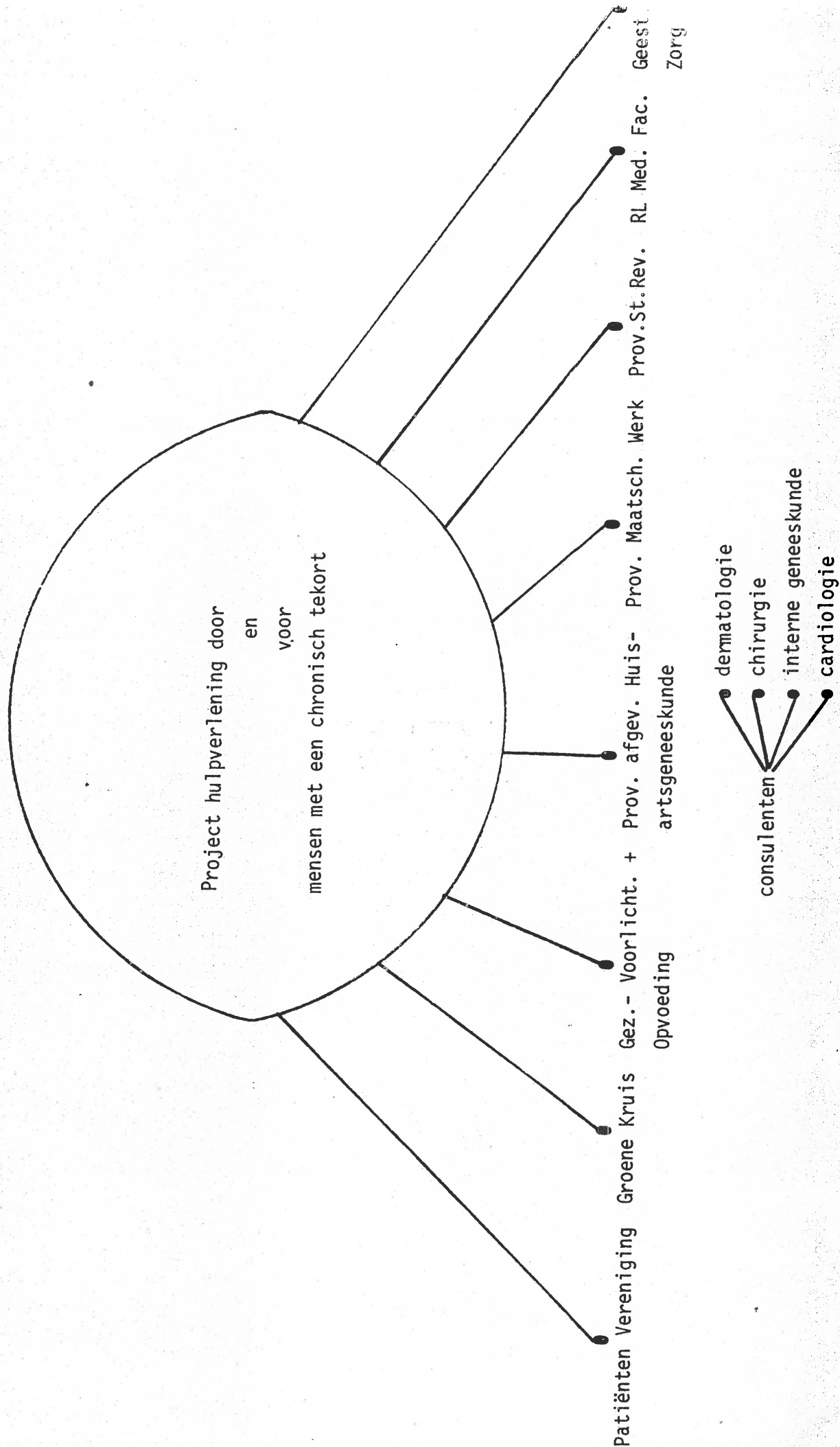
Voorafgaande aan de huidige ontwikkelingsfase van het project Ziektebegeleiding werd wetenschappelijk onderzoek verricht naar het effect van hulpverlening via lotgenoten bij het werken in groepsverband. Bekeken werd in welke situatie de hulpvragers het beste geholpen werden:

- ofwel in de groepen met twee professionele hulpverleners;
- of met twee lotgenoten/niet-professionele helpers;
- of met de combinatie van lotgenoot en beroepshulpverlener.

De laatste combinatie deed duidelijk voor de hulpvragers de beste vorm van hulpverlening ontstaan.

Voor het groepswerk was tot nu toe de term 'ondersteuningsgroep' in gebruik, naar analogie van de Engelse term 'supportgroups'. Vooralsnog sluit de term 'groepswerk' beter aan. De gebruikers hebben daarnaast ook andere eigen aanduidingen; zo spreken leden van een groep voor psoriasispatiënten over hun jeukclub. Voor sommige patiënten is die naam grof, voor andere betekent het een krachtig doorbreken van taboe's (cf. 'Gekkenkrant' e.d.). Het essentiële kenmerk: het zijn groepen van lotgenoten.

* als voorbeeld: vanwege de direct betrokken patiënten-groepering (t.w. mensen met een chronische huidziekte) participeert in het Provinciaal Platform Ziektebegeleiding de patiënten-vereniging in kwestie en een regionaal representant van de Nederlandse Vereniging van dermatologen als ad-hoc-consultant.



Voortbouwend op dit onderzoek-resultaat wordt nu in het project Ziektebegeleiding integrale hulpverlening aangeboden door de combinatie van eigenheemse en professionele hulpbronnen aan te boren. Specifiek voor de voortgang is, dat die combinatie nu wordt bekeken naar doelmatigheid voor en effect bij chronisch zieken en gehandicapten.

Het medehelper- medewerker model

De term medehelper benoemt een eigen plaats binnen het hulpverleningssysteem voor degene die, na eigen ervaring als hulpvragend groepslid een training heeft doorlopen om lotgenoten in groepen te helpen. De medehelper helpt zijn/haar lotgenoot mee in diens' zorg voor eigen gezondheid. Voorts helpen medehelpers bij het realiseren van het hulpverleningssysteem met name voorzover het een zelfhulpsysteem is, waarbij zij zonodig een beroep kunnen doen op een beroepskracht. Zodoende blijken medehelpers bij te dragen aan het ontstaan van een nieuw evenwicht tussen zelfhulp en professionele hulp. De medehelper helpt groepen uit de bevolking met bevordering van gezondheid en welzijn-van-binnenuit. De medehelper komt voort uit en is opgenomen in het zelfhulpsysteem van de patiënt en bezit als lotgenoot de gave van het nabij-zijn door het delen in ervaring.

Vandaar de term eigenheemse medehelper. De medehelper heeft een eigen identiteit binnen het hulpverleningssysteem en is ten opzichte van de beroepskracht niet een assistent, die op grond van tekort aan mankracht goedkope bijdrage levert aan de gezondheidszorg.

De medehelper is voor lotgenoten beschikbaar om te helpen bij diens' groei naar zelfacceptatie, verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid t.a.v. eigen gezondheid.

De medehelper die 'eigenheems' is vanwege zijn/haar lotgenoot-zijn, blijkt een onmisbare aanvulling te bieden op de gezondheidszorg voor gehandicapten en chronisch zieken, zoals die tot nu toe voornamelijk door beroepskrachten werd uitgevoerd.

In samenhang met de term medehelper wordt de term medewerker gebruikt voor degene, die in aansluiting op een daarop gerichte opleiding professioneel werkzaam is in het veld van de gezondheidszorg. De medewerker stelt zich aanvullend beschikbaar: aanvullend ten aanzien van het werk van medehelpers, namelijk als een intermediair, een middelaar (in het Engels wordt de term 'facilitator' gebruikt). De beroepskracht in de gezondheidszorg krijgt in deze opvatting veeleer een functie als (bekwaam) bevorderaar van zelfwerkzaamheid van patiënten. De beroepskracht is in deze nieuwe rol niet meer de regelaar of voorschrijver van recepten, die met zekerheid een 'duidelijke' oplossing aan de patiënt aanbiedt (en daarmee te vaak een inadequaat antwoordt geeft, waaraan wezenlijke aspecten ontbreken). Bij deze laatste opstelling kunnen professionele hulpverleners zodanig weerstand oproepen bij hulpvragers dat hun boodschap geheel niet of vertekend overkomt; of zij versterken afhankelijkheid en houden zelfwerkzaamheid door patiënten tegen.

Basisgedachten

In deze paragraaf vindt een beschrijving plaats van inzichten, die aan het project Ziektebegeleiding ten grondslag liggen.

Het gaat om inzicht in:

- krachten welke enerzijds de voorgestane verandering in de hulp aan chronisch zieken en gehandicapten remmen, en anderzijds
- krachten welke die verandering bevorderen.

Daartoe wordt gebruik gemaakt van:

- a. uitspraken uit de recente meningspeiling onder patiëntenver-

- enigingen,
- b. bevindingen tot nu toe met ziektebegeleiding in het gelijknamige project,
- c. eigen werkzaamheden over een periode van tien jaar ten behoeve van ontwikkeling van preventieve gezondheidszorg,
- d. samenwerking gedurende die periode met vrijwillige en professionele hulpverleners.

Helpen en geholpen worden zijn wezenlijke kenmerken van de omgang tussen mensen. De balans tussen hulpgeven en hulpvragen wisselt in ieders' persoonlijk leven onder invloed van velerlei in- en externe factoren. Naast deze wisselende balans tussen helpen en geholpen worden in de levensgeschiedenis van ieder persoonlijk, is in dit opzicht in de samenleving als geheel sprake van evenwichtsverschuiving; het zorgsysteem is immers o.a. aan krachten onderhevig die de mate van zelfwerkzaamheid door patiënten bepalen.

Te vaak en te veel beschouwen mensen uit het cliëntensysteem zichzelf als afhankelijk van 'hen die het weten' en ervaren zichzelf als ondeskundig, machteloos, overgeleverd aan krachten buiten zichzelf. Zo blijkt in de ondersteuningsgroepen, die nu in de provincie functioneren, keer op keer weer dat de verwachtingen van de deelnemers aanvankelijk nog volledig bepaald worden vanuit een oncritische overgave aan vooruitgangsgeloof t.a.v. de medische zorg. In deze groepen blijkt bovendien hoezeer dat het een houdingsverandering van de beroepskracht vraagt om deze verwachtingen niet te voeden, maar juist bij te dragen tot het bereiken van het gezamenlijke doel: groei naar eigen verantwoordelijkheid en toename van zelfwerkzaamheid door de patiënt. Niet alleen patiënten zelf maar ook beroepskrachten komen aan deze afhankelijkheid tegemoet, werken deze zelfs in de hand, of voelen zich in deze positie gedrongen. Cliënten versterken de afhankelijkheidsrelatie vaak door de vanzelfsprekendheid waarmee zij 'panklaar' een diagnose en recept voor hun moeilijkheden verwachten.

Drie fasen zijn te onderscheiden in de uitgroei van zorgverlening, uiterst globaal als volgt aan te geven op een historische lijn:

- tot in de vijftiger jaren staat de samenleving de directe verantwoordelijkheid voor de hulpbehoevende aan de overheid af en wenst meer en meer uitbreiding van subsidie ten behoeve van curatieve zorg en ten behoeve van steeds verdere specialisatie van beroepskrachten. Beroepskrachten gaan dan in toenemende mate vrijwilligers vervangen en daar waar tot dan toe in de caritas-sfeer werd gehandeld, komt professionele zorgverlening.
- rond 1965 treedt een verzadigingspunt op voor de toenemende professionalisering met zijn vertakking van het beroepsmatige helpen in de steeds verdergaande specialisatie. Aan deze ontwikkeling wordt een halt toegeroepen met gebruik van argumenten van politieke en economische aard. De kracht van de superspecialist raakt over zijn hoogtepunt heen en de slinger zwaait terug in de richting van waardering voor zelfwerkzaamheid door patiënten en het opbouwen van verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf inclusief het op zich nemen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van zijn lotgenoten. Er treedt dan een spanningsveld tussen beroeps- en vrijwillige hulpverlening op, met toenemende polarisatie tussen beiden.

'Inspraak opeisende' patiënten gaan zich in toenemende mate afzetten tegen 'dominante en decreterende' beroepskrachten.

- vanaf 1970 gaan individuele, maar vooral georganiseerde patiënten en met hen vrijwillige en beroepsmatige hulpverleners zich afvragen

of de slinger die in de loop der tijd doorsloeg van uitsluitend onderling helpen als het ene uiterste, naar overwegend beroepsmatige hulpverlening als het andere uiterste, te ver door het midden ging. Door het uitslaan van de slinger in de vorige fasen naar een van beide uitersten, raakten in het krachtenveld de verhoudingen verstoord en werd het de patiënt bemoeilijkt om zich in zijn midden-positie evenwichtig op te stellen. 'Evenwichtig' te verstaan als: intern evenwichtig én in evenwicht met de omgeving. Het besef groeit, dat dan aan zorgverlening deskundigheid in tweeërlei opzicht te onderscheiden is, namelijk: ervaringsdeskundigheid van de patiënt zelf naast de inhoudelijke deskundigheid van de beroepskracht. De patiënt kan dan gebruik gaan maken van zorgverlening waarin kennis én ervaring ter beschikking komen. De hulpverlening kan zodoende veeleer plaats vinden op horizontaal niveau in de samenwerking tussen een hulpverlener en iemand die meehelpt dat hulpverlening mogelijk is en wel omdat beide - zowel hulpverlener als hulpvrager - over specifieke deskundigheid beschikken; beide elementen dienen elkaar aan te vullen. De slinger die doorsloeg komt in evenwicht daar waar optimale bundeling tot stand komt van zorgverlenende capaciteiten van patiënten-onder-elkaar met die van beroepskrachten. Patiënten worden zich nu in toenemende mate bewust dat zij mede baat vinden bij de ervaringsdeskundigheid waarover de lotgenoot beschikt, die een noodzakelijke aanvulling vormt bij de inhoudelijke deskundigheid van beroepskrachten. Deze drie, hiër op een historische lijn geplaatste karakteristieken zijn momenteel ook naast elkaar te onderscheiden als accenten in de zorgverlening.

Krachtenveld-analyse

Nu volgt een analyse van krachten, en wel ter verheldering van bewegingen en accentverschuivingen die aangetroffen worden in de gezondheidszorg. Voorts ter onderscheiding van krachten die groei naar een evenwichtige samenwerking in het zorgsysteem bevorderen en die welke deze groei belemmeren.

Het beeld van het krachtenveld geldt, zoals dat steeds bij het gebruik van beeldspraak het geval is, uiteraard slechts als een middel om de werkelijkheid te illustreren.

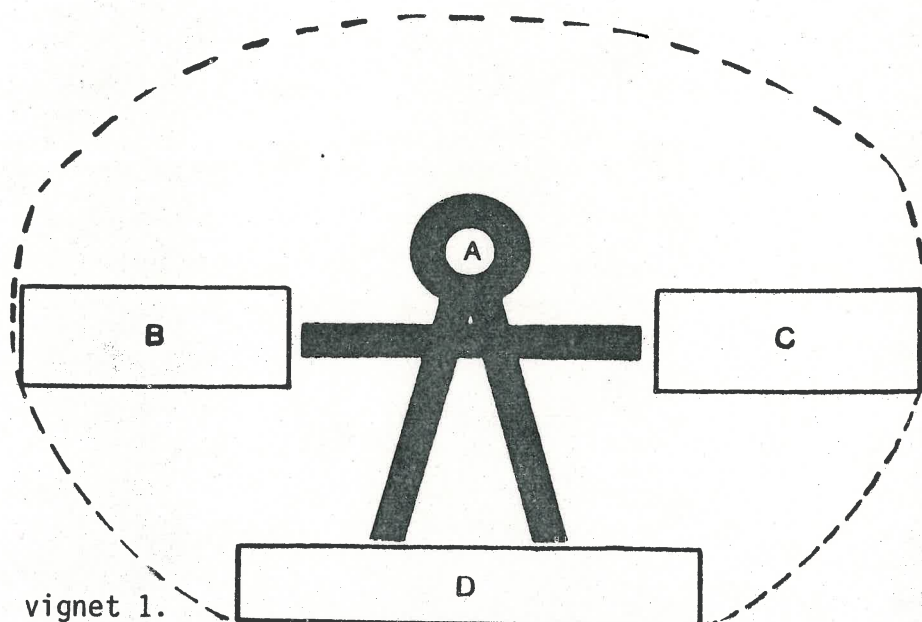
Met behulp van deze krachtenveld-analyse wordt geprobeerd invloeden te verduidelijken, die bepalen

- de positie van chronisch zieken en gehandicapten in de gezondheidszorg, en
- de mate waarin voor hen de zorgverlening op een adequate wijze plaatsvindt.

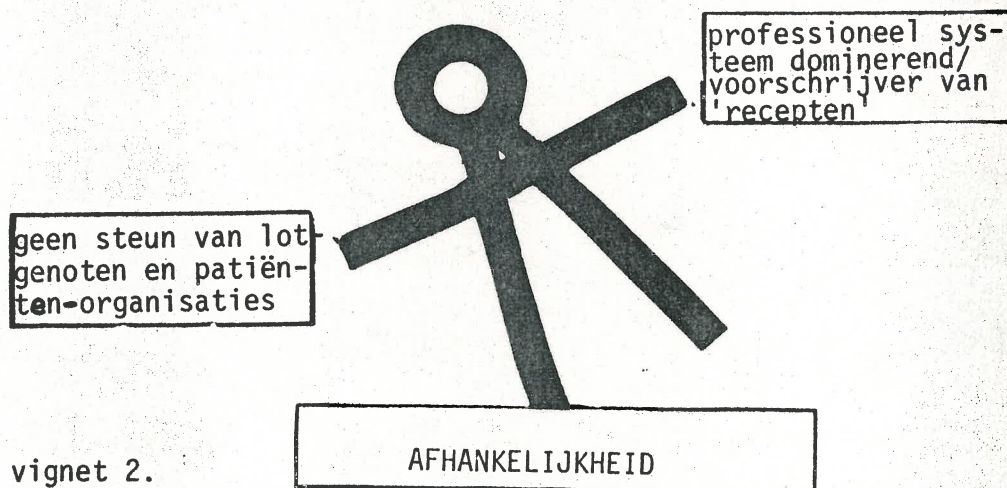
Aan de beweging en accentverschuiving in de samenwerkingsverhouding tussen gebruikers en verstrekkers van gezondheidszorg en tussen vrijwilligers en professionelen zijn een aantal krachten of drijfveren te onderscheiden. Deze krachten zijn,

- zowel van interne aard, d.w.z. binnen eigen groepering werkzaam, van binnenuit ontstaan
- als van externe aard, d.w.z. als druk van buitenaf.

Het zijn -als karakteristieken die de positie van de patiënt bepalen- met name: afhankelijkheid,
protest,
zelfverantwoording.



- ad vignet 1: In het krachtenveld worden vier elementen onderscheiden
- A. op de centrale plaats: de patiënt bij wie zelfhulp, en patiënten waartussen onderling helpen;
 - B. vrijwillige hulpverlening en medehelpen door lotgenoten, patiënten-organisaties;
 - C. beroepskracht;
 - D. de positie van de patiënt in het zorgsysteem.



ad vignet 2:

A - B - C - D

A Patiënt

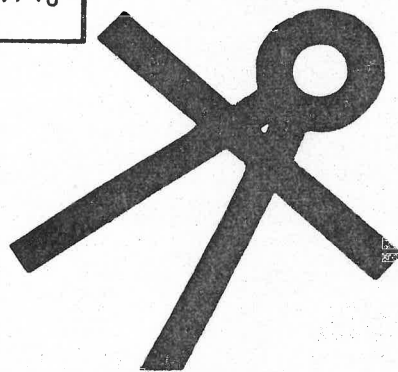
Krachten, die groei naar evenwichtige samenwerking in het zorgsysteem beïnvloeden, deze deels belemmeren en deels bevorderen (als bewustmakers van een onhoudbare situatie):

- uit balans
- afhankelijk van beroepskracht en dan kracht-in-de-letterlijke-zin-des-woords
- verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid buiten zichzelf leggend
- onmondig

vervolg vignet 2:

- solitair, geen bundeling met lotgenoten
 - onpersoonlijk door overspecialisatie van behandeling en hulpverlening
 - gemis aan vertrouwen in eigen mogelijkheden
- B Vrijwillige hulpverlening, Patiënten-organisaties
- onbekendheid met eigen, specifieke helpers-kwaliteiten
 - geen behoefte aan zelfwerkzaamheid
 - ontbreken van patiënten-organisaties
 - geen gezamenlijke visie
 - vrijwilligershulp alleen als 'stoplap' waar professionele hulpverlening tekortschiet
 - 'ingeschakeld' in de traditionele hulpverlening, maar niet op zichzelfstaande waarde
 - daarom gefrustreerd en ontevreden.
- C Beroepskracht
- éénzijdig vaktechnisch behandelend
 - overmoedig en blindelings vertrouwend op eigen potentiël
 - blind voor de gaten in de hulpverlening
 - superspecialistisch alleen zichzelf en eigen groep bijscholend
 - onvermogen eigen inbreng van de patiënt naar waarde te schatten
- D Positie in zorgsysteem
- afhankelijk

Patiënten Verenigingen als bevrijders



prof. systeem (becritiseerd)

PROTEST + EMANCIPATIE

vignet 3.

ad vignet 3:

A - B - C - D

Krachten, die groei naar evenwichtige samenwerking in het zorgsysteem beïnvloeden, deze deels belemmeren en deels bevorderen (als bewustmakers van een onhoudbare situatie):

A Patiënt

- uit balans
- teleurgesteld over behandeling als geval
- behoeftig naar een persoonlijke benadering

vervolg vignet 3:

- in conflict (-vanwege machtsverschuiving in alle samenlevingsverhoudingen-) met de oude afhankelijkheid van dokters en andere beroeps-hulpverleners
- nog wél gebrek aan vertrouwen in eigen mogelijkheden
- B Vrijwillige hulpverlening, Patiënten-organisaties

 - infantilizerende zorg afwijzend
 - kennis en ervaring bezittend vanuit specifieke ziektebeleving, hetgeen beroepskrachten missen
 - helpende krachten van lotgenoten ten opzichte van elkaar ontdekkend
 - deze vanuit eigen verantwoordelijkheid en creativiteit aanwendend
 - behoeftig aan bezinning en benutten van eigen potentiëel
 - zich bewustwordend van de noodzaak sociale vaardigheden te beheersen, zoals conflict-hantering, vaardigheid in besluitvorming en probleemoplossing
 - toename van zelfvertrouwen
 - bundeling van mogelijkheden
 - revolutionair
 - bevrijdend
- C Beroepskracht

 - oververzadigd door superspecialisatie
 - geïsoleerd in ivoren toren
 - becritiseerd in gouden kooi
 - zich realizerend dat het gezondheidszorg-systeem verandering behoeft
 - nog onvermogen om de boodschap van mondige en georganiseerde patiënten te verstaan
 - bedreigd door informatie-oepisende patiënten
 - op zoek naar nieuwe wegen om de zorgverlening te verbeteren
- D Positie in zorgsysteem

 - protesterend en emanciperend

Meningspeiling

Vijfentwintig personen uit negen verschillende organisaties voor mensen met een chronische ziekte of handicap waren bereid hun bijdrage te leveren aan deze meningspeiling in de vorm van een semi-gestandaardiseerd interview. Elk van de ondervraagden werd in de eigen organisatie gezien als een representant in de zin van opiniemaker en woordvoerder voor zijn/haar groepering.

Het gesprek vond plaats ter informatiewerving en betrof de volgende onderwerpen:

- de door hen gewenste ontwikkeling in de gezondheidszorg;
- de bijdrage, die zijzelf aan verandering in de betreffende richting willen leveren;
- de door hen gewenste ontwikkeling in de hulpverlening aan chronisch zieken en gehandicapten;
- hoe is verandering in de gewenste richting te bevorderen;
- de bijdrage, die zijzelf daaraan willen leveren;
- wat zij verwachten als bijdrage van professionals;
- wat houdt hun behoefte aan eigen identiteit als patiënten in;
- hoe brengen zij deze behoefte tot uitdrukking;
- bestaat er behoefte aan samenwerking met professionals;
- zo ja, hoe te realiseren;
- welke houding neemt de dokter (of andere meest geraadpleegde professionele hulpverlener) aan t.o.v. zijn/haar werk voor de patiënten-organisatie.

Accentverschuiving

De fase van verzet van 'inspraak-opeisende' patiënten, die zich afzetten tegen -voor hen 'betweterige' -professionals omdat zij zelf het heft in handen willen nemen, die fase lijkt plaats te maken voor een volgende. De patiënt wordt zich bewust dat hij recht heeft op de deskundigheid van de beroepskracht; hij maakt dan gebruik van dienstverlening van iemand, die zijn kennis en vaardigheid ter beschikking stelt. De hulpverlening kan zodoende veeleer plaats vinden op horizontaal niveau in de samenwerking tussen een hulpverlener en iemand die mee helpt dat hulpverlening mogelijk is. En wel omdat beiden -zowel hulpverlener als hulpvrager- over specifieke expertise beschikken. Deze opstelling van beiden vormt een belangrijke waarborg voor welslagen van gezondheidszorg.

Het accent in de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten komt zodoende primair te liggen op de betrokkene zelf en op degene die zijn/haar lotgenoot meehelpt in diens zorg voor eigen gezondheid, waarbij de beroepskracht als intermediair en als middelaar optreedt, inhoudelijke deskundigheid ter beschikking stellend. Tot nu toe kwam de -veelal tijdsintensieve- zorg voor deze mensen terecht bij een loket in de gezondheidszorg waar een adequaat antwoord op veel noden van chronisch zieken en gehandicapten niet gegeven kon worden.

Deze accentverschuiving wordt temeer belangrijk nu verwacht wordt dat het aantal chronisch zieken en gehandicapten groeit, o.a. door veroudering van de bevolking, door toename van riskante leefwijzen,

door vooruitgang van medische technologie.

Stand van zaken

Bovenstaande basisgedachten worden in het project Ziektebegeleiding nader uitgewerkt en wel mede door samenwerking met een Provinciaal Platform.

Dat gebeurt door samenwerking tussen eigenheemse medehelpers en medewerkers, waar deze hun werkwijze kunnen invoegen in plaatselijk algemeen vrijwilligerswerk, in gezondheidscentra, kruiswerk.

Reeds enige tijd bieden zij dichtbij huis groepswork aan waarvan mensen met een chronisch tekort gebruik maken; en wel met het doel om zich een gezonder bestaan te verwerven en om zelfwerkzaamheid en levensvoldoening te verhogen, ook als potentiële medehelper voor lotgenoten.

Eigenheemse medehelpers en medewerkers zijn in plaatselijke duo's verspreid over de provincie werkzaam in deze groepen.

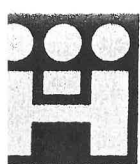
Deze ervaring met gezondheidszorg door en voor chronisch zieken en gehandicapten heeft aan de op traditionele wijze functionerende instellingen waardevolle inzichten te bieden. In de huidige fase van het project Ziektebegeleiding kan -nu al, na eerste exploratie- gesteld worden dat bij polarisatie binnen de hulpverlening de patiënt uit balans raakt en hulp tekort komt. Daar waar sprake is van evenwichtige samenwerking komt zelfwerkzaamheid bij patiënten tot ontplooiing en neemt daardoor hun levensvoldoening toe.

Slotopmerking

De weergave in de vignetten van beweging in de gezondheidszorg t.b.v. mensen met een chronisch tekort -als een poging om greep op de betreffende werkelijkheid te krijgen- heeft een voorlopig karakter en moet aangepast worden aan de resultaten van verder onderzoek.

Deze 'ANALYSE VAN EEN KRACHTENVELD' als geheel kon niet meer zijn dan een impuls om op groter schaal preventieve gezondheidszorg voor chronisch zieken en gehandicapten in de beschreven vorm uit te voeren en te beproeven.

Dr. M.A. Bremer Schulte



Informatie over groepsgewijze behandeling.

In Nijmegen aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt op bescheiden schaal geëxperimenteerd met groepsprogramma's voor patiënten door de huisarts geselecteerd en gemotiveerd. Deze activiteit valt binnen het kader van een onderzoeksproject "Preventie van somatische fixatie", waarbij somatische fixatie wordt omschreven als "het proces, waarbij mensen dreigen vast te lopen in het medisch kanaal door een eenzijdige nadruk op de somatische kant van hun klachten (door de patiënt zelf, door zijn omgeving of door de gezondheidszorg, m.n. de huisarts)". Het project heeft als doel het effect na te gaan van activiteiten gericht op het voorkomen, dat mensen vastlopen in het medische kanaal. Er wordt o.m. geëxperimenteerd met een cursusprogramma om toekomstige huisartsen risico van somatische fixatie vroegtijdig te leren signaleren en in goede banen te leiden. Tevens willen we onderzoeken of het mogelijk is om somatische fixatie te voorkomen via groepsgerichte activiteiten voor patiënten. We denken daarbij aan het ontwerpen van voorgestructureerde programma's, die met niet al te veel moeite op de duur door eerste lijnswerkers via de huisartsenpraktijk uitgevoerd zouden kunnen worden.

Inmiddels heeft er één groep gedraaid: een groep van 5 ouderparen, die voor ziekte van hun kinderen frequent een beroep op de huisarts deden, terwijl de arts de indruk had, dat die ziekte de verdere problemen naar de achtergrond verdrong. Uit preventief oogpunt, voornamelijk ingegeven door onderzoeksresultaten over de overdracht van ziektegedrag patronen van ouders naar kinderen, hebben we voor deze doelgroep gekozen.

We hebben een programma gemaakt voor 10 bijeenkomsten, waarin we allerlei werkdoelen hadden gestopt, die enigszins te maken hebben met preventie van somatische fixatie (omgang met ziekte, assertiviteit, communicatieverbetering, ontspanning etc. etc.).

De ervaringen in deze groep hebben ons duidelijk gemaakt, dat we keuzen moeten maken en bij die keuzen zo nauw mogelijk moeten aansluiten bij het doel van het onderzoeksproject.

Vandaar dat we een splitsing hebben gemaakt in:

- a) meer preventieve educatieve groepen, voornamelijk gericht op verbetering van de omgang met de gezondheidszorg i.h.a. en de huisarts in het bijzonder

b) meer therapeutische groepen voor mensen die al min of meer aan het vastlopen zijn in een somatisch spoor. Wat betreft deze groepen stellen wij ons op het standpunt, dat hiermee in zeer ruime mate wordt geëxperimenteerd in den lande (de informatiemap van deze workshop is daar het bewijs van). Onze taak als Huisartsen Instituut zou er hoogstens in kunnen bestaan om een aantal vormen van groepsgewijze behandeling te inventariseren en te zoeken naar een manier om dit aan huisartsen in opleiding en andere eerstelijners over te dragen.

Onze keuze gaat dus uit naar een meer educatieve preventieve groep met als doelstellingen:

- verbetering van de omgang met ziekte en gezondheid
- inzicht geven in de rol van ziekte in de omgang met andere mensen
- verkleining van de afhankelijkheid van de gezondheidszorg, d.w.z. vergroten van de eigen verantwoordelijkheid
- verbetering van de relatie met de dokter.

Dat vooral het laatste een zeer centrale rol kan spelen bleek uit de ervaringen met de eerste groep. Het ging voornamelijk om patiënten, die door de arts waren geselecteerd, omdat hij er zelf ook moeite mee had om met ze om te gaan. De arts-patiënt-relatie kan derhalve een belangrijke rol spelen: welke wederzijdse verwachtingen bestaan er t.a.v. het gedrag van de ander? Een dergelijke groep zou dan mede het karakter krijgen: "er is iets mis in de arts-patiënt-relatie; zowel de arts als de patiënt leveren daar een bijdrage aan; in de cursus wordt geprobeerd die relatie meer duidelijkheid te geven; de patiënt meer verantwoordelijk en mondig te maken; de arts minder autoriteit".

Een dergelijke groep kan tevens dienen als mogelijke voorbereiding op verdere psycho-sociale hulpverlening, als bepaalde deelnemers zicht krijgen op hun werkelijke problemen. In zoverre kan de groep aan de basis staan van doorstroming naar groepen, waarin meer verdieping plaats vindt (bijv. groepen van mensen met vage klachten, communicatie moeilijkheden, assertiviteitsproblemen, relatiemoeilijkheden etc.).

Half oktober gaat er een groep van start, waarin 6 echtparen (met jonge kinderen) deelnemen. De groep komt 6 keer gedurende 2 uur bijeen.

De groep wordt geleid door een psycholoog van het N.U.H.I. en een wijkverpleegster. De eerste twee bijeenkomsten worden besteed aan kennismaking, praten over ziek zijn, over ziekte als geleerd gedrag enz.

De derde en vierde bijeenkomst zijn de twee huisartsen uit de praktijk, waaruit de patiënten komen, aanwezig en wordt er gepraat over: wat kun je van de gezondheidszorg verwachten voor je klachten en wat kun je zelf allemaal? Hoe ga je om met je dokter, wat verwacht je van hem, wat verwacht hij van jou? Hoe kun je beter je wensen kenbaar maken? enz.

De laatste twee bijeenkomsten zijn gewijd aan kijken, wat er mogelijkerwijs nog meer achter de ziekte en klachten van kinderen en ouders zit en kijken of verdere hulp gewenst is.

R. Grol

N.U.H.I., St. Annastraat 284

Nijmegen

tel.: 516337

Groepspsychotherapie en opleiding*

Hoewel de geschiktheid voor (groeps-)psychotherapie deels een gegeven is, is een grondige en complete opleiding wat betreft deze specifieke techniek toch noodzakelijk. Hiervan uitgaande komen de leerroute (leertherapie, technisch-theoretische cursussen, supervisie) en het model van de 'leerspiraal' aan de orde. Daarnaast wordt aandacht

gegeven aan de rol en functie van de opleider in de verschillende fasen van het leerproces. Bepleit worden een expliciet contract met betrekking tot de doelstellingen en grenzen van de relatie tussen de trainer en de opleider, en het werken vanuit ervaring naar cognitie en vanuit eenvoudige technieken naar meer gecompliceerde.

Gedurende de bijna 15 jaar dat ik me heb beziggehouden (gelukkig naast veel andere zaken) met de opleiding van groepspsychotherapeuten, heb ik nogal eens gezegd of gedacht dat het zeker de moeite waard zou zijn om daarover wat op papier te zetten. Nu het zover is, dat het ervan komen moet (uitnodiging van het Tijdschrift voor Psychotherapie), merk ik bij mezelf een moeite, mogelijk zelfs een tegenzin, om terzake te komen. Rationaliserend: is zoiets als een opleiding in 'groeps'psychotherapie wel geordend weer te geven, zonder tekort te doen aan de moeilijk benoembare essentie? Het is natuurlijk niet zo moeilijk om de verschillende elementen in de opleiding en in mijn vormgeving daaraan te noteren, maar is degene die deze opleiding doorloopt psychotherapeut nadat en omdat hij die opleiding gevolgd heeft? De vraag stellen is hem – ontkenkend – beantwoorden. De realiteit immers wijst mij er steeds weer op dat men om psychotherapeut te worden iets nodig heeft wat al aanwezig moet zijn vóór de opleiding; iets waardoor ik, als ik hulpverleners ontmoet voor, tijdens of na hun opleiding, tegen mezelf kan zeggen: 'die heeft het' en hoewel ik me tijdens deze uitspraak voel als een van de vliesvleugeltjes uit 'Erik' van Godfried Bomans ('Men is het of men is het niet. Is men het, dan is men het ook, maar is men het niet, dan is men het niet. En wordt men het niet.' etc.), kan ik niet om deze elitaire uitspraak heen. Wat is 'het'? Een poging om deze vraag te beantwoorden leverde de volgende reeks paradoxen op: extravertie gepaard aan introversie, angst gepaard aan moed, betrokkenheid gepaard aan afstandelijkheid, ernst gepaard aan humor, zachtheid gepaard aan hardheid, haast gepaard aan geduld, fantasie gepaard aan

starheid, lust om te leven gepaard aan affiniteit met de dood en een onverzadigbare interesse in het hoe en waarom van alles.

Daarnaast de mogelijkheid om te voldoen aan de paradoxale opgave van de 'dubbeloriëntatie': tegelijkertijd hier en nu zo compleet mogelijk aanwezig zijn én het 'kritisch' overzicht houden over wat er gebeurt. Kortom een operationeel gemaakt neuroticisme. De psychotherapeut moet op goede voet staan met agressie, intimiteit, angst en eenzaamheid en wat voor de psychotherapeut in het algemeen geldt, geldt voor de groepspsychotherapeut zeker.

Hoe kom ik als opleider iets over 'het' te weten? Ik begin mijn ontmoeting met een trainee met een vrij moeilijk te omschrijven, maar nogal intensieve en mogelijk zelfs impertinente vorm van 'aftasten'. Ik wil in een vrij korte

* Artikel II in de reeks *Opleiding en research*.

tijd weten hoe iemand functioneert en de beste manier om dat te weten te komen is hem onder druk te zetten. Dan krijg ik hem te zien zoals hij reflexmatig reageert en niet zoals hij mij zichzelf wil laten zien: het begin van de opleiding is een 'hard interview'. Wat mij helpt in het doorvoeren van dit interview is de overtuiging dat mensen die van plan zijn anderen te helpen bij, te stimuleren of mogelijk zelfs te forceren tot veranderen, zelf moeten aandurven wat zij van anderen verlangen. Ze moeten er tegen kunnen als er vraagtekens achter hun overtuiging en denkbeelden worden gezet.

Een van de standaardvragen in een dergelijk interview is de vraag of de trainee zelf crisis-situaties in zijn bestaan heeft gekend en zo ja, wat hij hiermee heeft gedaan.

Een andere vraag is: wat zoek je in deze opleiding? Als dat alleen maar de oplossing voor eigen problematiek is, raad ik de trainee aan om duidelijk te zijn voor zichzelf en voor anderen en in therapie te gaan zonder het voorvoegsel 'leer-'. Als de trainee alleen maar in de groep wil komen kijken hoe het moet, techniek wil leren en zelf niet betrokken wil raken, dan raad ik hem af om psychotherapie als vak te kiezen. Zonder dat ik hiermee overigens wil ontkennen dat een leergroep helpt bij het oplossen van persoonlijke problematiek en dat cognitie nodig is om het ervaren te ordenen. De trainee moet bereid zijn zelf aan de orde te komen, zonder dat dit het doel van de opleiding wordt. De opleider en de trainee gaan een overeenkomst aan, waarbij de trainee eigenlijk zegt: 'in deze opleider denk ik voldoende vertrouwen te hebben om in principe aan te nemen dat dat wat hij bijdraagt aan het leerproces bedoeld is om mijn functioneren te verbeteren en mijn potenties beter tot zijn recht te doen komen, al onderga ik zijn bemoeienis soms als kwetsend en pijnlijk'. De opleider zegt in deze overeenkomst: 'deze trainee heeft naar mijn gevoel de grondgevens om een goede therapeut te worden en ik heb het vertrouwen dat mijn investering aan aandacht en betrokkenheid uiteindelijk iets op zal brengen'.

Het contract tussen opleider en trainee rust op wederzijds vertrouwen, op er-beiden-wat-in-zien. Hoewel in dit alles natuurlijk principes besloten liggen die gelden voor elke vorm van opleiding, is de opleiding in de psychotherapie, door zijn verwevenheid met het functioneren van de opleideling als persoon, toch wel een zeer gevoelig liggende zaak. De uitnodiging om iemand op te leiden in de psychotherapie zonder te mogen komen op zijn persoonlijke grondgebied, zou vergeleken kunnen

worden met de opgave iemand dansen te leren zonder hem aan te mogen raken.

Met dit al zijn we nog niet veel verder dan een paar onmeetbaarheden: geschatte persoonsgegevens die iemand in principe geschikt maken om psychotherapie te doen, een opleider die er wat in ziet en een trainee die er nogal wat voor over moet hebben. Zijn er geen dingen te zeggen die meer houvast bieden? Als ik de opleiding van een groepspsychotherapeut als ideaalgebeuren voor me zie, dan start ik het liefste met iemand die weet hoe het is om individuele therapie te doen en hoe hij individuele therapieën doet. Voor de groepspsychotherapeut is het belangrijk te weten of hij deze vorm wel kiest vanuit een positieve motivering: degene bijvoorbeeld die groepen zoekt, omdat hij bang is voor de overdrachtssituatie in de one-to-one-relatie, zal in de groep wel verlost zijn van deze druk, maar zeker minder effectief functioneren dan degene die ook een individuele relatie aandurft. Overigens zal degene die de individuele situatie kiest uit angst voor verlies van overzicht (controleverlies) eveneens minder goed functioneren dan degene die ook een groep aandurft. En dan heb ik het nog niet eens gehad over de problemen met en rondom de therapeutische verantwoordelijkheid. Het is wellicht zinvol om op deze plaats nog eens te herhalen wat ik reeds eerder en elders heb betoogd: spreken over groepspsychotherapie als ware het een eenheid is niet juist. Groepspsychotherapie is een verzamelnaam voor al die psychotherapeutische methoden die niet in een one-to-one-situatie, maar met een aantal personen, die op zelfde tijd op dezelfde plaats aanwezig zijn, worden toege-

past. De theoretische achtergrond van deze methoden kan echter verschillen van puur ontdekkend tot suggestief-toedekkend. Men zou dus eigenlijk elke vorm van groepspsychotherapie telkens weer moeten vergelijken met de individuele benadering vanuit dezelfde gedachtengang. Voor een beschouwing over de grote lijnen in de opleiding lijkt het me echter beter om me te beperken tot het hierboven genoemde grote verschil tussen groepspsychotherapie en individuele psychotherapie, te weten het aantal per therapie-eenheid aanwezige deelnemers. Als we namelijk trachten de specifieke gegevens te noemen die iemand geschikt maken voor groepspsychotherapeut blijken veel van de wenselijkheden verband te houden met dit verschil. Bij een pogen deze factoren op te sommen kom ik tot het volgende:

- de groepspsychotherapeut moet in staat zijn een breed gerichte concentratie op te brengen (kijken met het perifere gezichtsveld);
- de groepspsychotherapeut moet in staat zijn uit vrij complexe gegevens een Gestalt op te bouwen; een goed voor- achtergrondgevoel te hebben;
- de groepstherapeut moet op een dienende manier kunnen reguleren;
- de groepstherapeut moet op goede voet staan met agressie; hij krijgt soms massale agressie te incasseren en hij moet soms agressie stellen in een massaal repressieve sfeer;
- de groepspsychotherapeut moet op goede voet staan met intimiteit; hij moet in het openbaar reageren op positieve gevoelens en in het openbaar positieve gevoelens durven stellen;
- de groepspsychotherapeut moet de frustratie kunnen verdragen van geen resultaten van psychotherapeutische werkstukken op zijn naam te krijgen;
- de groepspsychotherapeut moet er plezier in hebben om in co-therapiesituatie met een ander samen als eenheid te functioneren;
- de groepspsychotherapeut moet er op voorbereid zijn en er toe bereid zijn dat hij als persoon meer geëxposeerd is dan de individuele therapeut.

Daar het moeilijk valt om zichzelf op al deze punten en mogelijk op nog meer punten te evalueren, moet in de opleiding de confrontatie met deze aspecten van het functioneren als therapeut ingebouwd zijn. De leertherapie-groep, die meestal aan het begin van de opleiding tot groepstherapeut staat heeft in dit opzicht slechts beperkte waarde: hier voelt de trainee wel wat de cliënt in de groep mee-

maakt, maar nog niet wat de therapeut te werken krijgt. Ook het zelf doen van groepen geeft hierover niet voldoende informatie, omdat de therapeut, bewust of onbewust, zijn macht kan gebruiken om voor hem onaangename of angstverwekkende situaties weg te houden. Een groep reageert namelijk doorgaans vrij nauwkeurig op de angstsignalen van de therapeut en op verboden van zijn kant, uit angst hem te zullen verliezen. Een andere manier om aan te geven waar het hier om gaat is de vaststelling dat een groep niet verder komt dan de therapeut is.

Naar mijn ervaring is de beste situatie om voor zichzelf duidelijkheid te krijgen over het eigen functioneren als therapeut de technisch-theoretische cursus. Deze dient dan wel een duidelijk ander karakter te hebben dan een gezamenlijk les krijgen, lezen en refereren. Zelf gebruik ik hiervoor nogal eens het rollenspel met gepreformeerde situaties. Ik doe dit liever dan gebruik te maken van een methodiek waarbij de groep van trainees, functionerend als een 'gewone' groep, beurtelings door een van hen wordt geleid. De voordelen van het rollenspel en met name het rollenspel met voorgevormde situaties zijn de volgende:

- Het rollenspel heeft op zijn minst het voordeel dat men werkt van ervaring naar cognitie. Telkens weer blijkt dat dit een wijze van leren is met een zeer grote mate van hechting zonder al te grote inspanning.
- In de voorgeschreven situatie heeft men het aan de orde komen van een aantal topics in een bepaalde volgorde goed in de hand, zodat men een logische opbouw in de cursus kan brengen.
- In de voorgeschreven situatie zit de leerzame 'fixed role' besloten. In ontdekkende zin kan

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 4, 1978/2

Pieter Jongerius
Groepspsychotherapie
en opleiding

p 75

deze gebruikt worden om de trainee rollen te laten spelen die hem confronteren met bepaalde gegevens van zijn persoonlijkheid of om de trainee te laten ervaren wat er in bepaalde leden van de groep, met wie hij van zichzelf uit weinig affiniteit voelt, om zou kunnen gaan.

— Door het aanscherpen van de situatie in de opdracht (meer agressie, meer complicaties, meer intimiteit) in vergelijking met een 'gewone' groepssituatie, komt het reflexmatig gedrag van de therapeut naar voren, niet meer verhuuld door wat hij zou moeten doen volgens de theorieën. Juist deze onbarmhartige belichting geeft de trainee de kans om essentiële antitherapeutische stukken in zijn gedrag te herkennen. Hij kan dan besluiten daar alsnog iets aan te gaan doen of hij kan er voortaan op verdacht zijn, zodat deze tendensen van hemzelf ook door hem herkend worden als ze minder duidelijk zijn.

— In het rollenspel leveren de 'groepsleden' meestal een zo directe feedback op de inbreng van de therapeut dat deze onwaarschijnlijk aandoet. Dit gedrag is echter niet af te doen met de kwalificatie 'dus onecht'; mijns inziens komt in deze situatie helder naar voren wat er in de werkelijke groep ook aanwezig is, maar wat daar niet wordt geuit. De groepstherapeut kan er zijn voordeel mee doen, als hij weet heeft van deze ondergrondse stromingen.

Na dit technisch-theoretisch stuk in de opleiding, waarvan hier uiteraard slechts een klein gedeelte belicht is, volgt het sluitstuk van de opleiding in de vorm van gesuperviseerde groepstherapieën. Ten aanzien van de praktische uitvoering hiervan zou ik vooral willen benadrukken dat ook hier weer het werken met combinaties van groepstherapeuten (bijvoorbeeld twee stel cotherapeuten) aanbeveling verdient. De meeste supervisandi die in deze opstelling gewerkt hebben en die over vergelijkingsmateriaal met individuele supervisie beschikken, geven wat effectiviteit betreft de voorkeur aan gecombineerde supervisies.

Het is hier zeker de plaats om een relativerende kanttekening te maken bij het voorgaande. Als daarin namelijk de suggestie zou worden gewekt dat het 'leren' van groepspsychotherapie een eenmalig gebeuren is met een leerroute die loopt van leertherapie via technisch-theoretische cursussen en supervisies naar een groepspsychotherapieschap, dan komt dit niet overeen met mijn bedoeling. In een onlangs door hem gegeven seminar over supervisie vestigde de Amerikaanse hoogleraar in de psychiatrie, W. E. Powles, de aandacht op de

opvattingen omtrent de 'leerspiraal' van Eckstein en Wallerstein. Ik ben het van harte eens met zijn betoog, dat erop neerkwam dat de drie genoemde elementen, leersituatie, technisch-theoretische vorming en supervisie, telkens weer doorlopen moeten worden op een nieuw (hoger) niveau. Het leerproces is dan niet een rechte weg, maar een spiraal waarin deze drie elementen, niet in een vaste volgorde, maar op geleide van de gevoelde behoefte van de trainee meerdere malen aan de orde komen. In de loop van de tijd zal de complexiteit, de diepte en de breedte van de leersituaties groter worden. Deze uitwerking van de education permanente-gedachte, die afwijkt van de bij ons gebruikelijke gang van zaken — één eenmalige vastliggende leerroute met een 'logische' opbouw — verdient mijns inziens de aandacht van alle bij de opleiding betrokkenen.

Een ander aspect dat bij het denken over opleiding aandacht verdient is de specificiteit van de opleiding. In het hieraan voorafgaande heb ik onderstreept dat groepspsychotherapie een verzamelnaam is. Groepstherapeut worden is ook: de techniek vinden, de stijl vinden, waarin men zich het meest thuisvoelt, waarin men het meest effectief kan werken. Deze stijl zal meestal wel voor een deel samenvallen met een bepaalde methodiek uit de groepspsychotherapie, zeker als het gaat om de grote lijnen: directief versus nondirectief, actief versus afwachtend. In de details echter zal de grondmethodiek in de loop van de ontwikkeling van een therapeut steeds meer verworvenheden gaan bevatten, die ontleend zijn aan verschillende deelmethoeken, zodat op den duur een persoonlijke methodiek ont-

staat, die niet meer zuiver te benoemen valt. Om zichzelf dan toch ergens onder te brengen noemt een dergelijke therapeut zich eclecticisch, daarmee achter zijn persoonlijke stijl een 'school' suggererend. Hiermee doet de verwarrende consequentie zijn intree dat er, gezien deze 'school', ook een eclecticische opleiding zou moeten bestaan. Een opleiding waarbij de opleider datgene wat hij ervarend geïntegreerd heeft in die vorm, zijn uiteindelijke vorm, overdraagt. Mijs inziens is dit een onjuist en ondidactisch uitgangspunt. Om de gang naar een persoonlijke stijl te kunnen doormaken, moet men beginnen met zich over te geven aan, te passen in een geordende methodiek en die zo stipt mogelijk aan te houden. Pas aan de hand van deze vrijwillige structuur zullen de eigen grenzen en mogelijkheden in het kader van het therapeut zijn duidelijk worden. Doet men dit niet en voegt men telkens additionele technieken in tijdens het leerproces, dan zullen deze snel tot oogkleppen worden die voorkomen dat men de eigen grenzen te zien krijgt. Mijn voorkeur voor een initiële leersituatie gaat uit naar een methodiek die 'puur' is in die zin dat men daarin vooral leert werken met zichzelf als instrument, via verbale communicatie, tegen de achtergrond van een scherp gestructureerde wijze van observeren en interpreteren (bijvoorbeeld volgens Whitaker Lieberman). Pas in tweede instantie zou men zich moeten begeven in methodieken die meer actief ingrijpende technieken gebruiken. (Als illustratie noem ik hier de mededeling van een therapeut die in de Gestalt- en encountertherapie is opgeleid en die zich nu 'waagt' aan een meer groepsdynamisch georiënteerde groepstherapie. Deze komt tot zijn eigen verbazing tot de ontdekking dat hij in zijn opleiding nooit heeft gemerkt hoe bang hij is van de agressie van de groep; hij stelt vast dat hij die ontdekking vermeden heeft door met zijn techniek steeds one-up te blijven.)

Een dreigend misverstand zou ik hier toch nog even willen aanstippen. Het zou kunnen zijn dat de indruk gewekt is dat het produkt van een opleiding een perfect functionerende groepstherapeut zou moeten zijn, die de antwoorden weet op talloze situaties. Mijn bedoeling is dit niet. Ik zie de opleiding als een fase waarin men zich werkelijk bewust wordt van zijn mogelijkheden, realistisch leert zien wat men wel en niet kan en daarmee optimaal leert werken. Ik vind daarbij de confrontatie met de onmogelijkheden even belangrijk als de ontplooiing van de mogelijkheden. Wel meen ik dat veel verzet tegen opleiding voortkomt uit een onwil om zich bewust te worden juist van zijn grenzen. Men wil, uit angst voor aan-

tasting van troostende almachtsgevoelens, liever blijven geloven dat men alles kan.

Tenslotte de opleider: wat zijn de desiderata waaraan deze zou moeten beantwoorden. De opleider in de leertherapeutische fase van de opleiding moet in de eerste plaats therapeut zijn en wel een goed therapeut, want de weerstand om zich te begeven in de gebieden van de 'andere waarheden' is, zoals te verwachten is, groot bij mensen met een redelijk functionerend evenwicht. Het rationalistisch compromis – wel inzicht vermeerderen, maar dan door observeren in plaats van door ervaren – moet voortdurend ondermijnd en aangevochten worden. In een groep is dit moeilijker dan in een individuele situatie. Vooral als in een groep het angstniveau hoog is ten gevolge van gesignaleerde kans op compensatie bij een van de deelnemers. Er kunnen dan zeer sterke coalities en weerstandssassen ontstaan. Het blijkt in de praktijk soms nog nodig te zijn om de leersituatie in de groep in een tweede ronde (in een tweede lus van de spiraal) te doen volgen door een individuele leertherapeutische situatie.

In de technisch-theoretische leerfase dient de opleider, modelstaand met zijn eigen opvattingen en kennis over techniek en theorie, de trainee ruimte te bieden om verkenningen naar zijn eigen stijl te doen. De opleider moet een zodanige opstelling kunnen opbrengen dat hij de trainee dwingt tot een zich bewust realiseren wat hij doet en waarom, tegen de achtergrond van bestaande gestructureerde handelwijzen. Hij moet niet de behoefte hebben therapeuten naar zijn beeld te scheppen, maar moet hun de vrijheid bieden om naar hun eigen beeld te groeien. Uiteraard bevatten ook

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 4, 1978/2

Pieter Jongerius
Groepspsychotherapie
en opleiding

p 77

deze leersituaties door hun opbouw van ervaren naar cognitie leertherapeutische elementen. De hierdoor opgeroepen spanningen kunnen echter meestal niet ter plaatse uitgewerkt worden; daar is deze fase ook niet voor bedoeld. Combinatie met een leertherapeutische situatie werkt verwarrend. Aan te bevelen is daarom in deze gevallen een opvolgende tweede leertherapeutische situatie. Het zal duidelijk zijn dat het in dit kader aanbeveling verdient om technisch-theoretische scholing bij meer dan één opleider te volgen: dit vergroot het referentiekader.

Wat de supervisie betreft geldt ongeveer hetzelfde als voor het technisch-theoretisch gedeelte. Naast confronterend, feedback gevend, corrigerend moet de supervisor ook inspirerend, bemoedigend en zelfvertrouwen bevorderend zijn. Hij heeft in dit functioneren niet genoeg aan zijn intuïtieve, prereflexieve therapeutische begaafdheid of aan zijn vanzelfsprekend, op verwerkte kennis en ervaring berustend, adequaat interveniëren. Hij dient duidelijk te kunnen expliciteren wat hij zou doen en waarom. Dit vereist een analyserende attitude met een heldere probleemsignalering en een mogelijkheid om duidelijk en precies te formuleren. Goed superviseren is communicatiekunde. Een moeilijkheid waarmee iedere supervisor te maken krijgt, is de neiging van de supervisor om de aanwijzingen van zijn supervisor niet meer naar de geest maar naar de letter te gaan volgen, met voorbijgaan aan zowel de noodzaak van samenhang van zijn interventies met wat er actueel in de groep gebeurt, als van de noodzaak van samenhang van zijn interventies met zichzelf. Het dupliceren van de supervisor is een onvermijdelijke, doch onproductieve (want neutrische) fase in de supervisie relatie. Deze fase moet telkens weer snel en expliciet doorgewerkt worden, om de weg naar vrij functioneren voor de trainee vrij te houden. Een praktisch middel om de kans op slechte effecten van dergelijke overdrachtsverschijnselen zo veel mogelijk te voorkomen is het situeren van de supervisie vlak na een zitting en zeker niet vlak voor een volgende.

Als ik datgene wat ik nu over de opleiding van groepspsychotherapeuten heb neergeschreven nog eens overzie, dan overvalt me toch weer een onzekerheid. Is dit het nu? Heb ik wel het recht om vast te houden aan een gestructureerde opleiding, die tijd (en geld) kost en die daarnaast ook nog een duidelijke vooropleiding vooronderstelt? De vraag naar therapie is groot en talloze hulpverleners bieden aan die nood te lenigen. Er vinden therapeutische

groepszittingen plaats, geleid door mensen die niet aan al deze opleidingsvereisten voldoen. Zijn dat dan prutsers en beunhazen en zijn hun cliënten constant in gevaar? Zonder afbreuk te willen doen aan de 'singuliere gaven' (ik ging er immers zelf van uit dat er een dergelijk ongrijpbaar voorgegeven is), zou ik toch willen staande houden dat de krachten, die in een groep werken, zo groot en soms zo complex zijn, dat vakmanschap vereist is om ze werkzaam te maken en te houden. Als een groep aan zichzelf wordt overgelaten wordt deze óf tot een repeterend, in zichzelf ronddraaiend systeem of tot een escalierend, centrifugaal, explosief gebeuren. Beide verloopsvormen, het pas op de plaats maken (dat de deelnemers een zeer tevreden gevoel kan geven, zoals ook drugs dat doen) en de te snelle ontwikkeling (met zijn ons maar al te bekende 'ongelukken') dient de therapeut met zijn techniek te voorkomen. Een groepspsychotherapie is niet eenvoudiger dan een individuele therapie, al wordt dit nogal eens gesuggereerd door het gemak waarmee men links en rechts aan groepstherapieën begint. Wel blijft de falende groepspsychotherapeut meer buiten schot dan de falende individuele therapeut en mogelijk trekt deze zekerheid velen aan. Met stijgende verontrusting zie ik de voortgaande inflatie van het begrip groepspsychotherapie. Hoe groot de behoefte aan therapie ook mag zijn, nooit is het gerechtvaardigd om dan maar de kwaliteit te verlagen.

Als men de doelgroepen van groepsmatige benadering analyseert, dan ziet men in de sector van de psychotherapie: 'mensen die behandeling nodig hebben omdat ze zijn vastgelopen in de inadequate oplossingen van hun levensproblematiek'; in de sector van de groeigroe-

pen: 'mensen die hun leven willen verrijken of verdiepen (communicatie-oefeningen etc.); in de sector van de thema- of taakgerichte groepen; 'mensen die opheldering of oplossingen zoeken van een bepaald overeenkomend gezamenlijk probleem' (bijvoorbeeld alleenstaande vrouwen, gepensioneerde mannen). De laatste vormen zijn mijns inziens geen psychotherapie maar vormen van groepswerk. Groepspsychotherapeuten worden opgeleid voor de eerste vorm. Voor de twee andere vormen is wel een opleiding vereist die een aantal gelijksoortige elementen bevat. Het is echter niet nodig dat deze groepswerkers zo specifiek en zo diep in zichzelf 'duiken' als de groepspsychotherapeut. Een scherpe onderscheiding tussen de categorieën van groepsbenadering en duidelijke afspraken over de structurerende populatie van beide gebieden en over de grenzen zijn echter van het grootste belang. Een perspectief voor een dergelijke grensafbakening biedt de RIAGG. Binnen deze structuur kunnen de diverse soorten van groepsbenadering met elkaar aanvullend samenwerken. Als, zoals nu, de groepsbenadering gevangen zit in een aantal monopolies claimende, los van elkaar staande instituten, zal vaagheid en gebrek aan identiteit de groepstherapie blijven ondermijnen, zeer ten nadele van cliënten en therapeuten, terwijl de betalende instanties, zich beroepend op deze vaagheid, hun geld op zak houden of het besteden aan duidelijker doelen.

Samenvatting in enkele punten

1. Opleiding tot psychotherapeut bestaat niet; wel opleiding van psychotherapeuten.
2. Voor een succesvolle opleiding is het nodig, dat de opleider gelooft in de trainee en dat de trainee de opleider vertrouwt.
3. Het kennismakingsgesprek tussen opleider en trainee sondeert vooral naar deze basisgegevens.
4. Bij het aangaan van een opleidingsovereenkomst moet het de trainee duidelijk zijn, dat opleiding onmogelijk is, als de opleider niet op zijn 'persoonlijk terrein' mag komen.
5. Een expliciet contract tussen opleider en trainee over de grenzen van de bemoeienis, zou het gevoel van veiligheid bij de trainee kunnen vergroten, en dus het leerproces kunnen bevorderen.
6. De rol van de opleider verschilt per opleidingssituatie:
 - a. Bij de leertherapie gedraagt de opleider zich als therapeut en volgens de regels, die voor therapie gelden; 'overdracht' dient ver-

- duidelijkt (bewust gemaakt) te worden;
- b. bij de technisch-theoretische cursus gedraagt de opleider zich als leermeester-vader, de trainee dwingend tot bewust functioneren; 'overdracht' dient gebruikt te worden;
- c. bij de supervisie gedraagt de opleider zich als vriend-grote broer, de trainee helpend om optimaal te functioneren; 'overdracht' dient opgeruimd te worden.
7. Bij de opleiding van groepspsychotherapeuten is het van belang, dat de trainees stelselmatig in situaties gebracht worden, waar zij de groepswerking aan den lijve ondervinden; de pijn en de winst van het daarin inherente intimiteitsverlies zijn uitermate belangrijke ervaringsfeiten.
8. Training in psychotherapie is een spiraal.
9. Een training verloopt het meest efficiënt als het leerproces gaat van ervaren naar cognitieve en van 'sobere' methodieken naar meer 'eclectische', eigen vormgevingen.
10. Voor groepspsychotherapie is een 'complete' gestructureerde opleiding noodzakelijk.

*Dr. P. J. Jongerius, Halsterseweg 309,
Bergen op Zoom.*

Literatuur

Jongerius, dr. P. J., Samenwerken aan jezelf, *Ned. Tijdschr. v. Psychologie*, 1974, 29, 377-384.

Summary

Although the aptitude for (group)psychotherapy is partly a given quality, a thorough and complete training in relation to this specific technic is necessary. The didactic course (personal therapy, technical theoretical courses, supervision) and the model of the learning spiral are being discussed. Attention is also given to the role and

function of the trainer in the different phases of the training process. The advantages of an explicit contract between trainee and trainer, concerning goals and limits of the relation are emphasized. Preference should be given to working from an experiential towards a cognitive level and from simple technics towards more complex ones.

Tijdschrift
voor
Psychotherapie

Jaargang 4, 1978/2

Pieter Jongerius
Groepspsychotherapie
en opleiding

p 79

Groepsbehandeling in chronische crisissituaties*

DOOR DR. P. J. JONGERIUS

Ik ga u iets vertellen over groepsbehandeling in chronische crisissituaties, een contradictio in terminis die ik willens en wetens heb gekozen en waarmee ik in de context van deze cursus bedoel: groepsbehandeling van mensen die gevangen zitten in de problematiek van het ouder worden. Andere chronische crisissituaties, zoals bijvoorbeeld de huwelijksproblematiek, waarbij de groepsbehandeling ook meer en meer de behandelingswijze bij uitstek gaat worden, zal ik onbesproken laten. (Mogelijk dat de behandeling van dit soort problemen een aan te bevelen onderwerp vormt voor een volgende Boerhaave-cursus; de hantering van de problematiek in het huwelijk is namelijk een situatie waarin de arts zelf vaak zozeer met zichzelf wordt geconfronteerd en dus gehinderd, dat een bezinning hierop aanbeveling verdient).

Een crisis is een problematiekspiek, een culminatiepunt in reeds langer bestaande probleemsituaties, waarbij wordt gedacht aan acute noodtoestanden waarin direct hulp moet worden verleend door S.O.S.-diensten, crisisinterventiecentra, dag en nacht beschikbare S.P.D.'s, J.A.C.'s en J.O.S.'s.

Helaas wordt er te weinig aandacht gegeven aan de crisis die aan de crisissituatie voorafgaat of, wat nog fataler is, aan de crisis die niet leidt tot een „acting out”, maar die vastloopt in een chronische patstelling, in een herhaling van zetten: dus bijvoorbeeld het vastgelopen huwelijk met de omschrijving „sleur” of „uit elkaar groeien”, de vastgelopen relatieproblematiek met de omschrijving „eenzaamheid” en de vastgelopen werksituatie met de omschrijving „invaliditeit”. Drie situaties waarbij wij plegen te zeggen: zo is

het nu eenmaal en waarbij wij ons niet sterk aangesproken voelen in onze interventiedrang, — een drang overigens die, zoals men weet, vrij complex is gedetermineerd en die in zijn samenstelling grote delen schuldgevoel, angst en dit overcompenserende almachtsfantasieën bevat —.

Uit deze chronische noodsituaties met een verstarde oplossingspatroon, zonder pieken, zou ik vooral op de laatste categorie, die van de vastgelopen werksituatie, de aandacht willen vestigen. Uiteraard zullen wij dan tot de conclusie komen dat deze situatie niet los is te zien van vastgelopen huwelijks- en relatiesituaties. Om een duidelijk beeld te krijgen is echter isolatie van deze problematiek nodig.

Ik hoop hiermee interesse te wekken voor een benaderingsvorm van deze uiterst moeilijke patiënten, die niet alleen nieuwe perspectieven opent in vastgelopen zaken, maar die de behandelaar tevens de mogelijkheid verschaft om, ondanks zijn eigen irritaties en frustraties, tot een werkelijk bezig zijn met de patiënten te geraken. Het lijkt mij toe dat de hier te beschrijven benadering van de patiënt, binnen het gezichtsveld en de mogelijkheden van de niet-psychiater ligt.

Ter inleiding een beschrijving van de groei van en de resultaten met deze behandelingsmethode die wij — Bramlage, Hubert en auteur — nu sinds drie jaren aan ons poliklinisch pakket hebben toegevoegd. Met „ons” bedoel ik het psychotherapeutisch centrum „De Viersprong”, een psychotherapeutische eenheid met twee afdelingen voor klinische psychotherapie — één voor veertig adolescenten van dertien tot negentien jaar en één voor zestig mensen van negentien jaar en ouder — en een grote afdeling voor ambulante psychotherapie.

Het bleek dat een categorie patiën-

ten in het ons ter behandeling aangeboden contingent voorkwam, waar wij telkens geen raad mee wisten en die wij of niet geschikt achtten voor individuele- en groepspsychotherapie, of bij wie wij die toch toepasten om vervolgens vast te lopen in eindeloze behandelingen. Wij vatten deze groep samen als „mensen met problematiek van de dalende levenslijn.”

Deze ruime omschrijving omvat al degenen bij wie de inperking van „mogelijkheden tot vormgeving aan het bestaan” tengevolge van het ouder worden aanleiding vormt tot decompensatie. Om een beeld te geven van de problematiek waar het hier om gaat noem ik een aantal patiënten met hun situaties die in de afgelopen jaren door ons zijn behandeld:

Man, 53 jaar, veecastreerder (illegaal): corfobie, carcinofobie; decompensatie door strengere controle van de Inspectie Veeartsenijkunde; waardeproblematiek en angst voor discontinuïteit van het bestaan; verdrongen agressie;

Man, 50 jaar, administrateur: schrijfkrimp, ontstaan door veranderingen en bedreiging binnen de werksituatie, angst voor ontslag, doch is juist bevorderd (+ personeelsvermindering); agressieproblemen;

Man, 48 jaar, kleermaker: werkt sinds twee jaar niet, sinds tien jaar evenwichtsstoornissen + zwerfneigingen; homofiele problematiek (nooit uitgesproken), eenzaamheid; ziet de zin van het bestaan steeds minder;

Man, 50 jaar, directeur School voor Hoger Beroepsonderwijs: depressie, waardeproblematiek, kan de nieuwe structuur en trends in het onderwijs niet aan;

Man, 50 jaar, hoofd gemeentelijke sociale dienst: hoofdpijn, gevoel van afnemen van capaciteiten; agressieproblematiek binnen de werksituatie (lastige mensen);

Man, 54 jaar, emailleur: hoge bloeddruk, gevoel van waardeloosheid en zinloosheid van het bestaan sinds ontslag bij opheffing van het bedrijf (in de W.W.);

* Inleiding gehouden tijdens de Boerhaave-cursus medische psychologie oktober 1973 te Leiden.

Man, 43 jaar, assistent bedrijfsleider: depressie na hartinfarct; waardeproblematiek;

Man, 52 jaar, schipper sportvisserij: I.A.O., nek- en hoofdpijnen, depressies; machinist op de grote vaart met K.Z.-indroom op basis van mislukking in het bestaan;

Man, 48 jaar, uitvoerder: in ziektewet, afgestaan vallen na wisseling van directie het bedrijf waar hij altijd 150 procent werk leverde;

Man, 54 jaar, chemisch ingenieur: oedeemvallen en tomeloze agressie op basis van minderwaardigheidsgevoelens, hartinfarct; gaat zo niet langer op het werk en thuis;

Man, 50 jaar, journalist: diepe depressie met suïcideneigingen na conflict met collega; problematiek rond falen in ligieuze loopbaan en falen als verzetsrijder; overcompensatie in werk lukt niet meer; existentiële crisis;

Man, 72 jaar, gepensioneerd ambtenaar: astmatische benauwdheid, decompensatie van angst voor de dood en twijfel aan de zin van het bestaan na to ongeval;

Vrouw, 61 jaar, huisvrouw: fobieën na uithuisgaan van de kinderen die haar huwelijk nog enige zin verleenden;

Vrouw, 47 jaar, huisvrouw-onderwijzeres: depressies, herhaaldelijk zonder resultaat behandeld; ziet haar kans op persoonlijke bevrediging steeds kleiner worden;

Vrouw, 68 jaar, weduwe: recidiverende depressies na dood van de man; veragde rouwproces bij passief afhankelijkte vrouw;

Vrouw, 45 jaar, verpleegster: ongewild; depressie nadat haar broer, voor het gezin zij zorgde, hertrouwde; probleem van de gemiste kansen, seksuele problemen;

Vrouw, 57 jaar, geen beroep: ongewild; chronische conversies en depressie; zeer neurotische binding met overleden, ongehuwde broer met wie zij samenwoont.

Een scala van mogelijkheden: mensen die men maar al te goed kent in de dagelijkse praktijk, mensen die voortaan tot de lastigen, de pro-empatiënten worden gerekend. Uit behandeling van andere pro-empatiënten, bijvoorbeeld de ver-

slavingspatiënten, bij wie de individuele behandeling vaak vastloopt in een onhanteerbare gevechtssituatie, waarbij de behandelde en de behandelaar elkaar te slim af trachten te zijn, weten wij dat terugstappen van de therapeut uit zo'n situatie vaak heilzaam werkt. Aanbieden van een groep lotgenoten als behandelaars biedt hier dikwijls onverwachte mogelijkheden: de A.A. en experimenten als de Synanon-gemeenschap of Day Top Village zijn hiervan sprekende voorbeelden.

Wij besloten naar analogie daarvan tot een gelijksoortig experiment met de hiervoor beschreven categorie patiënten. Het was van het begin af aan duidelijk dat het niet zou gaan om een ontdekkende groepspsychotherapie in de orthodoxe zin des woords. De doelstellingen van deze groepsbehandelingen konden niet zijn gelegen in een „via confrontatie zoeken naar diepere psychodynamiek” om „via inzicht en corrective emotional experiences” tot een fundamenteel nieuwe uitgangstelling in het bestaan te komen. Daarvoor zijn deze patiënten te zeer verward in hun bestaanswijze. Veeleer was het de bedoeling in deze groepen gezamenlijk de huidige situatie te analyseren en tot het ontdekken van nieuwe perspectieven te komen, uitgaande van dezelfde grondgegevens die tot het vastlopen hebben geleid. Dus wel analyseren en ontdekken, maar dan in meer agogische sfeer. Zinverlening en het ontdekken van nieuwe waarden zouden de pijlers moeten vormen van deze behandeling van de ouder wordende mens.

Het beste kan het proces worden geschilderd aan de hand van de ervaringen van een van de groepsleden.

Een negenenveertigjarige monteur, gehuwd met een zes jaar oudere verpleegster, dochter van een academicus, van wie hij herhaaldelijk vermeldt dat zij op een psychiatrische afdeling werkt en dus verstand heeft van zulk soort patiënten als hij, is op het moment van verwijzing reeds twee jaar onder behandeling van een zenuwarts die onder meer schrijft: „S. is enig kind; zijn vader die concierge was, overleed vlak na de oorlog en hij bleef alleen achter met zijn zeer energieke en nogal heersende moeder. Er

ontstond een zeer sterke neurotische binding tussen patiënt en zijn moeder. Hij volgde een opleiding tot monteur en wist zich een behoorlijke positie te verwerven, maar had nogal eens moeilijkheden met zijn werkgevers. Hij kwam, tenminste dat heb ik uit de verhalen begrepen, niet openlijk met hen in conflict maar wekte blijkbaar toch vaak hun agressie op. Toen hij trouwde met een vrouw die als verpleegster indertijd bij zijn moeder kamers had gehuurd, ontstond een zeer moeilijke vijandige verhouding tussen zijn vrouw en zijn moeder, waarschijnlijk mede tengevolge van het feit dat beider karakter duidelijke overeenkomsten vertoonde.

Ik meen dat de geschetste constellatie van patiënt's jeugd en huwelijksleven ertoe heeft geleid dat zijn instorting ten slotte een feit werd. Hij maakt in eerste instantie een dermate overspannen indruk op mij dat een doorbreking van de status quo mij noodzakelijk voorkwam; er kon worden geregeld dat patiënt enige weken bij vrienden ging logeren. Ik gaf hem als medicatie 5 mg diazepam (valium) driemaal daags.

Nadat hij weer was thuis gekomen was hij duidelijk rustiger. Hoewel ik daartoe pogingen in het werk stelde, bleek een echte psychotherapie bij patiënt toch niet mogelijk; de problematiek werd door patiënt verdoezeld en naarmate zijn aanpassing aan de realiteit weer verbeterde, geheel verdrongen. Hij gooide het geheel op de moeilijkheden in zijn werk en daar deze er inderdaad waren, kon hij zijn agressiviteit daar geheel op uitleven.

Patiënt bleef nog geruime tijd thuis; de kinderen werden, omdat het vakantie was, een tijdje van hem weggehouden en zo kon hij langzamerhand met behulp van de diazepam en de daarbij gevoegde trimeprimine 25 mg (surmontil), een- tot driemaal daags, geheel tot rust komen.

De verhouding met zijn vrouw en kinderen verbeterde en na enige tijd gebruikte hij praktisch geen medicijnen meer. Daarna ging het lange tijd tamelijk goed met hem. Hij kon zonder tabletten goed slapen, hoewel hij nog steeds rugklachten hield waarvoor hij een orthopedisch corset droeg.

In januari 1973 werd hij psychologisch getest, waaruit hij naar voren komt als een man met een hoog streefniveau op de bodem van sterke insufficiëntiegevoelens; forse geldingsdrang en angst om miskend en gepasseerd te worden. Hierin is hij zeer kwetsbaar. Voorts is er sprake van een zwakke integratie.

Ik zag hem niet meer tot 20 juli 1973. Hij werkte op de Sociale Werkplaats, waar hij eerst met plezier naar toe ging, maar ongeveer zes weken voor hij weer bij mij kwam, had hij toch weer een inzinking. Hij kon niet meer slapen, zich niet ontspannen, en ook zijn werk niet

meer doen. Wel zou hij van alles willen maar er kwam niets uit. Vanaf die dag kwam hij weer vrij frequent bij mij terug.

Thuis waren er ook weer wat problemen. Volgens hem houdt zijn vrouw niet van het huishouden terwijl hij juist erg netjes is; hierdoor waren botsingen ontstaan. Van de kinderen kon hij ook niets verdragen. Zijn moeder was na veel gepraat nu toch naar een bejaardentehuis gegaan. Het laatst schreef ik hem drie maal daags 10 mg librium voor en voor de nacht een tablet cyclobarbital. Van deze medicatie sliep patiënt veel en hij leefde erg labiel.

Op 7 augustus 1973 kwam hij weer bij mij. De week tevoren was hij tweemaal gecollabeerd; hij voelde zich moe en ongelukkig, was angstig wanneer hij alleen thuis is. Ik durf eigenlijk niet liever op de zaak in te gaan, omdat ik bang ben dat hij in een desintegratie-toestand zal geraken. Gaarne uw oordeel of patiënt voor een eventuele opname in aanmerking komt.

Wij concludeerden dat wij hier met een psychasthene man hadden te maken, die door overcompensatie aan zijn insufficiëntiegevoelens altijd op zijn tenen liep en nu, deels door zijn somatisch lijden, deels onder druk van de situatieproblematiek was gedecompenseerd. Opname in ons centrum met zijn confronterende en ontdekkende sfeer was zelfs gecontraïndiceerd. De aangewezen behandeling leek ons een poliklinische roepspsychotherapie in een groep van ongeveer dezelfde leeftijd en problematiek.

Naar aanleiding van dit advies omtrent — na een inleidend gesprek — deze man, die als een gewichtig boeiende, lichtelijk onechte, gespannen man kan worden beschreven, die in een vrijwel ononderbroken monoloog uitzettend veel vertelt in een standaardtaal die vaak grammaticaal juist is, maar zeer deftig aandoet (lenk aan de suppoost Crooswijk) voor het eerst in de groep. De groep bestaat uit zes tot acht personen van hetzelfde geslacht en in leeftijd variërend van veertig tot zestig jaren, die regelmatig bij elkaar komen voor een uur en een kwartier. De groep draagt een open karakter, dat wil zeggen dat mensen afgaan en mensen bijkomen, dat er dus telkens oude en nieuwe groepsleden zijn. Als enige

regel voor deze groep geldt, dat hetgeen dat in de groep wordt besproken binnen deze muren blijft. Andere gebruikelijke groepsregels, zoals bijvoorbeeld elkaar buiten de groep niet ontmoeten, zijn er niet. De achtergrond hiervan is dat wij deze groep meer beschouwen als een ontmoetingsplaats, als een sociëteit, voor mensen die elkaar ook buiten deze sessies wel wat te vertellen en te bieden hebben. De patiënt moet zich in deze groep thuis voelen, opdat hij uit de sfeer van oorlogvoering en verzet tegen de maatschappij en de medische autoriteiten, in een kring van elkaar begrippeende gelijkgestemden komt, die hij kan vertrouwen.

Als wij hem verder volgen, zien wij hoe hij zich in de eerste zitting schrapzet, zoals hij dat gewend is. Zij zullen wel proberen hem zijn vaste nesteling in de invaliditeit te ontnemen, zij zullen hem wel niet geloven en zij zullen hem wel slap en een profiteur vinden. Hij opent met zijn gebruikelijke monoloog: een scheldpartij op de maatschappij en de onrechtvaardigheden daarvan. Hij wordt beleefd aangehoord, hoewel de oplettende toeschouwer reeds glimlachjes op de gezichten van de groepsleden ziet. Een spel ontwikkelt zich: men „voert” hem en laat hem zich steeds dieper vastdraaien in de eigen, gekoesterde situatieschets. Dan ontstaat geleidelijk aan een interactie tussen hem en de rest van de groep, zich ontwikkelend van welwillend terechtwijzend tot haarscherp en keihard analyserend reageren op zijn presentatie. Zij kennen en herkennen hem als een van hen; zij zijn best bereid hem op te nemen, maar dan moet hij zich bereid tonen eerlijk tegenover zichzelf te gaan staan en de oorzaak van zijn huidige situatie niet bij anderen, maar bij zichzelf te zoeken. De man, die zich herhaaldelijk tracht vast te houden aan het vertrouwde patroon van de hopeloze strijd tegen de harteloze en onbegrippe deskundige (arts), krijgt te horen dat hij dit vooral moet opgeven, daar de dokter toch niets adviseert en dat zij het uitsluitend met

elkaar zullen moeten uitzoeken, zodat hij plotseling zonder zijn geliefde tegenspeler komt te staan. Dit gaat zelfs zo ver dat de groep vóór en ná de groepszitting even hard werkt als tijdens de groepszitting en dat zij in de vakanties van de therapie zonder hem doorgaan. De andere grondhouding die het gevolg is van deze verschuiving in het benaderingspatroon vormt een eerste stap om in een nieuwe verhouding te komen tot het dagelijks bestaan.

Als gemeenschappelijke themata worden in deze groep doorgaans de volgende stellingen ontmanteld:

- de 100 procent houding: iedereen die zich minder dan 100 procent inzet is waardeloos en een klaploper;
- het teleurgesteld zijn in de medemens: iedereen beduvelt je;
- strijden tegen het onrecht: het niet kunnen verdragen van onrechtvaardigheden;
- waarde is afhankelijk van prestatie: wie niets presteert is niets waard;
- niemand waardeert het als je je best doet, maar fouten zien zij haarscherp;
- ik ben niet geworden wat ik had moeten en kunnen worden;
- nauwgezetheid, plichtsgetrouwheid en eerbij zijn de steunpilaren van het maatschappelijk functioneren.

Kortom een groot aantal variaties op het Adlerse stramien, het stramien van de meer- en minderwaardigheidsgevoelens.

Hoewel het mogelijk paradoxaal aandoet, zou men kunnen zeggen dat de eerste werking van de groep de renteneurotische houding bevordert; zij ontdoet de patiënt van zijn schijngevecht tegen zijn symptomen, onthult zijn belang bij het ziek-zijn en spoort hem aan toe te geven dat hij bang is dat hij niet zal voldoen aan de eisen van de samenleving, die zijn eigen eisen zijn; dat hij zichzelf de zweep oplegt vanuit afhankelijkheid

opzichte van de autoriteiten en dit weer leidt tot agressievering in werk- en huwelijks-situaties. Als hij deze zaken erkent, wordt hem geadviseerd dat hij dan maar eens passief moet durven zijn van de beschermende W.A.O. en andere sociale voorzieningen moet kunnen genieten zonder smoes (voorwendsel). Deze boodschap die de patiënt tracht los te weken uit de estatiemaatschappij waarin hij is ingeklopen, omdat hij erin geloofde, wordt soms ondersteund door ontspanningsoefeningen. Pas als de patiënt de krampachtige rechtvaardigingshouding heeft laten varen en erft te doen waarin hij zin heeft, staat er weer ruimte voor een nieuw intreden in de maatschappij, maar nu met een vrijere, er op ervaring gerichte instelling, „ijzer” zou men kunnen zeggen.

Tijdens dit proces komt het uiterst nogal eens voor dat men lang borgen angsten en existentiële crisissituaties temidden van deze verwuilde groep eindelijk eens kan zien, een cathartisch gebeuren dat een van mijn patiënten, een leuras, aanleiding was tot het schrijven van een complete roman over zijn leven, die circuleerde onder de groepsleden.

Uitmiddels veranderde onze patiënt onder invloed van deze processen in een querulatorische, bijna niet te dragen betweter in een redelijk empathische man die inzag dat zijn statiedrang hem niet alleen tot afbouw op zijn eigen vitaliteit, maar ook tot verwaarlozing van zijn relatie met zijn vrouw en kinderen had gebracht. Wat zijn werk betrof kwam hij via vaststelling van maximale invaliditeit en via omscholing tot een ander beroep.

En door de groep gecoached gek in twee etappes met zijn zoon, veranderde de situatie met zijn kinderen. Wat betreft de relatie met zijn vrouw werd het hem allengs duidelijk dat hij haar misbruikte als verpleegster en dat hij hem dat tegelijkertijd van haat en haar vervulde. Teneinde tot een

ontmoeting op gelijk niveau te komen werd, toen zijn vrouw ook om begeleiding vroeg, door en met de groep besloten dat beiden zouden deelnemen aan een echtparengroep, hetgeen nog op het programma staat.

Nu iets over de rol van de therapeut in de groep. Welke rol speelt hij? In deze groep is dat — in tegenstelling tot een aantal andere psychotherapeutische situaties — een redelijk eenvoudige en bevredigende. De therapeut kan zich beperken tot het verhelderen van hetgeen tussen de groepsleden plaatsvindt, terwijl het eigenlijke werk door hen zelf wordt gedaan. Daar de groep agogisch, re-educatief van karakter is, dat wil zeggen een groep waarin je wat leert, kan de therapeut als hij intervenieert meer direct en actief zijn, meer mede- en samenwerker zijn dan in een gewone groep. Hij is hier meer dirigent, dan „participant observer”. Zijn opmerkingen zijn meer structurerend dan spiegelend. Dit alles houdt in dat dit soort groepen een minder specifiek psychotherapeutische houding en opleiding vereisen dan de doorsneegroepen en dat zij enigszins met casework zijn te vergelijken, zij het dan in het meer-voud.

Vanuit dit gegeven meen ik dat dergelijke groepen mensen in de dalende levenslijn, in beginsel ook kunnen worden begeleid door bijvoorbeeld maatschappelijk werkers met ervaring en training in groeps-hantering, samen met een arts die iets voor deze richting voelt (de arts is nodig in deze groepen vanwege de vaak aanwezige somatisering en het feit dat daarover met enige zekerheid moet kunnen worden gesproken, bijvoorbeeld als men samen met de groep rigoreus in een waslijst van onnodige medicatie hakt). Ik denk in dit verband in de eerste plaats aan revalidatieafdelingen, verpleeg- en rusttehuizen en zelfs aan de huisartspraktijk als men er daar de tijd voor zou hebben (groepspraktijk met een psychiatrisch geïnteresseerde arts).

De resultaten die met deze groepen zijn behaald, zijn tot nu toe goed te

noemen. Het is voor een groot deel van de groepsleden al een diep ingrijpende ervaring dat zij niet alleen staan; voor sommigen is dit zelfs de eerste keer dat zij zich tussen mensen voelen die zij vertrouwen. Maar hier ligt tevens het gevaar van dit soort groepen: voor een aantal mensen is de beleving van een zo intensieve aard dat zij de groepsbijeenkomsten als een bezoek aan een tankstation voor de volgende week gaan voelen; dit geldt bijvoorbeeld in het bijzonder voor de vereenzaamden.

Een goede oplossing voor dit probleem hebben wij nog niet. Het stellen van een limiet aan de deelnemingsduur lijkt ons in het kader van een groep niet de aangewezen weg. Voorlopig hebben wij het plan op onze polikliniek een ruimte ter beschikking te stellen voor groepsleden die willen doorgaan met elkaar te zien. Een therapeut is hierbij niet aanwezig, maar men zou zo nodig een groepswerker kunnen vragen er eens bij te komen; ervaring met deze opzet hebben wij nog niet.

Tenslotte enkele cijfers: Sinds 1971 zijn ongeveer vijftig patiënten in deze groep in behandeling geweest; allen mensen die anders zeker niet voor behandeling op onze polikliniek in aanmerking waren gekomen, omdat de gegevens hen voor psychotherapie in engere zin ongeschikt maakten. Men zou bij deze mensen kunnen zeggen: zij zijn al opgegeven, dus elk resultaat is meegenomen. Op een totaal van vijftig patiënten zijn vierendertig patiënten verbeterd tot sterk verbeterd en zestien gelijk gebleven tot verslechterd, een verbetering dus van twee op een.

Ik zou het bij deze introducerende beschrijving van deze groep willen laten. Ik hoop dat zij u aan het denken heeft gezet over nieuwe mogelijkheden op het gebied van een categorie patiënten die over het algemeen als therapie-resistent wordt beschouwd.

Workshop over groepsgewijze behandeling

De werkgroep „Groepsgewijze Behandeling in de huisartspraktijk” heeft op 6 oktober 1978 een workshop in Scheveningen georganiseerd. Deze gezamenlijke N.H.G.-N.H.I.-activiteit, had ten doel: het bepalen van de betekenis van het werken met groepen in de eerste lijn op basis van de daarmee opgedane ervaringen, en het bespreken van de vraag in welke lijn van de gezondheidszorg het werken met groepen thuishoort. C. P. Bruins en C. Wachters-aufmann brengen namens de werkgroep verslag uit.

het woord kwamen vertegenwoordig-

nenwerkingsverbanden (Brielle, s Medisch Centrum in Eindhoven en ijk);

zondheidscentra (Noordwijk Want- Rotterdam Mathenesserlaan en rdam Ommoord); rthuiswerk (Amsterdam Postjeska- otterdam Wijkwelzijnscentrum Afri- lervijk en Utrecht gezondheids- l Oudwijk);

enslotte een huisarts, die sprak over ictionele analyse en een gezond- oorlichting en -opvoedingscon- e van de Vereniging Interkruis Zuid- id.

anwezigen hadden van te voren een atiemap ontvangen, waarin de ver- i waren opgenomen van de ervarin- an de verschillende sprekers. Deze atie had betrekking op verschillen- pecten van de problematiek rond ggewijze behandeling, zoals ont- waarom, type probleem, doel, se- begeleiding, methodiek en resul-

s de ochtendzitting gaven de spre- en toelichting op hun verslag, waar- cussie volgde, die zich vooral toe- op de manier van selecteren en de ten van werken.

actie varieerde van een vrij strenge e op motivatie, bij elkaar passen, nstig ziek zijn, tot „in het geheel selectie. Dit laatste gebeurde dan oepen in de krant, aankondigingen achtkamer of in het buurthuis. In val bleek de patiënt zelf op de ge- te zijn gekomen om een groep te

este groepen waren probleem- begonnen; later werd het probleem der belangrijk en werd het accent op het hebben van psychosociale n. Het opnemen van ernstig zieke

patiënten in de groep wordt minder aan- bevolen. Een groep kwam met een voor- beeld van een patiënte bij wie tijdens de periode van de groepssessies een car- cinoom werd ontdekt. Dit heeft het verloop van de groep sterk beïnvloed. Het bleek dat vele vrouwen door de huisartsen ge- selecteerd werden. Er waren homogene en heterogene groepen met betrekking tot de ernst van de problemen.

Een indeling in *gezondheidsvoorlichting* en *-opvoedings-*, *ondersteunings-* en *therapiegroepen* blijkt handzaam. In on- dersteuningsgroepen wordt vooral ge- bruik gemaakt van de groepsdynamische processen, waarbij elk groepslid een bij- drage levert en de discussieleider het groepsproces volgt en steunt. Dit kan goed door non- of semiprofessionals ge- daan worden.

De therapiegroepen gaan in de richting van groepstherapie; voor het leiden hier- van is meer professionele deskundigheid nodig. De G.V.O.-groepen zijn preventief en voorlichtend gericht en gaan in de rich- ting van „self help groups”. Vooral de G.V.O.- en ondersteuningsgroepen zijn bij uitstek geschikt voor de eerste lijn. Er werd over verschillende methoden informatie uitgewisseld.

Als een team (meestal een huisarts met een maatschappelijk werk(st)er of een fy- siotherapeut of een psycholoog) met het begeleiden van een groep begon, werd er vaak erg gestructureerd gewerkt; na- mate het team meer ervaring kreeg, kon- de gespreksleider zich vrijer opstellen.

De eerste drie bijeenkomsten werden nogal eens gebruikt voor het op gang brengen van het groepsproces door mid- del van rollenspellen, ontspanningsoe- feningen enzovoort; daarna werd meer in- gegaan op het omgaan met problemen, de relatie lichaam/geest enzovoort.

De fysiotherapeuten bleken een heel ar- senaal van ontspanningsoefeningen te

hebben. Er is onder hen een groeiend aantal dat met oefeningen en gesprek gaat werken in groepen.

Een solohuisarts sloot te voren een con- tract met de patiënt/cliënt af, een ander liet de patiënt te voren een verslag schrij- ven over de zaken waaraan hij zou willen werken.

Opgemerkt werd dat het werken met groe- pen bij voorkeur vanuit een samen- werkingsverband dient te geschieden; feed back is namelijk erg belangrijk.

Volgens de sprekers verdiende het aan- beveling dat de huisarts, ook bij een ge- richte selectie van de patiënten, alleen een groep startte, indien hij daarmee reeds ervaring had opgedaan of op zijn minst zelf in een groep had gezeten. In dat verband werd het echter niet noodzakelijk geacht dat de huisarts zelf al een groep had begeleid. Voor sommigen huisartsen bleek de rolverandering van individuele behandeling naar groepsbehandeling overigens niet mee te vallen.

's Middags werd gesproken over de plaats van het werken met groepen: 0e, 1e of 2e lijn? Het woord werd gegeven aan de drie gastsprekers. R. Grol van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut vertelde over de groepsgewijze behandeling naar aanleiding van het onderzoek, Preventie van somatische fixatie. In dat project wordt geëxperimenteerd met een cursuspro- gramma voor toekomstige huisartsen om hem het risico van somatische fixatie vroegtijdig te leren signaleren en in goede banen te leiden. Daarnaast wordt getracht somatische fixatie te voorkomen via groepsgerichte activiteiten voor patiënten. M. Bremer-Schulte deed verslag van haar ervaringen met non-professionals. Zij pleitte ervoor om bij de begeleiding van groepen gebruik te maken van duo's van zowel professionele als ook non-profes- sionele krachten op basis van ervarings- deskundigheid, vooral bij chronisch zie- ken en gehandicapten.

P. Jongerius, psychiater, lichtte de groepspsychotherapeutische aspecten van groepsgewijze behandeling toe met behulp van twee door hem geschreven ar- tikelen. Hij benadrukte de gedeelde des- kundigheid en gedeelde verantwoor- delijkheid tussen arts en patiënt. Hij vond dat gezinstherapie plaats moet hebben in de eerste lijn. Hij maakt een onderscheid tussen ambachtelijke psychotherapie (tweede lijn) en een psychotherapeutische grondhouding (eerste lijn). Belangrijk vond hij ook dat degenen die met groepen in de eerste lijn werken supervisie krijgen. Er werd geen duidelijke voorkeur uitge- sproken over de plaats van het werken met groepen.

Er bleef geen tijd over om nog iets te be-

spreken over de financiering en de opleiding van groepswerkers.

Bij de evaluatie bleek dat allen zeer enthousiast waren over de dag. Wel werd door enkele aanwezige cliënten de kanttekening geplaatst dat de bijeenkomst voor hulpverleners en niet voor hulpvragers was georganiseerd. Dit leidde tot het besluit om de volgende maal ook patiënten die in een groep hebben gezeten of zelf een groep hebben geleid, uit te nodigen.

Begin maart 1979 zal er opnieuw een bijeenkomst over groepsgewijze behandeling worden gehouden, waarbij voor een meer gedetailleerde benadering van de problematiek zal worden gekozen. Op deze bijeenkomst zal een „markt” met stands worden ingericht, waarbij elke stand zal zijn toegespitst op één specifiek onderdeel van de problematiek. Voor deze dag zullen ook patiënten worden uitgenodigd, alsmede enkele ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid.

Voor najaar 1979 staat er een „Landdag” op het programma ter stimulering en verbreiding van het werken met groepen in de eerste lijn. De werkgroep en haar bijeenkomsten staan open voor eenieder die met groepen in de eerste lijn werkt.

Als u belangstelling heeft, kunt u uw naam en adres doorgeven aan het N.H.I., Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030-319946 of aan het N.H.G., Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741. U wordt dan op de hoogte gehouden van de data en de vergaderplaatsen.