

HET GEBRUIK VAN VERSCHILLENDE GENEESWIJZEN
IN EEN GEZONDHEIDSCENTRUM.

Ademhaling
Ontspanning
Aku punktuur
Manuele therapie

Scriptie Huisartsgeneeskunde
naar aanleiding van een stage
in het Gezondheidscentrum Helmersstraat
in juni 1976.

Jan van Dixhoorn
kromboomssloot 8b
amsterdam

INHOUD.

Hoofdstuk 1	: Inleiding: verwarring aan het einde van de medische vorming	pag.1
Hoofdstuk 2	Werken in een gezondheidscentrum	pag.5
	2.1 hoe het begon en wat er veranderde	
	2.2 De samenwerking	
	2.3 Wat ik zelf zou willen	
	2.4 De psychosociale aanpak	
	2.5 Konklusie	
	2.6 Literatuur	
	2.7 noot: het reddingsspel	
Hoofdstuk 3	Therapieën	pag.16
	3.1 De keus van vier methodes	
	3.2 Ontspanning	
	3.3 Ademhaling	
	3.4 Manuele therapie	
	3.5 Akupunctuur	
	3.6 Tot besluit: algemene therapie	
	3.7 Literatuur	
Hoofdstuk 4	Patienten	pag. 24
	4.1 Zes patienten	
	4.2 De psychosociale en de andere benaderingen: voor- en nadelen	
	4.3 Literatuur	
Hoofdstuk 5	Over twee soorten kontakt in de hulpverlening	
	5.1 kontakt-in-de-tijd: begeleiden	pag.30
	5.2 lichamenlijk kontakt: aanraken	
	5.3 Literatuur	

Hoofdstuk 6 Een plattegrond van therapeutische wegen pag 37

6.1 Voorwaarden

6.2 Hinderpalen onderweg

6.3 Aanbevelingen voor de opleiding

6.4 Literatuur

Hoofdstuk 1

Inleiding: verwarring aan het einde van de medische vorming.

Dit is het verslag van twee weken ko-schap huisartsgeneeskunde, dat ik doorbracht in het Gezondheidscentrum Helmersstraat. In het Centrum zijn drie artsen, twee praktijk-assistenten in dienst en er werken een psycholoog, half-time, en een wijkverpleegkundige. In mijn tijd was de maatschappelijk werkster met zwangerschapsverlof. Het is een experimenteel centrum, dat hoort bij het Instituut voor Huisartsgeneeskunde en het wordt geëxploiteerd (= gesubsidieerd) door het Wilhelmina Gasthuis. Het bestaat sinds 1972.

Ik heb het gevoel dat ik op het centrum een goede indruk heb gekregen van "eerstelijnsproblematiek" en minder van de typische huisartsgeneeskunde, van de solo-arts. De wijkverpleegkundige, de assistenten en de psycholoog hebben ieder hun eigen werk en hun benadering beïnvloedt ook de houding van de artsen. Deze laatsten nemen minstens 10 minuten per patiënt op het spreekuur. Ze hebben zoveel aandacht voor de mensen, dat zij nauwelijks meer "gewone" huisartsen zijn.

Ik vermoed dat hier de achtergrond van de medische klacht, nl. het dagelijks leven van de mensen sterker naar voren komt dan het geval is in de gewone huisartspraktijk. In ieder geval maken de stroom van vrij intensieve persoonlijke contacten en de huisbezoeken vooral zo'n indruk op mij omdat in het ziekenhuis deze achtergrond vaak ontbreekt.

Het verschil tussen ziekenhuis en eerste lijn zit, meen ik, in de "strikt-medische" aanpak. Eenmaal opgenomen, ligt er een patiënt in bed aan wie iets gedaan moet en kan worden en bij wie een diagnose is gesteld. Het programma voor het vaststellen van de definitieve diagnose is in principe voorhanden. In de eerste lijn, ofwel "thuis" zijn er voorlopige diagnoses en valt er medisch vaak weinig te doen.

Mijn voornaamste ervaring van deze twee weken is eigenlijk dat de medische vorming, de dadendrang en het therapeutisch optimisme die ik uit het ziekenhuis meenam als sneeuw voor de zon wegsmolten en mij nogal onthand, hulpeloos en vermoeid achterlieten. Gelukkig besta ik niet alleen in de hoedanigheid van hulpverlener en is het leuk om gewoon met mensen om te gaan. Toch komen mensen met een vraag! Ik kan mij daarom voorstellen dat veel artsen terugschrikken voor de vloed van "onoplosbare" problemen en de wijk

nemen naar de vluchtheuvel van een vakgebied, oftewel: specialisme.

Mensen met vage klachten, met levensmoeilijkheden, met een slechte woon- en werksituatie, met "echte" ziekten die echter niet verwerkt zijn (diabetes! psoriasis!), verslaafden, psychiatrische klanten, mensen met duidelijke maar "rare" klachten, mensen die lever op de rand van instorten, mensen die sterven of nabestaanden zijn, gehandicapte of hulpbehoevende mensen, verlamden, zwaar reumatische personen, ga zo maar door. Allemaal toestanden waar de medische kanten niet alléén belangrijk zijn. Ik ben me af gaan vragen: zal ik mij voor pakweg 2000 zielen verantwoordelijk stellen, alleen of als team-lid? Wat houdt die "verantwoordelijkheid" eigenlijk in? Is het niet erg onverantwoordelijk omdat je de suggestie doet dat je zult helpen, waar dat lang niet altijd mogelijk is? Wat voor afhankelijkheid en valse verwachtingen houdt je in stand door de positie van hulpverlener in te nemen, en dan nog wel een hulpverlener van stand: de dokter?

Wanneer je nog een stap verder gaat rijst de vraag: welke dubbele rol speelt de geneeskunde als geheel in de samenleving ten opzichte van het bestaan van al dergelijke ellende en problemen? Is zij niet tevens verantwoordelijk in de zin van veroorzaker, omdat de oplossing van de werkelijke oorzaken wordt verhinderd? Wat zijn "werkelijke" oorzaken? De laatste vraag is vaak het begin van veel vernieuwingen, die na enige tijd toch weer in de pat-stelling van de hulpverlener belanden.

Nu moet ik zeggen dat deze ervaring - het verloren hebben van medisch optimisme - pas aan het einde en na afloop van het ko-schap goed tot mij doordrong. Tijdens de stage werd dit ogenschijnlijk pessimisme overschaduwd door enthousiasme voor drie dingen. Ten eerste plezier in de gevallen waar medische kennis goed aansluit en ik kan doen wat ik heb geleerd: infecties, pil-kontrolé, verwondingen; lekker knutselen. Ten tweede de aanstekelijke aandacht van de team-leden voor psychosociale factoren en begeleiding. Gedragswetenschappen zijn een positieve uitbreiding van hulpverlening, dat heb ik wel gezien. Tenslotte mijn interesse voor andere geneeswijzen. Zij vergroten eveneens het therapeutisch "arsenaal" en mijn enthousiasme is hopelijk aanstekelijk geweest. Het feit echter dat het niet altijd zinvol of mogelijk is om hulp te bieden aan hulpvragers merkte ik bij mezelf aanvankelijk aan een soort versuffing en vermoeidheid.

Tijdens mijn stage zou ik onderzoek doen naar "de mogelijkheden

voor toepassing van alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk! Ik heb zelf enige ervaring met ongewone methodes. Bij ongeveer een kwart van de patiënten die ik gezien heb zou ik zelf deze methodes geprobeerd hebben. Ik geef een beschrijving van 6 patiënten en van de vier geneeswijzen die ik ken.

Globaal gesproken zie ik de toepassing van verschillende geneeswijzen als volgt. De gewone geneeskunde of ziekenhuis-geneeskunde is somatisch gevormd, d.w.z. gebruikt een denkwijze die mensen vereenvoudigt tot abstrakt-lichamelijke factoren. Er is een somatische vereenvoudiging, vooral in het ziekenhuis. In de eerste lijn vervagen de scherpe grenzen van deze vereenvoudiging tegen de achtergrond van het dagelijks leven van de mensen. De leefwijze immers is concreet en ingewikkeld, een geheel waar ziekte een deel van is. De huisarts heeft niet genoeg aan de somatische denkwijze en zoekt steun bij een psychosociale benadering. Dat is: zowel méér tijd en aandacht besteden, als gedragswetenschappelijke methoden aanwenden op positieve indicatie. Maar somatische en psychosociale benadering bestrijken tezamen niet alle oorzaken van ziekte. Waar somatisch geen verklaring voor is, kan men niet automatisch psychosociaal of functioneel noemen. Dat is te gemakkelijk. Er zijn vele, meestal minder "somatische" geneeswijzen die over een eigen diagnostiek en/of therapie beschikken. Hieronder vallen zogenaamde "alternatieve" methodes, maar ook veel gewonere werkwijzen zoals bijvoorbeeld fysiotherapie kan men hiertoe rekenen. Een fysiotherapeut werkt niet psychosociaal, maar evenmin met een abstrakt lichaam. Hij werkt met een levend bewust lichaam met wie hij een relatie heeft, om het zo uit te drukken. Zijn inzicht in lichamelijk functioneren kan naast het inzicht van de arts een eigen plaats hebben. Dat geldt nog meer voor geneeswijzen als akupunctuur, manuele therapie, magnetiseren of homeopathie. Zij zijn niet alleen een aanvullende therapie binnen een medisch somatisch kader, zij hebben ook een eigen zienswijze. We kunnen dus een eigen diagnostiek verwachten, maar soms ook een ander beeld van wat een mens is, wat leven, ziekte, lichaam en geest is. Evenals de psychosociale benadering zullen zij invloed hebben op de persoon, de denkwijze en de praktijkvoering van de 'gewone' hulpverlener, wanneer beide met elkaar in contact komen.

De samenwerking tussen al de verschillende geneeswijzen en dus het rationeel gebruik van deze of gene methode levert grote problemen

op. Er wordt al zo weinig samengewerkt, laat staan met andersdenkende kollega's of para-medische "krachten" of zelfs onbevoegden! Wanneer ik na afloop van de ko-schappen mijn toekomst probeer in te denken, dan voel ik deze drie dingen aan mij trekken en in nogal verschillende richtingen: gewone geneeskunde, randgebieden en psychosociale benadering. Hoewel zij in feite in elkaar overlopen en zelfs bestaan dankzij elkaar, krijg ik toch wel eens het gespannen gevoel te moeten kiezen en de toekomst in één richting te plannen.

Dat duurt maar kort, zo'n aanvalletje van schijn-zekerheid. Meestal kan ik alle drie rustig hun invloed laten hebben, afwisselend. Het is dan ook een ontdekking dat werken in de eerste lijn zo'n rustpunt biedt waar alle drie als gelijken tegenover elkaar kunnen komen te staan. Dit in tegenstelling tot het ziekenhuis waar een medische subcultuur heerst, een beslotenheid en een overspannen werkwijze die de gemiddelde werker aldaar tot eenzijdigheid dwingt.

Wat in de eerste en tweede lijn ontbreekt echter is de vorming van een beleid volgens dit drie-voudig uitgangspunt. Ziekte en hulpverlening is niet alleen individueel, maar ook een kollektief verschijnsel, waar de samenleving kollektief antwoord op geeft. Dit lijkt zich echter geheel vanzelf, ongecontroleerd, gestuurd door touwtrekkende belangengroepen te ontwikkelen.

Deze skriptie is een gelegenheid om verschillende mogelijke werkwijzen voor mijzelf te verduidelijken en het is tevens een aanleiding om eens erover na te denken hoe een "volwassen gezondheidszorg" eruit zou zien. Voor mij is de huidige gezondheidszorg een inefficiënte, intern in kampen verdeelde, stuurloze machine, die zich laat leiden door een abstrakt-lichamelijke denkwijze en grof geld verdient.

Het heeft geen zin om toekomst-projekties te maken, denk ik. Er zal niet later een ideale, volwassen gezondheidszorg zijn. Later, wanneer "de randgebieden erkend zijn", of "de gezondheidszorg genationaliseerd is". Volwassen gezondheidszorg begint daar, waar het bestaan van de (alle) aanwezige methodes erkend wordt en zij op elkaar in kunnen werken, waar zij doorgegeven worden en niet opgepot in een of andere professie.

Ze bestaan toch, al de andere niet-medische en ongewone geneeswijzen, anders zou er geen scheidslijn en wedijver en status-verschil zijn. Alles bestaat, of je wil of niet. Het is géén kwestie van veroordelen, kiezen of geloven, maar van: zien wat is.

Onze opleiding leert ons echter terug te schrikken voor alles wat ongewoon en "onwetenschappelijk" is. Ze plaatst een taboe, dat geen taboe mag heten: Niet zien en niet weten dat je niet ziet.

Hoofdstuk 2 Werken in een gezondheidscentrum.

2.1. Hoe het begon en wat er veranderde.

Een jaar of zes geleden kwam ik in Amsterdam te wonen, op een zolderverdieping in de Helmersstraat. Mijn hospita vertelde op een dag dat zij zo'n leuke huisarts heeft. Een jonge man, "echt een stuk, als je hem over straat ziet lopen", die gezellige kleren aan heeft en de tijd neemt om met haar dochtertje te spelen voordat hij gaat onderzoeken.

Die dokter was Walter de Bruin, inmiddels wat ouder. Hij begon, samen met Joop Stam, en in samenwerking met het kersverse huisartsen instituut aan een van de eerste gezondheidscentra van Nederland. Walter en Joop werden bekend op de medische fakulteit als voorstanders van de psychosociale aanpak. Zij waren huisartsen die het "anders" deden, "politiek" waren en een voorbeeld voor studenten die verzet voelden tegen de medisch-technische opleiding.

Zo lag de tegenstelling: psychosociaal, links, preventief tegenover somatisch, medisch-technisch kuratief, rechts. Samenwerking, eerste lijn, buurtwerk, psychosomatiek, sociale actie, bewonersgroepen . . . in de sfeer van deze woorden voelde ik me thuis. Het Centrum was een voorbeeld van de wijze waarop de gezondheidszorg moest veranderen.

Veranderen, ja, er is veel veranderd. Het Centrum heeft vastere vorm gekregen. Sinds '73 bestaat het definitief in de huidige bemanning. De samenwerking en de psychosociale aanpak zijn nu als het ware gestabiliseerd in een werkwijze die zijn eigen karakter heeft gekregen en minder direkt afhankelijk van individuen is. Er zijn wel veel persoonlijke moeilijkheden geweest, het team was tot voor kort erg met zichzelf bezig. Op het moment is er in ieder geval zóveel rust en duidelijkheid, dat toekijkers mogen komen, voor onderwijs. Bij het ontstaan van de huidige werkwijze is één ding wel gebleken dunkt me: geen verandering van therapie zonder verandering van therapeut. Anders gezegd, leren samenwerken is een psychosociaal probleem. Met name, wanneer een team zijn eigen

psychosociale gevoeligheid in het werk wil vergroten.

Er is meer veranderd. Het Centrum ligt in de Kinkerbuurt, Oud-West. Een arbeiderswijk met veel kleine huizen in blokken en verkrotting. Er ontstonden actiegroepen vanaf '69 en huurstrijd. Er zijn relatief weinig buitenlanders. Er zijn wijkorganisaties gegroeid, er is een sociaalmedische werkgroep, een wijkwelzijnscentrum is onlangs geopend, er is enige nieuwbouw op de grote velden kaalslag. Wie uiteindelijk, in de strijd tussen buurtbewoners en stedelijke overheid heeft "gewonnen", is een open vraag. Ik ben daar niet op ingegaan, maar deze buurtgebeurtenissen zijn zeker van invloed op het werk van het gezondheidscentrum. Een andere en dubieuze verandering betreft de plaats van de eerste lijn in de afgelopen jaren. Het woord "eerste lijn" is nu algemeen aanvaard, er zijn veel samenwerkingsverbanden ontstaan, maar van serieuze steun van de overheid kun je toch niet spreken. Het dubieuze is dat de eerste lijn met de mond gesteund wordt om bezuinigingen op de tweede lijn te rechtvaardigen. Er is immers veel kritiek op de specialistische, kuratieve hulp en er mag financieel best wat af, maar dan juist niet door sluiting van kleine ziekenhuizen. De behoefte aan tweedelijns zorg wordt "vanzelf" kleiner, wanneer de eerste lijn versterkt wordt.

Wat het laatste betreft, de medische opleiding is wel veranderd, maar niet méér afgestemd op de eerste lijn problematiek. Integendeel, dezelfde inhoud van groeiende medisch-technische kennis wordt in een strengere vorm en onder hoge druk "overgebracht".

Al met al heb ik daarom de indruk dat er geen rationeel beleid voor de gezondheidszorg is, noch vanuit het ministerie noch vanuit de fakulteiten. Ondanks veranderingen en verklaringen van het tegendeel bepalen de organisaties van de zorg (op geleide van de medische industrie) hun eigen vraag, ook al worden zij nu geremd door bezuinigingen. De hulpverlening wordt immers niet bewust afgestemd op de behoeften aan zorg, op nationale prioriteiten, op "volksziekten". De gezondheidszorg gaat zijn eigen gang.

Dit roept bij mij de vraag op of de eerste lijn en met name gezondheidscentra een vorm van hulpverlening zijn, die wél een rationeel beleid kunnen voeren.

2.2. De samenwerking.

Terug naar dit centrum. Het is nog steeds "experimenteel" en er moet door het W.G., waar het deel van uitmaakt, op toegelegd worden.

De directie van het W.G. vindt 3 artsen op 3500 patiënten overdreven. Het team niet.

Er is nauwelijks patiënten-vertrek, zoals bij de meeste andere centra. Er is een "lage drempel" voor de patiënten, de mensen komen gemakkelijk en praten makkelijk. Misschien wat al te makkelijk, maar dat is een moeilijke vraag, die het team zich soms stelt. Kan de drempel echt te laag zijn? M.a.w. kan het goed of nuttig zijn dat men weerstand moet overwinnen om bij de dokter te komen? Eerste uitgangspunt van het centrum is: aandacht is goed. Aan de andere kant, de spreekuren lopen uit, de artsen praten veel en werken niet gehaast. De patiënten komen niet gauw uit zichzelf bij de wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkster en psycholoog. De meeste van hun klachten, die bij uitstek tijd vragen, komen voorbereid via een arts.

Wat betreft de omgang met elkaar is mijn indruk dat de teamleden zich op hun gemak voelen bij elkaar. Dat is een verademing, vergeleken met de ziekenhuissfeer. Er spelen geen tegengestelde financiële belangen. De artsen zijn evenals de assistenten en de maatschappelijk werkster, in dienst van het W.G. De wijkverpleegster is gedetacheerd door de kruisverenigingen de de psycholoog is in dienst van hun huisartsen instituut. De artsen voelen zich eerder ongemakkelijk in hun status lijkt het wel, dan dat zij autoriteit nastreven (Klaren).

Het lijkt er ook op dat er geen grote onopgeloste persoonlijke strubbelingen zijn. Er zijn, zoals gezegd, natuurlijk problemen geweest en een agoog heeft een tijdlang de groep begeleid. Op het moment zijn de onderlinge verhoudingen soepel en is het eerder zo dat de mensen weten van elkaar hoe ze zijn, hoe ze werken en dat accepteren.

De twee praktijkassistenten "assisteren" niet zozeer, maar doen hun werk en bepalen grotendeels de sfeer. "Het komt toch altijd op ons neer, als iets slecht geregeld is". Overigens is er het bekende ploegje stille buitenlanders en enkele Hollandse vrouwen, dat het gebouw schoon houdt.

De drie artsen, zijn om zo te zeggen, kalm van buiten maar "zoekend" van binnen. Dit is in opvallende tegenstelling met de psycholoog, die rommelig en beweeglijk doet, maar inwendig goed weet wat hij wil. De drie artsen hebben samen twee spreekkamers en houden elk vier maal per week spreekuur, waar ongeveer 15 - 20 mensen komen. Er zijn weinig visites, ca. 4 per dag.

De psycholoog heeft een kamer samen met de maatschappelijk werkster, die nu afwezig was. Hun werkwijze verschilt in de praktijk weinig, ze voeren gesprekken en leggen weinig huisbezoeken af. De psycholoog, en ook de andere team-leden, wonen soms de spreekuren bij. Drie artsen, in één en dezelfde praktijkvoering, geven een goede gelegenheid om individuele verschillen in gedrag, diagnostiek en therapie te konstateren. De verschillen zijn er ontegenzeggelijk, maar ik heb me er niet in verdiept.

Eén van de vijf wijkverpleegsters van de Kinkerbuurt is gedétacheerd aan het centrum en zij heeft één van de twee ziekenver-zorgsters bij zich. Zij beschikt dus over meer tijd dan haar collega's. Ze helpt mensen thuis, helpt mensen zich thuis te handhaven; de toestand waarin mensen zich kunnen bevinden en toch thuis blijven dankzij deze verzorging vind ik indrukwekkend. Ook bezoekt de wijkzuster samen met één van de artsen patiënten in het ziekenhuis en zij houdt een open spreekuur, waar o.m. dikke mensen komen met "problemen", die bij het vermageren begeleid worden. Zij woont al jaren in de buurt.

Er is veel overleg. Wekelijks één middag bespreking met het voltallig team. Naast organisatorische zaken worden er patiënten besproken en onderwerpen, zoals b.v. de woonsituatie in de buurt (werd jammer genoeg uitgesteld toen ik er was). Verder is er wekelijks overleg tussen de artsen onderling, tussen artsen en wijkverpleegster, er is contact met een apotheker, er is wekelijks een evaluatiebespreking over het centrum en men ziet elkaar tussen de middag. Er worden regelmatig deelaspekten van het werk geëvalu-eerd, zoals een rapportje over cervix-uitstrijkjes, E.C.G.-gebruik, wachtkameronderzoek.

Dat de samenwerking is gestabiliseerd blijkt niet alleen uit het feit dat er ko-assistenten komen. Er is nu ook meer ruimte voor eigen interesse en experimenten. Eén van de artsen volgt een cursus gedragstherapie, een ander wil zich met akupunctuur en manuele therapie bezighouden, één van de assistenten is bijna pedicure en behandelt soms op het centrum of geeft advies over moeilijke voeten. Tenslotte is het oprichten van patiëntengroepjes in de maak.

2.3. Wat ik zelf zou willen.

Op dit moment sta ik aan het einde van de opleiding en ik sta voor de vraag: wat wil ik met mijn medische kennis? Mijn mede-

ko-assistenten hebben het vaak over vestigen, specialiseren en financiële mogelijkheden. In mijn gevoel ligt het probleem anders, hetgeen deze stage verduidelijkte.

De lange rij patiënten, "er zijn nog 10 wachtenden na U", die elke arts kent vind ik uitpuittend. Vaak voel ik onwillekeurig de gedachte: "wat heb ik in 's hemelsnaam met jullie problemen en ziekten te maken? Zoek het zelf maar uit!" Voor mij zijn het vreemden, met wie ik voor het eerst kennismaak. Het trekt mij niet om verantwoordelijkheid te nemen voor andermans stoornissen. Toch is het leuk, je vakkennis in praktijk te brengen, nuttige adviezen en oplossingen te kunnen bieden, en je leert veel van wat mensen allemaal kan overkomen. Anderzijds is het op peil brengen en houden van je vak een weg zonder einde. Eenmaal opgeleid ga je "vanzelf" praktizeren en zo glijdt je in een cirkelgang van praktijkvoering en bijblijven, waarin je weinig keuze overblijft. Daar komt bij dat voor mijn gevoel, er zoveel noodzakelijke onderwerpen in de opleiding verwaarloosd worden, dat ik nu pas serieus moet gaan studeren om een beetje behoorlijke dokter te worden. Een beetje sociaal inzicht, kennis van voeding, bewegingsapparaat, farmakotherapie, toepassen van psychotherapie enz. En dan leidt daarnaast contact met een ongewone geneeswijze bijna altijd tot de gedachte: als ik dat verwaarloos, dan onthoud ik sommige patiënten een mogelijkheid die ze nodig hebben!

De opleiding heeft mij "geheimen" geleerd, waar niet-medici tegen aan kijken en veel te grote verwachtingen van hebben. Geheimen verklappen? Heeft mijn bevrijding van ontzag, plaatsgemaakt voor een verplichting, om juist door te gaan in een gebied waarvan ik weinig meer verwacht? De vraag is niet: wel of geen dokter zijn, maar: wat voor soort.

Ik heb niet alleen behoefte om eenmaal opgedane vakkennis uit te oefenen, maar ook om zelf te leren. Om te blijven veranderen, meer te gaan begrijpen van anderen en mijzelf. Dat gebeurt nauwelijks in de opleiding, integendeel, mensen worden tot somatiek gereduceerd. Een enkele opleider daargelaten. Zal dat in de praktijk zo blijven? Soms lijkt het me dat je als hulpverlener gevangen zit in de dwang om schijn-hulp, schijn-begrip en schijnmacht te stellen tegenover hulpeloosheid, onbegrip en onmacht die mensen bij ziekte voelen en geleerd hebben te voelen. Ziekten komen immers niet uit de lucht vallen, ook al doen we net alsof.

Je hele leven de gevolgen opvangen van een ongezonde leefwijze in een ongezonde samenleving, dat is het werk van de hulpverlener. En voor elke geslaagde "hulpverlening" komen twee aanvragen terug! Zo gaat het immers tegenwoordig met de groei van de medische consumptie en met de groei van de publieke onvrede over artsen.

Worden we iets wijzer van ziekte? Financieel wel: hoe slechter de hulpverlening, hoe meer financiële compensatie. Naar mijn gevoel heeft een hulpverlener ook een soort verplichting om te veranderen en te leren van de fouten die hijzelf en zijn patiënten maken. Want een kijkje achter de opgepoetst gezonde schermen van een mens is juist het bijzondere voorrecht van de helper. Voelt hij niet de verplichting daarvan te leren en ter harte te nemen, dan aanvaardt en bevestigt hij het normale dagelijkse leven alsof het gewone bestaan onveranderlijk is. En alsof een gezond of ongezond bestaan niets van doen heeft met het voorkomen van ziekte. De "normale" lichamelijke konditie, de "normale" gewoontes, de "normale" omstandigheden: is de "normale ongezondheid daarvan niet de kern van het probleem voor de hulpverlening?

De geneeswijzen die de medische opleiding leert, gaan uit van de normale toestand, over het algemeen. Vele andere methodes hebben het voordeel dat zij dat veel minder doen, de psychosociale aanpak inbegrepen. Zij kunnen a.h.w. een weg zijn waarop jijzelf en anderen iets leren, dat óók helpt. Manieren om gezonder te worden dan niet-ziek en arbeidsgeschikt, om meer inzicht te krijgen in de "werkelijke oorzaken" van ziekte en onwelbevinden.

Ook dit centrum komt voort uit onvrede met de gangbare hulpverlening. De samenwerking die hier aanwezig is trekt mij aan, omdat het een uitweg bevat uit de patstelling van de helper: de mensen delen de verantwoordelijkheid enigszins en ze leren van elkaar. Als team kunnen ze bovendien een scherper beeld vormen van de oorzaken die bij ziekten en klachten op de achtergrond werken. Dit heeft zich vooral toegespitst op de psychosociale aanpak.

2.4. De psychosociale aanpak.

Het psychosociale karakter van de werkwijze op het centrum hangt nauw samen met hun allereerste aanname: Aandacht Is Goed. Waarmee bedoeld is, aandacht tussen mensen. "Aandacht voor zichzelf", voor het eigen lichaam, wordt (nog?) niet zo benadrukt. In ieder geval mogen tijd, geld en autoriteit geen grote rol spelen.

Bijgevolg heeft het centrum een lage drempel, de mensen komen makkelijk met alles en nog wat en kunnen uitpraten. Ze komen met kleinigheden, met problemen, met vragen om uitleg of met steeds dezelfde klachten, en de artsen weren niet af. Soms hebben ze het gevoel de afweer van hun kollega's te moeten opvangen. Ze nodigen mensen soms uit om gewoon te komen wanneer ze de behoefte voelen te praten. Al met al werkt dit onthullend; er komen behoeftes te voorschijn, maar het antwoord daarop is niet altijd eenvoudig.

Er is een vrij kleine groep vaste klanten. Het beleid voor deze moeilijke mensen is moeilijk. Onlangs werd afgesproken een lijstje te maken van mensen die veel meer dan 10 maal per jaar komen en na te gaan of voor elk van hen een "beleid" is omschreven. Het valt je niet licht om dergelijke mensen niet geïrriteerd af te weren, maar om hun leven hoe chaotisch ook te aanvaarden en zo nodig te steunen. Even moeilijk is het om mensen niet afhankelijk te laten worden. Hulpgewinning is niet goed voor de mensen en voor de hulpverlener een (emotionele) belasting. (Zie: het 'reddingsspel' dat Steiner beschrijft.)*

Het is belangrijk je "vrij" te blijven voelen en aan patiënten soms de druk te laten voelen die zij op je leggen. Bijvoorbeeld, door je niet op straat aan te laten spreken als hulpverlener, maar te zeggen: morgen zijn we weer open; of door uit te vallen tegen mensen die je al te onredelijk vindt en niet altijd een beheerst, glad gezicht te houden. Je bent onvrij als je de markt moet mijden of als je niet in je praktijk buurt durft te wonen. Wat dat betreft is de voorname dokterswoning geen toeval, het is de spiegel van de afstand die de somatische reductie schept: voor alle niet-medische dingen van het gewone leven ben je "niet thuis".

Een oude, dikke vrouw, helder van geest, met suikerziekte wenst zich niet aan het poliklinisch onderzoek van het B.G. te onderwerpen, wanneer ze daar moet worden ingesteld. Ze bestrijdt heftig dat ze teveel eet. De assistent-internist schrijft een verdekt agressieve brief, de huisarts heeft haar persoonlijke dingen horen zeggen, voelt wel voor haar en is gemoedelijk. Bij mij roept ze de vraag op: moet ik daar voor zorgen?

Er is altijd je eigen sympathie of antipathie voor patiënten en dat is des te sterker, hoe lager de drempel voor hulpvragen en hoe meer aandacht je hebt voor het leven dat mensen leiden.

* zie 2.7. noot.

Des te sterker ook wordt je medisch enthousiasme of "doe-drift" geremd. Voor het bespreken van deze zaken (strikt-medisch = niet-voelen) is het team veel waard. Ik kan me voorstellen dat zonder aandacht voor de psychosociale factoren bij de arts/hulpverlener zelf de hele psychosociale aanpak in het water zou vallen. Overigens is deze aandacht ook de bedoeling van een Balint-groep.

Een van de sterke punten van het centrum is de opvang van mensen die anders in de tweede lijn terecht zouden komen. Een onbekende preventie, dus evenmin te evalueren. Wel is tekenend hiervoor dat de patiënten die naar het crisiscentrum verwezen worden, bijna altijd opgenomen moeten worden, i.t.t. de verwijzingen van andere huisartsen uit de buurt (notulen buurtoverleg). Bij deze opvang kan men echter ook "somatische" ziekten rekenen, zoals bijvoorbeeld hartinfarkt (patiënt 3.).

Een ander 'fort' zijn de vage lichamelijke klachten, oftewel de somatiseerders zoals men zegt. Hierover is door twee team-leden geschreven (Postma, Stam). Men is gespitst op het "gevoel" achter de klacht en probeert mensen ertoe te brengen een probleem te herkennen i.p.v. een lichamelijke stoornis te presenteren. Mensen kunnen een lichamelijke klacht nodig hebben; bijvoorbeeld voor de verzekering of voor de W.A.O., voor zichzelf als "excuus" om in te storten, als afleiding voor gestoorde relaties of middel daarin, of om groter onheil af te wenden. Wat betreft de ziektewet is het beleid voor mensen die "niet meer kunnen" dat de artsen wel tot praten over het werkprobleem uitnodigen, maar in principe steun geven, ook als het een vage klacht is die als alibi dient.

Naar mijn gevoel kan het reserveren van psychosociale aandacht voor mensen met vage, onverklaarde klachten twee dingen verdringen. Ten eerste hoeven lang niet alle somatisch onverklaarde klachten "psychisch" te zijn of "funktioneel". Dit etiket is in het algemeen een alibi voor artsen om niets te doen. Maar andere geneeswijzen hebben ook een eigen diagnostiek die niet hoeft samen te vallen met de waarneming van de orthodoxe specialist. Vooral akupunctuur is sterk in het interpreteren van rare subjektieve sensaties. Ten tweede kunnen ook mensen met "echte" ziekten somatiseerders zijn. Want zou het geen "somatiseren" zijn, wanneer het hele bestaan van een persoon rond zijn ziekte gaat cirkelen?

Diabetes is niet diabetes, d.w.z. diabetes is niet tabletten, dieet, spuiten, instellen op bloedsuiker, punt uit. Diabetes is een probleem voor "een diabeet". Een levensprobleem dat pas

opgelost is wanneer de diabeet zich weer op de eerste plaats mens voelt, zoals een lid van een gespreksgroep van diabeten het uitdrukte. (notulen voordracht Pelser). Mensen die zich met hun ziekte identificeren (uit zichzelf, vanuit de omgeving), zoals "de" hartpatiënt, "de" psoriasispatiënt, "de" gehandicapte; zij zijn onopgeloste psychosociale problemen.

Het risico van anti-somatiek kan ondervangen worden door onder meer te eisen dat er positieve psychosociale indicaties zijn i.p.v. afwezigheid van somatische aanknopingspunten. De aanwezigheid van een psycholoog op het centrum is een bijzonderheid van belang. In Nederland zijn nog maar drie psychologen in de eerste lijn. Deze psycholoog ziet zijn taak als volgt: deels psychotherapeut voor patiënten (preventiemotief), om'zodoende te weten waarover hij praat, en deels als konsulent voor de teamleden.

Het lijkt me daarom dat een gezondheidscentrum een goede plaats is om de positieve indicaties uit te zoeken. Maar dat wil zeker niet zeggen dat een psychosociale aanpak voorbehouden zou zijn aan een centrum! Integendeel, ik ben gaan beseffen dat elke "goede" hulpverlening psychosociale eigenschappen heeft. In het volgende hoofdstuk ga ik daar verder op in.

2.5. Konklusie

De betekenis van een gezondheidscentrum zie ik liggen in het volgende:

1. leren samenwerken. Met name voor artsen is het moeilijk de positie van stand te laten varen en niet het gevoel te hebben overal van te moeten weten. Als de arts niet meer per definitie de beslissende figuur is, dan wordt tevens de dominerende invloed van de somatische denkwijze zwakker. Dit schept ruimte voor andere methodes.
2. Ontwikkelen van positieve criteria voor psychosociale problematiek en van een beleid daarvoor. Een voorbeeld is de aanpak van "somatiseren". Het probleem van de criteria en indicaties geldt eigenlijk voor alle geneeswijzen, inclusief de medisch-gangbare.
3. Opmerkzaam maken van psychosociale aspecten die bij elke hulpverlening aanwezig zijn. Dit heeft mij sterk getroffen, omdat het ontbreekt, zowel in de medische opleiding, als in geneeswijzen die "randgebieden of alternatief" heten. Een goed voorbeeld is het begrip van begeleiding.

Deze betekenis ondervangt het bezwaar dat tegen gezondheidscentra in te brengen is, nl. dat het kostbaar is en alleen voor steden geschikt. De waarde van een centrum is voor mij dan ook niet dat het model zou staan voor de gezondheidszorg van de toekomst. Het is niet per definitie de beste vorm voor de eerste lijn en zou zeker geen prestige-objekt moeten zijn.

Ik zou het meest algemene voordeel samenvatten als de mogelijkheid voor teamleden om te experimenteren met nieuw gedrag. Dat betreft dus het relativeren van je vak, leren overleg voeren, andere methodes en ziektebenaderingen leren kennen, meer in relatie staan met de omgevende buurt, je eigen leefwijze op de keper beschouwen enz. Ik zou zelf graag een tijdlang op een gezondheidscentrum werken en dat beschouwen als leerschool hiervoor.

2.6. Literatuur.

- College voor ziekenhuisvoorzieningen, Advies Ziekenhuissituatie Amsterdam.
- W.G. Klaren, Een vreemd gevoel in de maag, skriptie huisartsgeneeskunde 1976.
- Notulen buurtoverleg, Kinkerbuurt.
- Joop Stam, Psychosomatische klachten: over moeilijkheden en mogelijkheden bij de hulpverlening. H & H, 19, 140-144.
- T. Pstma, Over somatiseren, niet gepubliceerd.
- L. Koekenberg, Lage rugpijn, een psychosomatisch syndroom, H & W, 14, 265-270.
- H. Schouwenburg, Probleempatiënten, H & W, 19, nr. 5.
- Lamberts, H & W, 18, nr. 6.
- Pelser, gespreksgroep diabetici, mondelinge voordracht, mei 1976.
- Cl. Steiner, Scripts people live, Bantam, 1974.

2.7. noot: Het reddingsspel.

Het reddingsspel verloopt als volgt: Er is een slachtoffer, dat het niet meer weet en zegt: "help me". Er is een redder, die zegt: "ik maak het weer in orde voor je", en vervolgens alle verantwoordelijkheid op zich neemt. De redder doet 100%, het slachtoffer geeft alle moeite op en doet 0%. Dit spel is dus niet de hulp die je geeft en in dank wordt afgenomen, waarna ieder zijns weegs gaat. Integendeel, er ontstaat afhankelijkheid en het succes van de hulp loopt meestal mis, soms op het laatst de zogenaamde terugval, wanneer het eerst goed beloofde te gaan.

Een probleem wordt pas werkelijk opgelost wanneer je samen er aan werkt en de oplossing wil.

Bijgevolg kan de mislukking van de hulp slachtoffer en redder afwisselend in de rol van achtervolger brengen. "Het helpt niet, u bent geen goede helper" en "wat een rot-patiënt, hij wil niet, ik zál hem eens". De achtervolgde redder wordt dan slachtoffer, maar wordt gelukkig gered door zijn patiënt, die toch een redder nodig heeft. Zo draaien beiden in een driehoeksverhouding van afhankelijkheid rond.

Men kan deze vruchteloze afhankelijkheid vermijden, ten eerste door het spel te herkennen wanneer het optreedt en dan zelf niet mee te spelen. Ten tweede door een kontrakt op te stellen: Ik zeg waar ik aan wil werken, jij zegt wat je mij kunt bieden. We hebben hetzelfde doel en doen ieder 50%.