

Inventarisatie van groepsgewijze behandeling in de huisartspraktijk

DOOR C. S. M. WACHTERS-KAUFMANN, SOCIOLOOG*

De opdracht van het Nederlands Huisartsen Instituut aan mij was te inventariseren in hoeverre groepsgewijze behandeling van patiënten, in of vanuit de huisartspraktijk ontstaan, in ons land voorkomt. Dit artikel probeert hiervan een overzicht te geven. De ideeën over groepsgewijze behandeling zijn in dit artikel afkomstig van de geïnterviewden. Deze inventarisatie kan worden gezien als een vervolg op het in 1974 bij het N.H.I. verschenen literatuurrapport over hetzelfde onderwerp.

Waar groepsgewijze behandeling wordt toegepast, ben ik als volgt op het spoor gekomen: enerzijds door dat het N.H.I. van het bestaan van deze groepen op de hoogte was, anderzijds door het inschakelen van Landelijk Overleg Regionale Preventie functionarissen — een overkoepelend orgaan van de Geestelijke Gezondheidszorg — die in hun regio's nagingen of dergelijke groepen bestonden.

De volgende zeven plaatsen zijn door mij bezocht: Amsterdam: Buurtwelzijnscentrum „de Tulp” (Postjeskade project); Eindhoven: Philips Medische Dienst; Leiderdorp: Samenwerkingsverband voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening; Noordwijk aan Zee: Gezondheidscentrum Wantveld; Rotterdam: Gezondheidscentrum Ommoord; Stolwijk: Groepspraktijk Stolwijk-Berkenwoude; Utrecht: Praktijk-groep Kanaleneiland.

Achtereenvolgens komen de navolgende onderwerpen aan de orde: groepsgewijze behandeling: ontstaan,

* Wetenschappelijk medewerkster afdeling Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit te Groningen. Part-time medewerkster Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht.

waarom, type probleem, doel; selectieprocedure; groepsleiding; formele methodiek; inhoudelijke methodiek; resultaten; slotopmerking.

GROEPSGEWIJZE BEHANDELING: ONTSTAAN, WAAROM, TYPE PROBLEEM, DOEL

Amsterdam. Vele mensen onder wie een hyperventilerende patiënt, vonden baat bij de individuele gedragstherapeutische benadering van de psycholoog, die deel uitmaakte van het team. Een intensieve individuele therapie is erg kostbaar en verhoogt de kans dat de patiënt daarin een bevestiging ziet van zijn angst, abnormaal te zijn of te worden.

Een doctoraal psychologie student heeft een onderzoek gedaan bij een groep hyperventilerende patiënten om te beoordelen of groepsrelaxatie therapeutisch iets heeft te bieden voor deze patiënten. Vele hyperventilerende patiënten moeten zich zien te redden met kalmerende middelen. Dit biedt hun weinig of geen verbetering.

De relaxatietraining sluit aan bij de lichamelijke klachten van de patiënten. Tijdens de groeps gesprekken kan duidelijk worden gemaakt hoe angsten, spanningen en problemen, die zij hebben, zich uiten in lichamelijke klachten, hoe gezins- of werkproblemen van invloed zijn op hun lichamelijke en psychosociaal welbevinden. De mogelijkheid om zijn lichaam te ontspannen kan de patiënt het gevoel geven zichzelf weer onder controle te hebben, waardoor zijn zelfvertrouwen wordt vergroot. Dit biedt hem weer meer mogelijkheden om aan zijn gezins- of werkproblemen te werken.

Het groepswork werd behalve met hyperventilerende patiënten ook met adipositas-patiënten voortgezet. Er zijn veel vetzuchtigen in de Postjes-

kadewijk. De huisartsen namen met de psycholoog gezamenlijk het initiatief ook deze patiënten, die om medische redenen moeten vermageren, in een groep samen te brengen. Komende herfst zal er tevens om niet-medische redenen een groep worden geformeerd. Verder is er een rokersgroep in voorbereiding die door ontmoedigende resultaten uit de literatuur nog niet verder tot ontwikkeling is gekomen.

Eindhoven. De Philips Medische Dienst kan worden gezien als een conglomeraat groepspraktijken van verschillende disciplines. Ondanks de samenwerking met werkers in het psychosociale veld bleven de huisartsen van mening dat de in toenemende mate gepresenteerde psychosociale problematiek onvoldoende werd gehoord, herkend en behandeld, dit zowel tengevolge van tijdgebrek als van onvoldoende diagnostisch vermogen en kennis van niet-medische mogelijkheden tot hulpverlening door de huisarts. De huisartsen hebben samen met een maatschappelijk werkster een pilot-study opgezet, erop gericht patiënten met een min of meer gelijksoortige problematiek op basis van een duidelijke somatische afwijking in een groep bijeen te brengen. Er werd gekozen voor adipositas, omdat de bemoeiingen van huisartsen en/of diëtiste niet altijd tot het gewenste resultaat leidden.

Op grond van de ervaringen van deze eerste groep — bij sommige patiënten lag het groepsdoel meer in het technische vlak bij anderen meer in het emotionele vlak — is een splitsing gemaakt in A- en B-groepen. De A-groepen zijn gericht op het aan- of afleren van specifiek gedrag zoals dieet houden en zich nieuwe leefregels als gevolg van een ziekte eigen

maken. De B-groepen gaan dieper in op de persoon en richten zich op het versterken en ontwikkelen van persoonlijke vermogens om te trachten de kans op nieuwe psychosomatische klachten te verminderen. Er zijn 3 A-groepen en 5 B-groepen bijeen geweest:

A-groepen: adipositas groep; hartinfarct/hoge bloeddruk groep; rokersgroep.

B-groepen: hartinfarct/hoge bloeddruk groep (2 keer); maagzweer groep; echtparen groep, van wie de man een hartinfarct heeft gehad; migraine groep.

Er waren twee motieven om van somatische homogene groepen uit te gaan:

— het vergemakkelijkt de „intake” via de huisarts;

— de veronderstelling dat mensen met gelijke somatische aandoeningen ook gelijke psychische problemen hebben.

De ervaring tot nu toe leert dat in alle groepen dezelfde klachten, problemen en patronen naar voren komen. Er zitten echter twee negatieve aspecten aan somatische homogene groepen: er kan een zekere stigmatiserende werking van uitgaan en voorts is gebleken dat het voor het groepsproces belemmerend werkt als men lang blijft vasthouden aan lichamelijke klachten. Vandaar dat men van somatische homogene groepen heeft afgezien als criterium bij het samenstellen van een groep.

Er zijn twee somatisch heterogene B-groepen bezig: mensen met een gespannen levenswijze, wier spanningen lichamelijke klachten oproepen.

Leiderdorp. In het gezondheids-team heerste onvrede over het feit dat wegens tijdgebrek reële contacten met patiënten onvoldoende waren. Men wilde in de hulpverlening meer mensen bereiken op een betere manier. Voor ogen stond het inschakelen van niet-professionele werkers (a) en een groepsgewijze benadering (b).

Ad a. Men vroeg zich af of en hoe

de normale ondersteunende hulp tussen bijvoorbeeld buurt- of dorpsgenoten, relaties en vrienden op enigerlei wijze verder te mobiliseren en te verbeteren zou zijn. Het vaak directe concrete resultaat op meer informele basis, in vergelijking met de professionele aanpak, sprak de leden van het team bijzonder aan. Voorts leek hierin een mogelijkheid te liggen om vooral die mensen hulp te bieden, die aan deze wijze van relatie onderhouden voldoende hebben om zich op een redelijk gezond niveau te handhaven.

Ad b. Het nog niet naar tevredenheid afgestemd zijn en/of beschikbaar zijn van de professionele hulpverlening — met name van het maatschappelijk werk — vormde een stimulans in de richting van een groepsgewijze benadering. De toenemende overtuiging dat veel problematiek te zien is als relatie-problematiek, zoals dat vooral bij het maatschappelijk werk blijkt, gaf vastere vorm aan het plan om in groepen te gaan werken.

Aanvankelijk werd begonnen met patiënten-groepen (vezuchtigen, moeders van kinderen met slaapproblemen, mensen met psychosociale klachten), nu is alle aandacht gericht op het vrijwilligerswerk. Vrijwilligers die zich op de volgende categorieën hulpvragers richten: jonge moeders met opvoedingsvragen, gezinnen als netwerk van relaties, mensen die meer algemene en/of individuele begeleiding willen.

Gespreksgroepen onder leiding van vrijwilligers: vrouwen praatgroep, jongeren van 20-30 jaar, echtparen, ouders van kinderen tot ongeveer 12 jaar en moeders van tieners.

Noordwijk. Tijdens de oprichting van het gezondheidscentrum kwam bij een daarover ten departemente gevoerde bespreking groepswork ter sprake. Verwezen werd bij die gelegenheid naar een specialiste in „non-professional” werk. De echtgenote van de huisarts, de latere groepsleidster, ging bij deze specialiste in training. Er werden, met als doel

vergroten van persoonlijke groei en toeneming van sociale betrokkenheid, daarna de volgende thema-groepen gevormd:

Twee echtparen-groepen, waarvan een groep ouders van jonge kinderen (0-7 jaar) met opvoedingsproblemen en een groep ouders van gehandicapte kinderen;

Drie vrouwen-groepen, namelijk een groep Duitse vrouwen, getrouwd met Nederlandse mannen, een groep veenzaamde vrouwen en een groep alleenstaande vrouwen.

De volgende groepen zijn in voorbereiding: ouders van astmatische kinderen, ouders van kinderen in inrichtingen, ouders/opvoeding in het algemeen en labiele adolescenten.

Rotterdam. De teleurstellende resultaten van de diëtiste om patiënten te helpen vermageren was voor het gezondheidscentrum reden om te experimenteren met een groepsgewijze behandeling. Het probleem achter het symptoom blijft bestaan. De klassieke individuele benadering mislukt of heeft slechts tijdelijk succes.

Overgewicht is een multi-conditioneel probleem, waarbij patiënten onder meer hebben geleerd de bevrediging, welke zij vinden in het eten, te aanvaarden voor bepaalde tekorten in het persoonlijk functioneren. Vandaar dat de wijziging van de attitude, opheffing van communicatiestoornissen en het veranderen van (eet)gedrag de hoekstenen zouden kunnen zijn voor een alternatieve benadering.

Vervolgens werd een tweede soort groep samengesteld: spanningsgroepen: lichamelijk beleefde klachten, vooral aan het bewegingsapparaat ervaren, blijken nog al eens op psychische en/of sociale problemen te berusten. Evenals bij obesitas-patiënten werd met een individuele behandeling niet veel bereikt. Het is voor de individuele hulpverlener vaak moeilijk greep te krijgen op de gevoelens achter de klacht. Via het gemeenschappelijk ervaren van klachten en/of stress en het zich niet

kunnen ontspannen moet het mogelijk zijn in een groep samen te zoeken naar „zelf“-genezing en veranderingen in de leefsituatie.

Verder worden er „gezondheids“-groepen voorbereid, waarbij niet wordt uitgegaan van zieke maar van gezonde mensen. De doelstelling is op een verantwoorde manier leren omgaan met het eigen lichaam. Er wordt naar gestreefd deze groepen te laten leiden door ex-patiënten van deze groepen onder supervisie van het gezondheidscentrum.

Stolwijk. Het viel een van de huisartsen op dat hij veel ouders met opvoedingsproblemen en ouders met bedplassende kinderen in zijn praktijk tegenkwam. Individuele verwijzing naar het Medisch Opvoedkundig Bureau zou niet mogelijk zijn, omdat een dergelijke toeloop niet zou kunnen worden verwerkt. Deze problematiek werd in het home-team ingebracht, waarbij een psycholoog werd uitgenodigd dit probleem te helpen oplossen. Hieruit is de oudercursus opvoedingsproblemen voortgekomen; de oudercursus „bedplassende kinderen“ verkeert in de voorbereidingsfase.

Utrecht. Steeds meer werd duidelijk dat het aantal dieet-patiënten toenam bij de diëtiste. Bovendien maakte de individuele behandeling door de diëtiste het niet mogelijk om, behalve het symptoom van vetzucht te bestrijden, ook de werkelijke oorzaken van het symptoom manifest te maken bij de patiënten.

Vanuit de theorievorming en de overlegsituatie binnen de gezondheidszorg in deze wijk kwam men tot de behoefte om meer dan alleen aan symptoombestrijding te doen.

Uit allerlei aanwijzingen blijkt dat vetzuchtigen een gedrag hebben ontwikkeld, dat wordt gekenmerkt door een grotere consumptie als compensatie voor bepaalde tekorten. Die tekorten liggen vaak op relationeel niveau. De groep is er op gericht inzicht te krijgen in de oorzaken van het (eet)gedrag en in de

mogelijkheden tot verandering hierin. *Schema A* geeft een overzicht van de groepen en de begeleiding ervan.

SELECTIEPROCEDURE

Amsterdam. De groepsleden worden door de huisarts als hyperventilatie-patiënten gediagnostiseerd. Hij legt de mensen vier mogelijkheden voor: geneesmiddelen, fysiotherapie, yoga en een groepsgewijze benadering. Driekwart kiest voor het laatste. Deze patiënten worden in de teambespreking ingebracht. Nagegaan wordt of de onderliggende problematiek niet te zwaar is. Als de patiënt al onder behandeling bij de fysiotherapeut is geweest en/of aan yoga heeft gedaan, komt hij in aanmerking voor de groepsgewijze aanpak.

De vetzuchtigen worden eveneens in het werkoverleg ingebracht. Het gaat om vermageren om medische redenen (in de toekomst ook om niet-medische redenen).

Eindhoven. Selectiecriteria gehanteerd in de eerste groep (adipositas): vrouwen, in de leeftijd van 25-50 jaar, qua intelligentie en milieu geen te grote verschillen vertonend (alleen ziekenfondspatiënten), een medisch ongecompliceerde vorm van adipositas (met een minimum van 20 procent overgewicht ten opzichte van het ideale gewicht), eigener beweging hulp vragend na minstens één vermageringspoging, en zonder belangrijke psychische stoornissen.

Het leek alsof verschillende doelstellingen (óf het accent op het meer technische óf op het meer emotionele niveau) en daarmee ook verwachtingen, onzekerheid veroorzaakten in het groepsgebeuren en dus ook voor sommige deelnemers teleurstellend of belemmerend werkten. Op grond van deze ervaring leek het redelijk dit verschil in doelstelling (en daarmee verwachting) in de selectie te realiseren.

Dit inzicht heeft geleid tot de splitting in A- en B-groepen. Bij alle groepen gaat de huisarts na: wie er wat aan heeft; of er van een zeker

verbaal introspectief vermogen sprake is; of grote psychosociale problematiek afwezig is; of de patiënt gemotiveerd is, of hij een idee heeft wat de groep hem biedt en of hij in een groep wil functioneren. Problemen hierbij waren dat de denkbeelden, welke de aspirantdeelnemers hadden over de groepen, onduidelijk waren en dat de verschillende artsen verschillende verwachtingen wekten.

Selectie en voorbereiding op de groep blijft gebrekkig als dit uitsluitend het terrein van de arts blijft. Op grond van de ervaringen is voor een nieuwe werkwijze gekozen. De eerste selectie ligt bij de huisarts: hij bespreekt met de patiënt of er een primaire bereidheid is en hij meldt de patiënt aan voor een driekwartier durende bespreking die plaatsvindt tussen patiënt, arts en groepswerker, waarin groepsdoel en verwachtingen van patiënt en hulpverleners aan de orde komen. Hiervan wordt een verslag gemaakt, dat ook naar de patiënt wordt gestuurd, samen met nadere informatie over de groep. Dit alles om duidelijkheid te verschaffen en de verwachtingen op elkaar af te stemmen, zodat het groepsproces sneller op gang kan komen.

Leiderdorp. Eerstelijns werkers stellen zich in verbinding met de contactpersoon van een groep, waarbij summier gegevens van de hulpvragende worden doorgegeven. In die groep van vrijwilligers wordt besproken wie het contact met de hulpvragende gaat leggen. De problematiek moet niet van dien aard zijn dat verwijzing naar een professionele instantie gewenst is.

De gespreksgroepen, begeleid door vrijwilligers, worden gevormd via oproepen in stencils en een plaatselijk blad (van deze vorm van zelfselectie wordt in de toekomst afgezien vanwege het geringe aantal aanmeldingen) en voorts via de telefonische hulpdienst en de maatschappelijk werker.

Noordwijk. Op twee manieren worden groepen geformeerd: op initiatief van de groepsbegeleidster, die

een thema bedenkt en op initiatief van het eerste echelon: er is een patiënt met een bepaalde problematiek; nagegaan wordt of er meer patiënten zijn met gelijksoortige problemen. In beide gevallen sporen de hulpverleners de patiënten op. Mensen die professionele hulp behoeven komen niet in aanmerking voor deze lekengroepen.

Rotterdam. Bij de eerste opzet werden uit het bestand van de diëtiste mensen aangeschreven met enkele mislukte dieetpogingen. Bij een volgende opzet selecteerden de huisartsen en de fysiotherapeut adipositaspatiënten.

De deelnemers aan de spanningsgroepen worden verwezen door de in het gezondheidscentrum werkende hulpverleners.

De ervaring leert dat voor het welslagen van de bijeenkomsten de verwachtingen en de motivatie van de groepsleden belangrijk zijn. Tot voor kort werden alle verwezen personen op een lijst geplaatst en vervolgens, wanneer er een groep startte, uitgenodigd voor de eerste bijeenkomst. Het bleek dan nogal eens voor te komen dat mensen veel te hoge of geheel andere verwachtingen van de groep hadden of niet gemotiveerd waren, omdat zij zich door de hulpverlener gestuurd voelden. Om dit te voorkomen wordt nu voor het begin van een groep met iedere verwezen deelnemer een „intake”-gesprek gevoerd.

Stolwijk. De huisartsen en de wijkverpleegkundigen vroegen ouders, van wie zij wisten dat zij opvoedingsmoeilijkheden met hun kinderen hadden, of zij iets voelden voor het in een groep bespreken van hun problemen. Het moest gaan om kinderen tot 15 jaar en het verdiende de voorkeur dat de ouders samen kwamen. In de toekomst zal er van de kant van de hulpverleners minder aandrang worden uitgeoefend om aan een groep deel te nemen. De deelnemers zijn dan waarschijnlijk beter gemotiveerd.

Utrecht. De deelnemers stonden reeds onder behandeling van de huisarts en/of bezochten reeds het spreekuur van de diëtiste. Na het introductiegesprek werd men uitgenodigd door de groepsleider voor de eerste gezamenlijke groepsbijeenkomst. Afsproken werd dat men tijdens de behandelingsperiode niet het spreekuur van de diëtiste mocht bezoeken en zo min mogelijk de huisarts, althans wanneer dat bezoek betrekking zou hebben op de vetzucht.

Het gaat om vermageren zonder bijkomende medische redenen, met een minimum overgewicht van 10 kg. Door middel van een introductiegesprek wordt nagegaan of de patiënt enig inzicht heeft in de achterliggende psychosociale problematiek en of hij in een groep wil en kan functioneren.

GROEPSLEIDING

Schema A geeft behalve een overzicht van de groepen ook aan wie de groepen begeleidt.

FORMELE METHODIEK

Voor alle plaatsen geldt dat de grootte van de groepen varieert van zeven tot veertien personen. Van bijna alle groepen wordt de tijdsduur van de behandelingsperiode tevoren vastgesteld, meestal twee tot vier maanden. De bijeenkomsten, waarop men in een kring bijeenzit, vinden plaats in een neutrale ruimte, eenmaal per week, gedurende anderhalf tot drie uur; de laatste bijeenkomsten vaak met een wat grotere tussenperiode. Het absentieïsme mag laag worden genoemd.

INHOUDELIJKE METHODIEK

Amsterdam. De hyperventilatie-deelnemers leren zich ontspannen en praten er over hoe de ontspanningsoefeningen thuis zijn gegaan en voorts over achterliggende problemen. Op elke bijeenkomst wordt dit programma afgewerkt. Bovendien treden er groepsdynamische processen in werking.

De vetzuchtigen volgen een schriftelijke gedragstherapeutische cursus. Elke keer wordt een stencil uitgereikt waarin telkens een ander aspect van de verkeerde eetgewoonte wordt behandeld. Zowel de nieuwe thuis uit te voeren als de reeds uitgevoerde opdrachten worden besproken.

Eindhoven

A-groepen

Adipositas groep: zowel via groepsgesprekken elkaar stimuleren en steunen, als ook voorlichting over diëten en dieet koken.

Hartinfarct/hoge bloeddruk groep: vrije groepsdiscussie over vragen en angsten welke men heeft en hoe men die binnen de arts-patiënt relatie beter aan bod kan laten komen, over dieet houden en over ervaren stress-situaties; daarnaast voorlichting en ontspanningsoefeningen.

Rokersgroep: programma, gericht op motivatie versterking, aanleren van zelfcontrole en leren ontspannen volgens gedragstherapeutische technieken.

B-groepen

Hartinfarct/hoge bloeddruk groep: vrije groepsdiscussie met als kernvragen in hoeverre er een verband bestaat tussen psychische gemoedstoestand en lichamelijk niet wel bevinden en in hoeverre men veranderbaar is, aangevuld met ontspanningsoefeningen en voorlichting.

Maagzweer-groep: naast vrije discussie werd ook gebruik gemaakt van elementen uit assertiviteitstrainingen.

Echtparen-groep: (man hartinfarct) echtparen helpen elkaar de angst en zorgen na een infarct te verwerken.

Migraine-groep: ontspanningsoefeningen en gestructureerde groepsgesprekken.

Leiderdorp. Iedere vrijwilliger brengt in zijn groep de problematiek in van de hulpvrager, met wie hij contact onderhoudt, waarover binnen de groep (van vrijwilligers) van gedachten wordt gewisseld. Er wordt

Schema A. Overzicht van de groepen en de begeleiding ervan.

	Amsterdam	Eindhoven	Leiderdorp	Noordwijk	Rotterdam	Stolwijk	Utrecht
Groepen:	hyperventilerenden; vetzuchtigen (vermageren om medische redenen).	A-groepen: adipositas; hartinfarct/hoge bloeddruk; rokers B-groepen: hartinfarct/hoge bloeddruk; maagzweer; echtparen (man hartinfarct); migraine. somatische heterogene groepen: mensen met een gespannen levenswijze, wier spanningen lichamelijke klachten oproepen.	vrijwilligerswerk: vrijwilligers die zich op de volgende categorieën hulpvragers richten: jonge moeders met opvoedingsvragen; gezinnen als netwerk van relaties; mensen die meer algemene en/of individuele begeleiding willen. gespreksgroepen: vrouwenpraatgroep; jongeren van 20-30 jaar; echtparen; ouders van kinderen tot ± 12 jaar; moeders van tieners.	echtparen-groepen: ouders van jonge kinderen (0-7 jaar) met opvoedingsproblemen; ouders van gehandicapte kinderen. vrouwengroepen: Duitse vrouwen; vereenzaamde vrouwen; alleenstaande vrouwen.	vetzuchtigen spanningsgroepen.	ouders met opvoedingsproblemen.	vetzuchtigen.

vrij gediscussieerd in de gespreksgroepen. Naar behoefte wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals het rollenspel.

Noordwijk. Het programma heeft hetzelfde patroon als de totale behandelingsperiode waarin drie fasen zijn te onderkennen: „ontdooiing, beweging en stabilisering”. Er wordt gediscussieerd en er worden oefeningen gedaan als rollenspel, expressieve en verbale en non-verbale oefeningen.

Rotterdam. De vetzuchtigen houden gespreksgroepen over de achterliggende problematiek, eetgewoonten en „alternatief” gedrag (bijvoorbeeld wat kan men doen om de leegte op te heffen). Zij krijgen informatie over voeding, medisch-psychologische ach-

tergrond, lichaamshouding en -beweging, huidverzorging, yoga, liefhebberijen en gespreksgroepen. Deze informatie hebben tot doel te trachten de bewustwording van het eigen lichaam te stimuleren en aan te zetten tot alternatief gedrag.

Bij de spanningsgroepen wordt door gemeenschappelijke probleemformulering, onderlinge informatie en projectie via rollenspel aan bewustwording gewerkt. Tevens doen de deelnemers samen ontspanningsoefeningen om te werken aan lichaamsbewustwording, waarbij zij de ervaringen, tijdens de oefeningen opgedaan, in de groep terugbrengen.

Stolwijk. Tijdens de eerste bijeenkomsten wordt de meeste tijd besteed aan het behandelen van de theorie uit

het cursusboekje. Daarna vertellen de groepsleden elkaar hun problemen, waardoor de oplossing van de problemen op gang komt.

Utrecht. De programma's bestaan uit drie onderdelen: het informele contact met elkaar, een discussie over een bepaald onderwerp, waarbij als hulpmiddel bijvoorbeeld van een rollenspel gebruik wordt gemaakt en informatie door deskundigen.

RESULTATEN

Amsterdam. Uit de door de patiënten ingevulde vragenlijsten blijkt dat de behandeling voor een aantal van hen voldoende is en voor anderen een eerste aanzet vormt, terwijl voor enkelen de behandeling niets schijnt

Schema A (vervolg)

	Amsterdam	Eindhoven	Leiderdorp	Noordwijk	Rotterdam	Stolwijk	Utrecht
Groepen in voorbereiding:	rokersgroep; vetzuchtigen (vermageren om niet-medische redenen).			ouders van astmatische kinderen; ouders van kinderen in inrichtingen; ouders/opvoeding in het algemeen; labiele adolescenten.	„gezondheids”-groepen.	ouders van bedplassende kinderen.	
Groepsbegeleiding:	klinisch psycholoog.	groepswerkster	begeleiding vrijwilligerswerk door respectievelijk kinderpsychologe; gezinstherapeut; twee maatschappelijk werkers. gespreksgroepen onder leiding van vrijwilligers.	2 getrainde groepsbegeleiders.	agoge plus geïnteresseerde leek; agoge plus ex-(dikke) patiënt; fysiotherapeut plus ex-patiënt; fysiotherapeut plus agoge; huisarts plus maatschappelijkwerkster.	kinderpsycholoog van een M.O.B.	cultureel werker; maatschappelijk werker.
Groepsbegeleiding in voorbereiding:		leiding van de A-groepen: getrainde non-professionals.			leiding van de „gezondheids” groepen: non-professionals onder supervisie.		

bij te dragen aan de oplossing van hun problemen. De effectiviteit van de behandeling kan wellicht worden verbeterd door bij de samenstelling van de groepen rekening te houden met de leeftijd en bronnen van angst en spanning.

Van de tweede groep, hyperventilatie-patiënten, zijn de resultaten nog niet bekend. Men verwacht dat de klachten zullen afnemen met als neveneffect een doorbreking van het sociale isolement.

De vetzucht-groep is nog aan de gang.

Eindhoven. De A-groepen zijn betrekkelijk gemakkelijk te evalueren,

omdat de mate, waarin het doel is bereikt, kan worden gemeten. Voor de meeste deelnemers betekende dat een vermindering van angst- en schuldgevoelens, versterking van het zelfvertrouwen en een beter inzicht in eigen motieven en gedragspatronen. De gewenste gedragsverandering kwam echter nauwelijks tot stand omdat het programma geen hulpmiddelen bood voor de problemen van zelfcontrole. Op grond van die ervaring worden nu programma's ontwikkeld, gebaseerd op gedragstherapeutische technieken. Verder worden voorbereidingen getroffen de A-groepen te laten leiden door getrainde non-professionals.

Evaluatie van de B-groepen zou moeten aantonen in hoeverre het doel van de groep (toeneming van persoonlijke groei) is bereikt en in hoeverre de klachten zijn afgenomen. De meeste deelnemers oordeelden na afloop positief over het effect van de groep: meer open zijn over zichzelf, niet meer zoveel opkroppen, beter voor zichzelf opkomen en vermindering van angst- en spanningsgevoelens.

Toch waren er ook moeilijkheden. Het begindoel was vaag en stimuleerde daardoor te weinig. Het was voor de meeste mensen moeilijk zelf in te vullen om welke problemen het ging. Op grond van de ervaringen

zijn er enkele verschuivingen opgetreden in de opzet:
van een open hulpaanbod naar een concreet omschreven doel;
van somatische homogene naar somatische heterogene groepen;
van selectie en voorbereiding door de arts naar gezamenlijke voorbereiding door arts, groepsworkster en patiënt;
van een non-directieve groepsmethodiek naar een meer directieve.

Leiderdorp. De aldaar werkzame vrijwilligers melden positieve ervaringen zoals: leren herkennen van problemen, zich gesteund voelen, meer bewust gaan leven, continueren van contacten onder de groepsleden, en van medicijnen afkomen. Spontane aanmeldingen zouden in de toekomst misschien kunnen worden gestimuleerd door aan het vrijwilligerswerk meer bekendheid te geven via de school, de kerk en het jeugdwerk.

Noordwijk. De meeste echtparen en vrouwengroepen hebben naar eigen oordeel hun doel (zoals contact leggen, toeneming van persoonlijke groei) bereikt. Verschillende deelnemers blijken naderhand minder frequent de huisarts te bezoeken. Pogingen worden ondernomen om op drie niveaus te evalueren: de trainer, de groep en het eerste echelon. Daartoe wordt er zowel halverwege als aan het einde van de cursus en bovendien drie maanden na het einde geëvalueerd.

In de toekomst zullen gesprekken vooraf plaatsvinden, ten einde de verwachtingen van de groepsleden op elkaar af te stemmen en te verduide-

lijken waar het in een groep om gaat.

Het is belangrijk gebleken dat de groepsbegeleider zelf in training blijft, supervisie krijgt en zo mogelijk met een co-therapeut samenwerkt.

Rotterdam. De vermageringsresultaten zijn doorgaans teleurstellend. Wellicht wordt een beter resultaat bereikt door meer aan de verwachtingen van de vetzuchtigen tegemoet te komen: nadruk leggen op de diëtik. Wel verandert het gedragspatroon van de adipositas-patiënten: bovendien worden interessen ontwikkeld en sociale activiteiten ontplooid.

Over de spanningsgroepen valt voorlopig vanwege het kleine aantal weinig te zeggen. De indruk bestaat dat het consulteren van de huisarts afneemt.

Stolwijk. In bijna alle gevallen bleek na afloop van de oudercursus het gestelde doel met betrekking tot de opvoeding van de kinderen bereikt.

Utrecht. Het vermageringsresultaat is iets beter dan bij een individuele begeleiding. Duidelijker vallen de veranderingen op doordat men in een groep heeft gefunctioneerd: men gaat sociale activiteiten ontwikkelen. Men heeft leren praten over problemen, nu weliswaar naar aanleiding van het gewicht, maar dit zal mogelijk ook doordringen tot andere probleemgebieden. Er wordt meer dan in het begin met een strakker programma gewerkt: voorlichting en gerichte gespreksonderwerpen om gedragsverandering te bewerkstelligen.

SLOTOPMERKING

Te hopen is dat de inzet en het enthousiasme van de beschreven werkers weerklank vindt in grotere kring; de resultaten zijn daarvoor bemoedigend genoeg.

Bakker, F. R. *Gespreksgroepen voor vetzuchtigen, experiment gezondheidscentrum.* Ommoord-Rotterdam, 1973.

Eerden, Ch. A. van en W. den Heeten. *Nota betreffende vrijwilligerswerk.* Hazerswoude, 1974.

Groenendijk, A. J. *Maak je niet dik!* Utrecht, 1973.

Rijdt-van de Ven, A. H. J. van de. *Groepswork met patiënten uit huisartspraktijken; intern rapport Philips Medische Dienst Eindhoven, 1975.*

Rijdt-van de Ven, A. H. J. van de en J. Fransman. *Verslag van de ervaringen met groepswork voor patiënten uit huisartspraktijken.* Philips Medische Dienst Eindhoven, 1974.

Schouwstra, C. P. (1974) *huisarts en wetenschap* 18, 93-95.

Wachters-Kaufmann, C. S. M.: *Groeps-gewijze behandeling van patiënten.* N.H.I. Utrecht, 1974.

Weel, Ch. van. *Het werken met groepen vanuit het gezondheidscentrum Ommoord; intern rapport Gezondheidscentrum Ommoord-Rotterdam, 1975.*

Witteman, H. C. M. *Een exploratief onderzoek naar het therapeutisch effect van korte progressieve groepsrelaxatie bij hyperventilatiepatiënten; doctoraal scriptie, Rijksuniversiteit Leiden, afdeling Klinische Psychologie, 1973.*