

Wat betekent voor de huisarts integrale zorg?

1. Een beschouwing over de term „integrale zorg”

DR. C. SPREEUWENBERG

„Das Höchste, was ihm hier und da gelingt ist Schicksalgefährte zu werden mit dem Kranken, Vernunft mit Vernunft, Mensch mit Mensch, in den unberechenbaren Grenzfällen einder zwischen Artz und Kranken entstehenden Freundschaft” – (Karl Jaspers). Aldus luidde het motto bij een van de twee bekroonde inzendingen voor de prijsvraag ter gelegenheid van het afgelopen jubileum van het Nederlands Huisartsen Genootschap. De auteur van deze lijvige beschouwing bleek C. Spreeuwenberg, huisarts te Nieuwegein en als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Utrecht. Wij publiceren zijn inzending in twee delen.

Inleiding

Deze beschouwing is gewijd aan de vraag *Wat betekent voor de huisarts integrale zorg?* Deze vraag is de huisartsen voorgelegd ter gelegenheid van het vijftienvigjarige bestaan van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. De term „integrale zorg” maakt deel uit van de Woudschoter thesen waarin het Genootschap zijn uitgangspunt voor de functie van huisarts heeft geformuleerd. Dit uitgangspunt heeft een belangrijke, stimulerende rol gespeeld in het denken over de functie en taken van de huisarts. In dit artikel hopen wij duidelijk te maken waarom wij het betreuen dat de vraagstelling betrekking heeft op de algemene term „integrale zorg” en niet op het beperktere terrein uit de Woudschoter thesen, namelijk „de integrale zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen, die zich aan hun huisarts toevertrouwen”.

Nu, vijftienvig jaar na de oprichting van het Genootschap, kan men zich nauwelijks voorstellen dat de initiatiefnemers indertijd verschillend oordeelden over de koers die de huisartsgeneeskunde zou moeten inslaan. „Sommigen dachten in orthodox-somatische termen, anderen meer psychomatisch en weer anderen sociopsychomatisch” (*Brühl*). Dit leidde vanzelfsprekend tot verschillende uitgangspunten en doelstellingen. Het is aan de inspiratiekracht van enkelen te danken, dat het jonge

Genootschap zich kon verenigen met een formulering waarin de functie van de huisarts werd omschreven als „het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen die zich aan de huisarts toevertrouwen”. Het is achteraf de vraag of de uiteenlopende visies uiteindelijk toch niet tot gevolg hebben gehad, dat schijnbaar vanzelfsprekende begrippen en termen individueel verschillend werden geïnterpreteerd. Zo vond *Brühl* het gebruik van de term „integraal” eigenlijk overbodig omdat de toevoeging „zorg voor de gezondheid” in feite al een integrale zorg zou inhouden.

Thans kan geconstateerd worden, dat de Woudschoter thesen door een brede laag van de beroepsgroep zijn aanvaard. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat nu ook de LHV haar omschrijving van de functie van de huisarts met een vrijwel identieke formulering aanvangt (*Raamplangroep*).

Ondanks deze bredere acceptatie zijn er redenen om kritisch terug te zien op het destijds geformuleerde uitgangspunt. Ten eerste kan men zich afvragen welke inhoud de gebruikte termen hebben. Zo kan men zich afvragen of „zorg voor de gezondheid” wel identiek is met „integrale zorg” zoals *Brühl* stelde.

Ten tweede hebben de maatschappij en het denken over gezondheid en ziekte en de taak die daarbij aan de arts wordt

Volgens mij bestaat er aan het lichaam geen begin: alles ervan is tegelijkertijd begin en einde. Aan een cirkel kan men immers ook geen begin vinden. Ook de ziekten schijnen mij van het gehele lichaam.

Hippocrates

toebedeeld, zich in de afgelopen jaren verder ontwikkeld. Het inzicht is bijvoorbeeld gegroeid, dat de patiënt en zijn omgeving zelf in eerste instantie verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en dat de verantwoordelijkheid van de arts hiervoor slechts een gedeeltelijke en gedeelde is.

Ten derde kunnen er ook kritische opmerkingen worden geplaatst bij de vanzelfsprekendheid waarmee men ervan uitgaat dat het genoemde uitgangspunt noodzakelijk is voor een optimaal resultaat van de hulpverlening. Zo vroeg *Schouwstra* zich af of continuïteit – in de zin van een jarenlange relatie van voortdurende zorg – wel werkelijk nodig is om voldoende veiligheid aan de patiënt te bieden, en of vaardigheid in de omgang met mensen en een juiste houding van de huisarts niet veel belangrijker zijn. Een inzicht waarvoor hij – althans ten aanzien van het aspect stervenshulp – door wetenschappelijk onderzoek steun kreeg (*Spreeuwenberg*).

In dit artikel handelt het om een andere elementaire term uit de Woudschoter thesen, die in de huisartsgeneeskunde veel wordt gehanteerd, de „integrale zorg”. De betekenis en strekking van deze term worden zelden voldoende gespecificeerd. Het is onduidelijk wat integrale zorg voor de praktiserende huisarts precies betekent, of hij zich daartoe in staat acht, en in hoeverre hij hieraan de afgelopen jaren gestalte heeft weten te geven. Over dit laatste is *Querido* (1980) in ieder geval pessimistisch. In zijn autobiografie verzucht hij dat in het algemeen niet gezegd kan worden, dat de integrale geneeskunde in de huisartspraktijk veel voortgang heeft gemaakt.

Stilstaan bij deze in de huisartsgeneeskunde veel gebruikte term is alleen al van belang vanwege het gevaar dat *De Geus* ten aanzien van de omschrijving van de functie van de huisarts signaleerde: „dat zij wordt tot een loze formule, die in al zijn onaantastbaarheid de kans loopt te worden bijgezet als een heiligenbeeld, als museumstuk”.

Teneinde een antwoord te kunnen geven op de vraag wat integrale zorg voor

de huisarts betekent, is het noodzakelijk na te gaan welke betekenis aan de term „integrale zorg” wordt toegekend. Hierbij is voor twee invalshoeken gekozen. Eerst wordt getracht de betekenis van de term te ontdekken door een bezinning op de twee elementen waaruit hij is opgebouwd, het substantief „zorg” en het adjectief „integraal”, en aan de hand hiervan een aantal interpretaties te construeren. Vervolgens wordt nagegaan volgens welke interpretaties de term de laatste decennia in de praktijk gehanteerd is. Tenslotte trekken wij uit deze bevindingen een conclusie.

Interpretaties van de woorden „zorg” en „integraal”

• *Zorg* veronderstelt dat er bepaalde behoeften zijn waarin door zorg voorzien kan worden. Volgens *Maslow* moet ieder mens – om waarlijk als mens te kunnen functioneren – verzekerd zijn van de voorziening in een aantal basisbehoeften. Als belangrijke behoeften noemt hij:

- de fysieke behoefte;
 - de psychische zekerheid of geborgenheid;
 - het liefhebben en behoren tot een bepaalde groep;
 - de zelfbevestiging door een gevoel van eigenwaarde;
 - de zelfverwerkelijking in een streven naar zelfontwikkeling, integratie, autonomie, stimulering en uitdaging.
- De levensfase van een individu bepaalt, bij een normale loop van het bestaan, voor een groot deel het spectrum van deze behoeften en de mate waarin het individu zelf in deze behoeften kan voorzien. Voor de meeste van deze basisbehoeften is de mens ook op zijn omgeving aangewezen. Door het contact met zijn omgeving, in zijn gezin, werk en vriendenkring, ontvangt de mens voortdurend zorg en aandacht. Doordat hij deze in het normale bestaan ook weer aan de hem omgevende mens verleent, heeft de zorgverlening in principe een sterk wederkerig karakter. Dit is bijvoorbeeld in een oude, geïnstitutionaliseerde vorm van zorgverlening, het naôberschap, duidelijk herkenbaar.

Als de zorg van de mens voor zichzelf of vanuit zijn sociale omgeving ontoereikend is of dreigt te worden om in de basisbehoeften te voorzien, komt in onze samenleving de zorg binnen het vizier, die geboden wordt door professionele instanties. Meestal wordt het „gezonde bestaan” dan bedreigd (*Kuiper* 1975). Deze bedreigingen kunnen liggen in de persoonlijke, interactie en

situationele sfeer van het bestaan. In een aantal van deze bedreigingen voorzien de overheid en ons stelsel van sociale zekerheid; voor andere behoeften kan een beroep worden gedaan op een scala van hulpverleners op diverse terreinen.

Om de betekenis van de term „integrale zorg” te kunnen begrijpen, is het belangrijk vast te stellen dat zorg in eerste instantie behoort tot de normale menselijke activiteiten en dus niet beperkt is tot de professionele hulpverlening; dat zorg wordt verleend met het oog op het wél en níét bedreigde bestaan en dat ten aanzien van het bedreigde bestaan een beroep kan worden gedaan op hulpverleners van uiteenlopende disciplines, dus zowel op medici als op niet-medici, zoals juristen en sociale raadslieden.

• *Het adjectief „integraal”* stamt af van het Latijnse woord *integer* waarvan de grondbetekenis is: intact, onberoerd, ongekwetst, onaangetaast en heel (*Grote Winkler Prins*). In onze taal wordt het tevens gebruikt om daarmee het resultaat van een samenvoeging van verschillende delen tot een geheel aan te geven. Een samenvoeging van delen tot een geheel mag volgens *Van Hasselt* alleen dan een integratie worden genoemd als aan twee voorwaarden is voldaan:

- de uiteindelijke eenheid moet in zekere zin meer zijn dan de som van de eenheden waaruit de oorspronkelijke veelheid bestond, dat wil zeggen dat de integratie een kwalitatief plus ten opzichte van de situatie vóór de integratie moet opleveren;
- binnen de uiteindelijke eenheid moeten de oorspronkelijke eenheden nog te onderscheiden zijn, dat wil zeggen dat zij niet zodanig in de uiteindelijke eenheid opgaan, dat deze met zijn „totaliteits”-eigenschappen volledig reeds beschreven zou kunnen worden; de uiteindelijke eenheid van integratie heet daarom wel een veelheid of totum.

Door het woord „integraal” te gebruiken kan men dus twee te onderscheiden zaken willen uitdrukken. Ten eerste dat iets heel, volledig en ongedeeld is. Ten tweede dat een aantal delen zodanig zijn samengevoegd, dat er zowel sprake is van een „kwalitatief plus” als van het herkenbaar zijn van de oorspronkelijke eenheden in de uiteindelijke eenheid. Uit het bovenstaande volgt dat er bij een puristische benadering van de term „integrale zorg” twee interpretaties mogelijk zijn. Volgens de eerste interpretatie wordt het woord „integraal” opgevat in de grondbetekenis van heel, volledig en ongedeeld. Dit zou dus inhouden dat

één instantie een totale zorg biedt waarin op samenhangende wijze in alle basisbehoeften wordt voorzien. Een dergelijke zorg is niet alleen een fictie, maar zou ook buitengewoon ongewenst zijn. Men gaat dan immers voorbij aan de eigen verantwoordelijkheid van de mens.

Volgens de tweede interpretatie wordt het woord „integraal” opgevat in de zin van *Van Hasselt*. Uitgaande van het feit dat er in onze samenleving afzonderlijke instanties bestaan voor de verschillende zorgbehoeften, zou men onder integrale zorg kunnen verstaan dat deze instanties hun zorg zodanig op elkaar afstemmen en zo samenhangend aanbieden, dat van een werkelijk geïntegreerde zorg kan worden gesproken. Deze geïntegreerde zorg moet dan van een betere kwaliteit zijn dan de zorg die voorheen door de aparte, niet samenwerkende instanties werd geboden. Volgens deze interpretatie moet de identiteit van de zorgverlenende instanties nog herkenbaar zijn.

De wens een dergelijke samenwerking te bereiken spreekt uit een in opdracht van het Genootschap uitgebrachte rapport, waarin gepleit wordt voor een gemeenschapsmodel, waarbij men als gemeenschap van hulpverkrijgenden en hulpverlenenden gezamenlijk de verantwoording voor de hulp aanvaardt (*Laurijssens* e.a.). In de meeste gevallen gaat men echter niet zo ver en bedoelt men met „integrale zorg” slechts de integratie van de professionele zorg, zoals die geboden wordt door de eerstelijns hulpverlening en het geneeskundig systeem. Hieraan kleefst weer het bezwaar dat men de hulpvragende buiten de integratie houdt.

Overigens is niet iedereen van mening dat een goede zorgverlening een volledige integratie van de zorgverlenenden vereist. *Groffen* pleit bijvoorbeeld vooral het samenwerken op „subdisciplinair” gebied. Ten aanzien van het beroepsspecifiek gebied acht hij samenwerking buiten de eigen discipline niet noodzakelijk. Ook *Trimbos* pleit in een beschouwing over integrale zorg voor een wat lossere vorm van samenwerking, waarin het niet gaat om integratie, maar om coördinatie van de zorg door de verschillende hulpverlenenden.

Tot nog toe werd uitgegaan van de letterlijke betekenis van het woord *zorg*. Er kan echter worden geconstateerd dat er ook een spraakgebruik is waarin het adjectief „integraal” betrekking heeft op de benadering van het object *zorg*. Een term als „integrale benadering”

geeft een manier weer om naar de patiënt te kijken.

De misverstanden die over de term „integrale zorg” bestaan, berusten soms op het onvoldoende onderscheiden van de begrippen „zorg” en de „benadering van het object van zorg”. Als men dit laatste bedoelt, zijn er door de verschillende betekenissen van het woord „integraal” weer twee andere interpretaties mogelijk. Soms wil men ermee aangeven, dat in alle hulpverlening centraal moet staan, dat de mens een niet in delen te scheiden geheel is. Deze opvatting komt men tegen bij degenen die streven naar een „holistische benadering van de mens. Zij gaan ervan uit, dat men de mens als object van zorg altijd „in zijn volle omvang” en „in zijn totaliteit” moet beschouwen.

Het woord integraal wordt ook gebruikt in de zin van *Van Hasselt*. Met name *Querido* (1955) wilde door bestudering van de integrale geneeskunde een poging wagen „het beeld van de zieke mens, dat door de specialistische geneeskunde in fragmenten uiteenvalt, weer samen te voegen”. Hij zocht en vond door deze benadering een „kwalitatief plus”. De fragmenten waarop *Querido* doelt, blijven echter beperkt tot de somatische, psychische en sociale betrekkingsvelden. Slechts deze elementen wil hij samenvoegen. Alleen al het feit dat *Querido* zijn casuïstiek vanuit de genoemde drie betrekkingsvelden beschrijft en het basisgegeven dus uit drie soorten gegevens of verhalen bestaat, geeft aan dat volgens zijn visie de oorspronkelijke eenheden in het geïntegreerde beeld herkenbaar blijven.

Uiteindelijk zijn er dus vier interpretaties van de term „integrale zorg” mogelijk. In het *schema* wordt de essentie van deze interpretaties weergegeven.

Hoewel daarvan in het voorafgaande al enige voorbeelden werden gegeven, gaan wij verder in op de wijze waarop de term „integrale zorg” in de praktijk gehanteerd wordt.

Opvattingen over „integrale zorg”

Afgezien van *Trimbos* gebruiken de meeste auteurs de term „integrale zorg” om daarmee een bepaalde benadering van de patiënten aan te geven. Overigens kan een geïntegreerde of gecoördineerde zorgverlening een middel zijn om de relevante aspecten van het probleem tot hun recht te laten komen, dat wil zeggen om de patiënt integraal te benaderen. Wat betreft de integrale benadering kunnen twee hoofdstromingen onderscheiden worden, die merkwaa-

dig genoeg geplaatst kunnen worden onder de noemers *Querido* en degenen die *Querido* wilden navolgen.

Vrijwel iedereen die in Nederland iets heeft opgemerkt over integrale zorg, verwijst daarbij naar *Querido* (1955). Deze wilde door het bestuderen van de somatische, psychische en sociale aspecten van een zieke de zieke mens beter begrijpen. Zelf gebruikt hij het woord „interpreteren”. Vandaar ook dat velen aan de term „integrale geneeskunde” dezelfde betekenis hechten als aan het Engelse „comprehensive medicine”. Met nadruk moet er op gewezen worden dat *Querido* weliswaar het uitermate complexe stelsel van onderling afhankelijke betrekkingen tussen de somatische, psychische en sociale aspecten meer inzichtelijk wilde maken, maar dat hij zich hierbij expliciet heeft beperkt tot het veld dat hij aanduidde als „de niet-transcendentale beschouwingwijzen”. Dit is een logisch gevolg van zijn wil om „met de grootste volledigheid, die ontworpen kan worden, het totaalbeeld, deze integrale diagnostiek, te gebruiken om op *rationele* wijze een therapie in te stellen en een prognose op te stellen, die eveneens met goed recht integraal genoemd mogen worden”. *Querido* trekt met zijn omschrijving de consequentie uit het feit, dat de Wereld Gezondheids Organisatie gezondheid omschreef als „a state of complete psychical, mental and social well-being and not the absence of disease and infirmity” (*Preamble*).

Het woord „mental” wordt door *Querido* (1955) vertaald als psychisch. Het moet onderscheiden worden van het op metafysisch kennen slaande woord „spiritual” (*Fink*). *Querido* gebruikt het woord „psychisch” duidelijk niet in de zin van „geestelijk” welzijn, dat wil zeggen dat het geen betrekking heeft op zingeving, existentie en hoop. Hiermee wijkt hij af van de klassieke geneeskun-

de en plaatst hij zich in de traditie van het Cartesiaanse denken. *Hippocrates* achtte bijvoorbeeld voor de arts een diep religieus besef nuttig en daarom noodzakelijk (*Buma*). Onder invloed van het rationalisme hebben zowel de geneeskunde als ook de praktische psychologie de zingevingproblematiek van de overige problemen gescheiden en deze te veel weggeschoven naar disciplines als de theologie en de filosofie. In de praktijk van het geneeskundig handelen en de psychotherapie speelt „geestelijk welzijn” echter wel degelijk een rol (*Menges*). Daar wordt men wel geconfronteerd met reële schuld, met levensvragen, met het perspectief ten aanzien van de toekomst. Affecten als hoop en vertrouwen lenen zich niet zo erg voor een analytische benadering, maar ze kunnen wel gezien worden als de meest menselijke van alle affecten (*Kimsma*). *Querido* (1955) heeft deze aspecten niet in zijn interpretatie van integrale geneeskunde willen betrekken. Hij wilde de mens uiteindelijk analytisch benaderen. Weliswaar worden in zijn benadering belangrijke categorieën aan de diagnose toegevoegd, maar uiteindelijk wordt de zieke mens door hem geïnterpreteerd vanuit een denkmodel dat zich leent voor een wetenschappelijk benadering. Het lijkt erop dat velen zich onvoldoende bewust zijn van de belangrijke principiële stellingname van *Querido*.

Van Aalderen en *Van den Hout* menen aan te sluiten bij de gedachten van *Querido*, maar gaan er ten onrechte van uit, dat hij bij zijn beschrijving van integrale geneeskunde geen gebied uitsloot. Zij rekenen de verschillende stromingen die de samenhang van ziekte en ziektebeelden met de niet-biologische gebieden van het menselijk bestaan willen bestuderen, tot de integrale geneeskunde. Dit impliceert dan wel een van *Querido* afwijkende opvatting over integra-

Schema. Interpretaties van de term „integrale zorg”.

Het adjectief „integraal” heeft betrekking op:	Het substantief „zorg” heeft betrekking op:	
	zorg	de benadering van het object van zorg
„Iets dat heel is”	Totale, samenhangende zorg door één instantie	„Holistische” benadering van de mens
„Het resultaat van een integratieproces”	Geïntegreerde zorg door verschillende instanties	Samenvoeging van de somatische, psychologische en sociale beschouwingwijzen over de mens

le geneeskunde. De auteurs die zij aanhalen, zoals *Jores* en *Von Weizsäcker*, kennen immers wel degelijk een belangrijke plaats toe aan het niet-natuurwetenschappelijk te objectiveren kennen in de geneeskunde. Zij hechten belang aan geloof, hoop, emotionele belevingen, voorstellingen uit de jeugd en andere motivaties die in de meer rationaliserende geneeskunde niet aan bod zou komen.

In de leerboeken over huisartsgeneeskunde wordt het onderscheid tussen de integrale geneeskunde volgens de opvattingen van *Querido* en richtingen als de antropologische geneeskunde evenmin geëxpliciteerd. Uit de tekst en notities bij het hoofdstuk 10 van zijn leerboek blijkt bijvoorbeeld dat *Van Es* (1980) de integrale, psychomatische, antropologische en humanistische geneeskunde rekent tot vormen van „romantische geneeskunde”. Ten aanzien van de integrale geneeskunde merkt hij op dat de mens daarin meer is dan een samenvoeging van de drie elementen. Het is echter onduidelijk wat hij daarmee bedoelt. Hij kan het opvatten in de zin van *Querido*, die immers ook meent dat het beschouwen van de drie elementen binnen één geïntegreerd beeld tot een meerwaarde leidt. Waarschijnlijker is echter dat *Van Es* wil aangeven dat er meer onder de zon is dan de drie eerder genoemde, min of meer objectiveerbare, categorieën. Dit kan bijvoorbeeld worden afgeleid uit het feit dat hij integrale geneeskunde bindt aan het streven naar „holisme”. Het wordt hier niet duidelijk hoe *Van Es* zelf tegen een dergelijke zienswijze aankijkt. Dit is des te betreurenswaardiger omdat hij er elders op heeft gewezen, dat de term integraal niet inhoudt dat de arts de totaliteit van de patiënt tot in haar uiterste consequentie moet behandelen. Hij meent dat er een bepaald ideaal mee wordt uitgedrukt. (*Van Es* 1963, 1978). Het gaat hem om een accent dat nu eens hier en dan weer daar wordt gelegd. Met instemming citeert *Van Es* dan ook de uitspraak van *Jaspers*, dat integrale geneeskunde „Kein Gegenstand, sondern eine Idee ist”.

Ook de sociaal-geneeskundige *Kuiper* (1980) rekent de integrale geneeskunde tot de holistische benadering. *Kuiper* baseert dit oordeel op het feit dat *Querido* (1955) fragmenten wil samenvoegen. Hierbij heeft hij echter de context waarin *Querido* dit stelt, uit het oog verloren. Daardoor is er bij hem sprake van een evidente mis-interpretatie. Dit is des te opvallender omdat hij met ongeveer dezelfde argumenten als *Querido* de holis-

tische benadering afwijst en de intentie om te integreren wil benadrukken. Vanwege dit laatste zou hij liever van een „integrerende” benadering spreken. Aan het begrip „integrale zorg” kan men dus niet alleen op theoretische gronden verschillende betekenissen toekennen, ook in de praktijk blijkt het door artsen op uiteenlopende wijze geïnterpreteerd te worden. Er behoeft op zichzelf geen bezwaar tegen te bestaan dat door nieuwere inzichten de oorspronkelijke betekenis gewijzigd wordt, maar dit dient dan wel duidelijk gemaakt te worden. *Janse de Jonge* kon zich naast een integrale geneeskunde volgens de interpretatie van *Querido* ook een „integrale geneeskunde voorstellen die meer antropologisch gekleurd is in die zin, dat de huisarts wel degelijk probeert in zijn therapie de hele scala van menselijke verschijnselen op te nemen en op hun waarde te schatten”. Hij meent echter, dat men voor een dergelijke totale benadering van de mens beter de term „antropologisch” zou kunnen gebruiken. Onder integrale geneeskunde zou hij dan willen verstaan „een geneeskunde, waarin vertegenwoordigers van verschillende specialismen, alsmede psychologen en sociologen tot de gemeenschappelijke *bearbeitung* van een probleem komen”, terwijl hij onder antropologische geneeskunde die vorm van geneeskunde verstaat, „waarbij de arts zich zo ruim en diep mogelijk tracht te oriënteren omtrent de algemeen menselijke problematiek van de patiënt”.

Voorstellen voor het gebruik van de term „integrale zorg”

Ten einde elkaar in de gezondheidszorg goed te „verstaan”, is het noodzakelijk dat er afspraken worden gemaakt over de interpretatie van de verschillende termen rondom het thema „integrale zorg”. Over de te gebruiken termen rondom dit thema willen wij enkele voorstellen doen.

Wanneer het de samenwerking en het op elkaar afstemmen van de hulp door verschillende instanties betreft, stellen wij het gebruik voor van termen als „geïntegreerde zorgverlening”, „geïntegreerde hulpverlening” en dergelijke, met daarbij bij voorkeur een specificatie van de samenwerkende instanties. Een term als „geïntegreerde eerstelijns hulpverlening” maakt duidelijk, dat de samenwerkende instanties werkzaam zijn in de eerste lijn en dat zij op een intensieve wijze wensen samen te werken.

Wanneer men een bepaalde benadering van de patiënt wil aangeven, verdient het volgens ons de voorkeur om niet van „zörg” maar van „benadering” te spreken. Gezien de belangrijke plaats die in bijna alle literatuur over dit onderwerp aan *Querido* (1955) wordt toegekend, zou het volgens ons juist zijn om zijn interpretatie van de term aan te houden. In een integrale benadering probeert de arts dan uiteenlopende aspecten samen te voegen. Het betreft hier aspecten die min of meer objectiveerbaar zijn. Van integrale benadering is bijvoorbeeld sprake als de arts zich bij een patiënt die maagklachten heeft, niet alleen richt op de lichamelijke aspecten van het maaglijden, maar ook de werkomstandigheden, gezinssituatie en persoonlijkheidsstructuur van de patiënt bij de diagnostiek en behandeling betreft.

Als ook aan niet-objectiveerbare categorieën in het handelen bewust een plaats wordt toegekend, kan men spreken van een antropologische benadering. Hiervan is sprake als de arts ten aanzien van de patiënt die veel maagklachten heeft, ook oog heeft voor bijvoorbeeld schuldgevoelens die voortkomen uit geloofsproblematiek of voor het als zinloos ervaren van het menselijk bestaan. De problemen heeft de arts niet allemaal te „behandelen”, maar er zijn situaties waarin het zeer adequaat is om deze problemen aan de orde te stellen. Soms kan het raadplegen van een pastor of raadsman doeltreffender zijn dan het inschakelen van psycholoog of maatschappelijk werker. Voor deze benadering is het onzes inziens niet altijd noodzakelijk dat men ook streeft naar holisme. Men hoeft dus niet alle factoren die men maar op het spoor kan komen in het totaalbeeld op te nemen. Het gevolg van onze keuze is dat de integrale en antropologische benadering scherp gescheiden worden. Dit onderscheid betreft niet de vraag of de geneeskunde aandacht moet schenken aan niet-biologische categorieën, maar wel óf en in hoeverre zij een plaats toekent aan niet of nauwelijks empirisch te bepalen zaken. Sommige artsen ontkennen dat deze zaken een rol spelen in de medische praktijk. De meesten zullen de betekenis ervan wel toegeven, maar staan er huiverig tegenover om deze zaken ook in concept over het medisch handelen op te nemen. Een minderheid zoekt wegen om deze minder objectiveerbare aspecten van het menszijn toch een erkende plaats in het handelen te geven. Hierbij behoort een groep die ook oog heeft voor de realiteit waarin het nooit mogelijk is om alle

aspecten van het mens-zijn aandacht te geven. Tot deze groep behoren *Van Es* en *Kuiper*. Daarnaast zijn er artsen, die er een utopistisch ideaal over een werkelijke holistische benadering op na houden.

De mate waarin de arts in zijn handelen plaats kan of moet inruimen voor niet objectief vast te stellen aspecten, betreft een problematiek die verband houdt met de grondslagen van de geneeskunde, met het mensbeeld dat de arts in zijn beroepsuitoefening hanteert en met de doelen die hij zich daarin stelt. Vanuit deze gezichtspunten zal de aan de huisartsen voorgelegde vraag in een volgend artikel beantwoord worden.

- Aalderen, H. J. van, W. P. van den Hout. De huisarts, zijn persoon en denken in het geneeskundig proces. *Wolters-Noordhoff, Groningen*, 1971.
- Brühl, K. G. Wat verwacht de huisarts van de psychiater-psychotherapeut? (1960) *Huisarts en Wetenschap* 3, 454-458.
- Buma, J. T. De huisarts en zijn patiënt. *Alert de Lange, Amsterdam*, 1950.
- Es, J. C. van. Het huisarts zijn. (1963) *Ned. T. med. Studenten* 9, 142-152.
- Es, J. C. van. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21, 451-458.
- Es, J. C. van. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1980.
- Fink, D. L. Holistic health: implications for health planning. (1976) *Amer. J. of Hlth Planning* 1, 23-31.
- Geus, C. A. de. Huisarts, maatschappij en wetenschap. (1973) *Huisarts en Wetenschap* 16, 251-256.
- Groffen, W. Subdisciplinaire verstandhoudingen. (1976) *Hulpverleners en veranderen* nr 11, 1-19.
- Grote Winkler Prins, deel 10. *Elsevier, Amsterdam/Brussel*, 7e druk, 1973.
- Hasselt, A. van. Het integratiebegrip in de psychiatrie. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1977.
- Janse de Jonge, A. L. Kan de huisarts een integrale of antropologische geneeskunde beoefenen? (1964) *Huisarts en Wetenschap* 7, 326-334.
- Kimsma, G. Ziekte en hoop. (1980) *Meta-medica* 59, 258-265.
- Kuiper, J. P. Het zal onze zorg zijn. *Van Gorcum, Assen/Amsterdam*, 1975.
- Kuiper, J. P. Mensopvatting en gezondheidszorg. *Van Gorcum, Assen*, 1980.
- Laurijssens, I., K. Blanken, J. Freriks e.a. Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 62-69.
- Maslow, A. H. Psychologie van het menselijk zijn. *Lemniscaat, Rotterdam*, 1972.
- Menges, L. J. Uitzicht op morgen. *Callenbach, Nijkerk*, 1971.

Vervolg literatuur op pag. 102.

Fresh faces

Enige opmerkingen naar aanleiding van de chirurgische correctie van een progenie

DR. D. B. TUINZING EN PROF. DR. W. A. M. VAN DER KWAST*

De verandering die het uiterlijk kan ondergaan door een chirurgische correctie van een afwijkende kaakvorm, is vaak opvallend. De mate waarin deze verandering invloed heeft op het psychisch welbevinden van de „patiënt” is het onderwerp van deze korte bijdrage.

Inleiding

In 1979 verscheen in dit tijdschrift een artikel getiteld *Een ongevraagd advies* waarin door *Gill* een jonge vrouw met een uitgesproken progenie werd besproken. Ondanks dat zij zelf geen hinder ondervond van deze afwijking, bleek chirurgische correctie ervan een heilzame werking op haar uit te oefenen.

In het Amerikaanse weekblad *Time* van 8 december 1980 verscheen onder de titel *Fresh faces* eveneens een artikel over de positieve ontwikkeling van het karakter – in dit geval van gedetineerden – na chirurgische correctie van een progenie, terwijl de *Haagse Post* van januari 1981 verslag doet van een misdadige loopbaan die aanving met een steekpartij als gevolg van opmerkingen over een „boeventronie”. De verandering die het uiterlijk kan ondergaan na chirurgische correctie van een afwijkende kaakvorm, moge *figuur 1* illustreren.

Psychologische aspecten

Prahl-Andersen meent dat in onze cultuur veel waarde wordt gehecht aan schoonheid, met name die van het gezicht, omdat bij de intermenselijke contacten hierin emoties en sociale reacties worden weerspiegeld. Zelfs een kind van 4 tot 8 maanden is in staat een grotesk gezicht te onderscheiden van een normaal gezicht. Lelijke kinderen en lelijke volwassenen worden vaak gezien als agressief, asociaal, slecht en dom, dit in tegenstelling tot mooie kinderen en mooie volwassenen. Als een

mens op deze manier gestigmatiseerd wordt, loopt hij de kans zelf te gaan geloven, dat hij dom, slecht of agressief is.

Met name aan mensen met een progenie wordt een wilskrachtig karakter toegerekend. *Vestdijk* en *Grass* beschrijven in respectievelijk *Ivoren wachters* en *Plaatselijk verdoofd* de pre-occupatie die een afwijkende tand- of kaakvorm met zich mee kan brengen.

Stam en Van der Kwast beschrijven de psychische belasting die een progenie kan veroorzaken. Aanduidingen of plagerijen over de afwijkende gelaatsvorm zoals „die met die lange kin” of „dat lange gezicht” kunnen leiden tot het ontstaan van minderwaardigheidsgevoelens. Ook opmerkingen die niet als plagerij bedoeld zijn in de trant van „wat heb je mooie kleren, wat zit je haar leuk” kunnen als kwetsend worden ervaren, wanneer nimmer wordt uitgesproken „wat zie jij er leuk uit. . .”. Angst voor dit soort opmerkingen leidt er bij mensen met een progenie vaak toe, dat het sociale leven wordt gemeden. De door ouders of naaste omgeving gewekte indruk, dat de afwijking een onderscheiding is („je bent toch onze Jan. . .”) kan evenals het ontkennen van een afwijking door de patiënt als „afwijzing” worden ervaren en als zodanig nog meer belastend zijn dan de afwijking zelf (*Middel*).

Aangezien onderzoeken zich over het algemeen richten op patiënten bij wie een progenie reeds is gecorrigeerd, mag niet zonder meer worden aangenomen dat een progenie en psychische problematiek altijd samengaan. Onbekendheid met de frequentie van de progenie in onze samenleving maakt oordelen hierover moeilijk.

* Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, afdeling mondziekten en kaakchirurgie.