

Tien jaar psychiater-adviseur van huisartsen-discussiegroepen medische psychologie*

DOOR DR. J. J. VAN BORK, ZENUWARTS TE UTRECHT

In het woordenboek van Van Dale staat letterlijk: Een patiënt is een zieke, die onder behandeling van een dokter is. In de definitie van een patiënt neemt Van Dale de arts op, er wordt verband gelegd tussen patiënt en arts. Nu dus lexicografisch vaststaat dat een patiënt niet is los te denken van een arts, is daarmee de arts-patiënt-relatie gegeven. Het is dus een eis van gezond verstand dat wij bij het bestuderen van de patiënt ook de arts-patiënt-relatie en de arts in onze overwegingen betrekken. Icterus wordt bij kunstlicht soms niet herkend. Wij moeten derhalve de situatie waarin een waarneming wordt gedaan, goed exploreren om fouten te vermijden. In de arts-patiënt-relatie in de medische situatie valt veel te ontdekken wat niet direct waarneembaar is. Het instrument waarmee de waarneming wordt verricht verdient evenzeer de aandacht van de onderzoeker. Indien iemand rood/groen kleurenblind is, zullen bepaalde details in een microscopisch beeld hem niet opvallen. Men zal het in zo'n geval niet eens merken dat het instrument eventueel te kort schiet. Zo zal de arts telkens weer door schade en schande te laat beseffen, dat hem iets is ontgaan.

De enige manier om bij de patiënt iets te ontdekken is de eigen waarnemingen te registreren. Of dat nu waarnemingen zijn die worden verkregen met dagelijks gebruikte instrumenten zoals stethoscoop en oorspiegel of dat de arts gevoelig is geworden voor het peilen van de stemming van de patiënt en het waarnemen van zijn angst, doet niets af aan de noodzaak, dat de arts zich van het hoe, wat en waarom van zijn waarnemingen moet bewust worden. Hoe kan men nu bij zichzelf een „psychologische” kleurenblindheid vaststellen? Zelfkennis en vooral inzicht in eigen wijze van functioneren zijn daartoe gewenste eigenschappen. Een voorbeeld moge dit toelichten. De patiënt is soms onzeker. Nu blijkt het nuttig voor de arts om zelf inzicht te verkrijgen in de wijze waarop hij op onzekerheid reageert. Sommigen voelen zich ook onzeker worden, anderen hebben ontdekt dat zij geneigd zijn juist een ferme houding aan te nemen. Bemerk men nu bij zichzelf dat men plotseling met meer doortastendheid optreedt dan gewoonlijk, dan is in dat geval de kans niet uitgesloten dat men met een onzekere patiënt heeft te maken en

dan blijken de vraagstukken waarvoor de patiënt ons stelt, toegankelijker geworden door er vanuit te gaan dat de patiënt angstig en onzeker is. Anders gezegd: door zijn eigen reactie te onderkennen krijgt de arts inzicht in wat zich in de patiënt bewust of wellicht ook onbewust afspeelt.

Hoe gaat dat nu in een groep? Hoe worden de huisartsen beter in staat gesteld eigen gevoelens te onderkennen? Schrijver dezes wil in het nu volgende iets mededelen over de ervaringen, die hijzelf opdeed als psychiater-adviseur. De mogelijkheid bestond om een keus te doen uit de geschiedenissen van twee groepen. De eerste groep huisartsen die mij uitnodigde bij hun besprekingen tegenwoordig te zijn, bleef vijf jaar bijeen. De tweede groep hield zijn eerste zitting in 1960 en komt ook nu nog eenmaal in de veertien dagen vijf kwartier tezamen in de koffiekamer-bibliotheek van een algemeen ziekenhuis. Aangezien door deze groep van bijna iedere zitting notulen zijn gemaakt, is het thans mogelijk een globaal inzicht te verkrijgen in de activiteiten van de laatstgenoemde groep.

In 1965 werd door mij getracht de gegevens te verzamelen van alle groepen in Nederland die tot op dat tijdstip hadden bestaan. Zo werden, in navolging van een onderzoek dat door Balint en de zijnen in de Tavistock Clinic werd gedaan, inlichtingen ingewonnen over het aantal deelnemers per groep, het aantal jaren praktijkervaring dat ieder van de leden had alvorens groepslid te worden en het aantal huisartsen, dat binnen twee jaar na de oprichting van de groep zich had teruggetrokken. Deze gegevens overziende kan worden gezegd dat de te bespreken groep een „gemiddelde” Nederlandse groep voorstelt. Gedurende de afgelopen zeven jaren was de groep samengesteld uit een wisselend aantal leden. Minimaal waren het er vijf: de kern, die in aantal gelijk bleef; maximaal waren het er tien; momenteel zijn er negen deelnemers.

Bij een beoordeling die eveneens in 1965 werd uitgevoerd en waarbij in Nederland de huisartsen werden beoordeeld naar hun prestaties in de groep, bleek bovengenoemde groep de landelijke doorsnee te evenaren. Omdat het gedurende zeven jaar als groep bijeenkomen tamelijk grote investeringen aan tijd, geld en inspanning betekent, leek het van belang een inzicht te verkrijgen over wat in die jaren ter sprake kwam. Dit is van des te meer belang omdat meestal alleen in globale termen over dergelijke activiteiten wordt gesproken, al zijn er

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Medische psychologie, oktober 1967.

wel overzichten van enkele Nederlandse groepen bekend waarbij zeer gedetailleerd werd ingegaan op de inhoudelijke betekenis van de zitting (Vaessen en Weyel). Van psychiatrische zijde wordt nog wel eens de vraag gesteld of het werk in de huisartsen-discussiegroepen geen aanleiding geeft tot onverantwoord psychotherapie bedrijven door de huisarts. De kritische vraagsteller krijgt dan meestal te horen dat het gevaar van psychotherapie bedreven door een huisarts-groepslid, erg meevalt. Maar tevreden gesteld is de vakman toch niet, omdat hij terecht de grote gevaren ziet welke het grasduinen van leken op het terrein van de psychotherapie met zich brengt. Is dat inderdaad zo? Raken de huisartsen verstrikt in lang voortsukkelende therapieën? Beantwoording van deze vraag stond mij voor ogen toen ik de „productie” van de groep over deze zeven jaar naging.

Het blijkt dat de groep meestal eind september begint met de bijeenkomsten. Eens in de veertien dagen komt men bijeen; in juni wordt het moeilijk vanwege de vakanties. Ook komt het wel eens zo uit dat er in augustus alweer of nog steeds bijeenkomsten zijn. Elk jaar worden tussen de zestien en twintig groepszittingen gehouden. De getallen zijn niet exact omdat er vooral in het eerste jaar niet werd genotuleerd. In de laatste zes jaar kwamen er ongeveer honderd patiënten ter sprake: ongeveer 60 vrouwen en 40 mannen.

Waarom die relatief grote belangstelling voor vrouwen? De huisarts aan wie deze vraag door mij werd voorgelegd, wist wel een antwoord. De huisarts ziet op zijn spreekuur nu eenmaal meer vrouwen dan mannen: de verhouding is ongeveer zestig tegen veertig. Van die honderd patiënten kwamen 43 eenmaal ter sprake. Een dergelijke bespreking kon een gehele zitting in beslag nemen, maar indien het slechts een korte mededeling betrof in de geest van „Ik heb een man, die dat ook heeft”, dan telde deze man ook mee. 25 patiënten werden op twee zittingen in discussie gebracht; aan tien patiënten werd driemaal aandacht geschonken; voor acht patiënten werd viermaal belangstelling gevraagd; er waren vier patiënten met wie wij ons vijfmaal bezighielden; met een patiënt zesmaal; met twee patiënten zevenmaal en over een patiënt werd zelfs twaalfmaal genotuleerd. Op deze patiënt zal later worden ingegaan.

Het is moeilijk om iets te zeggen over wat voor patiënten het nu eigenlijk ging. Classificatie naar diagnose is vanzelfsprekend niet mogelijk. Een diagnose wordt immers nooit in een groep gesteld. Daarvoor zou een veel nauwkeuriger inzicht in alle integraal geneeskundige aspecten zijn vereist. Wellicht zouden wij meer kans hebben tot een zinvolle indeling te geraken indien wij elke keer dat een patiënt in de groep ter sprake kwam, ons systematisch zouden hebben afgevraagd waarom hij ter sprake werd gebracht. De huisarts zou zich dan telkenmale in de groep hierover hebben moeten uitspreken. Dit is zeker niet altijd gebeurd. Indien

het antwoord op de vraag: „Waarom breng ik deze patiënt in de groep?” aan de huisarts telkens scherp voor ogen had gestaan, dan was de patiënt waarschijnlijk heel vaak niet ter sprake gekomen. Juist in groepsverband ontdekt de huisarts soms welke mechanismen bij zijn patiënt hem, toen hij alleen op zichzelf was aangewezen, niet duidelijk voor ogen stonden.

Bijvoorbeeld: een vrouw „met zeurende rugklachten” werd ten einde raad naar een poliklinisch universitair spreekuur gezonden. De polikliniekarts belde de huisarts op. Het bleek dat de vrouw was weggelopen voordat de hoofdassistent haar had gezien, dus wist men niet goed wat er van haar moest worden gezegd. Een ernstig vergrijp van een patiënt op een polikliniek, maar toch ook een manoeuvre. De groep wist er geen raad mee. Zowel de machteloosheid waarmede iedereen het verhaal aanhoorde, als het feit dat de polikliniek buitenspel was gezet, terwijl de huisarts het ook niet meer wist, deed het vermoeden post vatten dat het wel eens zo kon zijn, dat deze vrouw heel vaak mannen een figuur liet slaan of machteloos maakte. Het was een van de eerste patiënten die wij in de groep bespraken. De huisarts herkende bij zichzelf dit gevoel van machteloos te zijn gemaakt, vandaar zijn inbreng van deze patiënt. Achteraf is er na opname in de universitaire kliniek toch een diagnose gesteld, maar de huisarts had inmiddels al de teugels in handen genomen.

Om een patiënt in de groep te brengen moet er in de relatie tussen arts en patiënt iets zijn geweest, dat de arts deed besluiten deze bepaalde patiënt ter sprake te brengen. Het lijkt mij opvallend dat er slechts achtmaal over een kind werd gesproken. Ik besprak dit lage cijfer met een kinderarts, leidster van een kleuterdagverblijf. Zij wees mij erop hoe vaak kinderen ziek worden wanneer er tussen de ouders moeilijkheden zijn. Wij werden het erover eens dat het kind op een andere wijze dan de volwassene laat merken dat hij in benarde omstandigheden verkeert. Kinderen worden vaak zonder meer ziek. Nu komen zieke kinderen wel bij de dokter, maar dit zieke kind veroorzaakt waarschijnlijk bij de arts niet een reactie van: hier is meer aan de hand. De huisarts ervaart geen stresssymptomen en het kind wordt niet ter sprake gebracht. Bij zes van de acht kinderen die wel in de groep werden besproken, bleek duidelijk dat er ernstige onoplosbare moeilijkheden in hun leven bestonden: er waren twee kinderen met enuresis, een B.L.O.-leerling die butobarbital (Soneryl) had geslikt; een meisje dat niet meer naar school wilde; een jongen die zich niet wilde uitkleden op de sportkeuring en een meisje wier vader zich steeds in vrouwenkleding hulde.

Een aantal van de patiënten die werden besproken, was nog wel patiënt van de betreffende huisarts, maar zij konden hem niet meer op zijn spreekuur bezoeken en hem ook niet meer bij zich thuis ontvangen. Het zijn patiënten die waren opgenomen, hetzij in een rusthuis dan wel in de gevangene-

nis of in een herstellingsoord. Deze patiënten konden in twee categorieën worden ondergebracht. Voorbeelden uit de eerste categorie zijn: een alcoholist in de gevangenis, een schizofreen in een psychiatrische inrichting, een man in een herstellingsoord, een oligofreen in een beschermde werkplaats. Deze patiënten waren niet meer belastend voor de huisarts. Er kon wel eens een schermutseling zijn met de behandelende collega en dat was dan meestal een reden om de patiënt te bespreken, maar vaker dan eenmaal werden deze patiënten niet ter sprake gebracht.

De tweede categorie van opgenomen patiënten bleek veel meer belastend. Van de dertien patiënten die viermaal of vaker werden besproken, waren er negen die ofwel juist waren opgenomen of in de periode waarin zij in de groep ter sprake kwamen, werden opgenomen. Het lijkt erop dat er verband bestaat tussen het aantal malen dat een patiënt in de groep werd besproken en de belasting, welke hij voor de huisarts betekende. Deze belasting kan van geheel verschillende aard zijn. Een patiënt die tegen het advies van de huisarts een uterusextirpatie onderging en postoperatief chronische complicaties kreeg, zodat enkele specialisten erbij werden betrokken, bleef voor de huisarts een steen des aanstoets. Het kostte hem de grootste moeite om de touwtjes in handen te houden en het gelukte hem pas weer een lijn te trekken met zijn patiënte, nadat hij nog eens uitvoerig de gang van zaken in de groep had besproken.

Van de zeven patiënten die viermaal ter sprake kwamen, ging het in vijf gevallen om een ingewikkeld samenspel met specialisten. Bij de vier patiënten die vijfmaal werden besproken ging het vooral om ernstige sociale wantoestanden, waaraan reclaseringsambtenaren, betrokkenen bij het bureau voor alcoholisme en sociale psychiaters de handen vol hadden.

Thans volgt een overzicht van de wijze waarop een patiënt twaalfmaal in de groep werd besproken. Het gaat er vooral om te laten zien hoe de huisarts aan het groeps gesprek informatie en inzichten ontleende om verder te gaan met de behandeling van zijn patiënt. Er volgt dus geen systematisch overzicht van de ziektegeschiedenis, ook geen anamnese die aan alle psychologische, somatische en sociale factoren recht doet wedervaren, maar wel een verslag zoals ik dat nu, na vier jaar, uit de notulen heb teruggelezen. Deze verslagen werden telkens door een van de groepsleden gemaakt en zijn geenszins volledig. Toen ik aan de huisarts toestemming vroeg om zijn patiënt op deze ochtend ter sprake te brengen, heb ik van hem ook nog inzage gekregen in enkele spreekuuraantekeningen en in enkele brieven van specialisten, maar verder is er niets veranderd aan het verslag zoals dat in de notulen werd gegeven.

De eerste zitting welke aan deze man werd gewijd, vond plaats op 25 oktober. De huisarts vertelde dat hij een instructeur onder behandeling had,

een man van midden veertig, gereformeerd, met maagklachten, welke patiënt in toenemende mate trachtte te bestrijden met frequent melk drinken. Deze patiënt had in zijn instructielokaal een kachel, daarop stond een klein kruikje met warme melk en ieder kwartier werd er uit dat kruikje melk geschonken, dat moest hij dan opdrinken wegens niet te dulden maagpijnen. Hij was zo valide als de afstand naar het kruikje op de warme kachel het toestond. Hij nam overal de melk met zich mee. Van de eerste anamnese vertelt de huisarts: „Hij is meermalen internistisch onderzocht maar een en ander gaf nooit opheldering. Ook de vorige huisarts paste reeds meerdere therapieën toe, die steeds, na aanvankelijk gunstig effect, faalden”.

De man is nog niet zo lang onder behandeling van de huidige huisarts, hij kent hem sinds de zomer en hij is toen eigenlijk meteen een gesprek met deze man begonnen, waarbij er al verrassend vlug verschillende moeilijkheden werden geuit. Patiënt vertelde dat hij ouders, broers, twee zusters en de gehele verdere familie en collegae allemaal wel kan vreten. Hij deed telkens pogingen om de verhoudingen gezonder te maken, maar oogstte als enig effect de nodige trappen van hoon en miskenning. Van zichzelf zegt hij in zijn jeugd een branie te zijn geweest buiten het gezin, maar binnen het gezin werd hij vleugellam gehouden. Nu is hij een geslaagde instructeur, zijn momentele studies komen echter niet van de grond. De gesprekken met de huisarts bleken ontspannend te zijn en dit viel ook de vrouw van de huisarts op, die zei: „Hij begint al iets van dat bijterige in zijn gezicht te verliezen”. De huisarts dacht dat dat te maken had met de boosheid welke patiënt nu had kunnen uiten, zelfs zo, dat de patiënt had gezegd de huisarts ook wel te kunnen vreten.

Zoals gezegd, deze gesprekken begonnen in de zomer en vonden een keer of drie plaats, waarna de huisarts de man de raad gaf: „Laat je toch nog eens helemaal nakijken door de internist, ik weet wel er is tot nog toe nooit iets gevonden, maar het moet dan toch maar eens gebeuren”. Tijdens dit specialistische onderzoek werd röntgenologisch aan de kleine curvatuur van de maag een ulcus vastgesteld. De internist schreef, dat het enige dat deze man nog niet aan de behandeling voor zijn thans gediagnostiseerde maagulcus had gedaan, een absolute bedrust- en een sippykuur was. Daaraan begon patiënt vervolgens. In oktober leek het aanvankelijk goed te gaan, maar op het moment dat de huisarts zijn patiënt voor het eerst in de groep bracht, was de situatie zo, dat hij had te maken met een man bij wie een ulcus eindelijk röntgenologisch was aangetoond, die nu in zijn bed lag met een sippykuur en bij wie in het geheel niets hielp. Omdat de vroeger ingestelde behandelingen eerst wel succes hadden gehad en daarna niet meer, was het een probleem of deze man voor operatie moest worden voorgesteld.

De groep werd het erover eens dat men het ene niet los kon zien van het andere: dat natuurlijk dit

ulcus wel kon worden geopereerd, maar dat daarnaast de patiënt ook behandeling van zijn probleem nodig zou hebben. De patiënt had trouwens zelf al geopperd of het niet nuttig zou zijn wanneer hij psychisch eerst wat „op poten” zou worden gezet alvorens hij werd geopereerd. Met dit inzicht gewapend ging de huisarts terug voor zijn „bedside”-therapie. Veertien dagen later kwam hij ons vertellen dat deze behandeling goed verliep. Wanneer hij de patiënt thans kwam opzoeken zorgden de huisgenoten van patiënt ervoor dat de dokter aan het ziekbed niet werd gestoord.

Ondanks de rustkuur bleven de ulcusklachten voortbestaan. De huisarts kreeg van patiënt te horen dat diens vader een kruidenier was. Deze laatste was er steeds op uit geweest om patiënt te kleineren. Hij vond het instructeur zijn maar niets, maar daar deze zoon toch niets kon moest hij dan maar instructeur worden. Toen hij al werkte maakte de vader er een gewoonte van om bij de chefs van zijn zoon naar hem te informeren. Alle ongunstige reacties werden dan aan patiënt doorgegeven. Door zijn zusters zou hij steeds veel zijn geplaagd en hij had nog steeds een agressieve houding tegenover hen. Soms had hij sombere buien en om deze kwijt te raken las hij dan maar boeken van Dostojewsky.

In de groep werd vervolgens besproken, dat deze man waarschijnlijk hoge eisen aan zichzelf stelde en zich bepaald geneerde voor zijn woede. Overwogen werd de gespreksfrequentie op te voeren tot tweemaal in de week zolang de man in bed lag. Patiënt zei, zo vertelde de huisarts: „Hoe heb ik dit vroeger kunnen verkroppen?”. Hij had vaak plannen om de familie er wat van te zeggen „Maar als ze er zijn komt er niets van. Uit christelijke principes laat ik mijn gevoelens niet blijken”. Seksueel zou hij wel actief zijn, er was sprake van een bevredigend orgasme. Vroeger contact met andere vrouwen kwam niet voor. Met de echtgenote praatte hij wel, het is een wat stille vrouw.

Veertien dagen later bracht de huisarts deze patiënt opnieuw ter sprake. De man ondervond subjectief uiteindelijk weinig gunstige resultaten van de sippykuur. De internist wilde nu het ulcus wegens mogelijke carcinomateuze ontaarding laten opereren. De huisarts had het gevoel goed op weg te zijn met zijn patiënt, maar aan de andere kant vond hij dat deze kwestie toch wel erg moeilijk was. Elke therapie had gedurende deze acht jaar na aanvankelijk succes teleurgesteld. Het ging uiteindelijk om een invalide man, bij wie op een serie röntgenfoto's pas in de loop der jaren een afwijking zichtbaar was geworden. Wat moesten wij tegen deze man zeggen nu het argument van een mogelijke carcinomateuze ontaarding door de internist in het geding werd gebracht? Dit bleek een probleem te zijn, maar de groep leverde het argument, dat men in plaats van carcinomateuze ontaarding wellicht van mogelijke bloedingen zou kunnen spreken. De vraag in hoeverre wij patiënt zelf deelgenoot moesten maken van onze twijfel om-

trent de carcinomateuze ontaarding werd op dat ogenblik verder niet gesteld. Wel werd onderkend dat wijzelf bang waren voor een mogelijke maligniteit.

Een en ander wordt hier zo uitvoerig gereleveerd omdat men op een dergelijk ogenblik in de discussie natuurlijk verschillende kanten uit kan. Men kan gaan bespreken in hoeverre wij onze patiënten moeten inlichten over onze gevoelens van angst en twijfel. Het was echter duidelijk dat men in dit geval het er toch al over eens was dat er moest worden geopereerd. Wel wilde men de huisarts graag nog enige ruimte geven om zijn patiënt op deze operatie voor te bereiden en verder was het ook zo, dat men uit het verslag van de huisarts het gevoel kreeg dat de man nog niet in staat was om een operatie te aanvaarden. Vervolgens vond overleg plaats tussen huisarts en internist. De internist was overtuigd van de belangrijke psychische componenten die hier een rol speelden. Van zijn kant wilde hij toch ook graag de patiënt klinisch observeren, nu een sippykuur thuis onvoldoende bleek te helpen. De man werd dus opgenomen in begin december. Op de maagfoto bleek dat er nog maar een klein ulcusnisje zichtbaar was. Het was ook met de gastroscoop te zien: een ongeveer 4 mm groot, vrij oppervlakkig ulcus met wit beslag. Met het ulcus ging het dus helemaal niet zo slecht, maar met de patiënt in het ziekenhuis ging het bepaald wel slecht.

De internist was met de chirurg overeengekomen dat de gesprekken van de huisarts met zijn patiënt in het ziekenhuis zouden worden voortgezet, maar nog voordat het eerste gesprek plaats vond, waren er al grote moeilijkheden tussen patiënt en personeel ontstaan: over de verpleging, over het dieet, over onrechtvaardige behandeling. Een gesprek van de huisarts met patiënt en diens vrouw bracht de patiënt er niet vanaf naar huis te willen. „Ik heb al zo vaak gecapituleerd, nu capituleer ik niet”. Dit verhaal vertelde de huisarts op 3 januari. Hij voegde eraan toe dat de sippykuur thuis weer was hervat. Patiënt sliep beter en hij vroeg zich af waarvan hij nu eigenlijk beter werd.

De gesprekken werden voortgezet en in de groep kwam ter sprake dat deze man, die zo bijzonder streng voor zichzelf is, het ook wel erg moeilijk zal hebben gehad met zich over te geven aan de afhankelijkheid welke de ziekenhuissituatie met zich brengt. Het strenge tegenover zichzelf bleek ook van toepassing te zijn op het vlak van de godsdienstige beleving. Patiënt had namelijk, toen hij weer uit het ziekenhuis was, de huisarts medegedeeld dat God net zo streng is als het geweten Hem maakt.

In de groep werd vervolgens besproken dat werd getwijfeld aan de gave seksuele anamnese zoals deze door patiënt naar voren was gebracht. De huisarts kreeg het advies daar nog eens wat verder op in te gaan en toen hij dan ook op 17 januari,

veertien dagen later, terugkwam bleek, dat er inderdaad sprake was van moeilijke seksuele momenten. Het was begonnen met het gedwongen huwelijk van zijn moeder met zijn vader. Moeder had hem altijd voorgehouden wat voor een laag seksueel beest zijn vader was. Zijn zusters hielden hem voor welk een ziekelijke seksuele aard hijzelf had, wanneer zij weer eens zijn ondergoed moesten wassen na een pollutiedroom. Patiënt vertelde aan zijn huisarts dat hij van zichzelf dacht, dat hij toch wel een abnormaal sterke seksuele drang had. Nog klonk het hoongelach van zijn zusters hem in de oren. Zij kraakten bij hem altijd alles af. Een vriend had hem later eens condooms getoond en hem uitgelegd waar dat voor was. Patiënt had hem gezegd met die rommel op te vliegen.

Jarenlang was hij met zijn huidige vrouw verloofd geweest en hij vertelde hoe hij ook toen last had gehad van zijn ziekelijk sterke seksuele drang. In het huwelijk begon een tragische serie van abortussen en miskramen tussen de drie en zes maanden. Tenslotte werden achtereenvolgens drie kinderen geboren, telkens na strenge volledige bedrust van de tweede maand af. Patiënt moest na zijn werk dan in het huishouden inspringen. Het gevolg was dan ook, dat seksueel contact in het huwelijk bleef beperkt tot deze „ongelukken” en voor een gedeelte bestond uit coïtus interruptus en mutuele onanie. De huisarts besprak vervolgens met patiënt dat deze situatie toch wel heel moeilijk was; hij vroeg ook wat patiënt van geboorteregeling afwist en wat hij eraan deed. De vorige huisarts van patiënt bleek inlichtingen te hebben gegeven over periodieke onvruchtbaarheid, maar na enkele concepties was er toen zoveel narigheid geweest dat patiënt weer zijn toevlucht had genomen tot mutuele onanie. Patiënt zeide dat zijn weerszin om van een condoom gebruik te maken in verband kon worden gebracht met zijn vroegere jeugdervaring.

Het bleek dus, dat de problematiek hier wel degelijk voorhanden was, maar dat patiënt in vorige gesprekken er nog niet aan toe was geweest om daar iets over te vertellen. De groep raakte het er wel over eens, dat hier dus moeilijkheden lagen. Patiënt wilde nu helemaal niets meer met zijn familie te maken hebben. „Ik heb al te veel geslikt en ik wil nu niets meer slikken. Ik kan ze niet meer zien en toch zit ik ook aan hen vast dat is de band des bloeds”. De huisarts vroeg wat hij met die term bedoelde, want het is toch eigenlijk een cliché, wat is dan „de band des bloeds”? Patiënt legde uit, dat hij ermee bedoelde dat alles vroeger zo naar was thuis. „Soms was het genoeglijk, maar toch voelde ik me eigenlijk niet thuis. Ik voelde me soms een vreemde”. Patiënt kon onrecht, onredelijkheid en onsportiviteit niet verdragen, bij niemand, maar hij had er geweldig het land aan, dat men hem in het hokje van een querulant zette.

Hij besprak met zijn huisarts, dat hij zich wel eens zijn eigen sterven voorstelde als een tragisch verloop. Hij zag het als een toneelscène. Zijn kinderen zouden in hun geestelijke ontwikkeling te

gronde gaan en verkeerd worden beoordeeld want hijzelf moest zijn kinderen kunnen verdedigen. Voor zijn kinderen moest hij blijven leven, maar voor wie had hij eigenlijk in dit leven iets te betekenen? Hij kon geweldig driftig uitvallen tegen zijn zoons, onredelijk vond hij zelf. Hoe was dat toch mogelijk? De oudste jongen trok zich terug, de jongste was onverschilliger.

Veertien dagen later was patiënt zo ver, dat hij nu de opname aan kon. Patiënt vroeg hoe lang de psychotherapiegesprekken nog moesten doorgaan, hij vroeg zich af in hoeverre hij ermee was opgeschoten. Het merkwaardige was, dat patiënt op zijn omgeving een veel gezondere indruk maakte. Ondanks het feit dat het ulcus nog steeds bestond, voelde hij zich meer fit. Patiënt werd vervolgens opgenomen voor operatie. Wij hoorden een paar weken niets en toen kwam de huisarts vertellen dat de operatie was uitgevoerd. Er was een zeer klein ulcus in een uitgebreid littekenweefsel gevonden. De patholoog-anatoom had het weefsel onderzocht en de uitslag was, dat er macroscopisch in de kleine curvatuur een klein, vlak ulcus was te zien; microscopisch: „Er is geen ulcus meer, het is een groot litteken, waardoor de muscularis is onderbroken. Het geheel is met een dun slijmvlies overdekt, het is een ulcuslitteken”. Na de operatie was patiënt duidelijk verbeterd. Hij durfde veel meer te eten en gebruikte niet meer dan driemaal daags melk. Hij was opgewekt en had inzicht wat betreft de mogelijk komende problematiek. De huisarts was tevreden. Na enkele maanden hoorden wij dat het ook verder was goed gegaan. De huisarts vond hem bepaald meer ontspannen, maagklachten waren er niet meer.

Enkele jaren later kwam deze man nog eens in de notulen voor. Hij had de laatste drie jaar zijn huisarts niet nodig gehad, maar hij had nu pijn onder in zijn rug, tamelijk acuut, de orthopedische chirurg kon er niets van maken. De huisarts was begonnen met de man goed te laten nakijken wegens de atypische klachten; daarna had hij geprobeerd op dezelfde wijze als indertijd tijdens het maagulcus mogelijke problemen te entameren en deze in het gesprek te brengen. De pijnaanval had maar kort geduurd en wat de gesprekken betrof gaf patiënt eigenlijk niet thuis. Hij zei tegen zijn huisarts: „De vorige keer, toen met die maagzweer heb ik gevoeld, dat als ik boos werd ik daar wel wat mee kon doen, maar dat is nu anders”. De pijn in de rug ging snel voorbij en het laatste wat ik van patiënt weet is, dat hij onlangs, dus nadat hij weer was gemobiliseerd na de pijn in de rug, bij zijn huisarts kwam en beleefd vroeg of er op medische gronden bezwaar tegen bestond, dat hij zijn danslessen weer hervatte.

* * *

Naar mijn mening is dat wat hier werd bereikt het volgende: het betrof een moeilijke patiënt, die veel klachten had en bij wie het onduidelijk was

wat er aan de hand was. Hij werd in enkele gesprekken hanteerbaar, hij kon worden verwezen naar de internist. De internist stelde een gave diagnose en de huisarts ging op de ingeslagen weg door met de man voor te bereiden in de richting van een operatie nadat hij deze zaak in de groep had gebracht en van alle kanten had bekeken. Het bleek dat er veel psychologische problematiek voorhanden was. Een klinische opname mislukte, maar nadat de huisarts verder was gegaan en meer wrok en wrevel bij patiënt aan het licht had gebracht, werd hij wel „operabel”. Op het ogenblik dat hij tenslotte ter operatie kwam, bleek het maag-ulcus reeds genezen. Ik dacht dat dit een goed voorbeeld was van hoe de huisarts in samenwerking met internist en chirurg oud zeer tot verdwijnen kan brengen.

Het volgende citaat moge deze uiteenzetting afsluiten: „De huisarts dient tolerant te zijn en niet overdreven kritisch. Hij dient in staat te zijn te beoordelen wanneer het juist is om een afwachter houding aan te nemen, passief te zijn en de beslissing aan de patiënt over te laten en wanneer hij

voet bij stuk moet houden, wanneer de eigen beslissing, die hij neemt als arts, essentieel is. Het zal nodig zijn, dat hij leert te leven met vele onzekerheden in dit onverkende gebied. Hij dient ermee rekening te houden, dat zijn doelstellingen beperkt zijn, en dat hij te maken krijgt met gevoelens van onmacht als hij een patiënt niet kan helpen. Het zal voor hem nodig zijn, dat hij zich neutraal kan betonen als hij te maken krijgt met emotionele crisis situaties, waarin verschillende leden van een familie betrokken zijn. Hij zal bij zichzelf een te groot enthousiasme of een gevoel van geprikkeldheid dienen te onderkennen en in de hand te kunnen houden, zodat ze niet zijn oordeel ongunstig beïnvloeden”.

Het bovenstaande citaat is niet geschreven door een psychiater die meent te weten wat goed is voor huisartsen, maar het is een citaat uit een Engels rapport dat dit jaar werd gepubliceerd. Dit rapport over „Education in psychology and psychiatry” is uitgebracht door een commissie huisartsen en gepubliceerd door de Council of the Royal College of General Practitioners.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

68-01. Medical education: The third revolution. *Huffington, H. L. (1967) Postgrad. Med. 42, 345-346.*

De oprichting van de American Medical Association in 1840 betekende de eerste opleidingseisen voor medische scholen. In 1900 waren er honderden medische scholen van zeer verschillend gehalte. Een tweede opleidingsrevolutie vond plaats toen de betere medische scholen in de universiteiten werden opgenomen; de slechte opleidingsscholen verdwenen hierdoor. Door de ontwikkeling van de geneeskunde werd ook de opleiding sterk in onderdelen gesplitst: specialisatie en wetenschappelijk onderzoek kregen de meeste nadruk. De medische opleiding en de medische praktijk concentreerden zich op ziekten en organen in plaats van op zieken. Doordat de zieke niet als geheel in zijn omgeving wordt gezien, wordt veel nutteloos en overbodig werk gedaan. De huidige geneeskundige verzorging is minder goed en minder economisch verantwoord dan zij zou kunnen zijn.

Om hierin verandering te brengen zijn gezinsartsen (family physicians) nodig, die de gehele en voortdurende verantwoording zullen dragen voor de medische verzorging van de zieken. De gezinsarts legt het eerste contact en vormt de toegang tot de gezondheidszorg. Hij moet de totale medische behoefte van de zieke beoordelen, zo mogelijk zelf behandelen of verwijzen met behoud van mede-verantwoordelijkheid. De gezinsarts is leider of coördinator van het behandelingsteam; bij de behandeling van patiënten moet rekening worden gehouden met de omgeving, het gezin en de leefgemeenschap. De gezinsarts is dus verantwoordelijk voor de gehele medische zorg voor een patiënt; huisarts, internist of kinderarts kunnen gezinsarts zijn; in groepspraktijken ook chirurgen, obstetrici en andere specialisten.

Een derde revolutie in de medische opleiding is nodig om in de behoefte aan gezinsartsen te kunnen voldoen. Misschien moeten de toelatingseisen worden herzien, zodat op de voorbereidingsscholen meer aandacht kan worden besteed aan de attitude van de student en aan de gedragswetenschappen. Mogelijk zouden dan meer studenten kunnen wor-

den toegelaten, die vooral voelen voor de dienende kant van de geneeskunde, terwijl de huidige toelatingseisen juist de toeloop van wetenschappelijk aangelegde studenten stimuleren.

De eerste twee jaren van de opleiding worden nu aan de basiswetenschappen besteed. Dit deel van de studie moet grondig worden herzien. Het onderricht in de basisvakken moet worden aangepast aan en ingepast in de verdere geneeskundige studie. Hierdoor leert de student zijn wetenschappelijke kennis gebruiken in de geneeskundige verzorging van patiënten.

De leiding van de medische opleiding is in handen van beoefenaren van de basiswetenschappen en van volledig klinisch werkende specialisten. Dit heeft veel bijgedragen tot de vooruitgang in de geneeskunde en tot goede medisch wetenschappelijke opvoeding. Echter, de extramurale geneeskunde met de eigen lasten en lusten is daardoor verwaarloosd. Ziekenhuispraktijk werd opwindend en animerend; gemeenschapsgeneeskunde (community practice) ondoelmatig, vervelend en alledaags. Om te kunnen voldoen aan de nieuwe eisen voor een goede geneeskundige verzorging moet de opleiding de nadruk leggen op gemeenschapsgeneeskunde en op sociale en gedragswetenschappen. De studenten moeten tijdens hun opleiding kennis maken met gezinsgeneeskunde. Hiertoe moet een zelfstandige afdeling, gelijkwaardig aan de andere afdelingen, worden ingesteld, welke door bevoegde gezinsartsen moeten worden geleid. Het speciale programma voor gezinsartsen duurt drie jaren en omvat: werken als gezinsarts, aanleren van nuttige, speciale kundigheden en technieken; bestudering van gemeenschapsgeneeskunde, de praktische toepassing van gedragswetenschappen en de socio-economische problemen van arts, patiënt en gemeenschap.

De American Academy of General Practice en de American Medical Association zijn ver gevorderd met de samenstelling van de kwalificatie-eisen voor gezinsartsen. De bevoegdheid zal voor vijf jaar worden gegeven, waarna een