

# Huisarts en opleiding IV

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

In het vorige referaat in deze rubriek <sup>1</sup> is gesproken over de pogingen tot vernieuwing van het medisch onderwijs in Amerika. Daarbij is er op gewezen hoe men aldaar tracht bij de opleiding tot algemeen arts de, tengevolge van de specialistische differentiatie, ontstane fragmentatie in het onderwijs te voorkomen door bewuste pogingen tot coördinatie en integratie. Door middel van multilaterale belichting van de patiënt door teams van verschillende deskundigen hoopt men de student te brengen tot een synthetische, holistische, veelomvattende beschouwingwijze. Naast de diensten van diverse medisch-somatische specialisten, wordt hierbij veelvuldig gebruik gemaakt van de dienst van psychologen, psychiaters en psychiatrisch geschoolde sociale werkers, daar men zich tot doel stelt om te komen, niet alleen tot een integratie tussen de verschillende medische specialismen onderling, maar vooral ook tussen de medisch-somatische aspecten enerzijds en de psycho-sociale aspecten anderzijds. Aan de belangstellende lezer van de gerefereerde artikelen dringt zich de vraag op of het doel waar naar men streeft: synthese in de visie van de student op de patiënt en integrale behandeling van zijn patiënten in de toekomst, door deze onderwijsmethode inderdaad zal worden bereikt. Er zijn redenen, die hieraan kunnen doen twijfelen. Zo leert een medisch student niet louter door het vergaren van theoretische kennis van zijn docenten. Bij zijn vorming tot arts speelt de persoonlijkheid van zijn leermeesters een grote rol.

Daarbij is een — grotendeels onbewuste — identificatie met deze leermeesters dikwijls richtinggevend voor zijn ontwikkeling. Hij kiest zich daarbij diegene tot model, die zijn ideaalbeeld het dichtst benadert. Wanneer men nu de patiënten geregeld laat belichten door de somatische specialisten enerzijds en de psychische specialisten anderzijds, bestaat er een gevaar dat men, als averechts effect voor de student, de kloof tussen de somatische en de psychische aspecten eerder vergroot dan verkleint. Het komt referent voor, dat men door een dergelijke werkwijze de vertegenwoordigers van de verschillende beschouwingwijzen als het ware dwingt tot een zekere stellingname en dus tot een beperking en prononcering. Mogelijk kan dit gevaar voldoende worden ondervangen door een goed samenwerkend team, dat tot een bovenpersoonlijk standpunt komt.

Op het internationale congres over de coördinatie van de psychiatrie en de klinische psychologie te Brussel heeft de Nederlandse psycholoog J. Bremer <sup>2</sup> erop gewezen hoe er een essentieel verschil tussen

de psycholoog en de arts valt te constateren in houding, in attitude, ten opzichte van de patiënt. Hij heeft daarbij naar voren gebracht dat er in de arts-patiënt verhouding allereerst een hiërarchisch verschil valt waar te nemen, met onderschikking van de kant van de patiënt. In deze vertrouwensverhouding geeft de patiënt zijn lot min of meer in handen van de arts, die dit verplichtend geschenk ook verwacht en bij voorbaat aanvaardt. De rol van de arts wordt vergeleken met die van de loods op een schip, die het gezag en de verantwoording tijdelijk overneemt. De houding van de arts ten opzichte van de lichamelijk hulpbehoevende patiënt is daardoor autoritair in de zin van gezagdragend, gezagserkenning vragend en verantwoording overnemend.

De psycholoog daarentegen wordt volgens Bremer eerder benaderd als iemand die een deskundige bijdrage heeft te leveren, of hulp heeft te bieden in een impasse. Zijn rol wordt vergeleken met die van een navigator. Hij zoekt niet het gezag over te nemen, noch verantwoording voor de beslissingen, doch stelt zich slechts ten dienste van de gezagvoerder. Zijn houding is van het begin af aan veel meer „clientcentered”.

Bremer meent dat dit wezenlijk verschil in houding ten opzichte van de patiënt tussen arts en psycholoog grotendeels wordt bepaald door het verschil in mensbeeld, dat beiden zich in hun opleiding hebben gevormd. De opleiding van de medicus begint ermee de aandacht van de student te richten op het organische substraat, het lichaam, van de mens. De eerste kennismaking met de mens verloopt via een zuiver natuurwetenschappelijke benadering, zowel theoretisch als praktisch, op de sectiekamer met het ontmenselijkte lichaam en zijn diverse delen. Voor zover de student wordt geïntroduceerd in de medische psychologie is deze veelal sterk natuurwetenschappelijk georiënteerd. In het daarop volgende klinische onderwijs wordt de mens hem primair voorgesteld als lichamelijk gekwetste onder het etiket van zijn diagnose. Voortdurend ziet hij hoe de mens object wordt gemaakt, een object dat wordt beklopt, beluisterd, doorlicht en bevoeld en wordt onderworpen aan allerlei medisch-fysische en biochemische onderzoeksmethoden. Bovendien wordt voortdurend zijn inzicht bewerkt door zijn aandacht te richten op de overeenkomsten van de mens met andere, met name animale organismen. Zodoende wordt de medische student aan het specifiek menselijke van zijn object van studie eerder voorbijgeleid dan dat hem dit als essentieel wordt getoond. De mens blijft daardoor voor hem een wezen van het animale genus, met de bijnaam menselijk, waar-

bij dit menselijk grotendeels tot het rationele beperkt blijft. Met de mens als subject komt hij weinig in contact en zelfs zien we hem in zijn natuurlijke benadering van de mens als subject veel verleren, omdat hij ziet dat er zo dikwijls aan wordt voorbijgegaan.

Bremer ziet het als afsluiting van deze opleiding door de artseneed geïnitieerd zijn tot ingewijde in de geheimen van het lichaam als een van de voornaamste gestaltegevende motieven in de arts-patiënt relatie. De patiënt staat zelf vreemd ten aanzien van de geheimen van zijn lichaam. Hij wendt zich daarom tot de arts. Deze neemt als ingewijde, als gids in de wereld van de ziekte, de verantwoordelijkheid over. Dit overnemen van de verantwoordelijkheid gebeurt op verschillende manieren: in de medicamenteuze therapie, het voorschrijven van het diët of leefregel, het verrichten van een operatie, de opname in een ziekenhuis en dergelijke. Ten aanzien van de psychisch hulpbehoevende mens is een dergelijke autoritaire houding bijzonder weinig vruchtbaar. Een autoritaire houding schaadt het werkelijke contact dat slechts op het vlak van de mede-menselijkheid kan ontstaan.

Het mensbeeld van de psycholoog is geheel anders dan dat van de medicus. Zijn theoretische vooropleiding introduceert hem via een geesteswetenschappelijke benadering van de mens. Wijsgerige antropologie, ontwikkelingspsychologie, algemene psychologie en pedagogie richten hem op het typisch menselijke: de mens als subject, die een verhouding heeft tot zichzelf, niet alleen lichaam is maar het anderszins ook heeft, die zichzelf verwerkelijk in het heden vanuit een verleden naar een toekomst. Dit geheel andere, veel meer specifiek humane mensbeeld, maakt zijn ontmoeting als deskundige met de mens geheel anders. Hij ontdekt al spoedig dat, hoezeer de mens zich ook laat kennen, deze altijd een persoonlijk geheim blijft houden door zijn onvervangbare individualiteit en subjectiviteit. De psycholoog zal zich hoeden voor een overname van verantwoordelijkheid ten opzichte van de cliënt, daar hierdoor eerder onvolwassenheid dan psychische rijping in de hand wordt gewerkt. In een gesprek met referent gaf Bremer als zijn mening te kennen dat het voor de medicus bijzonder moeilijk, zo niet onmogelijk is, om zich de houding van de psycholoog eigen te maken, aangezien hiervoor een fundamentele verandering van het mensbeeld van de medicus nodig is.

Tot zover de beschouwingen van de psycholoog Bremer. Keren we nu terug naar de Amerikaanse onderwijsvernieuwingen. Het zal na het voorgaande duidelijk zijn, dat het niet zonder meer te verwachten valt, dat de zo gewenste integratie en synthese tussen de lichamelijke en geestelijke beschouwingen en benaderingswijze bij de student tot stand komt door hem te confronteren met deze beide zo wezenlijk verschillende attitudes ten opzichte van de patiënt. Zoals reeds eerder gezegd, loopt men mogelijk zelfs het risico de voor de medische student reeds bestaande kloof te verbreden door op het verschil

tussen deze beide beschouwingwijzen onwillekeurig de nadruk te leggen.

In dit verband is het belangwekkend kennis te nemen van enige artikelen uit de *Journal of Medical Education*, die wijzen op een verdergaande ontwikkeling bij de poging tot integratie bij het medisch onderwijs in de Verenigde Staten. Dwyer en Zinberg<sup>3</sup> beschrijven hoe men er aan de Harvard Medical School toe gekomen is de chirurgen en internisten, die de studenten voor het eerst met patiënten in aanraking brachten, zelf eerst een cursus in „dynamische psychiatrie” te laten volgen. Aan deze school wordt in het tweede studiejaar een cursus in het opnemen van de anamnese en in fysische diagnostiek gegeven. In 1951 werd een gedeelte van deze cursus door psychiaters geleid. In 1952 en 1953 waren de interne en chirurgische docenten aanwezig bij de psychiatrische zittingen en werd gecombineerd gedoceerd om een betere integratie te bereiken. Bij een poging tot evaluatie van de effectiviteit van dit onderwijs kwamen de docenten in onderlinge gesprekken tot de conclusie dat dit te wensen overliet. De internisten en chirurgen brachten naar voren, dat zij zich in toenemende mate bewust werden dat zij bij hun klinisch onderwijs aan de studenten minder aandacht aan de gehele patiënt schonken, dan in hun eigen particuliere praktijk. Aanvankelijk weten zij dit tekort aan aandacht voor psychische en sociale factoren, aan gebrek aan tijd. Verdere discussies rond dit punt maakten echter duidelijk dat er iets anders in het spel was. Hoewel de docenten namelijk in hun eigen praktijk intuïtief gebruik maakten van persoonlijkheidsevaluatie, bleken zij niet in staat dit expliciet onder woorden te brengen, door een tekort aan systematische persoonlijkheidskennis. Zodoende kwam dit aspect van de medische praktijk in hun colleges te weinig naar voren en kregen de studenten een vertrokken beeld van de werkwijze van een ervaren medicus.

Anderzijds kwam men tot de conclusie dat het psychiatrisch deel van de cursus niet in staat bleek de primaire benadering van de patiënt, die de student in zijn veel frequenter contact met de chirurgen en internisten leerde, beduidend te wijzigen. Zelfs wanneer de psychiatrische uren geheel werden gebruikt voor gecombineerd doceren door de psychiater, samen met de andere docenten, bleven de studenten toch een scheiding maken tussen hun „psychiatrische” en „medische” benaderingswijze van de patiënt.

De chirurgen en internisten vroegen daarom onderricht in de basiselementen van de psychiatrie, die ze in hun eigen opleiding onvoldoende hadden geleerd, in de hoop hun onderwijs aan de studenten daarmee te kunnen verbeteren. Ingevolge deze vraag werd door de psychiatrische afdeling een cursus georganiseerd voor de interne en chirurgische docenten. Dit viel deze afdeling niet moeilijk, omdat ze reeds jarenlang ervaring had met het doceren van psychiatrie en met onderwijs in „medische psychotherapie” aan niet-psychiatrische medici. De

opzet van deze, een jaar durende cursus, was ten eerste om een geraamte van kennis te geven, waardoor gedrag en persoonlijkheidsontwikkeling beter zouden kunnen worden begrepen; ten tweede wegen te vinden om deze kennis toe te passen bij de behandeling van patiënten. De inhoud van de cursus droeg een psychoanalytisch karakter en was van theoretische aard. Er werd echter veelvuldig gebruik gemaakt van illustratiemateriaal, dat door patiënten werd geboden.

Het effect van deze cursus was moeilijk te meten. Het viel de psychiaters echter op dat, wanneer de deelnemende internisten en chirurgen — die zij ook buiten deze cursus vaak in het ziekenhuis, bijvoorbeeld aan de koffietafel, ontmoetten — vragen stelden over patiënten, deze vragen duidelijk van karakter veranderden. Zij gaven blijk van een psychologisch veel rijker beeld van de patiënten en wezen duidelijk op de wens om te komen tot een beter en bruikbaar inzicht in de patiënten. Het onderwijs aan de studenten — het uitgangspunt van dit experiment — was, naar het gevoel van alle docenten, veel beter geworden na deze cursus. Het was duidelijk dat de docenten veel meer begrip hadden voor de moeilijkheden, welke de studenten ondervonden in hun eerste contact met de patiënt. De docenten waren het er evenzeer over eens dat ze hun eigen particuliere patiënten nu ook veel beter konden begrijpen en behandelen. Dit was eigenlijk een neven-effect van de cursus. De auteurs menen dat deze docenten nu veel beter kunnen dienen tot model voor de studenten in de benaderingswijze van hun patiënten dan voordien. Juist dit eerste contact met patiënten is voor de studenten van kardinale betekenis en het model, dat ze daarbij in hun docent vinden, kan een beslissende invloed hebben op hun verdere ontwikkeling.

Alle docenten voelden aan het eind van het eerste jaar dat deze cursus tal van vragen had opgeworpen, zonder daarop voldoende antwoord te geven en zij verlangden daarom allen naar een voortzetting van een dergelijke cursus in de volgende jaren. De schrijvers besluiten hun artikel met het uitspreken van de hoop, dat in de toekomst de medische student een even grondige basis-training zal krijgen in psychodynamica als hij nu krijgt in anatomie en fysiologie. Misschien zal dan een aparte opleiding van de docenten in de dynamische psychiatrie niet meer nodig zijn.

Aan de universiteit van Rochester is men nog veel verder gegaan bij de poging tot integratie van de somatische en psychische aspecten in het onderwijs. Hierover hebben Engel c.s.<sup>4</sup> verslag uitgebracht na tien jaar experimenteren op dit gebied. Ook deze auteurs beginnen met te wijzen op het merkwaardige van de werkwijze, dat men studenten, die men wil leren de patiënt als een eenheid te benaderen, vergast op een schouwspel dat er minstens twee (een somaticus en een psychiater) en soms een geheel team van deskundigen (inclusief psycholoog en sociaal-werker) nodig zijn om datgene te doen, wat

van de student alleen wordt verwacht. Zij vinden het niet verwonderlijk dat bij deze onderwijsmethode veel studenten sceptisch blijven staan tegenover de „comprehensive medecine”. Ook zij wijzen erop dat de identificatie met een model-dokter, die zo belangrijk is voor de vorming van de student, niet kon plaatsvinden, omdat er bij de docenten niemand is die de patiënt als eenheid kan begrijpen en omvatten. Het resultaat is, zeggen deze schrijvers, dat de studenten zich tenslotte identificeren óf met de somaticus, óf met de psychiater en slechts zelden met het abstracte symbool van de „integrale” dokter.

Om nu docenten te kweken, die beide gebieden tegelijkertijd omvatten en die wel als ideaalbeeld voor de studenten zouden kunnen dienen, is men er in Rochester in de loop van een tiental jaren, voortbouwend op het werk van Weiss en Romano, toe gekomen een staf te vormen van docenten, die zowel internistisch als psychiatrisch specialistisch werd geschoold. Uit een zeer nauwe samenwerking tussen de interne en de psychiatrische afdeling groeide een groep van artsen, die posten als behandelend geneesheer in beide klinieken tegelijkertijd bekleedden en tevens in beide als docenten aan het klinisch onderwijs deelnamen. In een latere fase werden deze dubbel-specialisten — dikwijls als hoogleraar — ook ingeschakeld bij het onderwijs in de preklinische jaren en in de klinische propaedeutische. Tenslotte is deze staf van in beide specialismen getrainde docenten — aangeduid als de „medical liaison group” — ertoe gekomen tevens zelfstandig artsen in opleiding te nemen, van wie dan in de regel als toelatingsvoorwaarde minstens twee jaar internistische ervaring wordt geëist. In dit artikel van Engel en de zijnen wordt een gedetailleerde opgave van de opleiding van de docenten en een beschrijving van de gang van zaken bij het onderwijs gegeven, die zich niet in het kort laat samenvatten.

Doordat de Amerikaanse medische opleiding, ook wat indeling betreft, vrij aanzienlijk van de onze verschilt, is het voor referent moeilijk om vergelijkingen te trekken. Men krijgt echter de indruk dat, gemeten naar onze maatstaven, de psychiatrische scholing van de docenten toch dikwijls niet als geheel volwaardig kan worden beschouwd. Wat het onderwijs aan de studenten betreft blijkt de liaison-groep eigenlijk slechts een onderdeel van het onderwijs in de interne geneeskunde te verzorgen. Zij is echter wel geheel verantwoordelijk voor de theoretische en praktische cursus in het opnemen van de anamnese. Uit het artikel spreekt dat de studenten het onderwijs van deze docenten toch beschouwen als iets anders dan het gewone onderwijs in de interne geneeskunde en dit hiervan duidelijk blijven onderscheiden.

Ook deze auteurs zijn (nog) niet in staat om te komen tot een evaluatie van de invloed van hun pogingen op het medisch onderwijs. Opmerkingen van studenten wijzen erop dat het onderwijs van de liaison-groep sommige studenten hielp om de waarde van de anamnese en het gesprek met de patiënt

beter te beseffen en hun techniek in dezen te verbeteren. De mogelijkheid om de patiënt inderdaad als een geheel te zien en om rekening te houden met zowel de somatische als de psychische en sociale factoren bij ziekte zou worden vergroot, terwijl de grote betekenis en de invloed van de arts-patiënt relatie beter zou worden begrepen. Overtuigend is dit gedeelte van het artikel, naar de mening van referent, echter niet, zodat — door gebrek aan mogelijkheid tot meting — de resultaten van dit bijzonder belangwekkende experiment, voorlopig helaas nog onzeker blijven.

Uit de gerefereerde artikelen blijkt wel hoeveel moeite Amerikaanse medische scholen doen om te geraken tot een integrale geneeskunde en hoever men bereid is daarbij in experimenten te gaan. Hoe verheugend en lofwaardig dit ook moge zijn — toch vraagt referent zich af of de moeilijkheden hierbij in de nieuwe wereld soms niet wat te simplistisch worden gezien. Men krijgt uit de desbetreffende Amerikaanse literatuur soms de indruk, dat men meent dat het allemaal voornamelijk een kwestie is van theoretische kennis en techniek, van wetten en regels. Met name spreekt uit het artikel van Dwyer en Zinberg een sterk mechanistisch gekleurde beschouwingswijze van de menselijke psyche. Gezien in het licht van de gedachten uit het artikel van Bremer — die de wortel van de moeilijkheden veel dieper zoekt en wijst op de fundamentele betekenis van het mensbeeld, dat de student zich in zijn opleiding vormt en op de grote invloed van de denkwijze, van de instelling en houding tegenover de mens — kan men zich afvragen of de boven gesignaleerde tendens niet leidt tot een verplaatsing van de moeilijkheden inplaats van tot een oplossing. Door toepassing van de natuurwetenschappelijke denkwijze op geestelijk en sociaal gebied, zal het mensbeeld van de medicus en zijn instelling tegenover de patiënt weinig veranderen. In de terminologie van Bremer zou misschien zelfs van een nog verdergaande ontmenselijking kunnen worden gesproken.

Anderzijds wordt er ook in de Amerikaanse literatuur — ook door de genoemde auteurs — herhaaldelijk op gewezen, dat men hoe langer hoe meer beseft dat een werkelijke oplossing van de moeilijkheden pas op den duur zal kunnen worden bereikt door een belangrijke verbreding van de basis van de medische opleiding met de humane en de sociale wetenschappen.

Hoe dit alles ook zij — slechts de toekomst zal ons kunnen leren of het voor een werkelijk integrale geneeskunde nodig zal zijn dat de medicus zijn natuurwetenschappelijke denkwijze wijzigt of aanvult, of hij dit zal kunnen en of hij dit ook zonder schade (bijvoorbeeld voor zijn somatiek) zal kunnen volbrengen.

#### Literatuur:

- <sup>1</sup> Huygen, F. J. A., (1958) huisarts en wetenschap, 1, 214.
- <sup>2</sup> Bremer, J., (1958) R.K. Artsenblad, 37, 1.
- <sup>3</sup> Dwyer, T. F. en Zinberg, (1957) J. med. Educ. 32, 331.
- <sup>4</sup> Engel, L., W. L. Green Jr., F. Reichsman, A. Schmale en N. Ashenburg, (1957) J. med. Educ. 32, 859.

## Revalidatie

DOOR DR. L. P. BRUIJEL\*

Het resultaat van een geneeskundige behandeling wordt als regel afhankelijk gesteld van de bekwaamheid van de betreffende medicus. We dienen ons evenwel te realiseren dat we af en toe met patiënten te maken hebben die onvoldoende geholpen zijn met medische hulp alléén; dat soms ons medisch handelen, hetzij vroeg hetzij laat, dient over te gaan in, of samen te gaan met paramedische methodieken of bemoeiingen van de organen van het maatschappelijk werk of bepaalde vormen van onderwijs. In deze gevallen zal het resultaat van de behandeling mede afhankelijk zijn van de wijze waarop de medicus bovendien nog de mogelijkheden van deze grensgebieden kent en ze onder zijn leiding weet in te schakelen.

Wanneer hier inderdaad aanzienlijke bemoeienis met deze grensgebieden ontstaat spreken we van revalidatie. Dit houdt al zonder meer in dat men met het begrip „revalidatie” terecht kan in vier domeinen: de geneeskunde, de arbeidsvoorziening, het maatschappelijk werk en het onderwijs. Dat er daardoor enige begripsverwarring om dat woord revalidatie is ontstaan, spreekt welhaast vanzelf. Er is een neiging, zowel in het maatschappelijk werk, als bij de beschuttende werkplaatsen en in de geneeskunde om, hoewel geheel op zichzelf blijvend, zijn werk als revalidatie te betitelen. Op deze wijze wordt het een gegoochel met woorden, wat er slechts toe kan leiden, duidelijke dingen onduidelijk te maken. Waar het om gaat is dit, dat bij de daarvoor geschikte gevallen de geneeskunde in de revalidatie een verlengstuk van zijn therapeutische mogelijkheden heeft gekregen.

We leven in het tijdperk van de techniek, uiteraard draagt de hedendaagse geneeskunde daarvan de kenmerken. In dit vlak ligt naar mijn mening ook de neiging van sommigen om revalidatie als een voornamelijk technisch specialisme te zien. Een vak waarin men zijn emplooi vindt bij oefenfietsen en katrollen, badkuipen en verchromde apparaten van allerlei golflengte, naast, wat de patiënt betreft, beugels en prothesen om functiestoornissen van benen en armen te corrigeren. Inderdaad vormen deze dingen een integrerend bestanddeel van de techniek van het revalideren.

Wij komen hiermee terecht bij de actieve oefen-therapie, de arbeidstherapie, de arbeidstraining. Maar er zou geen reden zijn om hiervoor van het gevestigde begrip „fysische therapie” af te wijken, wanneer revalidatie niet bedoelde meer te zijn dan

\* Revalidatie-arts bij de Provinciale Stichting voor Revalidatie in Overijssel „Strevo”.