

Verslag studiedag medische psychologie

De commissie voor medische psychologie, subcommissie van de commissie nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap, organiseerde op zaterdag 10 november 1962 in het R.A.I.-gebouw te Amsterdam een studiedag, gewijd aan „trainingsmethoden” voor medische psychologie. Op deze dag hebben twee studiegroepen een demonstratie gegeven van hun werkwijze.

Het demonstreren van studiegroepen is een hachelijke onderneming. Het is niet te verwachten, dat de discussie tijdens een demonstratie even spontaan en ongedwongen verloopt als tijdens de normale bijeenkomsten van de groep. Er moeten bijzondere argumenten zijn om een groep te vragen een demonstratie te willen geven.

Er is sinds de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap een toenemend aantal studiegroepen voor medische psychologie gevormd. Momenteel zijn er 25 studiegroepen op dit gebied werkzaam. De subcommissie voor medische psychologie stelt zich ten doel ervaringen, in de studiegroepen opgedaan, te registreren en moeilijkheden, die zich bij het functioneren van de studiegroepen voordoen, te helpen oplossen. Tot dit doel zijn er in 1959 en 1960 enkele bijeenkomsten georganiseerd met de psychiaters-adviseurs van de studiegroepen en enige bijeenkomsten met de huisartsen-discussieleiders van de groepen. Eind 1960 werd op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie een werkgroep gevormd van de psychiaters-adviseurs ter uitwisseling van ervaringen en tot gemeenschappelijk overleg inzake te volgen werkmethoden in de groepen.

In het afgelopen jaar hebben leden van de subcommissie groepsbijeenkomsten van verschillende groepen bijgewoond. Hoewel al deze activiteiten er op gericht zijn indrukken over het functioneren van de groepen uit te wisselen, kleefte aan alle daaruit voortvloeiende gesprekken het bezwaar, dat het uitermate moeilijk is de waarnemingen van een ander te waarderen.

Nu hebben de laatste jaren verschillende studiegroepen om diverse redenen een of meerdere malen een demonstratie gegeven. Het is daarbij gebleken, dat het demonstreren van een groep zeer wel mogelijk is en dat de oorspronkelijk gevoelde nadelen meevallen. Het demonstreren van een groep voor een groter gezelschap biedt de mogelijkheid over het functioneren van de groep in groter verband te discussiëren, uitgaande van een gemeenschappelijke waarneming.

Hoewel de studiegroepen voor medische psychologie hetzelfde doel nastreven, namelijk door het onderling bespreken van moeilijke gevallen de huisarts een inzicht te geven in de psychologische implicaties van zijn werk, is de wijze, waarop de studiegroepen dit doel nastreven, niet steeds dezelfde. Het vergelijken van verschillende trainingsmethoden was een tweede doel van de studiedag. Tenslotte heeft de ervaring met de Boerhaave-cursus in 1960 en de cursus in Nijmegen in 1961 ons geleerd, dat een studiedag onwillekeurig een extra stimulans betekent over hangende problemen na te denken.

Tot deelneming aan de studiedag werden, behalve de leden van de studiegroepen, verscheidene personen uitgenodigd, van wie kon worden verwacht, dat zij belangstelling zouden hebben voor het doel van de studiedag. Van de uitgenodigde hoogleraren in psychiatrie en in sociale geneeskunde was helaas een aantal verhinderd door beroepsbezigheden. Wij mochten ons verheugen in de aanwezigheid van Prof. Baan, Prof. v. d. Horst en Prof. Querido. Bovendien hadden aan de uitnodiging gevolg gegeven Prof. Deenstra en Prof. Veene-klaas, vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Het R.A.I.-gebouw — waarin drie zalen beschikbaar waren — bleek een ideale plaats voor samenkomst. Er was een zaal voor demonstratie, waar een amfiteater, plaats biedend aan 150 personen, was opgesteld; een zaal, waar na de

demonstratie gelegenheid was tot groepswijze bespreking van de indrukken van de demonstratie en een derde zaal, waar de gemeenschappelijke lunch werd gebruikt.

Twee studiegroepen waren bereid gevonden te demonstreren. Tijdens de ochtendzitting demonstreerde een groep uit Amsterdam, tijdens de middagzitting een groep uit Hoensbroek. De Amsterdamse groep heeft haar werkwijze voornamelijk ontleend aan de methode, zoals door Balint wordt toegepast. De groep uit Hoensbroek besteedt vooral aandacht aan de gesprekstechniek en gaat uit van de methode door Rogers ontworpen: „the non-directive interview”.

Het was jammer dat collega Rebel, die in de ochtend-demonstratie een patiënt ter discussie stelde, een geval gekozen had, dat al geruime tijd door hem was behandeld. Hierdoor nam zijn inleiding, waarin hij de omstandigheden van de patiënt vertelde, met het verslag over de behandeling wat veel tijd in beslag. Bovendien leek het, alsof collega Rebel, die niet naliel duidelijk te maken, dat de patiënt hem de behandeling had opgedrongen, dit zelfde gevoel bij de groep induceerde. Men kon er weinig mee doen.

Wat uit de demonstratie wel duidelijk werd was, dat de huisarts soms tegen zijn zin in bijzonder moeilijke situaties terecht kan komen en hoe nodig het is de huisarts in staat te stellen voor dit soort situaties de gewenste scholing op te doen. Wij geloven wel, dat collega Rebel uit zijn ervaringen in de studiegroep voordien opgedaan de kracht zal hebben geput de moeilijke problemen, waarover hij verslag uitbracht, het hoofd te bieden.

De groep uit Hoensbroek ging in de discussie uit van een gesprek, dat door één van de huisartsen met een patiënt was gevoerd, welk gesprek op de band was opgenomen en in de groep ten gehore werd gebracht. Aan de hand van korte stukken uit dit verslag discussieerde men over de gespreksvoering. Deze discussie leidde tot een levendig debat, niet alleen over elkaars opvatting omtrent de juistheid van de gespreksvoering van het geval, maar vooral over het hoe en waarom van de bijdrage der deelnemers aan het gesprek.

In de nabespreking wezen verscheidene sprekers op deze dubbelzinnigheid van de groepsdiscussie. Een vertegenwoordiger van de groep gaf aan, dat voor hem juist de discussie over het hoe en waarom van de bijdrage tot het gesprek werd beschouwd als een methode tot ontwikkeling van de persoonlijkheid van de leden van de groep. De leden van de groep hadden ervaren, dat de gesprekken in de groep hadden geleid tot een grote verbetering in de wijze, waarop zij in de praktijk de problemen van de patiënten benaderden.

Collega Dijkhuis, leider van het bureau voor medische psychotherapie te Utrecht, vergeleek de gedemonstreerde werkwijze van de beide groepen. De Amsterdamse groep heeft een werkwijze, die er toe leidt, dat het inzicht in de problemen van de gedemonstreerde patiënt via de discussie voor de demonstreernde huisarts een verdieping van inzicht in de achtergronden van de patiënt betekent. Op welke wijze de betrokken huisarts dit verbeterde inzicht in zijn relatie met de patiënt verwerkt, wordt aan de huisarts overgelaten. De groep uit Hoensbroek gaat terecht uit van de analyse van de arts-patiëntrelatie via de bespreking van de letterlijke weergave van het gesprek. Men krijgt echter de indruk, dat door de wijze, waarop de bespreking verloopt, het primaire doel wat wordt verwaarloosd ten bate van wat de groep beschouwt als een training in persoonlijkheidsontwikkeling van de leden van de groep. Collega Dijkhuis vroeg zich af of men in dit opzicht het evenwicht niet onnodig te veel naar het tweede doel had verschoven. Of deze niet zo gewenste verschuiving een gevolg is van een te langdurig in dezelfde samenstelling als groep bijeenkomen, of misschien een gevolg van het ontbreken van een deskundig adviseur of een gevolg van het ontbreken van een duidelijk doel, dat men voor ogen heeft, waren vragen, die van verschillende zijden te berde werden gebracht.

Ongetwijfeld heeft de middagdemonstratie zowel voor de leden van de demonstrerende groep als voor de toehoorders vele vragen opgeworpen, die het nader overwegen ten volle waard zijn.

De middag werd beëindigd met een paneldiscussie onder leiding van R. C. Veldhuijzen van Zanten, huisarts te Enter, lid van een studiegroep voor medische psychologie en lid van de subcommissie voor medische psychologie. Hij omschreef het doel van de paneldiscussie als volgt: het samenvatten van enige belangrijke punten van de studiedag en het ontwerpen van de vraag, hoe het werk in de studiegroepen en daarmee de ontwikkeling van de medische psychologie voor de huisarts in de toekomst kan worden bevorderd.

Hij releveerde de promoties van collega van Nieuwenhuijzen, huisarts te Hoensbroek, en van collega Brouwer, huisarts te Emmeloord, die beiden hun proefschrift hebben gewijd aan de medische psychologie in de huisartsenpraktijk. Ook in Engeland en in Duitsland zijn studiegroepen werkzaam met hetzelfde doel. De World Health Organization publiceerde dit jaar een rapport over de rol van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg. Prof. Querido was een van de samenstellers van dit rapport. Allerwege wordt in huisartsenkringen, maar ook daar buiten, aandacht besteed aan de ontwikkeling van dit belangrijke facet van het werk van de huisarts.

De door de leider van de paneldiscussie gestelde vragen en de daarop gevolgde antwoorden worden hieronder, enigszins verkort, weergegeven.

Vraag aan Dr H. J. Dokter, huisarts te Amsterdam, lid van de studiegroep, die in de ochtend demonstreerde en lid van de subcommissie voor medische psychologie: Op welke wijze heeft het deelnemen aan een studiegroep uw werk beïnvloed?

Antwoord: Door het meedoen aan de studiegroep is onze houding ten opzichte van de patiënt toleranter geworden. Ook de wijze, waarop de dokter in de arts-patiënt-relatie is betrokken, wordt door het werk in de studiegroepen aan de deelnemers duidelijker. Het werk zelf wordt in het algemeen aangenamer, doordat de verhouding tot de patiënten verbetert. Om dit werk te kunnen doen, moeten wij bereid zijn enkele avonden beschikbaar te stellen om met de patiënten uitvoeriger op hun problemen in te gaan. Het blijft moeilijk de indicatie tot een uitvoeriger exploratie te stellen. Op den duur is te verwachten, dat deze nieuwe instelling ook bij de preventie betekenis zal krijgen.

Vraag aan H. J. van Aalderen, huisarts te Hoensbroek, lid van de studiegroep, die in de middag demonstreerde: Welke zijn de voor- en nadelen van het meedoen aan een demonstratie?

Antwoord: Op zichzelf is het meedoen aan een studiegroep een vorm van zichzelf demonstreren. Anderzijds is de studiegroep een mogelijkheid de huisarts te bevrijden uit het isolement, waarin hij werkt. De nascholing of scholing, die de studiegroep de huisarts biedt, gaat verder dan de gebruikelijke methoden van voordrachten en cursussen, omdat de huisarts in de studiegroep zelf in zijn nascholing wordt betrokken en zijn eigen problemen ter sprake kan brengen. De demonstratie van de groep dwingt de deelnemende huisartsen er toe zich te bezinnen, wat men eigenlijk doet. Men wordt gedwongen zich niet alleen te realiseren hoe men in de arts-patiënt-relatie is betrokken, maar ook dat het zin kan hebben meer aandacht te gaan besteden aan de verschillende achtergronden, die betekenis hebben voor het ontstaan van de klachten van de patiënt. Het rubriceren van deze achtergronden moet het mogelijk maken de ervaringen van de studiegroep ook voor anderen toegankelijk te maken.

Discussieleider: Het belang van het rubriceren van de problemen in de studiegroep geldt niet alleen voor de medisch psychologische studiegroepen. Nog al te veel stoelt de kennis van de geneeskunde op de ervaringen door specialisten in het ziekenhuiswerk opgedaan. Ook de studiegroepen, die algemene praktijkproblemen bespreken, zullen op den duur bijdragen kunnen leveren voor een wetenschappelijke opbouw van de huisartsgeneeskunde.

Vraag aan Dr J. A. Weyel, psychiater-adviseur van de studiegroep, die in de ochtend demonstreerde: Welke zijn de voor- en nadelen van het demonstreren van een studiegroep?

Antwoord: Een nadeel van de demonstratie kan zijn, dat de groep „dichtklapt”, zoals met de demonstratie van de groep hedenochtend enigszins het geval was. Het voordeel van de demonstratie is, dat gewoonte-vorming in de groep door buitenstaanders aan de kaak kan worden gesteld. Van belang is wel de vorm, waarin de groep wordt gedemonstreerd. Wanneer het gezelschap, waarvoor de groep demonstreert, kleiner is dan vandaag het geval was, bestaat meer gelegenheid de toehoorders in de groep te betrekken. De demonstratie wordt dan veel levendiger.

Vraag aan J. H. Thiel, psychiater-adviseur van een studiegroep: Is de tijd door de psychiater aan een studiegroep gegeven nuttig besteed? En in hoeverre krijgt de psychiater in de groep een beter inzicht in de problemen van de huisartspraktijk?

Antwoord: Wat de eerste vraag betreft, kan ik wel zeggen, dat ik als psychiater onmogelijk het werk zou kunnen vervangen, dat door de huisartsen via hun deelneming aan de studiegroep voor hun patiënten kan worden gedaan. Er zouden trouwens niet voldoende psychiaters beschikbaar zijn om alle problemen, waarvoor de huisartsen worden gesteld, op te vangen. Bovendien ben ik van mening, dat er een heel specifieke huisartsen-psychiatrie is, die door huisartsen moet en door hen veel beter kan worden gedaan dan door de zenuwarts. Wanneer de huisarts bedoelde problemen niet aandurft of niet aan kan en de patiënt naar een zenuwarts verwijst, geloof ik, dat de huisarts de patiënt hiermede schade berokkent. Hij brengt de patiënt in een situatie, die aan de zenuwarts een moeilijker probleem biedt dan de situatie, waarin de patiënt oorspronkelijk bij de huisarts kwam.

Wat de tweede vraag betreft kan ik zeggen, dat ik door het werk in de groep het huisartsenwerk pas goed heb leren waarderen. Ik heb gezien hoe enorm belangrijk de positie van de huisarts vooral op geestelijk hygiënisch gebied is. Het is van groot belang dat de huisarts zich op dit gebied verder ontwikkelt. Een groot bezwaar voor de aanstaande huisarts is, dat zijn psychiatrische opleiding wordt beperkt tot het werk in de psychiatrische kliniek. De problemen, waarmee de huisarts tenslotte te maken heeft, komen tijdens zijn opleiding vrijwel niet ter sprake. Er zou veel voor te zeggen zijn de student tijdens zijn opleiding een stage te doen doormaken bij een huisarts. Dit zou veel kunnen bijdragen tot de vorming van de artsen in het algemeen, maar zeker ook tot die van de toekomstige psychiater, want ook deze moet weten, welke problemen zich in de huisartspraktijk voordoen.

Vraag aan Dr R. L. Cornelissen, lid van een studiegroep en lid van de subcommissie voor medische psychologie: Op welke wijze kan het Nederlands Huisartsen Genootschap de ontwikkeling van de medische psychologie in de huisartsenpraktijk bevorderen?

Antwoord: Wij mogen wel zeggen, dat we een eind op weg zijn. Vijf jaar geleden was er op dit gebied in Nederland nog niets en nu zijn er een tweehonderd huisartsen, die zich in groepen in de medische psychologie trachten te ontwikkelen. Het meedoen met een groep kan worden beschouwd, zoals reeds eerder is gezegd, als een eerste stap van de huisarts om zich uit zijn isolement te bevrijden. Er zijn ook verschillende studiegroepen, die voor elkaar hebben gedemonstreerd. Dit is een volgende stap, waardoor ook het groepsisolement weer enigszins wordt doorbroken.

Wij moeten ongetwijfeld dankbaar zijn voor het contact, dat gelegd is met de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Hoewel erkend moet worden, dat de leden van deze vereniging uit hoofde van hun opleiding en werk niet volledig inzicht kunnen hebben in de problemen, waarvoor de huisarts zich ziet gesteld en de wijze, waarop de huisarts deze zou kunnen oplossen, zijn zij toch de aangewezen adviseurs op het gebied van gestoorde intermenselijke relaties.

De moeilijkheden, welke de huisarts in zijn werk ontmoet, zijn voor een belangrijk deel het gevolg van de wijze, waarop hij tijdens zijn opleiding heeft geleerd te denken en te com-

municeren; of misschien beter gezegd: niet heeft leren denken en communiceren. Ditzelfde geldt ook voor de opleiding van de specialisten. De groepsbesprekingen zijn zeer geschikt om de communicatie te verbeteren. Het is waarschijnlijk ook erg nuttig, wanneer de psychiater tijdens zijn opleiding gelegenheid krijgt enige tijd met de huisarts mee te lopen.

Het is bijvoorbeeld merkwaardig, dat men gewend is zich voor de bestudering van de bedrijfspsychologie ter plaatse op de hoogte te stellen. Voor de studie van de psychologie in de huisartspraktijk is het nog niet gewoonte de arts-patiënt-relatie in de situatie zelf aan een onderzoek te onderwerpen.

Zowel voor de opleiding huisarts als specialist zal in de toekomst meer plaats moeten worden ingeruimd voor het kennis maken met de geneeskunde „in de voorste lijn”, met de problemen in de dagelijkse praktijk van de huisarts.

Vraag aan Dr A. L. Diercks, psychiater, secretaris van de werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie: Welke hulp kan de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie bieden bij de ontwikkeling van de medische psychologie van de huisarts?

Antwoord: De psychiaters-adviseurs zijn in dit werk gekomen om hun collega's huisartsen uit de nood te helpen. Zij moeten op dit gebied nog tastend hun weg zoeken.

In de eerste plaats is er de vraag naar de relatie huisarts-patiënt. De psychiater-adviseur zoekt zich een plaats in de groep, waarin de huisartsen met elkaar worden geconfronteerd als huisarts en als mens. De functie van de psychiater kan worden vergeleken met die van een katalysator. Vaak wordt de vraag gesteld, of zo'n huisartsengroep een therapeutische groep is. Naar mijn mening moet een dergelijke ontwikkeling worden vermeden. De groep moet een middel zijn de huisarts in de gelegenheid te stellen zich een stuk na-opleiding te verschaffen. Dit leerproces moet zich binnen een zeker tijdsbestek kunnen voltrekken. De huisarts moet daarna in staat zijn op eigen kracht het verworvene in de praktijk te brengen. De groepsbespreking moet niet van een voorbereiding op de praktijkvoering worden tot een begeleiding van de praktijkvoering.

Het werk van de psychiater-adviseur is een aangename, maar niet eenvoudige taak. Niet iedere psychiater, die van goede wille is, is hiervoor geschikt. Mijn indruk is, dat in dit belangrijke onderdeel van de nascholing van de huisarts het stadium van het amateurisme voorbij is. De vraag rijst, op welke wijze een hechtere structurering aan deze facet van de psychiatersopleiding kan worden gegeven.

Discussieleider: Wij zijn bijzonder dankbaar voor het werk, dat de psychiaters-adviseurs van de werkgroep in het belang van onze studiegroepen hebben gedaan. Verschillende malen zijn enkele psychiaters naar Londen geweest om met hun collega's in Engeland ervaringen over het werk in studiegroepen uit te wisselen. Maar ook wij hebben, evenals u, het gevoel, dat er wegen moeten worden gezocht om het stadium, dat u het stadium van het amateurisme heeft genoemd, te verlaten. De vraag is langs welke weg dit nieuwe stadium zal worden bereikt.

Vraag aan Prof. Mr Dr P. A. H. Baan, hoogleraar in de psychiatrie te Groningen: Op welke wijze kunnen de medische faculteiten de ontwikkeling van een medische psychologie steunen?

Antwoord: De taak van de huisarts in de geestelijke volksgezondheid is een uitermate belangrijke. In ons land staat de huisarts in het eerste echelon, waar de psychische stoornissen aankomen. Omdat er ten aanzien van het aantal psychische problemen, ook in ons land, relatief te weinig psychiaters zijn, heeft de psychiater als docent van psychologische principia aan de huisarts een zeer belangrijke taak.

Het is mij, vooral ook als promotor van collega Brouwer uit Emmeloord, duidelijk geworden, dat de huisarts in de geestelijke volksgezondheidszorg een heel eigen rol heeft. Ik geloof, dat het specifieke van de huisarts in vice versa verkeer zal moeten komen met het specifieke van de psychiater en wel in een hiërarchieloze ontmoeting.

Collega Cornelissen heeft gezegd, dat onze huidige medische opleiding een zekere eenzijdigheid heeft en dit zit vooral

ook in het niet geoefend zijn in het luisteren. Ook in de psychiatrie hebben wij vooral met de zogenaamde onbehandelbare patiënten geleerd, hoe belangrijk de attitude-training van de arts is. Nu vraagt u mij, wat de medische faculteiten voor u zouden kunnen doen, maar ik kan u alleen zeggen, wat ik als hoogleraar in de psychiatrie voor u zou kunnen doen. Ik zou kunnen overwegen, in hoeverre ik één of meer psychiaters, die daarvoor zouden voelen en de nodige sensitiviteit hebben, ter beschikking zou kunnen stellen van het Huisartsengenootschap, althans van uw commissie. Deze psychiaters zouden verschillende van uw studiegroepen kunnen bezoeken, enige huisartspraktijken min of meer uitvoerig leren kennen en wellicht als „liaison officer” kunnen fungeren tussen de huisarts en de psychiaters. Misschien zouden deze psychiaters op den duur op kunnen treden als trainers van de trainers. Deze opleiding van trainers van de trainers was ook onlangs in Genève, waar wij in een kleine commissie met vertegenwoordigers uit verschillende werelddelen hebben gesproken over de psychiatrische opleiding van de toekomst, een van de voornaamste punten.

Ten slotte zouden wij, zoals collega Thiel ook propageerde, kunnen bevorderen, dat in een deel van de psychiatrische opleiding, waarschijnlijk het laatste deel, de aanstaande psychiater een periode van een, twee of drie maanden wordt ingeschakeld in een goede huisartspraktijk. In deze periode zou de huisarts de psychiater in opleiding en deze op zijn beurt de huisarts iets van het specifieke van zijn kennis kunnen meegeven. Als ik op deze manier zou kunnen helpen vanuit de universiteit met deze voorlopig bescheiden bijdrage, die nog veel voorstudie en contact met uw commissie zal vereisen, dan zou ik mij persoonlijk zeer rijk beloond voelen.

Vraag aan Prof. Dr H. Deenstra, hoogleraar in de longziekten te Utrecht, adviseur van de commissie Nascholing van het N.H.G.: Welke zijn uw gedachten over de opleiding en de nascholing van de huisarts?

Antwoord: Wij worden de laatste jaren zo overstroomd met ideeën over veranderingen in de opleiding van de arts en de nascholing van de huisarts, dat het niet mogelijk is hierthans uitvoerig op in te gaan.

Als niet psychiater zou ik gaarne iets willen zeggen over uw studiegroepen. Ik vraag mij af of er bij u niet een te grote angst bestaat voor de teacher-pupil-relationship in de verhouding specialist-huisarts. Deze angst uit zich in het feit, dat er in deze studiegroepen voor medische psychologie zo weinig niet-psychiater-specialisten zijn. Ik vraag mij af of het niet zinvol zou zijn misschien niet continu, maar per patiënt of per onderwerp een specialist te vragen. Hoe wilt u anders in uw psychosomatische werkwijze voldoende rekening houden met de orgaanspecialistische diagnostische en therapeutische mogelijkheden?

Wanneer ik spreek als hoogleraar over het onderwijs, dan geloof ik, dat het nut van het bespreken in groepen nauwelijks meer discutabel is. Nu Nederland, waar wij mijns inziens terecht geen numerus clausus kennen, zitten wij met de moeilijkheid van een enorm tekort aan docenten, waardoor het houden van groepsbesprekingen praktisch nog onmogelijk is. Wel moet u goed bedenken dat de ontwikkeling van de student met het artsexamen niet is voltooid. Dit geldt niet alleen voor artsen, maar ook voor juristen en ingenieurs. Wij zullen ons dan ook ongetwijfeld moeten beraden over een continue nascholing na het artsexamen.

Vraag aan Prof. Dr A. Querido, sociaal psychiater, hoogleraar in de sociale geneeskunde te Amsterdam, adviseur van de World Health Organization: Welke is de taak van de huisarts in de geestelijke volksgezondheidszorg en op welke wijze kan de medische psychologie voor de huisarts verder worden ontwikkeld?

Antwoord: In de besprekingen in de organen van de Wereld Gezondheids Organisatie is geconstateerd, dat de huisarts een essentiële taak heeft bij het verzorgen van de geestelijke hygiënische behoefte van de bevolking. Het is dus nodig, dat de huisartsen een zekere hoeveelheid kennis hebben van geestelijk hygiënische problematiek en techniek. Zij moeten de medische psychologie kennen. Medische psychologie is de psychologie, die de medicus nodig heeft. Hiervoor is nodig gespreks-

techniek, maar minstens even belangrijk is de luistertechniek. Wij moeten de huisarts deze opleiding tijdens zijn studie of na zijn artsexamen geven.

Er is bijna als vanzelfsprekend aangenomen, dat de trainers hiervoor psychiaters zouden moeten zijn. En dan spijt het mij, maar dan moet ik toch even een knuppel in dit hoenderhok werpen. Ik zou haast willen zeggen: Het moeten a priori geen psychiaters zijn, waarbij ik uit de aard der zaak het buitengewoon verdienstelijke en belangrijke werk, dat tot nu toe door een aantal psychiaters is gedaan, geenszins wil ontkennen. De psychologische kennis, die wij als medicus opdoen, is helemaal gegeven in termen van pathologie. Onze medische psychologie is gebaseerd op het pathologische. Als psychiaters gaan optreden als trainers in medische psychologie, bestaat het gevaar, dat zij het op deze basis doen.

Enkele mogelijke gevaren van de psychiater, werkende in een huisartsengroep, zijn trouwens al genoemd. In de eerste plaats het gevaar, dat aan de huisartsen een soort psychiatrie wordt verkocht, welke zij helemaal niet nodig hebben. In de tweede plaats, dat de groep een therapeutische groep wordt. In de derde plaats, dat de groep gaat begeleiden, dat wil zeggen, dat de huisarts zijn verantwoordelijkheid overdraagt aan de groep. Dit zijn drie gevaren, die bestaan, wanneer de psychiater als psychiater in de groep werkzaam is en niet als geestelijk hygiënist.

Dan komt de vraag: hoe leiden we de trainers voor de groepen op? Deze trainers zullen, ik zou bijna zeggen helaas, toch wel medici moeten zijn, anders zijn ze natuurlijk op geen enkele manier in staat de discussie te volgen. De trainer zal een extra opleiding moeten volgen in menselijke relaties, een opleiding, die dan moet worden toegespitst op de behoefte van de huisarts. Deze opleidingen zijn op het ogenblik in principe aanwezig voor heel andere groepen in het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden en ik geloof, dat wij dit soort opleiding moeten hebben, in dit instituut of een ander, en dan speciaal toegespitst op de behoefte van huisartsen.

Met deze woorden van Prof. Querido was het einde gekomen van deze studiedag. De lezer van dit verslag zal ongetwijfeld hebben begrepen, dat het laatste woord over de behandelde problemen nog niet is gesproken. Duidelijk is, dat het uitermate moeilijk zal zijn in deze complexe materie tot een communis opinio te komen. Eén doel van deze studiedag is in elk geval bereikt: Er is voldoende gesprekstof geproduceerd, welke als gemeenschappelijk uitgangspunt kan dienen voor bespreking in kringen, die zich veelal met uiteenlopende motivering, met verschillende praktische ervaring en grote verscheidenheid in opleiding, interesseren voor de ontwikkeling van de medische psychologie in de huisartsenpraktijk.

Jhr Dr A. H. van Lidth de Jeude

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

62-10r. Experience with a medical school family study. *Kennell, J. H. D. Chickeringh en E. Sorokey. (1961) J. med. Educ. 36, 1649.*

In een achttal artikelen zijn de ervaringen weergegeven die gedurende negen jaar zijn opgedaan in de „School of Medicine and University Hospitals, Wester Reserve University”, Cleveland, Ohio met een sterk gewijzigd opleidingsprogramma, waarbij het gezin uitgangspunt voor het onderwijs is. In dit opleidingsprogramma worden de talrijke sociale, materiële en emotionele factoren, die een rol spelen bij de preventie, diagnostiek en behandeling van ziekte in beschouwing genomen.

Na een beschrijving van het gehele programma, worden achtereenvolgens besproken onderwijsstaf en onderwijsmogelijkheden, de ervaringen van de studenten en hun leerproces, de tijd gespendeerd door de studenten aan dit onderwijsprogramma, de gedragingen van de bij de studie betrokken gezinnen, terwijl voorts door middel van enquetes de reacties van de bestudeerde gezinnen, de onderwijsstaf en de studenten werden geanalyseerd.

Bij de opzet van dit programma was de faculteit van oordeel dat de patiënt het beste kon worden geobserveerd in zijn eigen omgeving casu quo het gezin. Op grond hiervan wordt de student reeds in het eerste half jaar van zijn vier jaar durende klinische studie in kennis gebracht met een daartoe op de obstetrische polikliniek geselecteerde patiënte. Haar gezin volgt hij daarna gedurende zijn gehele studie. Hierdoor worden de studenten in de gelegenheid gesteld de invloed van graviditeit en geboorte op het gezin te leren kennen, de psychische en emotionele ontwikkeling van het kind te volgen en de patiënt-arts-relatie te leren waarderen door persoonlijke ervaring.

Uiteraard is het theoretisch studieprogramma op deze persoonlijke ervaringen afgestemd. Onder meer worden in de eerste anderhalf jaar colleges gegeven over de basiskennis van de prenatale zorg — het interview met de grávida! —, de partus, contraceptie, kindervoeding, kinderverzorging, gezinsrelaties, psychologie en fysisch onderzoek. In het derde en vierde semester zijn aan de beurt dierobservatie, antropologie, kinderpsychiatrie, psychoanalytische theorieën en persoonlijk-

heidsontwikkeling van het kind. In het vijfde semester volgen de strikt medische vakken, en organisatie en materiële aspecten van de medische verzorging. In de laatste drie semesters volgt tenslotte de praktische opleiding in de kliniek.

Naast deze orthodoxe methode van voorlichting in collegevorm — zij het niet alleen in orthodoxe vakken! — wordt met vrucht gebruik gemaakt van discussiegroepen van studenten, zogenaamde preceptor-groups. In deze discussiegroepen van acht tot tien studenten van verschillende jaren en onder leiding van een jaarlijks wisselend staf lid van de faculteit, wordt de student de gelegenheid gegeven de gerezen problemen in de gezinscontacten of van college met zijn medestudenten en met zijn opleider te bespreken.

De obstetricus, die de gezinnen selecteert, legt de vrouw de bedoeling uit van het studieprogramma, waarna een sociaal werker een meer gedetailleerde uitleg geeft. Duidelijk wordt gemaakt dat de student een student-medicus is, die wil helpen het gezin een eigen medische verzorging te geven. Er zullen regelmatig huisvisites worden gemaakt, maar er zal geen medische verzorging aan huis plaats vinden. Deze wordt slechts op de poliklinieken of in de kliniek gegeven. Aan de patiënte wordt gevraagd alvorens toestemming te geven eerst met haar man te overleggen. Een en ander wordt nog eens schriftelijk bevestigd. Daarna introduceert de sociale werker de student bij de patiënte tijdens haar bezoek aan de obstetrische polikliniek. In het gesprek dat de student en patiënte bij deze gelegenheid hebben maakt hij haar duidelijk dat hij voor het gezin steeds bereikbaar zal zijn, dat hij steeds aanwezig zal zijn bij haar bezoeken aan de kliniek en ook bij haar bevaling. Hij maakt dan tevens een afspraak voor het eerste huisbezoek. Na de bevalling zal de student vooral de nieuwgeborene volgen, die voor de zuigelingencontrole regelmatig op de speciale polikliniek komt, die voor dit studieprogramma is opgezet. Dit gebeurt ongeveer eenmaal per maand. Tussendoor maakt de student een huisbezoek om de problemen van de zuigeling met de moeder te bespreken en de baby medisch te onderzoeken. De persoonlijke leiding van de docent-pediater staat hierbij sterk op de voorgrond en bij elk polikliniekbezoek heeft een uitgebreide bespreking plaats tussen hem en de student.