

zoek onder 906 vrouwen die in de maanden oktober en november 1971 in Nederlandse abortusklinieken zijn behandeld. N.I.S.S.O., Zeist, 1971.

Karmann, H. Psychologische aspecten van abortus. Congresverslag Abortion in England today. N.V.S.H., den Haag, 1971.

Potts, M. en B. N. Branch. (1971) Lancet I, 651-653.

Register General's Statistical Review. England and Wales 1969. Supplement on abortion. H. M. Stationary Office, 1971.

(A) Veenhoven, R. (1972) Maandbl. geest. Volksgezondh. 27, 182-193.

(B) Veenhoven, R. (1972) Medisch Contact 27, 307-317.

(C) Veenhoven, R. (1972) Maandbl. geest. Volksgezondh. 27, nummer 7.

(D) Veenhoven, R. (1972) Medisch Contact 27, 227-232.

(E) Veenhoven, R. en B. S. Sondermeijer (1972) Abortus: Nissoliteratuurrapport nr. 7. Nisso, Zeist.

White, R. B. (1966) Texas Rep. Biol. Med. 24, 4.

Wolff, J. R., P. E. Nielson en P. J. Schiller (1971) Amer. J. Obstet. Gynec. 110, 730-733.

Samenwerking van medische en sociale academie-studenten in Rotterdam; een experiment

DOOR MEJ. M. H. SMIT, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER

Steeds meer wordt de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker belicht, voor het merendeel door degenen die al geruime tijd in de praktijk werken, maar ook door wie op het punt staan zich in de praktijk te begeven. Laatstgenoemden volgen met interesse de „ups en downs” van de samenwerking; zij verwerken deze in scripties en proberen, zich de moeilijkheden realiserend, nieuwe punten ter overweging aan te voeren. Als een van de vele geïnteresseerden lag het voor de hand dat in mijn eindexamenscriptie voor de Sociale Academie Rotterdam: „Door interdisciplinaire samenwerking naar integrale welzijnszorg” de in het bovenstaande genoemde vorm van samenwerking zou worden belicht en dat ook door mij zou worden geprobeerd een bijdrage te leveren om te komen tot een oplossing voor althans een gedeelte van de problemen die zich bij genoemde samenwerking voordoen.

De meeste impulsen voor interdisciplinaire samenwerking komen vanuit „het veld”, hetgeen bewijst dat aan deze samenwerking behoefte bestaat. De moeilijkheden van zowel arts als maatschappelijk werker zijn uitvoerig belicht en duidelijk gesteld in verschillende verslagen betreffende experimentele samenwerkingsvormen (*Van Es; Rapport N.H.G. - Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn*).

Hoewel het op zichzelf verheugend is dat steeds meer hulpverleners tot het besef komen dat de verschillende disciplines veelal langs elkaar heen en zodoende zelfs tegen elkander in werken, blijft het doorgaans bij de constatering van dit feit. De huidige organisatiestructuur werkt in de regel zowel voor arts als maatschappelijk werker belemmerend op het zoeken en vinden van oplossingen die tot een bevredigende samenwerking kunnen voeren. De wijze waarop het werk in de praktijk is

georganiseerd kan hiervoor echter niet uitsluitend verantwoordelijk worden gesteld. Naar mijn mening zijn het ook de opleidingen die ertoe bijdragen moeilijkheden in de praktijk in stand te houden.

Deze opleidingen, met name de sociale academies en de medische faculteiten, zijn uitsluitend erop gericht de specifieke beroepsdeskundigheden van de studenten te verhogen. Hierbij wordt vergeten dat de ontwikkeling van de (juiste) houding van een student ten aanzien van het eigen beroep en dat van andere hulpverleners minstens even belangrijk is. De studenten kunnen houding, noch deskundigheid ontwikkelen wanneer bij de opleidingen strak een eigen werkterrein wordt afgebakend en geen aandacht wordt besteed aan de arbeid van anderen.

Hoewel ik mij bewust ben van de tekorten in de eigen opleiding, zoals te weinig kennis over organisatie en efficiency van hulpverleningsinstellingen op het terrein van de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk en voorts het onvoldoende bewerkstelligen van contacten met andere disciplines — al was dit maar ter oriëntatie — zal ik mij beperken tot de opleiding voor (huis)arts. Hierbij streeft men ernaar de huisarts een zo goed mogelijke theoretisch/praktische scholing te waarborgen waarbij terzijde ook op de noodzaak van interdisciplinaire samenwerking wordt gewezen. In hoofdzaak echter richt men zich op de praktische scholing: assisteren in een huisartspraktijk, zes maanden co-assistentenschap in een perifeer ziekenhuis. De theorie die de student daarnaast wordt geboden is te eenzijdig op kennis gericht (*Rapport Commissie Huisartsen; Van Es*).

Lacunes in de theoretische (huis)artsopleiding.
Er wordt weinig of niets gedoceerd over psycholo-

gie, sociologie en sociale psychologie. Men leert niet dat de eigen houding in de arts-patiënt-relatie van belang is. Tijdens en daardoor ook na de opleiding worden de patiënten als objecten beschouwd, objecten waarover wel, maar met wie niet wordt gesproken. Men leert weinig of niets over gespreksvoering, bijvoorbeeld hoe brengt men slecht nieuws over, hoe legt men in begrijpelijke taal iets uit aan de patiënt.

Knelpunten die het gevolg zijn van de vermelde lacunes. Door onvoldoende kennis van psychologie, sociologie en sociale psychologie wordt ernstige schade berokkend aan het peil van de diagnostiek en daardoor aan dat van de behandeling. Het niet-erkennen van eigen irritaties kan storend werken op de opbouw van een relatie, zodat patiënten geen of verkeerde hulp ontvangen. Gebrek aan kennis van en ervaring in gespreksvoering kan tot gevolg hebben dat een barrière ontstaat tussen arts en patiënt. Door angst, verlegenheid of onmacht van de zijde van de arts kunnen in bepaalde situaties dingen te „cru” worden gezegd of worden verzwegen.

Omdat in de toekomst psycho-somatische ziekten sterk zullen overheersen, terwijl psychische- en relatiestoornissen een groot aandeel in de toekomstige ziektebeelden zullen hebben, is het van belang dat bij de artsenopleiding aan de volgende punten aandacht wordt geschonken (*Bastiaensen en medewerkers; Thiadens en medewerkers; Speijer*): de student zal zich moeten bekwamen in het werken in teamverband; de problematiek van gedeelde verantwoordelijkheid zal moeten worden besproken; zogenaamde sensitivity-trainingen dienen plaats te vinden; in de techniek van gespreksvoering en in de medische psychologie dient voldoende onderricht te worden gegeven. Indien een en ander geschiedt in de vorm van nascholingscursussen dan gebeurt dit te laat! Tenslotte dient met name de toekomstige huisarts te beschikken over de nodige kennis omtrent de belangrijkste instanties op het gebied van de maatschappelijke hulpverlening.

Men kan stellen dat in sommige opzichten het besteden van voldoende aandacht aan de bovengenoemde punten ook de houding van de student ten aanzien van het artsenberoep en de inhoud daarvan, in positieve zin zal beïnvloeden. Dit geldt niet uitsluitend ten aanzien van de individuele patiënt (geheimtaal, objectbehandeling), maar ook in groter verband, bijvoorbeeld wat betreft patiëntdemonstraties en het daarbij in aanwezigheid van de patiënt gebezigde woordgebruik. In plaats van het afbakenen van een eigen terrein zonder acht te slaan op het werk van anderen, zouden de opleidingen een positieve bijdrage kunnen leveren door voor de studenten mogelijkheden te scheppen om

reeds tijdens de opleiding tot een „interdisciplinaire samenwerking” te komen. Op deze wijze kan men zich reeds tijdens de opleiding een beeld vormen van de deskundigheden en de beperkingen van anderen, zodat men daaraan niet na de opleiding kostbare tijd en energie behoeft te besteden.

Studenten van sociale academies en van medische faculteiten zouden zich gezamenlijk kunnen bezinnen over cliënten of patiënten die zij mogelijk later samen in behandeling zullen krijgen. Dit zou het beste vanaf het tweede opleidingsjaar kunnen worden gerealiseerd, omdat dan bij beide groepen een eigen visie op het beroep gaat ontstaan. Aan de medische student is zijn unieke verantwoordelijkheid zo ingescherpt dat hij een daaraan evenredig autoritair gedrag gaat vertonen. In dit stadium kan dat gedrag nog worden omgebogen. Via rollenspelen en communicatie-oefeningen waarin die samenwerking wordt voorgesteld, krijgen de medische studenten inzicht in de aard van het maatschappelijk werk en in de complexiteit van relaties. Voor de aanstaande maatschappelijke werkers is een en ander nuttig omdat het eigen inzichten verdiept, terwijl deze inzichten ook voor de anderen duidelijk kunnen worden geformuleerd.

Studenten uit het vierde jaar (1972) van de Rotterdamse Sociale Academie, vormden met studenten (tweedejaars) van de Medische Faculteit Rotterdam een dergelijke groep. Het initiatief hiervoor kwam van de medische studenten die, zo werd gesteld, naast arts ook mens wilden blijven. Na discussies over de ethiek van arts en maatschappelijk werker, over arts-patiënt-relatie en maatschappelijk werker-cliënt-relatie en na diverse communicatieoefeningen, werd een gefingeerde wijk opgezet om vanuit de wijkgezondheids(welzijns)zorg bepaalde moeilijkheden te onderkennen en de mogelijkheden en onmogelijkheden van interdisciplinaire samenwerking te bespreken.

De medische studenten stelden zich bij de rollenspelen in het begin autoritair op. Zij werden daarop herhaaldelijk gewezen en dan fel aangevallen door de studenten maatschappelijk werk. In de loop van de tijd begonnen eerstgenoemden echter flexibeler te worden hetgeen ook door henzelf als positief werd ervaren. Voordat het zover was, heeft de groep wel ettelijke crisissituaties het hoofd moeten bieden. Door het instellen van regels, het voor elke (wekelijkse) bijeenkomst aanstellen van een gespreksleider en een notulist en, het belangrijkste, door het formuleren van een gezamenlijke doelstelling, (interdisciplinaire samenwerking in een „laboratoriumsituatie”) werd de groep voor „uitelkaarvallen” behoed.

Het „trainen” van de in het voorafgaande genoemde punten. Het werken in teamverband werd

geoeffend aan de hand van gevallen uit de praktijk van het maatschappelijk werk die sterk medisch waren gericht. Tijdens hun stages hadden de academiestudenten in de regel gewerkt in een medische „entourage”. Sommigen van hen werkten daar nog. De medische student leerde een stuk autoriteit opgeven en luisteren naar de inbreng van een andere discipline, de deskundigheid van ieder op zijn gebied werd hierdoor duidelijk. Ten einde een beter beeld van elkanders beroep te verkrijgen vond literatuuruitwisseling plaats. Hierbij bleek dat de academiestudenten de meeste boeken uitleenden. Aan de hand van diverse communicatie-oefeningen werd geleerd duidelijk met elkander van gedachten te wisselen. In beperkte mate werd kennis genomen van het bestaan van verschillende instellingen voor maatschappelijk werk. Via rollenspelen werd getracht de arts-patiënt- en maatschappelijk werkercliënt-benadering duidelijk te maken. De arts moet beter leren luisteren, bijvoorbeeld naar problematiek achter vage klachten (*Weijel*). Voorts dient hij te leren hoe hij in een voor hen begrijpelijke taal aan patiënten uitleg moet geven. Dit geldt uiteraard ook voor de maatschappelijk werker.

Aan „sensitivity-trainingen” werd niet begonnen tot grote spijt van de medische studenten. De academiestudenten meenden dat zij nog niet zover waren gevorderd dat zij hierbij voldoende deskundige leiding konden geven.

Uiteindelijk struikelde de groep toch over de kwestie van de „sensitivity-training”. Door het ontbreken daarvan was het werk in de groep voor enkele leden niet meer zo aantrekkelijk. De vraag er naar werd eerst nog omgebogen in een vraag naar „vrije expressie”, maar omdat dit niet het doel was waarvoor de groep was gevormd, werd tegenstand geboden. Aangezien enkele medische studenten zich niet meer voor het werken in groepsverband inzetten, beloofde voorbereidingen niet meer serieus werden genomen en men zich tenslotte zelfs niet meer hield aan gemaakte afspraken, werd de groep uiteindelijk opgeheven. Het gemis aan deskundige leiding — de groep maakte geen deel uit van de opleiding — en de aard van vrijblijvendheid waren mede oorzaken die leidden tot het „stranden” van de groep. Men kan voorts erop wijzen dat het gestelde doel vaag was en dat het komen tot „interdisciplinaire samenwerking in een laboratoriumsi-

tuatie” voor een groep als deze, zonder deskundige leiding („procesbewaker”), wel hoog was gegrepen.

Aangezien het zowel door de medische studenten als door de studenten van de Sociale Academie als een noodzakelijkheid werd gezien kennis te verkrijgen over elkanders opleiding en deskundigheid, zouden dergelijke groepen, samengesteld uit beide opleidingen in samenwerking met Sociale Academie en Medische Faculteit moeten worden gevormd en begeleid niet nadat de opleiding is voltooid, maar juist tijdens de opleiding, omdat men dan in de gelegenheid is elkanders houding en visie over en weer te toetsen.

Zo zouden werkstudenten onder leiding van daartoe bevoegden, colleges aan de Medische Faculteit moeten kunnen volgen, bijvoorbeeld in algemene ziekteleer, organisatie van de gezondheidszorg en psychosomatiek, terwijl medische studenten gezamenlijk met werkstudenten „sensitivity-trainingen”, communicatietrainingen, non-verbale communicatietrainingen en colleges gesprekstechniek zouden moeten kunnen volgen. Voor de medische studenten, die een zwaar programma hebben, zou dit zodanig kunnen worden georganiseerd dat zij naast het faculteitsprogramma jaarlijks voor een van bovengenoemde trainingen zouden kunnen inschrijven als „sociaal bijvak”. Op deze wijze worden zij ertoe voorbereid later te komen tot interdisciplinaire samenwerking, aldus een bijdrage leverend aan het realiseren van de zo noodzakelijke integrale welzijnszorg. De praktijk bewijst hoezeer aan deze vorm van samenwerking behoefte bestaat.

Bastiaansen, J. P. J., F. J. H. van Dijk, C. J. A. Meijer en C. Pronk. (1971) *Katernen* 2000, nummer 8.

Es, J. C. van. *Probleempatiënten.* Van Gorkum en Comp., Assen, 1969.

Es, J. C. van (1970) *Medisch Contact*, 25, 1211-1213.

Rapport van de Commissie Huisartsen. Uitgave van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1967.

Samenwerking huisarts en maatschappelijk werker. Rapport van een gezamenlijke werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap te Utrecht en de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn te 's-Gravenhage, 1969.

Speijer, N. (1970) *Medisch Contact*, 25, 1121-1127.

Thiadens, A. J. H. en M. J. Smulders-Aghina. (1970) *Katernen* 2000.

Weijel, J. A. *Medische psychologie; psychologie en psychotherapie voor de huisarts.* Bijleveld, Utrecht, 1961.