

# Ervaringen met werkgroepen van eerste-, tweede- en derdejaars medische studenten onder leiding van huisartsen \*

DOOR PROF. DR. H. J. DOKTER TE ROTTERDAM\*\*

*Inleiding.* Ross vermeldt een experiment aan de Harvard Universiteit waarbij zowel studenten aan een academie voor beeldende kunsten als medische studenten in de gelegenheid werden gesteld een anamnese op te nemen. Dit experiment „revealed that senior Arts students were able to obtain from hospital patients a better account of emotional problems contributory to their illness than were senior medical students schooled in history taking and in pathology. The ability to listen to the patient with interest in him as a human being is the most important quality for eliciting the presence of emotional factors in illness”.

Deze ervaring heeft mij sterk bezig gehouden. Het feit dat medische studenten onvoldoende in staat zijn de emotionele problemen van hun patiënten te doorgronden, moet naar mijn mening worden toegeschreven aan een leemte in de opleiding tot arts. Blijkbaar wordt het vermogen om naar een medemens te luisteren tijdens de medische opleiding in negatieve zin beïnvloed of althans niet tot ontwikkeling gebracht.

Een aantal factoren kan daarvoor verantwoordelijk worden gesteld, met name het contact dat de student gedurende de eerste jaren van zijn opleiding heeft met het dode menselijke lichaam en met proefdieren. De student dient als het ware een zekere emotionele afweer op te bouwen teneinde met vrucht de practica in de snijzaal en in laboratoria te kunnen volgen. Mogelijk is deze afweer zo sterk, dat deze tijdens het verdere leven een rol blijft spelen en voor de medicus een belemmering vormt om met mensen om te gaan. Tevens bevordert deze emotionele afweer een identificatie van de patiënt met het dode menselijke lichaam dat als een ding wordt beleefd. In de leemte in de opleiding tot arts, die aldus is gesignaleerd, werd getracht te voorzien op een wijze, die wordt beschreven in hetgeen volgt.

\* Gaarne wil ik de medewerkers van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam danken voor hun waardevolle op- en aanmerkingen bij de samenstelling van dit artikel en voor het beschikbaar stellen van gegevens uit de groepen.

\*\* Destijds wetenschappelijk hoofdmedewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (directeur B. S. Polak).

*Samenvatting.* Sinds 1968 zijn eerste-, tweede- en derdejaars medische studenten in de gelegenheid gesteld deel te nemen aan studiegroepen onder leiding van huisartsen. Nadat de studenten door de huisarts-groepsleider op de hoogte zijn gesteld van de dagelijkse gang van zaken in de praktijk, hebben de studenten zelf gezinnen bezocht. Van het bezoek is verslag uitgebracht in de groep, waarbij vooral aandacht is besteed aan de emotionele gevolgen van het arts-patiënt contact. In sommige groepen is een schriftelijk verslag gemaakt van deze besprekingen. Doel van de bijeenkomsten is onder meer de student gedurende de eerste jaren van zijn opleiding te begeleiden, hem daarbij de gelegenheid te bieden zijn angst welke optreedt bij de confrontatie met proefdier en cadaver, bespreekbaar te maken. Gehoopt wordt op deze wijze een negatieve beïnvloeding van de attitude van de student tegen te gaan. De resultaten tot nu toe opgedaan lijken hoopvol.

*Doelstelling.* Elders werd uiteengezet waarom juist de huisarts degene is, die in zijn beroepsuitoefening heeft te lijden van deze leemte in de opleiding (*Dokter*). Een van de doelstellingen van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde dient te zijn de attitude van de toekomstige medicus zodanig te vormen en te begeleiden, dat deze na afloop van zijn studie in staat is zijn eigen reacties op het ziek zijn van de patiënt te herkennen en adequaat te luisteren naar hetgeen de patiënt werkelijk wil zeggen. Het zijn niet uitsluitend de huisartsinstituten die deze attitude-bewaking ter hand moeten nemen, wel dienen zij in samenwerking met anderen hiervoor verantwoordelijk te zijn.

*Methode.* Bij de realisering van genoemde doelstellingen kunnen de huisartsen als leider van een groep eerstejaars studenten worden ingeschakeld. Schrijver dezes heeft in 1968 hiermede een begin gemaakt; later is dit initiatief gevolgd door andere stafleden van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Wij hebben nu ruim vier jaar ervaring.

De werkgroepen komen op vrijwillige basis tot

stand naar aanleiding van een oproep in Medische Folia, een mededelingenblad dat wordt verspreid onder alle studenten. De groepen bestaan uit maximaal dertien studenten en een huisarts. Bij de introductie van de groep wordt de doelstelling, welke het instituut met dit werk heeft, besproken. Tevens wordt duidelijk gemaakt dat het niet de bedoeling is vragen als abortus provocatus, euthanasie, medische ethiek, waarvoor de studenten veel belangstelling hebben, als zodanig te behandelen. Slechts voor zover zij in het kader van de patiëntenbesprekingen van belang zijn kunnen deze onderwerpen aan de orde worden gesteld.

De bijeenkomsten vinden om de twee weken plaats ten huize van de huisarts of in het Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Tijdens het eerste studiejaar worden de studenten door de huisartsgroepsleider geïnformeerd over het spreekuur, het visiterijden en de praktijkvoering. Daarbij is vooral van belang dat de huisarts inlichtingen verstrekt over de patiënten die het spreekuur bezoeken of die worden bezocht. Er wordt daarbij een zo breed mogelijke achtergrondinformatie gegeven over de aard van de klacht en de psycho-sociale aspecten daarvan, zoals de situatie in het gezin, de huwelijksrelatie, de gezinsinteracties en het tweede milieu (school, werk). Tevens worden de studenten in de gelegenheid gesteld eenmaal een dag de huisarts te vergezellen teneinde zijn wijze van werken van dichtbij te leren kennen.

In het tweede studiejaar wordt de studenten de gelegenheid geboden enkele gezinnen uit de praktijk van de huisarts te bezoeken. Dit gebeurt met een eenvoudige status die tezamen met de studenten is uitgewerkt. Tijdens dit bezoek probeert de student een indruk te verkrijgen van het optreden van de ziekte en van de invloed, die ziekten hebben op het gezin. Hierover wordt door de student in de groep gerapporteerd. Bij deze eerste contacten wordt er op toegezien dat het gezin geen probleemgezin is, zodat de student niet het gevaar loopt in moeilijke situaties te geraken, met name op emotioneel terrein.

Enkele groepen hebben ook in het derde studiejaar gefunctioneerd waarbij de student de gelegenheid is geboden in contact te treden met zogenaamde probleemgezinnen. Tijdens de rapportages uit deze gezinnen blijkt het mogelijk de eigen emoties van de student, welke hij ontwikkelt in het contact met dat gezin, te bespreken. Van de besprekingen, die in de groepen plaatsvinden, zijn soms notulen gemaakt. Naast het gesprek over het bezoek aan het gezin is in enkele groepen ook gewerkt met rollenspel, teneinde de rol van de arts in het contact met de zieke mens duidelijk te maken.

*Resultaten.* Tijdens de groepsbesprekingen werd het vermoeden bevestigd dat studenten grote be-

langstelling hebben voor de psychische en sociale oorzaken van ziekten. Toch maakt deze bewegelijkheid de student niet zonder meer dusdanig geschikt met andere mensen om te gaan dat naar de hulpzoekende ook werkelijk wordt geluisterd. Het is duidelijk geworden dat hiervoor training in gesprekstechniek en begeleiding door een huisartsgroepsleider mede noodzakelijk zijn. Wel blijken de casusbesprekingen door de huisarts, het begeleiden van de huisarts in de praktijk en de besprekingen van de student over zijn bezoek aan het gezin, duidelijk te voldoen aan de verwachtingen, die bij de student leven.

De studenten zijn, vooral in het begin, zeer gebrand op informatie over de persoon en de werkwijze van de huisarts-leider van de groep. Hem wordt onder meer gevraagd of hij onderscheid maakt in de behandeling van particuliere- en ziekenfondspatiënten, hoe de wachtkamer er uitziet en of er een spreekuur op afspraak is.

Het contact met praktiserende huisartsen wordt door de studenten op prijs gesteld omdat het onderwijs vooral in de eerste studie jaren slechts in geringe mate op de zieke mens en diens omgeving is ingesteld. Het zien werken van de huisarts met zijn sterk op de maatschappij betrokken activiteit wordt als zeer stimulerend ervaren.

Een probleem tijdens de groepsbijeenkomsten is hoe kan worden voorkomen dat de huisartsgroepsleider een al te dominerende rol vervult en hoe men de studenten kan bewegen tot een actieve rol tijdens de groepsbesprekingen. Gebleken is dat de rolverdeling van alle deelnemers binnen de groep reeds tijdens de eerste bijeenkomsten haar beslag voor later krijgt. Daarom is het zeer gewenst reeds tijdens de eerste bijeenkomst te streven naar een zodanige werkwijze, dat alle studenten tot actieve deelneming aan de groepsbespreking worden geprikkeld. Mogelijkheden hiertoe zijn de bespreking in de groep van de motieven, die tot de studie in de geneeskunde hebben geleid, het bespreken van het curriculum vitae en het bespreken van de verwachtingen, welke de studenten zelf hebben van groepswork met medewerking van huisartsen.

De medewerking van de gezinnen werd vrijwel steeds verkregen. Slechts een enkel gezin weigerde de student te ontvangen. De berichten uit het gezin over het bezoek van de student zijn zonder uitzondering gunstig te noemen. De medewerking wordt gevraagd door middel van een brief met antwoordstrook. Gedurende de vier jaren dat deze groepen functioneren is een van de tien groepen mislukt. Dit is mogelijk een gevolg van een te vrijblijvende opstelling van de huisartsgroepsleider.

Het deelnemen aan de groepen was goed. Het aantal afvallers in het begin varieerde van één tot

zeven; in een later stadium kwam het zelden voor dat studenten de groep verlieten. Voor niet meer deelnemen bleken de volgende redenen te bestaan: het niet of onvoldoende gemotiveerd zijn, het niet-voldoen van de groep aan de verwachtingen van de student, het veranderen van studierichting, het zich niet meer aangetrokken voelen tot praktisch werk, bijvoorbeeld in een ongevalpenpolikliniek en het ziek worden van een student.

*Bespreking.* De werkgroepen met eerste-, tweede- en derdejaars medische studenten aan de Universiteit van Amsterdam zijn, zoals reeds is vermeld, op vrijwillige basis gevormd. Hierdoor is ongetwijfeld een positieve selectie tot stand gekomen van studenten, geïnteresseerd in psycho-sociale problematiek. De belangstelling voor dit werk is groeiend. Dit jaar bijvoorbeeld hebben zich honderdwaalf van de ruim driehonderd eerstejaars medische studenten aangemeld, zodat meer huisartsen moesten worden ingeschakeld. Wij streven er naar dit groepswork voor zoveel mogelijk medische studenten te realiseren.

Vooralsnog zal niet tot verplichtstelling worden overgegaan. Hoewel wij dit werk voor alle studenten belangrijk vinden, welke specialisatie zij ook later kiezen, lijkt het ons moeilijk met slecht gemotiveerden te werken. Wanneer men bovendien bedenkt dat de motivatie van de studie van eerstejaars studenten in de geneeskunde zeer vaag en weinig is omschreven — zoals uit een onderzoek in Utrecht is gebleken — kan men zich afvragen of het inderdaad gewenst is dit groepswork verplicht te stellen. In een periode van zijn leven, waarin de student worstelt met identiteitsproblemen, de motieven voor de studiekeuze hem nog niet duidelijk voor ogen staan en hij in emotioneel opzicht misschien zelfs achter is in ontwikkeling vergeleken met zijn leeftijdgenoten, kan men overwegen of juist de kennismaking met de praktijk van de huisarts hem of haar niet zal afstoten. Wij realiseren ons dat de emotionele belasting van de student slechts zeer geleidelijk kan worden opgevoerd onder nauwgezette observatie en begeleiding van de groepsleider.

Concluderend kan worden gesteld dat een verplichtstelling tot deelneming wordt afgewezen. De emotionele belasting van de student dient geleidelijk te worden opgevoerd en het contact met de huisartspraktijk zou gaandeweg moeten worden geïntensiveerd.

De groep blijft onder genoemde voorwaarden drie jaar bijeen, waarna aansluitend een cursus gesprekstechniek wordt gegeven. Interessant is dat een van de groepen, gelet op de ervaringen in het tweede jaar, om deze cursus verzocht voor het begin van het derde jaar omdat de deelnemers dan beter in staat zouden zijn de probleemgezinnen te

bezoeken. Voor de toekomst lijkt deze gang van zaken veel voordelen te bieden, zodat er naar moet worden gestreefd de cursus gesprekstechniek vroeg in het curriculum te plaatsen, bij voorkeur in het tweede jaar.

Wat betreft de meewerkende huisarts-groepsleiders mag men naar mijn mening een beroep doen op de huisarts-opleiders, die in het zevende jaar nodig zijn voor de realisering van de beroepsopleiding tot huisarts. De geschiktheid van deze huisarts-opleiders voor het groepswork is zeker niet in alle gevallen zonder meer aanwezig. Bij de selectie voor dit werk zou rekening moeten worden gehouden met hun ervaringen in de studiegroepen voor medische psychologie. Daarnaast bestaat onzerzijds de wens deze huisartsen te trainen en te laten begeleiden door medewerkers van de afdeling medische psychologie van de psychiatrische universiteitskliniek in het Wilhelmina Gasthuis\*. De huisartsen, wie tot nu toe om medewerking werd gevraagd, hebben enthousiast gereageerd.

*Literatuur.* Spock, Seguin en Lewin onder anderen hebben er op gewezen hoe belangrijk het is sociologie en psychologie zo vroeg mogelijk in het geneeskundige onderwijs te introduceren. Daarmee wil Spock voorkomen „the hardening of the heart and the skin of the medical student”. Want, zo zegt hij, „he is encouraged to a depersonalisation of the patient by the basic sciences”. Genoemde auteurs zijn van mening dat juist in de eerste jaren van de studie in de geneeskunde deze gedehumaniseerde visie op de patient tot stand komt. Het contact met kadaver en proefdier gaat bij de student gepaard met angst, die wordt verdrongen en veelal tot uiting komt in een identificatie van de patiënt met kadaver of proefdier.

Lewin benadert het probleem van de psychoanalytische kant en zegt hierover: „Intended to be a prototype of all future patients in certain rational respects, the cadaver easily comes to the students ideal of a patient in all respects”. Lewin schrijft tevens dat het de student onmogelijk is zichzelf te identificeren met de kadavers en de kleine proefdieren waarmee hij vooral in de eerste jaren van zijn studie te maken krijgt. Het is echter juist voor de arts noodzakelijk dat hij zich tot op zekere hoogte identificeert met de zieke mens. Indien hij hierin niet slaagt zal hij onmogelijk oog kunnen hebben voor de emotionele problemen van de patiënt. De opleider dient ervoor zorg te dragen dat de student inzicht leert verwerven in deze emotionele problemen. Hij dient ervoor te waken dat de student een zekere afweer opbouwt tengevolge waarvan herkenning niet of onvoldoende mogelijk wordt.

\* Hoofd: Prof. Dr. P. C. Kuiper

Oosters heeft onlangs een onderzoek naar attitude-verandering bij co-assistenten gedurende hun stage psychiatrie beschreven. Volgens hem wordt met attitude aangeduid de ondergrond van waaruit het manifest gedrag voortkomt. Een groot attitude-verschil heeft Oosters echter niet kunnen aantonen. Wel wijst hij er op dat het meten er van buitengewoon moeilijk is. Bij een onderzoek naar het effect van de training op deelnemers aan studiegroepen voor medische psychologie zijn *De Boer* en medewerkers erin geslaagd inderdaad een verandering in attitude aan te tonen.

Wanneer wij te zijner tijd erin zouden slagen dat het deelnemen aan de studiegroepen voor eerste-, tweede- en derdejaars medische studenten tot resultaat hebben, dat de attitude van de student niet in negatieve zin verandert, zou aan onze verwachtingen ruimschoots zijn voldaan.

*Summary. Experience with study groups of first-year, second-year and third-year medical undergraduates under the guidance of general practitioners.* The abovementioned groups have been active since 1968. Once instructed by the general practitioner/group leader about the daily course of events in actual practice, the undergraduates themselves have visited families. They have reported on these visits in the group, with special emphasis on the emotional consequences

of the doctor-patient relationship. In some groups these discussions were recorded in minutes. One of the purposes of these meetings is to give the undergraduate guidance during the first few years of his study, and enable him to verbalize the anxiety which accompanies the confrontation with test animal and cadaver. It is hoped that a negative influence on the undergraduate's attitude can be counteracted in this way. The results so far obtained seem encouraging.

Beetz, P., H. Bijlsma en H. Kersten. Een onderzoek naar motivatie, attitudes en ervaringen van de eerstejaars studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht gedurende het eerste semester van hun studie (september 1970-januari 1971). Afdeling Onderwijsresearch, Universiteit van Utrecht, 1971.

Boer, R. A. de, J. M. F. Jaspers, P. van Leeuwen, F. van der Meer, J. J. Radder en C. Th. van Schaik (1970) *Psychiatry* 33, 468-481.

Dokter, H. J., in: P. Hopkins: *Patient centred Medicine*. Regional Doctors Publications Limited, London, 1972.

Lewin, B. D. (1946) *Psychosomatic Medicine* 8, 195-199.

Oosters, J. H. *Attitude-verandering bij co-assistenten psychiatrie*. Academisch proefschrift. Zeldenthuis, Amsterdam 1971.

Ross, W. D. *Brief series of Lectures on Psychiatry in General Practice*. The Vancouver Medical Bulletin no 1, 1951.

Seguin, C. A. *Der Arzt und sein Patient*. Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1965.

Spock, B. cit. R. C. Veldhuyzen van Zanten (1959) *huisarts en wetenschap* 2 192-197 en 214-218.

## Testen van jonge kinderen \*

DOOR H. R. SARPHATIE

In dit bestek zal alleen gesproken worden over intelligentie en over intelligentietests voor jonge kinderen, dat wil zeggen baby- en kleutertests. Deze beperking vindt onder meer zijn reden in het feit dat in een psychologisch onderzoek bij jonge kinderen, van baby tot en met kleuter, een zogenaamd intelligentie-onderzoek verreweg het belangrijkste is. Dit vindt niet zozeer zijn oorzaak in een hobbie van de psycholoog of in het feit dat intelligentie het enige zou zijn dat bij een kind valt te bestuderen, maar vooral omdat de vraag naar een dergelijk onderzoek vanuit de praktijk zo groot is.

De eerste psychologische test van Binet (1905) was bedoeld om domme, zwakbegaafde kinderen te kunnen scheiden van luie kinderen. Om de kinderen die gewoon lager onderwijs niet konden volgen te selecteren.

\* Voordracht, gehouden tijdens de studiedag „Kinderen zijn ook mensen”. Commissie van de Artsencursus Rotterdam, november 1971.

Tot op heden is vanuit de praktijk de behoefte aan uitspraken over de mate van intelligentie gebleven. Uit een enquête die in 1963 werd gedaan (Stott en Stutsman) bleek de grote variëteit van redenen waarvoor een intelligentietest kan worden gebruikt. Enkele daarvan zijn: vaststellen van zwakzinnigheid, onderzoek naar cerebraal-organische stoornissen, naar gehoor- en spraakstoornissen, onderzoek van de intelligentie in verband met adoptie of in verband met psychotherapeutische of orthopedagogische hulp en wat dies meer zij. Bij een wat ouder kind is het niet goed mee kunnen komen op school vaak een reden om een intelligentie-onderzoek aan te vragen. Retardatie (niet-schoolrijp), zwakbegaafdheid (gebrek aan leervermogen), partiële defecten, emotionele stoornissen om slechts enkele te noemen, kunnen als oorzaak naar voren komen.

Een intelligentie-onderzoek wordt vaak gebruikt wanneer het gaat om het nemen van praktische beslissingen, zoals uithuisplaatsingen, keuze van een schooltype en keuze van een type inrichting en