

De nascholing van de Deense huisarts

Tijdens het voorjaarscongres van de Societas Internationalis Medicinae Generalis hield een Deense huisarts, K. B. Rasmussen te Kopenhagen, een voordracht die door Mariëtte en Jan Moors werd vertaald en van kanttekeningen voorzien.

De Denen verwachten van hun huisarts dat hij een vakbekwaam medicus is. Maar niet alleen dat. Hij is vaak ook zijn broeders hoeder, een steunpilaar voor zijn medemens. Deze gedachten staan natuurlijk niet op de voorgrond als een patiënt zijn dokter raadpleegt. Ze zijn echter wel met elkaar vervlochten en beïnvloeden de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de hulp die hij van zijn huisarts krijgt. De huisarts komt dan ook niet meer uit met uitsluitend medische kennis. Hij wordt op den duur gedwongen aan andere eisen te voldoen; eisen die hij vaak zelf nog niet onderkent.

Wanneer een patiënt zijn huisarts raadpleegt, is dat vaak met een reeks stoornissen in het welbevinden. De somatische problemen behouden hun traditionele karakter, terwijl men als achtergrond bijna altijd een syndroom van overbelasting kan aanwijzen. De relatie van de patiënt met zijn partner, met zijn medegezinsleden, op zijn werk, wordt ondergraven door sociale overbelasting, conflicten of crises. Hij raakt daarbij gestoord in zijn welbevinden (schema 1).

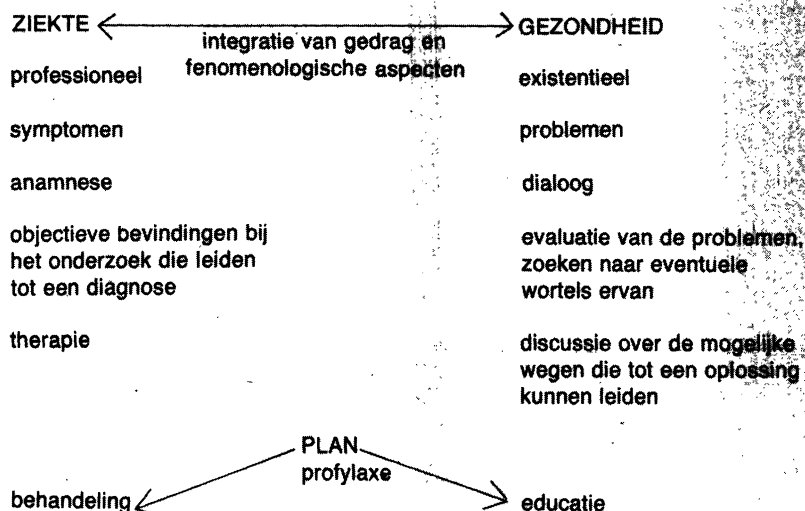
Schema 1 (voor verklaring zie tekst)



Volgens ons gaat het er in de huisartspraktijk tegenwoordig om de patiënt te laten inzien dat zijn ziektesymptomen wezenlijk samenhangen met de overbelaste wijze waarop hij in de wereld staat. In de medische opleiding krijgt deze integrale benadering van de patiënt nog te weinig aandacht. Men onderschat in de praktijk de omvang ervan en ook het gewicht dat de sociale aspecten in elk ziektegeval kunnen hebben. (schema 2).

Het ontworpen nascholingsprogramma richt zich principieel op de ontvangende arts. Het sluit aan bij het niveau en de ontwikkeling van de huisarts, zoals deze nu werkt. Zijn kennis en vaardigheden zijn het uitgangspunt. De nascholing wordt de artsen zoveel mogelijk gebruiksklaar aangereikt. Voorts is gekozen voor het gedecentraliseerd aanbieden van programma's, waarin kennis en vaardigheden worden bijgesteld. In Denemarken gebeurt dit in vijftien afdelingen. Zowel perifere als centrale nascholingscommissies coördineren de programma's. Ongeveer 15 tot 20 procent van de artsen neemt regelmatig deel aan de perifere programma's. Daarnaast worden centrale programma's georganiseerd in het cursusgebouw „Scanticon” in de omgeving van Arhus. Van de Deense huisartsen volgde 20 procent hier reeds een cursus. In de regel duurt een cursus vijf dagen, van zondagmiddag tot vrijdagmiddag. Vier- tot

Schema 2. Twee wijzen van benadering. Links verloopt het proces tussen arts en patiënt via het zogenaamde medische model; rechts wordt het pedagogische model weergegeven.



vijfmaal per jaar wordt een cursus georganiseerd, waaraan ongeveer honderd artsen deelnemen. De programma's worden door twintig tot vijftientig artsen tegelijk gevolgd; er zijn dus drie of vier parallelgroepen. De deelnemers zijn unaniem van mening dat het erg belangrijk is dat deze cursussen worden opgezet, uitgewerkt en begeleid door huisartsen. De relevantie voor de huisarts lijkt daardoor maximaal.

De opzet van een nascholingsweek

Themakeuze

geschied door de huisartsen, die samen een groepje vormen; duur ongeveer 3 uur.

6 tot 12 maanden later:

Voor-cursus

gedurende 1 dag bezint men zich telkens 1 uur over elk cursusdeel. De juiste vraagstelling wordt vastgesteld. Duur 1 dag van 5 uur.

4 weken later:

Cursus

	ma	di	wo	do	vr
9 - 12	I	III	V	VII	IX
14 - 18	II	IV	VI	VIII	X
20 - 22					

4 tot 6 weken later:

Na-cursus

Alle deelnemers hebben zich verbonden gedurende 1 dag alle onderdelen te evalueren, steeds 1 uur per onderdeel. Hierbij schenkt men speciale aandacht aan de

veranderingen die de cursus in het werk heeft teweeggebracht. Duur 1 dag van vijf uur.

In deze cursus tracht men een leerproces te bieden, zoals dit gebeurt bij de integrale benadering van de patiënt (*schema 2*). In het pedagogische model gaat men er van uit dat in het proces van de hulpverlening de somatische, de psychische en de sociale aspecten gelijkelijk aan bod komen. Ter adstructie een voorbeeld van de structuur van elk dagdeel.

De pedagogische benadering

De pedagogische benadering maakt gebruik van het zogenaamde inductieve probleemoplossende principe. Nadat het probleem is aangeboden in het kader van het thema dat de grotere groep zelf heeft gekozen, gaat men uiteen in werkgroepen van ongeveer acht personen. In deze werkgroep probeert men het probleem voor zichzelf nauwkeurig te formuleren. Doordat niet alle huisartsen dezelfde opvattingen hebben, is het vaak nodig dat men elkaar verduidelijkt wat men precies bedoelt.

Iedere arts brengt zijn eigen verleden, ervaringen en zijn eigen kijk op de wereld in. Ook als hij dat niet direct zou willen. De zelfwerkzaamheid wordt hierdoor zeer pregnant uitgelokt. Als men te vroeg nieuwe of zogenaamde deskundige informatie invoert, wordt het probleemoplossend denken en de zelfwerkzaamheid beïnvloed, de creativiteit verdwijnt. Deze werkwijze verandert de motivatie van de deelnemers, zodat de informatie die zij later krijgen voor hen relevanter wordt. Men treedt de zogenaamde deskundige informatie kritischer tegemoet en kan deze beter integreren in de eigen gedachtenwereld.

Pedagogische structuur van een cursusdeel

Elk cursusonderdeel bestaat uit vier fasen:

1. aanbieden van het probleem;
2. in onderlinge discussie uitdiepen van de juiste aard van het probleem;
3. aanbieden van (nieuwe) informatie;
4. formuleren van vragen voor de plenaire zitting.

Ochtend

A.

10 minuten video, probleemaanbod
30 minuten discussie, vraag verhelderen
20 minuten (nieuwe) informatie; dit kan zijn de video-opname van de eigen voorafgaande discussie

5 minuten vragen voor het plenum

B.

10 minuten video, probleemaanbod
30 minuten discussie, vraag verhelderen

20 minuten (nieuwe) informatie; dit kan zijn de video-opname van de eigen voorafgaande discussie

5 minuten vragen voor het plenum

Middag

A. en B. Het ochtendonderwerp wordt nu geoefend door middel van een rollenspel in kleine groepen.

Avond

Kan worden besteed aan andere onderwerpen.

Fase 1. Het probleem wordt zo geformuleerd dat er een vraag naar nadere informatie ontstaat in de groep. De beleving van de groepsleden van deze langzaam ontstaande vraag naar nadere informatie verhoogt in toenemende mate de aandacht voor het onderwerp.

Het probleem kan op allerlei manieren worden aangeboden:

- een geschreven praktijkvoorbeeld;
- gesprek op video of film;
- een rollenspel, life of op band;

Men kan elke dag een bepaald aspect aansnijden. Men kan ook de indeling in tien handhaven. In elk geval is het prettig als de introductie van het probleem en de behandeling ervan steeds qua vorm worden afgewisseld.

Fase 2. Het is belangrijk dat de probleemstelling nauwkeurig wordt geformuleerd. Anders volgt er geen goede discussie. Het werken in de groep is een procesmatig gebeuren. Men probeert het leerprofiel van de deelnemers te veranderen door onder andere verwarring, vraag naar (nieuwe) kennis, onopgeloste vragen, eigen activiteiten van de deelnemers, onderlinge ontlasting en door sociale interactie van de groepsleden.

Als de deelnemers zes maanden en vier weken voor de cursus zelf de onderwerpen hebben gekozen, vergroot dat hun interesse in deelname. Tijdens de cursus is men, zolang het groepsproces nog aan de gang is, zeer terughoudend met het geven van externe informatie.

Fase 3. De informatie wordt zo natuurlijk mogelijk gegeven. Dit kan in de vorm van een voordracht, door een deskundige of door een discussie tussen een paar deskundigen, die eventueel op een band is opgenomen. Ook is het mogelijk dat het eigen functioneren van de groep aan de groep wordt aangeboden door de band terug te draaien die tijdens de discussie werd opgenomen.

Voorals het gaat om een beter inzicht in het eigen functioneren is het voorgaande van belang. In Denemarken werd ingehaakt op een actueel onderwerp: „De arts als leraar”. Men heeft een senior-co-assistentenschap in de huisartspraktijk ingevoerd en een groot aantal huisartsen treedt op als leraar voor de studenten. Als probleem voor een cursus wordt dan bijvoorbeeld voorgesteld: „een gesprek tus-

sen een huisarts-begeleider (van het huisartseninstituut) en een huisartsopleider”. Dit gesprek is op een videoband opgenomen en wordt de cursusdeelnemer aangeboden. In de daaropvolgende discussie komen al snel de eigen problemen van de deelnemers, zoals zij die in hun eigen praktijk ervaren, in het geding.

In de middagzitting worden rollenspelen over hetzelfde onderwerp gedaan. Daarbij worden aan de groep twee deelnemers toegevoegd, teneinde de spelen „te sturen”. De een krijgt opdracht instructeur te zijn, de ander treedt op als supervisor. De supervisor functioneert als zodanig, zowel ten opzichte van de groep als ten opzichte van de instructeur. Hij mag alleen interveniëren als dat beslist noodzakelijk lijkt.

De instructeur heeft enige aanwijzingen voor het rollenspel gekregen. De supervisor heeft al meer van zulke rollenspellen meegemaakt, maar nog niet eerder in deze rol. Deze twee leiders, zoals zij door de groep vrijwel onmiddellijk worden genoemd (men had hen slechts als helpers voorgesteld), bedienden afwisselend ook de technische apparaten, de videorecorder en de camera.

In deze setting worden allerlei rollen gespeeld, bijvoorbeeld huisarts-opleider-co-assistent of co-assistent-patiënt. Het spel duurt ongeveer vijf minuten. Dan geeft de instructeur commentaar. De groep discussieert over het onderwerp. Enige tijd later wordt hetzelfde voorbeeld door twee andere spelers nagespeeld. Er volgt opnieuw discussie. Hierdoor lukte het de volgende pedagogische situaties te creëren:

1. gesprek tussen deelnemers in een geïmproviseerd spel;
2. gesprek tussen instructeur en de groep;
3. gesprek tussen instructeur en de supervisor;
4. gesprek tussen cursusleiding en supervisors;
5. gesprek tussen cursusleiding en geconsulteerde experts.

Soortgelijke cursussen werden driemaal gedraaid. Zowel voor het huisartseninstituut als voor de deelnemers ontstonden veel leersituaties. In de afgelopen jaren heeft men op deze wijze een groot aantal onderwerpen aan de orde gesteld, die op het persoonlijk functioneren van de huisarts betrekking hebben:

1. Het persoonlijk functioneren van de huisarts; analyseren van zijn werksituatie en de processen die tussen hem en patiënt verlopen;
 2. De verhouding van de huisarts met patiënten in diverse levensfasen:
 - kinderen
 - adolescenten van 15-25 jaar
 - de vrouw in haar levensfasen
 - de man in zijn levensfasen;
 3. Speciale thema's: farmacotherapie, crisesbeheersing, seksuologie, aspecten van de sociale geneeskunde.
- Vaak worden na afloop van de cursus de opnamen van de video aan de deelnemers

uitgeleend, zodat zij deze thuis nog eens kunnen bekijken en eventueel onderling kunnen discussiëren met hun medewerkers in de praktijk. Men heeft op het ogenblik ongeveer honderd videocassettes, die kunnen worden gehoord.

Epicrise

Wij hebben zeer genoten van de voordracht van deze inventieve en enthousiaste Deense collega. Wij hebben tegenover elkaar uitgesproken dat het zeer goed zou zijn als wij over en weer onze nascholingsystemen in de praktijk zouden kunnen leren kennen. Hij stelde voor enkele artsen uit te wisselen die de cursussen in een ander land volgen. De taalbarrière zou door een speciale arts, die dan als hulp/tolk van de gasten wordt beschouwd, kunnen worden opgelost. Dit is een interessante gedachte. Het is toch eigenlijk te gek dat in een land zo dichtbij zoveel werk van hoog niveau wordt verzet, zonder dat wij daarvan kennis kunnen nemen.

Anderzijds zouden de Denen kennis kunnen maken met onze varianten op de „Warffum-cursussen”. Wie neemt de handschoen op? Wij zijn gaarne bereid te bemiddelen.

Trainingen in gespreksvoering

Het Nederlands Huisartsen Instituut zal in de week van 28 november tot en met 2 december 1977 weer een basistraining voor huisartsen organiseren. In deze training staat onder andere centraal:

de communicatie tussen arts en patiënt; omgaan met psychosociale klachten; het persoonlijk functioneren van de hulpverlener en zijn relatie tot de hulpvrager. De training wordt gehouden in Huize „Doornburgh” te Maarssen en duurt van maandagochtend t/m vrijdagmiddag (intern). Gezien de beperkte inschrijving (het maximum aantal deelnemers per groep is 12) verzoeken wij u voor deelname zo snel mogelijk te reageren.

Opgave voor deelname en verdere informatie: Nederlands Huisartsen Instituut, 030-319946, Mevrouw M. C. Verhaar-van der Gouw.

Nascholing seksiatrie

Van 24 tot 28 mei 1977 werden in Heidelberg de „Zweite Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin” georganiseerd. Het congres werd door ongeveer tweehonderd artsen bijgewoond, voornamelijk gynaecologen, urologen en psychiaters. De schrijvers van dit verslag, Jan en Mariëtte Moors waren de enige huisartsen.

Uit het voorwoord in de catalogus worden enkele doelstellingen van het congres aangehaald. „Sexualmedizin” (seksiatrie) is geen nieuw vakgebied. Vragen over seksualiteit worden gesteld aan huisartsen, vrouwenartsen, huidartsen, urologen, internisten, psychiaters en psychotherapeuten. Eigenlijk slaan de patiënten geen deelgebied van de medische wetenschap over. Maar ook verwante beroepen zoals psychologie en pedagogie hebben speciale kennis van de seksiatrie nodig. In hun opleiding hebben geen van deze vakmensen voldoende scholing gehad in seksiatrische problemen. Niettemin verwachten patiënten in toenemende mate hulp.

In Duitsland gaan vrouwen met seksuele problemen vooral naar vrouwenartsen; de mannen gaan naar huidartsen. Zij geven naast somatische hulp ook vaak pragmatische gesprekstherapie bij psychische oorzaken. Dit in tegenstelling tot de meer als „Ergänzung” ervaren analytisch georiënteerde psychotherapie van psychotherapeuten en psychiaters.

Nota bene. Omdat de organische oorzaken in elk geval niet gemakkelijk van de psychische zijn te scheiden en vaak met elkaar samengaan, zal de diagnostiek en therapie het domein blijven van de gynaecoloog, dermatoloog, uroloog, huisarts en internist. Psychologen en psychotherapeuten zorgen voor de noodzakelijke vervolmaking.

Er waren elke dag twee thema's en voorts Balint-groepen. De thema's waren: transsexualiteit, orgasmestoornissen bij man en vrouw, diabetes mellitus en seksueleitstoornissen, erectiestoornissen, verkrachting en „Ekklesiogene Sexualstörungen”. Deze thema's werden ingeleid door drie tot zes sprekers. Daarna was er discussie, waarvoor steeds een uur was uitgetrokken. De inleiders hielden zich nooit aan de hun toegemeten tijd, zodat de tijd voor discussie steeds in het gedrang kwam. Overigens kwam er zelden een echte discussie tot stand tussen de zaal en de spre-

ker. Men kwam niet verder dan vraag en antwoord of men begreep elkaar fundamenteel zo slecht, dat er over en weer vaak alleen kreten werden geslaakt.

De cursus werd ingeleid door Schaefer, Heidelberg met „Der Stellenwert der Sexualität unserer Gesellschaft und die Aufgabe der Medizin”. De intimiteit van mensen wordt door de gemeenschap zeer indringend geregeld. Dat is altijd zo geweest en overal ter wereld. Welke taboes of regels er ook worden gesteld, de gemeenschap bepaalt bijvoorbeeld wat pervers is en wat normaal. De seksualiteit wordt gecontroleerd omdat:

anders het volk niet kan blijven bestaan; kinderen anders niet leren wat normale seksualiteit is;

anders ook andere regels worden ondergraven, die ook door de gemeenschap zijn opgesteld. (Wie de maatschappelijke orde fundamenteel wil ondergraven, moet seksuele vrijheid propageren);

er morele waarden zijn die voor een volk van belang zijn;

seksuele omgang van nauwe verwanten een degeneratie tot gevolg zou hebben. Seksuele regels zijn op deze manier instrumenten van de macht. In de politiek maakt men daar gebruik van of men wil of niet.

Wij moeten in het westen oppassen dat wij niet uitsterven. Als wij zo doorgaan zoals wij nu bezig zijn, worden wij snel door de domme en arme landen overwoekerd. Heidelberg beroemt zich er op door de eeuwen heen het brandpunt te zijn geweest van enerzijds de traditie en anderzijds de confrontatie van nieuwe stromingen met de traditie. In dit kader werd deze moeilijke voordracht verdedigd. Zij had het voor- én/of nadeel dat de aanwezigen in twee kampen werden verdeeld. In de felle discussie kwam men echter niet verder dan het elkaar verwijten dat men statistische gegevens verkeerd had gebruikt.

Bijvoorbeeld: homoseksualiteit is een moreel, soms een juridisch probleem in onze samenleving. Soms wordt het ook een