

I. A. M. SALLAERTS-BOONEKAMP*

Het uitwisselen van ervaringen door arts-assistenten in de beroepsopleiding

Het uitwisselen van ervaringen – over het algemeen *spuien* genaamd – is een vast onderdeel van de terugkomdagen tijdens de beroepsopleiding tot huisarts. Onvrede met de gang van zaken bij deze sessies leidde in Rotterdam tot een andere aanpak, waarbij gebruik wordt gemaakt van technieken en begrippen uit de groepspsychotherapie. In deze bijdrage wordt ingegaan op de theoretische uitgangspunten van deze methode en op de ervaringen die daarmee inmiddels zijn opgedaan.

Inleiding

De beroepsopleiding tot huisarts in Nederland bestaat uit een of meer stages, aangevuld door een cursorisch gedeelte. Dit onderwijs vindt plaats tijdens terugkomdagen, een keer per week.

Bij alle beroepsopleidingen tot huisarts is het „spuien” een bekend programma-onderdeel. Het doel ervan is indertijd als volgt geformuleerd: „Er moet gelegenheid zijn tot spuien, dat wil zeggen het afreageren van emoties en ervaringen in de opleidings situatie en het vragen om hulp aan de groep, naar aanleiding van patiënten met wie men niet goed uitkomt. Vooral dit spuien van individuele ervaringen van de groepsleden kan worden aangewend in het bewustwordingsproces van lacunes in kennis, vaardigheden en attitudes, wanneer de individuele ervaringen worden gerefereerd aan die van de overige groepsleden.”¹

Sinds 1976 heb ik als psycholoog ervaring met het spuien in huisartsengroepen. Dit levert gemengde gevoelens op: Het is enerzijds een goede gedachte dat arts-assistenten met elkaar ervaringen uitwisselen; anderzijds geeft de wijze waarop dit gebeurt, problemen:

- groepsleden luisteren weinig naar elkaar, emotionele zaken komen niet aan bod of worden niet gehoord;
- schrijven in agenda's en schriften;
- er treedt een scherpe scheiding op tussen praters en zwijgers;

- belangrijke opmerkingen worden gemaakt in de pauze;
- er is geen vaste tijd gesteld: wanneer de start van het spuien niet vlot verloopt, gaat men over op de rest van het programma voor die dag, terwijl een andere keer zo lang wordt gepraat, dat het verdere programma niet meer aan de orde komt;
- tenslotte blijkt het niet altijd simpel om als gedragswetenschapper en huisartsbegeleider dezelfde koers te varen.

Om deze problemen te ondervangen, zijn, met wisselend succes, verschillende werkwijzen geprobeerd: het maken van een vast rondje, iedere week iemand een logboek laten meebrengen, of een groepslid voorzitter laten zijn. Een en ander verliep echter zo vaak onordelijk en onbevredigend, dat ik tenslotte geprobeerd heb tot een meer systematische aanpak te komen. Daarbij ben ik ervan uitgegaan dat in het spuien de volgende zaken aan de orde moeten komen:

- steun vinden bij elkaar;
- zicht krijgen op de eigen omgang met patiënten en hun problemen;
- overwegen van alternatieven in de omgang met patiënten;
- bespreken en eventueel bijsturen van de relatie met de opleider;
- leren samenwerken;
- uitwisselen van informatie over medische en psychosociale zaken.

Deze aspecten kunnen noodzakelijk geacht worden voor het ontwikkelen van een duidelijke eigen identiteit als huisarts.¹

Huidige werkwijze

De naam van het programma-onderdeel is gewijzigd van „spuien” in „uitwisselen van ervaringen”, omdat de term „spuien” waarschijnlijk nogal wat negatieve associaties oproept; de nieuwe term lijkt neutraler en minder bedreigend.

Verder is de huidige werkwijze meer gestructureerd dan vroeger:

- er wordt altijd aan het begin van de dag een sessie gehouden die anderhalf uur duurt; deze vaste tijden geven enerzijds zekerheid en veiligheid, anderzijds een mate van groepsspanning die nodig is om tot resultaat te komen;
- groepen en begeleiders zitten, anders dan de rest van de terugkomdag, in een kring zonder tafels;
- de inbreng van de deelnemers is vrij; ieder die wil, kan iets vertellen over zijn/haar praktijkervaringen met patiënten en/of opleider;
- getracht wordt een centraal thema te vinden in de casuïstiek die door de groepsleden wordt gebracht; het thema kan op verschillende onderliggende zaken wijzen, zoals gevoelens van angst, onmacht en eenzaamheid in het uitoefenen van het vak, of gevoelens ten opzichte van de andere groepsleden, de gehele groep of de begeleiders; vaak kan hier dan weer een parallel getrokken worden met de wijze van omgaan met patiënten.

De groep wordt begeleid door zowel een huisartsbegeleider als een gedragswetenschapper: zij sturen bij waar dat nodig is, bijvoorbeeld als de groep vastloopt, als het verschil tussen praters en zwijgers te groot wordt, of als in bedekte termen over een onderwerp wordt gesproken.

Theoretische uitgangspunten

We kunnen onderscheid maken tussen twee soorten groepen, taakgerichte en groeigerichte groepen.

Een taakgerichte groep is een groep die zich vormt om een bepaalde taak te verrichten; wanneer de taak klaar is, gaat de groep uiteen. Voorbeelden zijn een feestcommissie die wordt samengesteld om een lustrum te organiseren, of een buurtcommissie die ijvert voor betere woonomstandigheden.

Een groeigerichte groep kan een groep zijn die gericht is op persoonlijke groei van de leden afzonderlijk. Voorbeeld: mensen met persoonlijke problemen die in groepspsychotherapie gaan.

Een groeigerichte groep kan ook een groep zijn die zich als zodanig wil verbe-

* De auteur is als psycholoog verbonden aan de Faculteit der Geneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

teren om beter te kunnen functioneren. Voorbeeld: de staf van een instituut gaat in training ten einde beter te kunnen communiceren, wat dan leidt tot het efficiënter kunnen afhandelen van taken.

Een groep huisartsen in opleiding is een mengvorm van deze soorten groepen. Het kader wordt gevormd door de onderwijssituatie, waarin groepen vorm én middel van onderwijs zijn. De taak van de groep is: zich kennis, vaardigheden en meningen eigen maken, die betrekking hebben op het vervullen van het huisartsenvak.

Aangezien een huisarts dagelijks omgaat met mensen die hem hun problemen voorleggen, is een bepaalde mate van „persoonlijke groei” nodig om zijn taak te kunnen vervullen: eigen blinde vlekken, normen, weggestopte gevoelens leren zien, om beter de patiënt te kunnen helpen bij wat deze voor zichzelf wenst. Daarbij moet er voor de aanstaande huisarts ook een totale omkering plaatsvinden, van leiding krijgen in de medische opleiding tot leiding geven aan patiënten. In de groep vindt dus een proces plaats van ontdekken en leren afwegen van de wijze waarop de beroepsrol zal worden opgevat.

Groepspsychotherapie

Om de groep behulpzaam te zijn bij dit leerproces maak ik gebruik van begrippen en technieken uit de groepspsychotherapie. Abercrombie geeft hiervoor de volgende uitleg:

Nieuwe inzichten moeten zich een plaats verwerven binnen het reeds aanwezige consistente geheel van iemands denken en handelen. En als er iets bijgeleerd wordt, moeten andere dingen weer afgeleerd worden. Hoe gecompliceerder en subtieler de verlangde gedragsverandering is, des te waarschijnlijker is het dat een psychotherapeutische benadering meer effect zal hebben dan een didactische. In het groepswerk wordt gebruik gemaakt van de interactie (dynamiek) tussen de leden om de deelnemers te helpen zich bewust te worden van hun vaste manier van denken en gedragen en hierin zo nodig verandering aan te brengen.

Ik wil in dit kader benadrukken dat er een duidelijk onderscheid bestaat tussen een therapiegroep en een onderwijsgroep, ook al kan men bij de laatste gebruik maken van therapeutische technieken.

Volkan en Hawkins beschrijven zo'n onderwijsgroep, bestaande uit studenten die bezig zijn met hun co-assistent-

schap psychiatrie. De studenten maken de behandelingen mee via een *one-way screen* en in de groep worden de behandelde patiënten besproken. Interpretaties van het groepsproces worden pas gegeven, wanneer dit proces al een heel stuk op gang is gekomen. Er wordt van de studenten niet gevraagd om hun levensverhaal te vertellen en er worden geen interpretaties over de algemene psychopathologie van een groepslid gegeven. Een psychisch proces dat ontstaat uit het werk met een patiënt, wordt zichtbaar bij de groepsleden. En dit is het onderwerp voor interpretaties. De groepsbegeleider moet met mate van zijn therapeutische vaardigheden gebruik maken, wil de student zijn voordeel kunnen doen met deze wijze van leren.³

Abercrombie noemt in haar boek een poging om studenten in het kader van hun opleiding in een werkelijk therapeutische situatie te brengen. Dat leverde een zeer vijandige groep op.

In de huisartsopleiding is deelname aan groepsonderwijs een onvrijwillige zaak. Om de groep toch goed te kunnen laten functioneren, dienen weerstanden tegen deelname aan een onderwijsgroep regelmatig besproken te worden met de deelnemers. Deelname binnen het kader van de opleiding aan een – ook nog uit studiegenoten bestaande – therapiegroep, kan van de arts-assistenten waarschijnlijk niet gevraagd worden. Overigens vind ik het wel het overwegen waard om iedere aanstaande huisarts te verplichten wat meer kennis en inzicht omtrent zichzelf op te doen; dit zou dan kunnen gebeuren in een setting buiten de opleiding. Voor psychotherapeuten-in-opleiding geldt deze verplichting al lang.

Groepsdynamica

In iedere groep treden spontaan groepsdynamische processen op: vormen van interactie die ontstaan tussen de leden van een groep.

In een groepspsychotherapie wordt op een nauwkeurig omschreven wijze methodisch en systematisch gebruik gemaakt van de groepsdynamica.⁴ De groep zelf en haar functioneren zijn de instrumenten waarmee wordt gewerkt. Alle problematische en niet problematische interacties worden in de groep getoond en met behulp van de gezonde elementen van de groep bewerkt en veranderd.

In de huisartsopleidingsgroep worden de interacties tussen leden terugvertaald naar de wijze van omgaan met

patiënten, en andersom. Er bestaat overeenkomst met een Balint-groep. Het verschil is dat het in een Balint-groep gaat om het individu in de groep, waarbij gewerkt wordt vanuit de psychoanalytische visie.⁵ Bij mijn onderwijsgroepen staat de groep als geheel veel meer in het middelpunt.

Naast de Balint-groep en de groepsdynamische leergroep bestaan nog vele andere vormen, die ik in het kader van dit artikel niet zal bespreken. Ik ben geneigd, het uitwisselen van ervaringen in de opleidingsgroepen te zien als een goede voorbereiding voor deelname aan een Balint-groep of een anderssoortige supervisiegroep na de huisartsopleiding.

Identificatiefiguur en informant

Bij het uitwisselen van ervaringen heeft de huisartsbegeleider vooral de functies van identificatiefiguur en informant; bovendien verschaft hij de gedragswetenschapper, die toch meer als buitenstaander gezien zal worden, een goede introductie in de groep en kan hij zorgen voor de nodige steun en veiligheid.

Als gedragswetenschapper reken ik het tot mijn taak ervoor te zorgen dat de groep zo gaat functioneren, dat er enerzijds voldoende veiligheid is, en anderzijds voldoende mogelijkheid tot het leveren van kritiek op elkaar. Wanneer de groep of een individu bij een probleem kiest voor een gesloten oplossing – waardoor alles bij het oude blijft – zal ik trachten die open te maken, tenminste wanneer de tijd daarvoor rijp lijkt. Ik treed ook af en toe op als informant en wil, samen met de huisartsbegeleider een model zijn voor samenwerking tussen twee disciplines.

Huisartsbegeleider en gedragswetenschapper kunnen elkaar goed aanvullen, mits er een goede onderlinge verstandhouding bestaat, en mits beiden een redelijk inzicht hebben in elkaars taak en functioneren in de groep. Wanneer huisartsbegeleider en gedragswetenschapper niet op één lijn zitten en het niet goed met elkaar kunnen vinden, zal de gewenste samenwerking nodeloos veel energie vragen, niet alleen van de begeleiders, maar ook van de groep. Bovendien zal dan nogal eens partijvorming optreden in de groep. In zo'n geval zal de groep ongetwijfeld beter functioneren met slechts één begeleider.

Deze opvatting vinden we terug in de groepstherapie bij Yalom. Deze zegt dat het gemakkelijker is om alleen een groep te begeleiden dan met tweeën, omdat het zoveel tijd en energie kost om

het samen goed te doen.⁶ In de praktijk blijken vooral beginnende therapeuten er toch veel voor te voelen om met z'n tweeën een groep te begeleiden; het lijkt veiliger om er niet alleen voor te staan bij bijvoorbeeld agressieve gevoelens van een groep.

Ervaringen

Met de hier beschreven methode heb ik nu in vijf groepen gewerkt. De ervaringen zijn voornamelijk positief. Met de betreffende huisartsbegeleiders sprak ik de methode zowel aan het begin als in de loop van het jaar goed door, zodat het aan beiden duidelijk was, wat er zou gebeuren.

Met deze basis bleek het ook niet erg, als er eens iets anders gebeurde dan was afgesproken. Regelmatig bleek het bijvoorbeeld verleidelijk, ons in een discussie te mengen, maar de lijn werd altijd weer opgenomen.

Alle groepen stelden tijdens het jaar de methode een of meer keren ter discussie: „Laten we ermee ophouden, weer achter een tafel gaan zitten, een andere vorm kiezen, de tijd bekorten.” Altijd werd besloten toch door te gaan.

Vaak kon een thema worden uitgewerkt, dat soms een aantal weken achtereen in verschillende vormen opdook. Een simpel voorbeeld is: de aanhoudende casuïstiek over stervende patiënten, in de laatste weken van de huisartsstage. Doorgaans kon dan goed besproken worden dat het praten over doodgaan ook iets zegt over de moeite die de arts-assistent heeft om afscheid te nemen van „zijn” praktijk met „zijn” patiënten en van „zijn” terugkomgroep.

Ik heb de indruk met deze methode een aardige werkvorm gevonden te hebben. Een vorm overigens, die niet zo gemakkelijk te hanteren is: de vervolmaking ervan zal mij nog geruime tijd bezighouden.

Besluit

Bij het uitwisselen van ervaringen in de hier beschreven vorm, zie ik twee problemen in de constructie van de terugkomdag:

- Na het uitwisselen van ervaringen moet de groep de hele terugkomdag nog in dezelfde samenstelling doorbrengen, wat bedreigend kan zijn voor degene die veel van zich heeft laten zien in de eerste helft van de ochtend.
- De begeleiders blijven ook dezelfde en dat levert strijdige functies op. De begeleiders moeten vertrouwensfiguren zijn om het uitwisselen van ervaringen

tot zijn recht te doen komen. Maar de begeleiders zijn soms ook bewakers van de regels van de opleiding. Dat kan met elkaar in conflict zijn: in het uitwisselen van ervaringen hoor je iets als vertrouwensfiguur waar je als bewaker van de opleiding tegen moet optreden. Ook wanneer er niet daadwerkelijk iets voorvalt, heeft de groep daar fantasieën over en zal men mijns inziens zeer selectief vertellen over zaken die „ongevaarlijk” lijken.

Ik wil er voor pleiten in de toekomst het uitwisselen van ervaringen te scheiden van de rest van de terugkomdag, wellicht in tijd, maar zeker ook wat betreft begeleiderschap.

Eigenlijk is dat alleen te realiseren wanneer het hele terugkomsysteem zou veranderen. Ik denk daarbij aan een wekelijkse uitwisseling van ervaringen in vaste groepen; daarnaast zou men dan individueel op een vastgesteld aantal cursussen kunnen intekenen. Een andere mogelijkheid om geen vermenging van functies te krijgen, is het aanstellen van buitensupervisors voor begeleiding bij het uitwisselen van ervaringen.

- ¹ Interfakultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen S.O.H.-rapport, 1974.
- ² Abercrombie MLJ. Aims and techniques of group teaching. S.R.H.E. Working Party on Teaching Methods, 1977.
- ³ Volkan VD, Hawkins DR. The learning group. *Am J Psychiatry* 1972; 128: 1121-6; 1129.
- ⁴ Berk TJC. Groepsanalytische psychotherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- ⁵ Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pittman, 1966.
- ⁶ Yalom ID. Groepspsychotherapie in theorie en praktijk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

Nota bene

De mededeling over een positieve uitslag van een geneeskundig onderzoek blijkt door de patiënt vaak ten onrechte als positief te worden begrepen. Het gebruik van deze terminologie dient negatief te worden beoordeeld. Stelling bij: Mensink HJA. Prostaatsarcinoom, gradering en prognose [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1984.

Huisartseninstituut Vrije Universiteit, Combinatiegebouw Uilenstede 108, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam; telefoon 020-5484535.

Hoofd: Prof. Dr. C. Spreeuwenberg, Weegbree 2, 3434 ER Nieuwegein; telefoon 03402-34735.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen, Anth. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-116140; telefoon groepspraktijk 050-114718.

Hoofd: Prof. Dr. G. J. Bremer, Lutborgsweg 9c, 9752 VS Haren (Gr), telefoon 050-349773.

Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteitspaviljoen, Wassenaarweg 62, 2333 AL Leiden; telefoon 071-148333, toestel 4680.

Hoofd: Prof. Dr. J. D. Mulder, Prins Hendrikweg 6, 2202 EB Noordwijk; telefoon 01719-12230.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Utrecht, Mariahoek 5-6, 3511 LD Utrecht; telefoon 030-313802.

Hoofd: Prof. Dr. R. A. de Melker, Frederik Hendriklaan 63, 3708 VB Zeist; telefoon 03404-17055.

Rotterdams Universitair Huisartseninstituut, Mathenesserlaan 264, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-633966.

Hoofd: Prof. Dr. H. J. Dokter, Zwanenkade 104, 2925 AT Krimpen aan den IJssel, telefoon 01807-18614.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon 080-514411.

Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Pastoor van Laakstraat 50, 6663 CB Lent; telefoon 080-224046.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; telefoon 020-5669111.

Hoofd: Prof. B. S. Polak, Keizersgracht 29, 1015 CD Amsterdam; telefoon 020-237801.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-616100.

Hoofd: Prof. Dr. W. Brouwer, Groene rein 24, 6267 BM Cadier en Keer; telefoon 04407-1658.