

CO-ASSISTENT TOT ARTS

Co-assistentschappen vormen de belangrijkste fase in het proces van initiële beroepssocialisatie. Er is geen sprake van een eenvoudige aanpassing van de student aan de bestaande beroepscultuur, maar van een complex proces, waarin zowel aanpassing, ("modelling", "active identification") afwijzing (anti-modelling of actieve afwijzing) als een inactieve oriëntatie een rol spelen.

Tot zover het rapport Basisarts: bevoegd en bekwaam over de initiërende en socialiserende functies van de co-assistentschappen.¹

Prof. Dr. L.J. Krol
Kinderarts
Hoogleraar Medische
Psychologie

Drs. L. de Groot
Psycholoog

Correspondentieadres:
Vakgroep Medische Psychologie
Faculteit der Geneeskunde
Universiteit van Amsterdam
Amsterdam

De vakgroep Medische Psychologie van de Medische Faculteit van de Universiteit van Amsterdam heeft sedert 1984 veel ervaringen opgedaan met het socialisatieproces van co-assistenten met name gedurende het co-assistentschap interne geneeskunde.²

Sinds dat jaar hebben alle co-assistenten terugkombijeenkomsten in kleine groepen waarin om de week aandacht wordt besteed aan de psychologische aspecten van de medische beroepsuitoefening. De onderwerpen kunnen variëren van het structureren van gesprekken, tot conflicthantering of ethische aspecten van informatiegeven. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan de eigen ervaringen van de co-assistenten tijdens dit eerste co-assistentschap.

BEHOEFTE VAN CO-ASSISTENTEN

Het eerste co-assistentschap is voor de medisch student de eerste echte kennismaking met het medisch bedrijf. Hij krijgt een toenemende verantwoordelijkheid voor patiënten en wordt geconfronteerd met hun ernstige ziekten, dood, angst en wanhoop. Waren colleges vaak een demonstratie van het succes van medische diagnostiek en behandeling, de ervaringen in de kliniek maken de co-assistent duidelijk dat

veel patiënten klachten en ziektes hebben waarbij de geneeskunde geen spectaculaire successen kan boeken.

Een harde cultuurschok. Na de almachtige probleemoplossingen uit de colleges naar de vaak onmachtige praktijk van de klinische geneeskunde.

Maar in het co-assistentschap komen nog veel meer dingen op hen af.

Terwijl het de co-assistent vaak nog duizelt van de ervaringen van de eerste dagen wordt er al snel competent en slagvaardig gedrag van hem verwacht. Door patiënten, die in hun onzekerheid en angst behoefte hebben aan duidelijkheid en zekerheid en door opleiders, die de co-assistent graag zo snel mogelijk inschakelen in het behandelingsproces.

De co-assistent dient de fysische diagnostiek onder de knie te krijgen, vaak ook venapuncties uit te voeren, in beperkte tijd een anamnese af te nemen, zijn werk te organiseren, adequaat in een samenwerkingsverband met verpleegkundigen te functioneren, aanvraagformulieren in te vullen, uitslagen in te schrijven, patiënten en hun naasten in de meest onverwachte en soms moeilijke situaties te woord te staan en daarnaast nog te voldoen aan de verwachtingen van de opleiders, die houden van intelligente antwoorden en vlotte differentiaal diagnoses.

Wie een dergelijke lijst op zich in laat werken beseft dat de co-assistent zich enerzijds wat onwennig voelt in zijn witte jas en anderzijds

een peilloze bewondering voelt voor stafleden, assistenten en oudere co-assistenten die schijnbaar moeiteloos competent rondstappen.

Na het overweldigende begin gaan na enige weken de meeste co's zich steeds meer dokter voelen. Zo wordt hij niet alleen door de patiënten gezien, ook de opleiders spreken hen in toenemende mate aan als - toekomstig - collega. Uiteindelijk gaat ook de co-assistent zelf zich vertrouwder voelen met de rol van dokter.

Aan het begin van het co-assistentenschap worden idealen gekoesterd over de beroepsuitoefening. De student heeft een toekomstvisie van zichzelf als een 'menselijke' dokter, die oog heeft voor de individuele noden van de patiënt, die niet 'orgaan-gericht', maar 'mensgericht' zijn patiënten benadert.

Onderzoek heeft twijfels doen rijzen aan de houdbaarheid van die idealen in de klinische praktijk. Bekend is het onderzoek van Eron, waaruit bleek dat de student in de loop van zijn opleiding cynischer wordt.³ Christie en Merton vinden dat er parallel aan een toenemend zelfvertrouwen een afname in interesse voor psychologische factoren in de medische zorg optreedt, naarmate de studenten verder in de opleiding komen.⁴

De nadruk op de menselijke kant van de beroepsuitoefening wordt langzamerhand zwakker ten gunste van de nadruk op medische competentie. Het lijkt erop dat het ontwikkelen van een professioneel zelfbeeld voor de co-assistent onverenigbaar is met hun eerdere idealen rond het hanteren van emoties. Haus en Shaffir noemen in deze verandering het "turning off your feelings" als een belangrijk kenmerk.⁵ Het streven naar medische competentie, zo zeggen zij, is voor de co-assistent de rationale voor het vermijden van emotionele reacties.

Naarmate zij verder in de opleiding komen, gaan ze steeds meer geloven dat de relatie met de patiënt beheerst dient te worden door het medische probleem van de patiënt. Emoties zijn daarbinnen een hindernis. Hun strategie wordt gericht op het maskeren van onzekerheid en angst met een ring van zelfvertrouwen.

Coombs beschrijft hoe deze strategie al haar eerste contouren krijgt tijdens de ervaringen op de snijzaal.⁶ Deze training, nog vroeg in de studie, zet de trend voor de toekomstige arts tot het objectiveren en intellectualiseren van ingrijpende ervaringen en het onderdrukken van de emotionele aspecten van de patiëntenzorg. De klinische stage levert opnieuw allerlei onzekerheden en angsten op.

De behoefte aan competentie als leerdoel, maar ook als tegenwicht tegen onzekerheid die inherent is aan de leersituatie, uit zich onder meer door de centrale betekenis die de diagnose krijgt.

Haus en Shaffir zeggen dan: "The high point for medical students is making a correct diagnosis Unable to feel as deeply concerned about the patient's total condition as they believe they should, they discover an approach that justifies concentrating only on the person's medical problem".

Coombs beschrijft hoe co-assistenten steeds dichter komen bij het 'professionele' antwoord op emotionele stress: technische termen gebruiken, objectiveren, niet ingaan op emoties van de patiënten en je eigen emoties verbergen.

Ook Fox beschrijft hoe de toekomstige arts zoekt naar manieren om zekerheid uit te stralen: "stand up for your decision, never apologize for what you are doing, never start getting humble and say you don't know".⁷ Light erkent hoeveel onzekerheden de co-assistent te overwinnen heeft, maar waarschuwt tegen de neiging tot "overcontrol". Die zou volgens hem blijken uit de pogingen om dominant te blijven in relatie tot patiënten. Hij pleit voor "tempered control" als opleidingsdoel: "sufficient control to overcome uncertainties of practise so that decisions can be made, not tempered by the continued acknowledgement of those uncertainties and human error".⁸

TERUGKOMBIJEENKOMSTEN

In de afgelopen zes jaar dat we ervaring hebben opgedaan met terugkombijeenkomsten van co-assistenten tijdens het co-assistentenschap Interne Geneeskunde hebben we ervaren hoe krachtig de invloed is die uitgaat van de impliciete vorming door de opleiders.

De vaardigheidstrainingen in het omgaan met patiënten hebben we langzaamaan vervangen door programma's die minder 'patient-centered' en meer 'co-assistent-centered' zijn. Met 'co-assistent-centered' programma's wordt bedoeld op onderwijs waarin de problemen en belangen van de co-assistent centraal zijn. En hun relatie met patiënten wordt in hun werksituatie over het algemeen niet als een belangrijk, voor hun zelfhandhaving vitaal, probleem gezien.

Rollenspellen met advies en slecht nieuws gesprekken vormen vaak een door co-assistenten niet gewenste confrontatie met incompetentie. Wanneer ze juist bezig zijn onder uiterst moeilijke en veeleisende omstandigheden te voldoen aan de competentie verwachtingen van de opleiders vormen dergelijke vaardigheidstrainingen een bedreiging voor het broze zelfvertrouwen.

Pas wanneer een 'patient-centered' wijze van medische praktijkvoering een maat is waarmee de co-assistent door de opleider actief wordt gemeten, mag voor dit vaardigheidsonderwijs in de klinische fase meer motivatie verwacht worden.

Gezien de ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarin de wensen van de patiënt als consument van de gezondheidszorg een steeds grotere rol gaan vervullen zullen opleiders aan de communicatieve aspecten van de medische praktijk meer aandacht moeten besteden.

Uit vele onderzoeken blijkt dat de tevredenheid van patiënten en hun vertrouwen in artsen vooral gebaseerd is op de stijl van communiceren van de arts. Wanneer we de kwaliteit van het medisch handelen in deze zin willen verbeteren, zullen vaardigheidstrainingen toch in toenemende mate een rol moeten spelen in met name de laatste fase van de basisartsopleiding. Uit praktische overwegingen zullen hiertoe eerst de opleiders en vooral de assistent-geneeskundigen, als de belangrijkste cultuurdragers, getraind moeten worden tot het niveau van competente, professionele gespreksvoerders, die ze op dit moment vaak nog lang niet zijn.

Wel bevoegd, maar lang nog niet altijd bekwaam.

LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentenschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. De Groot L. Pliable but not receptive: concerning the marginal role of a medical psychology course on the socialization process of doctors. *Med Educ* 1987; 21: 419-25.
3. Eron LD. The effect of medical education on attitudes. *J Med Educ* 1955; 30: 559-66.
4. Christie R, Merton RR. Procedures for the sociological study of values climate of the medical schools. *J Med Educ* 1958; 13: 125-53.
5. Haas J, Shaffir W. The professionalization of medical students: developing competence and a cloak of competence. *Symbolic Interaction* 1977 1, 71-88.
6. Coombs RH. Mastering medicine: professional socialization in medical school. New York: New York Free Press, 1978.
7. Fox R. Training for uncertainty. In: Merton RK, Reader G, Kendall P, eds. *The student-physician*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1957: 220.
8. Light D. Uncertainty and control in professional training. *Journal of Health and Social Behavior* 1979; 20: 310-22.