

# DE DEMONSTRATIEPATIËNT INGEBLIKT

## OFWEL: AUDIOVISUELE ONDERSTEUNING EN HOE HAAR UIT TE BUITEN VOOR HET HOORCOLLEGE

W.W. Oosterhuis  
Huisarts  
Voormalig docent vakgroep  
Huisartsgeneeskunde  
Universiteit van Amsterdam

Correspondentieadres:  
Gillis Schoolmeesterlaan 2  
2015 EM Haarlem

**B**elast met het geven van 2 uur hoorcollege in het blok bewegingsapparaat - met recht op 6 pagina's ondersteunende tekst in het blokboek - vroeg ik mij af hoe ik met deze mini-male inbreng een maximale impact kon bereiken. De bedoeling was om functionele klachten aan de orde te stellen. Geen geringe opdracht binnen een blok vol anatomie, fysiologie, neurologie, biochemie en pathologie. Vakken die voorbereiden op: "Jeder Befund hat seinen Grund". Daarbij - in tweemaal 45 minuten - blijvend over de brug te brengen dat "kein Befund auch seinen Grund hat", eist een mega-impregnerend vermogen.

### DETECTIVEVERHAAL

Dè methode om de didactiek met het grootste rendement te vinden was voor uw auteur - aangekomen in 1948 - antwoorden zoeken op de vraag: wat bleef mij veertig jaar bij? Het college van professor Borst! Waarom? Het was het enige college dat je zelf aan het denken zette! Professor Borst gebruikte zijn demonstratiepatiënten als bron voor een detectiveverhaal waarbij de toehoorder zelf de dader moest vinden. Die werd tot het laatst zorgvuldig verborgen gehouden. Het was dringen om bij die colleges te mogen zijn. Zelfs - toentertijd - op zaterdagmorgen!

Hieruit werd mij duidelijk, dat ik ook zo iets moest doen: een responsiecollege. Maar voor een huisarts is er dan wel een logistiek probleem. Hoe kom je jaar in jaar uit op een van te voren vastgestelde dag en tijd aan een demonstrabele patiënt met functionele klachten van nek of rug?

Een patiënt die voor een - liefst volle - collegezaal wil demonstreren dat zijn klachten van het bewegingsapparaat niet op een afwijking aan dat apparaat berusten en die toch serieus wordt genomen door de toehoorders, die juist wekenlang te horen hebben gekregen dat zulke klachten wèl op zo'n afwijking moeten berusten ("Jeder Befund hat seinen Grund")? Iemand bovendien, die zonder vergoeding een dagloon laat lopen, omdat hij daarvoor vrijaf moet vragen van zijn werk?

Iemand tenslotte, die niet al bij het begin van zijn verhaal verradt hoe de vork in de steel zit? Zo'n patiënt is zeldzaam.

Die moet geconserveerd worden om op het juiste moment gedemonstreerd te worden.

### AUDIOVISUEEL

De vraag is: hoe?

Het antwoord: audiovisueel, de videoband. De volgende stap voerde dus naar het videobestand van de vakgroep waar een groot aantal, met medeweten van de patiënten, met 'candid camera' opgenomen spreekuurconsulten van huisartsen beschikbaar zijn. Ook van functionele klachten van het bewegingsapparaat.

Geen van deze opnamen bleek echter geschikt om een responsiecollege mee op te bouwen. Daarvoor bleek de gang van zaken in de natuurlijke situatie te ongeordend: het was weliswaar voor een ervaren huisarts duidelijk waarom wát werd gevraagd en onderzocht, en waarom op dát moment of juist eerder of later. Maar voor een beginnende waren die gesprekken toch niet te volgen, te onsystematisch en daarom goeddeels onbegrijpelijk. Allang is bekend, dat de didactische waarde stijgt, als de weergave van zulke consulten op probleem-georiënteerde wijze geschiedt: alle subjectieve data bijeen, alle objectieerbare gegevens in één rubriek en ook alle overwegingen op grond van deze gegevens.

Tenslotte het plan; wat verder te doen op grond van de gegevens. Subjectief-Objectief Evaluatie-Plan: SOEP. Een prima ordening van gedachten. Ook wanneer het niet tot een (differentiaal-)diagnose voert en het plan niet een farmacologisch of chirurgisch ingrijpen inhoudt. Dit systeem heeft in de schriftelijke verslaglegging zijn waarde bewezen. Het leek mij daarom zinnig het ook op audiovisuele verslaglegging toe te passen. Toen ik dan ook twee vrijwilligers had gevonden, die aan de hierboven gestipuleerde voorwaarden voldeden, ging ik als volgt te werk:

Het bestaande spreekuurconsult van de te demonstreren casuïstiek werd herschreven. Alle relevante gegevens die de patiënt zelf aanvoerde met alle vragen van de arts die daarop betrekking hadden, werden bijeengevoegd. Zo ook het te verrichten onderzoek. Eveneens het gesprek over de gevolgtrekkingen die hieruit werden gemaakt.

En tenslotte wat er aan gedaan zou worden. Het consult werd dus opnieuw beschreven, maar nu volgens het SOEP-systeem.

Vervolgens speelden de arts en de patiënt opnieuw het consult na in deze volgorde, onder regie van de audiovisuele dienst van het AMC, voor de videocamera. Deze dienst zorgde vervolgens voor de montage. Resultaat: een videoband met na iedere fase van het consult een pauze. De band kan dan gestopt worden, zodat de zaal met de gedemonstreerde gegevens aan het werk kan.

De videobanden lijken geheel natuurlijk. De studenten bemerkten niet dat er een opzettelijke structuur in was aangebracht.

Dit komt omdat de spelers de echte arts en de echte patiënt waren. De casuïstiek was echt. Het beloop is zo gegaan als afgebeeld. Dit advies is echt zo gegeven en de consequentie ervan is geweest dat de patiënten hun tevredenheid met de gang van zaken hebben getoond door mee te willen werken aan dit stukje onderwijs. Van simulatie is geen sprake. De werkelijkheid is hergestructureerd weergegeven. Deze structuur geeft de studenten

de gelegenheid zelf met dit probleem aan de gang te gaan en hun denkproces stap voor stap aan de band te toetsen.

Het zijn een patiënt met functionele klachten van de nek en een patiënt met functionele klachten van de lage rug. Beide klachten zijn tot verbazing en ongeloof van de patiënt, en dus ook van de studenten, in verband gebracht met de werksituatie van de betrokkenen. Wijziging daarin deed de klacht verdwijnen, andere therapieën faalden.

*Het begint met de klacht - stop -.*

*De docent kan vragen: wat zou jij nu willen weten van die patiënt? Dat noteren op het bord. Dan: het vragenspel op de band - stop -. Zijn daarbij alle genoteerde vragen aan de orde geweest? Nee? Is dat erg? Waarom is het belangrijk? Etcetera. Tevreden? Welk onderzoek heb je nu nodig, nu je deze antwoorden kent? Noteren. Vervolgens het onderzoek op de band - stop -. Was dat onderzoek naar tevredenheid. Zou je nog meer onderzoeken? Waarom? Noteren. Wat is je conclusie? Weer de band: de evaluatie - stop -. Mee eens? Waarom niet? Alternatieven? Noteren. Wat zou jij nu aanraden? Dan de fase: advies, op de band. Is men akkoord? Zo nee, waarom niet? Etcetera.*

Na een aanloopje doen de studenten enthousiast mee. Daarbij is belangrijk iedere inbreng te waarderen. Negatieve bejegeningen maken de drempel om mee te doen te hoog. Het grootste probleem is: binnen de tijd te blijven. De totale looptijd van de band zonder pauzes is 8 minuten. 5 minuten inleiding laten 32 minuten over voor 4 responsie-pauzes : 8 minuten per pauze: krap!

Uit de tentamenvraag: een vrij te beantwoorden probleem waarvoor een half A4 gebruikt mag worden, blijkt dat bij ruim 70% van de studenten de boodschap is overgekomen.

Er moet getentamineerd worden anders komt men niet naar het hoorcollege: nog altijd studeren de meesten om punten te behalen; de onderweg verworven kennis is daartoe middel, maar op zich geen doel. Hélaas.

Maar zo waren wij ook! Maak daar dus gebruik van!