

De niet-gesimuleerde, niet-geprogrammeerde patiënt

Traditioneel krijgen de medische studenten de klinische vakken in hun preklinische studieperiode onderwezen aan de hand van patiëntendemonstraties. De patiënt wordt voor een grote collegezaal vol studenten gevoerd, waarna de docent hem enkele gesloten, dikwijls zeer suggestieve vragen stelt, zodat de antwoorden het ziektebeeld op z'n voordeligst doen uitkomen en verrassingen zijn uitgesloten. Daarna kan de patiënt weer gaan, zodat de docent vrijuit de ziektegeschiedenis uit de doeken kan doen en het daaraan ten grondslag liggende ziektebeeld bespreken. De patiënt dient namelijk uitdrukkelijk ter illustratie van het ziektebeeld. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een inventarisatie van het college-onderwijs, waarbij de docenten in de klinische vakken zonder aarzeling een opsomming van ziektebeelden verstrekken, die ontleend lijkt aan de leerboeken.

Demonstraties voor co's

Tijdens de klinische studieperiode - de co-assistentenschappen - loopt de student mee in het klinische bedrijf; formeel systematisch onderwijs krijgt hij dan niet of nauwelijks. Al jaren geleden werd dit in de Utrechtse universiteitskliniek voor inwendige geneeskunde als een gemis gevoeld, reden om speciaal voor de co-assistenten tweemaal per week patiëntenbesprekingen te organiseren. Deze hadden de vorm van een traditionele patiëntendemonstratie. Alle in de kliniek aanwezige co-assistenten werden daarbij verwacht, wat geen probleem opleverde, want deze klinische demonstraties geno-

ten onder de studenten een grote faam, enerzijds door de levendige doceertrant van het staflid dat zich voornamelijk met het geven ervan belast had, anderzijds omdat de studenten het gevoel hadden, dat zij tijdens die colleges kennis vergaarden die voor het examen bruikbaar zou zijn.

Zoals gebruikelijk bij elk ook maar enigszins innovatief medisch onderwijs, waren de patiëntendemonstraties afhankelijk van het persoonlijke initiatief en de persoonlijke inzet van één docent en toen die vertrok naar elders, hielden zij onmiddellijk op.

Revival

Jaren later memoreerde een jong internist van de universiteitskliniek, die vroeger als co-assistent de demonstratiecolleges had bezocht, hoe waardevol die waren geweest en hij opperde ze in ere te herstellen. Hij maakte een groep jonge collega's, waaronder ikzelf, enthousiast voor het idee en al gauw gingen de colleges weer van start, opnieuw in de vorm van traditionele patiëntendemonstraties. De belangstelling onder de co-assistenten was ditmaal niet zo groot, ook doordat sommige klinische afdelingshoofden de bij hen gedetacheerde co-assistenten verboden hun nuttige verblijf op de afdelingen te onderbreken om deze colleges te volgen. De animo onder de groep docenten verflauwde snel en toen de jonge internist die de revival teweeg had gebracht naar elders vertrok, was ik als enige docent overgebleven.

Op dat moment nam ik mij voor de patiëntendemonstraties alleen voort te zetten, maar wel in een andere opzet: meer patiënt- en probleem- en minder ziektebeeldgericht, niet meer in een vrij grote collegezaal, maar in een kleine onderwijskamer en alleen voor de junior-co-assistenten die in de introductieperiode zaten, die voorafgaat aan het eigenlijke junior-co-assistentenschap inwendige geneeskunde. Deze introductiecursus is ook patiënt- en probleem- en niet ziektebeeldgericht, maar de studenten kwamen tot dat moment nog niet in contact met echte patiënten, alleen met simulaties in allerlei vorm (Oppelaar, Bleys en Geritsma, 1983; Kuiper en Bleys, 1984).

Gebleken was, dat de junior-co-assistenten

ten, ondanks de voorafgaande oefening onder gesimuleerde omstandigheden, toch problemen ondervonden bij hun eerste contacten met echte patiënten in de kliniek. Ik hoopte door middel van de patiëntendemonstraties een vloeiender overgang te bewerkstelligen van simulatie naar werkelijkheid. Heel erg helder stonden de doelstellingen me op dat moment nog niet voor ogen, ook al omdat de problemen die de junior-co-assistenten in de kliniek hadden mij toch niet geheel duidelijk waren.

Omdat ik bij de nieuwe opzet van de patiëntendemonstraties het vage gevoel had, dat ik mij op glad ijs ging begeven, vroeg ik aan het Instituut voor medische psychologie om mij de eerste tijd te coachen.

Nieuwe opzet

Tabel 1 geeft een overzicht van de opzet van de patiëntendemonstraties in nieuwe vorm. Niet ikzelf demonstreerde in het vervolg de patiënt, maar ik liet dat één van de studenten doen die al een anamnese-gesprek had gevoerd met een simulatiepatiënt en daarbij genoeg zelfvertrouwen had gekregen. Van tevoren vertelde ik de-

tabel 1

vóór het college:

- patiënt recruterende en inlichten over het doel
- student recruterende en inlichten over het doel; enige briefing over het soort patiënt dat hem te wachten staat

college eerste deel:

- student demonstreert de patiënt 15 à 30 min
- nabespreking door de studenten en de patiënt o.l.v. de docent 30 à 15 min

volgende dag: college tweede deel:

- nabespreking door de studenten (zonder de patiënt) o.l.v. de docent

later:

- nabespreking tussen patiënt en docent (eventueel telefonisch)
-

ze student iets over de ziekte en de persoonlijkheid van de patiënt, zodat hij zich enigszins kon voorbereiden.

De student kreeg de opdracht de echte patiënt net zo te benaderen als de simulatiepatiënt, wat inhield, dat niet een ziektebeeld uitgedestilleerd hoefde te worden, maar dat een bevredigend gesprek tot stand zou moeten komen, waarbij met name de ziektebeleving van de patiënt naar voren zou komen.

Voor de demonstratiepatiënt ging ik niet meer - zoals voor een traditionele patiëntendemonstratie - op zoek naar een "geschikte" patiënt, d.w.z. een patiënt met een speciaal, demonstrelabel ziektebeeld, maar nam ik elke patiënt die ik maar bereid vond. De uitverkoren patiënt riep aanvankelijk dan ook wel eens uit: "Maar heb ik dan zoiets bijzonders of interessants?", waarin meestal verheugenis doorklonk over de onverwachte, kennelijk tot dan toe gemiste speciale aandacht (Hardison, 1980). Ook de patiënt werd uitvoerig over het doel van de demonstratie ingelicht. Gedurende de twee jaar die ik de colleges in deze vorm heb gegeven, hebben slechts twee patiënten medewerking geweigerd. Eén poliklinische patiënte die er tegenop zag voor 10 à 18 studenten te verschijnen, werd kort daarop - nadat zij opgenomen was - wel in een immense collegezaal voor een grote groep studenten op traditionele wijze gedemonstreerd: een illustratie van de druk die op patiënten wordt uitgeoefend om hieraan mee te werken.

Het gesprek tussen de patiënt en de student - met zijn medestudenten (zo'n 9 à 17), ikzelf en aanvankelijk een medischpsycholoog eromheen - duurde 15 tot 30 minuten en werd door de student zelf of door mij beëindigd. Al gauw ontdekte ik, dat voor mij de beste positie achter de rug van de patiënt was, iets hoger dan de anderen. Aldus voorkwam ik, dat de patiënt zich tot mij ging richten, hield ik ogencontact met de student en kon ik overzien wat intussen de reacties in de zaal waren.

Aanvankelijk zweette ik peentjes, zo bang was ik voor rampen in deze voor mij moeilijke beheersbare situatie. Ik zette tenslotte een onervaren student tegenover een nauwelijks voorbereide patiënt in een zaal met een

groot aantal mensen, die evenveel onvoorspelbare reacties konden vertonen. In de twee jaar hebben zich echter nooit onaangename voorvallen voorgedaan. Wel gebeurden allerlei onverwachte dingen, maar nooit in negatieve zin. Het leek vaak of zowel de student als de patiënt buiten zichzelf traden en een soort topprestatie leverden. Gespannen situaties losten zich altijd vanzelf op, zonder ingrijpen door mij. Ik herinner me bijvoorbeeld, dat een student zenuwachtig tegen de patiënt begon met: "ik doe dit voor de allereerste keer." "Nou, ik ook hoor," antwoordde de patiënt even zenuwachtig en het ijs was meteen gebroken.

Nabespreking

Nadat het gesprek tussen de patiënt en de student was afgelopen, ging de patiënt tussen de studenten zitten en volgde een door mij geleide nabespreking. De eerste keren ontstonden hierbij problemen. Ik had nog geen goede doelstelling voor deze nieuwe vorm van patiëntendemonstratie en voerde kennelijk in de nabespreking een atavisme in: de toelichting van het ziektebeeld, in wezen dus een stukje leerboek. Als feedback merkte de aanwezige medisch-psycholoog fijntjes op: "Het is net als bij de besprekingen en de rondgangen in de kliniek, waarbij over de hoofden van de patiënten heen wordt gepraat over hen in voor hen onbegrijpelijke en beangstigende terminologie." Veel studenten waren minder subtiel in hun commentaar en ik kreeg nu en dan te maken met regelrechte revoltes, waarin al hun frustratie over alle patiëntendemonstraties die zij ooit hadden meegemaakt naar boven kwam. De rust keerde weer, nadat ik de nabespreking meer in lijn gebracht had met het doel dat ik zowel de patiënt als de student tevoren had voorgehouden; het leerboeken-ziektebeeld kwam niet meer of slechts terloops ter sprake en ik ging meer in op de ziektebeleving die de patiënt tijdens het gesprek verwoord had.

Daarbij ontdekte ik, dat de patiënten hun ziekte nooit als een geïsoleerde gebeurtenis naar voren brachten, maar die altijd in de context van hun levensloop

plaatsten. Zo vond ik de beste manier om de nabespreking te beginnen: door op de overhead projector een tijdbalk te tekenen, die de levensloop van de patiënt grafisch in beeld bracht. Vervolgens bracht ik daarin alles wat in het voorgaande gesprek naar voren was gekomen onder en voegde de gegevens uit de nabespreking toe.

Invloeden

Uit vrees dat een dergelijke diepgaande bespreking van hun ziektebeleving en hun levensloop de patiënten wel eens nadelige gevolgen zouden kunnen berokkenen, hield ik ook met de demonstratiepatiënt - eventueel telefonisch - een nabespreking. Zonder uitzondering bleken zij de beste herinneringen aan de demonstratie te hebben. Als ik gebruik had gemaakt van mijn eigen poliklinische patiënten, bleek de demonstratie soms een beslissende wending in de verdere behandeling veroorzaakt te hebben. Zaken werden bespreekbaar die de patiënt eerst als niet medisch ontvankelijk had beschouwd of waaraan ik geen aandacht had geschonken. Meer dan eens veroorzaakte de demonstratie bij de patiënt introspectie en een andere omgang met zijn ziekte. Eén patiënt, een jongeman die al tientallen jaren werd behandeld wegens astma bronchiale en juist weer na een bijna dodelijke aanval was opgenomen, verzuchtte spontaan na de demonstratie: "zo heeft een dokter (waarmee hij de juco bedoelde) nog nooit met me gepraat!"

Ook ikzelf bleef niet buiten schot. Vooral als één van mijn eigen patiënten gedemonstreerd werd, kwam het tijdens de nabespreking tot een vlijmscherpe analyse van allerlei afweermechanismen die ikzelf hanteerde bij de behandeling van mijn patiënten. Duidelijk werd dat bijvoorbeeld tijdens de demonstratie van een patiënte met een - althans in mijn ogen - niet noemenswaardige parkinson, die mij mateloos irriteerde met haar eeuwige geweeklaag over haar in mijn ogen futiele ziekte.

Vervolgnabespreking

Meteen bij de start van de demonstratie-

colleges nieuwe stijl had ik die een vervolgnabespreking gegeven op de dag erna. Die vond plaats buiten aanwezigheid van de patient en had als doel de interacties te bespreken die hadden plaatsgevonden tussen de student (eventueel de zaal) en de patient. Dat dit zinvol zou kunnen zijn, vermoedde ik al eerder. Dat was, nadat een collega nog op traditionele wijze een jongeman met een ernstige kwaad-aardige aandoening had gedemonstreerd. De groep studenten die de demonstratie had meegemaakt, was toen wekenlang van slag; het onderwerp keerde steeds weer in hun informele discussies terug en verstoorde ook de verdere voortgang van de introductie cursus.

Problemen

Toen ik met de vervolgnabespreking begon, dacht ik dat het een nabespreking over gesprekstechnische zaken zou moeten zijn, analoog aan wat gebeurt na de anamnese-training met behulp van de simulatiepatient. Dat is tenslotte het belangrijkste waarop wordt ingegaan bij die anamnese-training, omdat juist op gesprekstechnisch gebied zoveel feilen bij de co-assistenten zijn gesignaleerd (Batenburg en Gerritsma, 1983). Ik dacht ook naar aanleiding van de demonstraties van echte patienten de studenten wat gesprekstechnische handigheidjes te kunnen aanleren om hun problemen de baas te raken. Die problemen bleken echter van heel andere dan gesprekstechnische aard. Van die problemen hield ik een logboek bij; in tabel 2 staan zij gecatalogiseerd in rangvolgorde.

In plaats van zekerheid te geven, liet de vervolgnabespreking zowel de studenten als de docent in ontredde en onzekerheid over alles achter. Er kwamen onderwerpen ter sprake die kennelijk verder in het hele curriculum niet aan de orde komen, zoals omgang met onzekerheden, het toekomstig functioneren als arts, herkennen en verwerken van eigen gevoelens tijdens de confrontatie met patienten, binnentreden binnen iemands intimiteit, lichamelijke aantrekking en afstoting. Kennelijk had ik met de

patientendemonstraties nieuwe stijl de problemen aangeboord die ook het functioneren als juco in de kliniek dikwijls nadelig beïnvloeden. Dit zijn geen (gespreks)-technische, maar grote existentiële problemen.

tabel 2

1. de studenten nemen van de patient de afweer van een nare toekomst over
 2. student negeert de door de patient naar voren gebrachte angst en onzekerheid
 3. studenten denken in stereotypieën over de patient, zonder die te checken
 4. studenten miskennen, dat de patient een sociaal wezen is
 5. altijd en vroegtijdig iets actief willen doen aan en met de patient (actie i.p.v. contemplatie)
 6. studenten negeren de door de patient gegeven verbale en non-verbale cues en volgen hun eigen gedachtengang
 7. angst en agressie door gevoelde therapeutische onmacht
 8. angst en agressie bij de confrontatie met fatale aandoeningen en ouderdom
 9. onzekerheid bij het vragen naar intieme dingen
 10. onmiddellijk afschuiven van emotioneel beladen problemen door de studenten naar (imaginaire) anderen
 11. miskennis van de wederzijdse invloed van lichaam en psyche op elkaar, tenzij in de vorm van omschreven psychosomatische ziektebeelden
 12. problemen bij de omgang met de 'hateful patient'
-

Enkele punten van tabel 2 zal ik met voorbeelden illustreren. Bij de keuze van demonstratiepatienten liet ik mij op een gegeven moment niet meer beperken. Zo hebben de revue gepasseerd: alcoholici, een misdadiger, iemand die zelfmoord had willen plegen, fataal zieke patienten enkele dagen voor hun overlijden, buitenlandse werknemers, demente patienten, patienten met uitgezaaide kanker, huismoeders, kantoor-klerken en de direc-

teur van een grote onderneming.

Een 50jarige patiënt werd gedemonstreerd, een vrolijke man. De student nam de anamnese af: een verhaal van toenemende kortademigheid door longemfyseem. Binnenkort zou hij thuis aan de zuurstoffles moeten. De kwaal kwam in zijn familie voor; een broer was er reeds op 52jarige leeftijd letterlijk door gestikt. De stemming was tijdens de anamnese zeer geanimeerd en nadat het onafwendbare, verschrikkelijke lot van de patiënt tijdens de nabespreking grafisch in een tijdbalk was vastgelegd, ging iedereen gierend van de lach uiteen. In de vervolgnabespreking bleek, dat geen van de studenten zich ook maar een moment gerealiseerd had, welk een afschuwelijk lot de patiënt te wachten stond (punt 1).

Een 47jarige "eenvoudige" vrouw met een gemetastaseerd mammacarcinoom. De eerste palliatieve ingreep had tijdenlang succes gehad, maar nu wachtte haar een nieuwe, veel ingrijpendere therapie met cytostatica. De student begon onmiddellijk de wonderen te schilderen die van deze en elke volgende therapie te verwachten zou zijn (punt 2).

Een patiënt met hyperthyreoïdie die opeens vertelde, dat hij er een eind aan wilde maken. De student ging hier niet rechtstreeks op in, maar informeerde of hij contact had of zou willen hebben met maatschappelijke werkers of psychiaters om van zijn nare plannen af te komen. Het kwam ook geen moment in de student op, dat het psychische probleem te maken zou kunnen hebben met de hyperthyreoïdie (punten 10 en 11).

Een oude dame met een inoperabel maagcarcinoom, die - vertelde zij - nu voor het laatst in het ziekenhuis was om er te komen sterven (zij overleed inderdaad een week daarna). Tijdens de vervolgnabespreking brachten de studenten woedend naar voren, dat het volstrekt onethisch was om zo'n ernstig zieke patiënt voor een zaal studenten te halen. De woede was zo groot, dat die niet door enige duiding te doorbreken was (punt 8). Dezelfde groep studenten confronteerde ik de volgende keer met een vrolijke, zijn gehele problematiek afwerende alcoholist

met een levercirrose. Hem vonden de studenten nu een leuke, leerzame patiënt. Inzicht brak opeens door, toen ik hun liet zien, dat zijn aandoening even fataal was als die van de vorige patiënte (Toevallig overleed hij kort daarna aan een oesophagusbloeding). Daarop hadden de studenten de neiging geen medegevoel met hem te tonen, maar hem zelf de schuld voor zijn ziekte in de schoenen te schuiven (punten 1 en 12).

Weerklank

De eerlijkheid gebiedt te vermelden, dat een aantal studenten naar aanleiding van deze patiëntendemonstraties een keiharde afweer opbouwde en elke discussie of introspectie weigerde. Zij concludeerden, dat de geneeskunde niet meer hoeft te zijn dan een aantal bepalingen en ingrepen "en verder geen soft gedoe", zoals één het uitdrukte. Bij later contact met studenten die wel open aan de discussies hadden meegedaan, bleek mij dat ook van hen een niet onaanzienlijk deel alsnog tijdens zijn verblijf in de kliniek deze afweer had opgebouwd.

Het belang dat dit soort patiëntendemonstraties zou kunnen hebben is nooit tot de staf van de kliniek doorgedrongen. Nadat ik een uitgebreidere taak had opgelegd gekregen bij de reguliere patiëntenzorg en het verrichten van endoscopieën, was het voor mij onmogelijk deze patiëntendemonstraties in de beschreven vorm voort te zetten. Enige stafleden waren bereid om beurten patiëntendemonstraties te geven, echter in een beperkte opzet en weer in de traditionele vorm. Door geen acht te slaan op de eigen gevoelens van arts en medisch student wordt niet alleen een optimale medische opleiding bemoeilijkt, maar ook de ontwikkeling van een op de patiënt georiënteerde geneeskunde (Adler, 1981).

Literatuur

- Adler, R.H. (1981) "Die Missachtung der Gefühle - ein Hindernis für die Entwicklung einer patient-orientierten Medizin", Schweiz. med. Wschr., 111, 1245-1249
- Batenburg, V. & Gerritsma, J.G.M. (1983) "Medical interviewing: initial student

- problems", Med. Educ., 17, 235-239
- Hardison, J.E. (1980) "The importance of being interesting", Am. J. Med., 68, 9
 - Kuiper-Hindemith, G.L. & Bleys, F.C. (1984) "Ausbildung zu einem praxisfähigen Arzt. Neue Unterrichtsmethoden zur Erhöhung der klinischen Relevanz des Studiums auch im kleinen Rahmen möglich", Deutsches Arzteblatt, 81, 977-981
 - Oppelaar, L., Bleys F.C. & Gerritsma, J.G.M. (1983) "Use of Simulation Techniques in an Intermediate Course Linking up Preclinical and Clinical Studies", Medical Teacher, 5, 96-103.

feelings and the critical incidents during the clinical demonstration. In contrast to the training of history-taking using simulated patients, it is not problems about interviewing technique which are crucial but deeply rooted psychological and existential problems, which have been, however, totally ignored by traditional medical education. It is suggested that these psychological problems are detrimental to the way the clerks function later on.

Summary

The Non-Simulated, Non-Programmed Patient

Clinical demonstrations usually serve as an illustration of specific diseases; the feelings of the patients, students and teachers are kept dark. A different way to use clinical demonstrations is outlined, which put emphasis on these feelings. This format is apparently incompatible with disease-centred teaching. Clinical demonstrations in a new style have been organized for students entering their first clerkship (internal medicine), before they have had any experience with direct contact with real patients. The format was derived from an existing training of history-taking using simulated (programmed) patients.

The format comprises a clinical demonstration (15-30 min) for a small group of clerks by one of them, immediately followed by a discussion (30-15 min) in which the patient takes an active part. The best way to show the patient's problems graphically on overhead projection is a line representing his life and its critical incidents, as the patient always put his present illness into the context of his prior life-experience and his expectations.

The day after the clinical demonstration a second discussion takes place without the patient being present (15-30 min), which focused on the students'