

Patiëntendemonstraties, traditie en innovatie

Onder de hanebalken van één van de oudste gebouwen van het Academisch Ziekenhuis van Utrecht zetelt het SIL: Simulatie- en Instructielaboratorium. Bleys heeft daar officieel de leiding en zijn weinig traditionele manier van aanpakken is in de hele sfeer voelbaar: voor sommige studenten heel bevrijdend, voor andere een aanslag op het eigen image dat ze zichtbaar aan het opbouwen zijn.

Het is echter voldoening gevend, dat ook deze categorie studenten op zijn grondvesten staat te schudden als hij voor het eerst met een echte patiënt geconfronteerd wordt. De ontspannen wijze waarop de patiënt is geïntroduceerd maakt het ook mogelijk uit te glijden en de meeste patiënten (die ik zag) zijn niet te beroerd om de student weer op het spoor te zetten. Tot opluchting van beiden. Het grote verschil met de traditie voor deze observator/commentator is gelegen in het feit dat inderdaad een patiënt gedemonstreerd wordt en niet een ziektebeeld waaraan toevallig ook nog een patiënt vastzit. Ik herinner mij als de dag van gisteren een hoogleraar, waar ik overigens nog steeds een mateloze bewondering voor heb, die de verkeerde patient op college kreeg toegevoegd, maar die ter plekke in staat was via een ingenieuze wijze van ondervragen het goede ziektebeeld te demonstreren (dat de patient niet had dus).

In deze setting zal zich dit niet voordoen. De patiënt is primair, het ziektebeeld een afgeleide.

Overigens is het natuurlijk gemakkelijk om op de traditionele klinische demonstraties af te geven en de vorm die Bleys beschrijft te verheerlijken. Ik moet eerlijk bekennen, dat ik van de traditionele demonstratie veel geleerd heb: ik heb leren kijken en geordend leren observeren naar bepaalde kenmerken. Ik heb me daarbij ook niet gerealiseerd dat ik de patiënt tekort deed en niet alleen omdat we toen nog niet dachten in termen van humaniteit en holisme. De patiënt was er om "beter" te worden en dat kon alleen als je wist wat-ie had. Klinisch leren kijken dus: een duidelijke

doel, een duidelijke leeractiviteit en wat mij persoonlijk betreft, misschien vanwege mijn visuele instelling, ook een effectieve manier van leren. Bij de tekstboeken kon ik me allerlei (wellicht te veel) voorstellen zonder dat die voorstelling gecorrigeerd werd. De demonstratie zette zaken op zijn plaats.

Toch spreekt me nu Bleys' werkwijze nadrukkelijk ook aan. En ik word daarmee gedwongen om mezelf af te vragen waarom. Een paar antwoorden zijn er in ieder geval.

1. Dat stuk klinische opleiding dat ik gehad heb ging uit van een klinisch georiënteerd arts (in dit geval psycholoog) die zijn diagnostisch beperkte arsenaal als aanvulling gebruikte op de klinische ervaring en daarmee zichzelf al dan niet kon corrigeren. Wilde je kunnen helpen dan was kennis en herkenning van ziektebeelden op basis van (gesystematiseerde) ervaring noodzakelijk omdat de overige informatiebronnen nog naar verhouding beperkt waren. (Mijn opleiding speelde in de zestiger jaren). Die situatie is nu volslagen anders. De hoeveelheid en de kwaliteit van de diagnostische middelen is verbijsterend snel gegroeid. Het is bijzonder riskant om op de klinische ervaring af te gaan omdat de overige hoeveelheid informatie dusdanig overstelpend is dat de klinische blik eigenlijk pas na jaren ervaring zich weer enigermate in de concurrentie kan werpen. Men is dus van dat scherpe leren aan de hand van een scherp omlijnd ziektebeeld minder afhankelijk geworden. Voor de behandelaars die dat belangrijk vinden is er dus nu meer ruimte om aandacht aan de mens achter het beeld te schenken. Gelukkig zijn die er veel.
2. Er is sinds de jaren 60 veel veranderd in het leven van de westerse mens. Er was een snelle verschuiving in de sociale ordening (sociale klassen, gezinsverhoudingen), er was een grote verandering in de normen en waarden (alleen al de geboorteregeling sinds een 20 à 25 jaar), er kwam verbijsterend veel algemene informatie beschikbaar via verbeterde opleidingsmogelijkheden, radio en TV. De patiënt van nu is niet meer de patiënt van

25 jaar terug, de ziektebeelden zijn eveneens verschoven, er zijn "nieuwe" bijgekomen (de stressbeelden, de somatische fixaties, kanker), er zijn "oude" verdwenen (kinkhoest, diphtherie, polio). Het begrip "vage klachten", het begrip "probleempatiënt" ontstond. Vergeet tenslotte niet dat ook sinds die tijd veel ziektebeelden al in een vroeg stadium onder de deken van een royale hoeveelheid farmaca kunnen worden weggestopt of vroegtijdig afgekapt in hun ontwikkeling (je ziet zelden meer een "bloeiende" schizofrenie).

3. Mede onder de invloed van de sociale wetenschappen en stromingen als het humanisme is steeds duidelijker geworden dat "persoon" en "ziektebeeld" meer bij elkaar horen dan men ooit eerder had willen of kunnen onderkennen. De nauwe verwevenheid van "mens" en "ziektebeeld" is winst voor de geneeskunde als "kunde", maar maakt het voor de jonge student veel moeilijker om zijn vak te leren. De ziekte en de drager van de ziekte zijn bijna even belangrijk geworden. En dat is heel wat anders dan systematisch de klinische blik scherpener.

Het feit dat Bleys mij zo aanspreekt onder die hanebalkerige uithoek is dus niet primair omdat Bleys "zo goed" is, maar omdat hij een nieuw soort geneeskunde introduceert die met andere mensen en andere ziektebeelden een andere visie op de geneeskunde en de geneeskundige tegenwoordigt en realiseert. Een overigens ook realistische visie. Ik stel dat met nadruk omdat juist deze benadering zo vaak het verwijt krijgt "soft" en wolke-
rig te zijn. Het lijkt dan dat alles wat menselijk is ook "soft" is. En dat is natuurlijk onzin. Het realistische hier is dat er van uitgegaan wordt dat diagnostiek belangrijk is weliswaar, maar zich steeds meer kan afspelen zonder dat het een centrale plaats tussen arts en patiënt inneemt. Het is in die zin een bijzaak die aan de orde kan komen naast de arts-patiëntrelatie, maar die niet meer het centrale contact tussen arts en patiënt bepaalt. De relatie kan op deze

manier primair worden en het diagnostisch proces een middel daarin, in plaats van het enige en uitsluitende doel.

Maar als je als onkundig student, die op zijn sociëteit al jaren niet meer tot blozen in staat is, plotseling voor de patiënt staat die straks toch maar voor jouw inkomen zorgt en die dan voor zijn gezondheid graag van jou afhankelijk wil zijn, dan blijkt dat de kleuren nog op en af kunnen gaan. Dan staat het zweet wel degelijk in de handjes die tussen de bedrijven door de roeispanten zo flink omvatten. En dat gebeurt dan in een omgeving die alle veiligheid biedt die over een paar weken door de vloer van de kliniek niet meer geboden wordt. Dan ga je echt het diepe in met de witte jas om de schouders en de stetoscoop om de nek. En het is dan zo leuk om hier te zien hoe die veiligheid in niet onbelangrijke mate wordt geboden door de patiënt zelf. Dat zullen ze daarna niet zo vaak meer meemaken. Ik hoop wel dat ze het niet al te snel weer vergeten!

Summary

Clinical Demonstrations, Tradition and Innovation

Traditional clinical demonstrations, during which the patient is only an illustration of a specific disease, have advantages: they stimulate analytic and systematic observation, they amend wrong ideas got from rather abstract text-books. These advantages have become less important since the sixties, for growth of the diagnostic means has made observation less crucial, the way of life and the level of education of the patients have changed much, the incidence of diseases has changed and their symptomatology has been mitigated by early treatment and diagnosis, the social implications of illness are recognized nowadays. Bleys's innovative clinical demonstrations belong to an innovative medicine, which is patient- and no longer disease-centred. They can be a strong blow to the self-esteem of the students, but they can also experience that the patient can be an ally who helps the student(doctor) to become self-confident.