

HET INSTRUCTIEVROUWEN-PROJECT IN GRONINGEN

M. van Tilburg, instructievrouw Vakgroep Obstetrie en Gynaecologie sinds 1981 en wetenschappelijk medewerkster Vrouwengeschiedenisproject "Sekse en Cultuur", Faculteit der Letteren, Rijksuniversiteit Groningen.

Inleiding

In Groningen bestaat sinds 1981 de mogelijkheid voor studenten om na geprogrammeerde instructie en fantoom onderwijs het gynaecologisch onderwijs in een aanvullende vaardigheidstraining te oefenen. Een uitvoerige beschrijving van dit project is te lezen in het proefschrift van Van Lunsen (1). In dit artikel worden de ervaringen van de instructievrouwen met de opzet van het onderwijs vanaf het begin van het project beschreven.

Opzet

Tijdens de eerste besprekingen, die wij als aanstaande instructievrouwen met de onderwijscoördinator (H.W. van Lunsen, red.) hadden, lag de opzet van het project al in hoofdlijnen vast. Besloten was dat studenten (m/v) uit drie verschillende onderwijsvormen zouden kunnen kiezen. De eerste oefenmogelijkheid zou bestaan in het doen van het gynaecologisch onderzoek in een kleine, zelf samen te stellen groep studenten onder begeleiding van een staflid. Als tweede zou aan studenten de gelegenheid worden geboden om onder leiding van een staflid het onderzoek te oefenen met een daartoe door de student(e) uitgenodigde vrouw. Tenslotte zouden studenten van instructievrouwen het onderzoek kunnen leren.

Dat wij -instructievrouwen in -sverantwoordelijk zouden zijn voor de inhoud en de kwaliteit van het onderwijs dat wij zelf zouden geven, leek ons vanzelfsprekend. Dat is nooit onderwerp van discussie geweest, evenmin als de verschillende mogelijkheden die de studenten geboden werden, om het onderzoek te leren.

De overeenstemming over doelstelling en opzet van dit onderwijs kwam voort uit een gelijkgezinde motivatie. Destijds waren we met de onderwijscoördinator van mening dat de machtsaspecten, die inherent zijn aan de relatie tussen de mannelijke arts en de vrouwelijke patiënt, worden versterkt door verschillen in socialisatie van mannen en vrouwen in onze samenleving, vandaar dat we de rolpatronen van artsen en patiënten, mannen en vrouwen, tot uitgangspunt maakten.

Wij stelden ons daarom ten doel aanstaande dokters (m/v) te leren vrouwen tijdens het ondergaan van een gynaecologisch onderzoek goed te begeleiden. Daarvoor zouden studenten ons inziens afstand moeten nemen van de traditionele artsenrol, die voorschrijft dat de dokter zich op dit terrein geen moeite hoeft te getroosten, omdat het onderzoek van de geslachtsorganen tenslotte voor dokter en patiënte een onderzoek als alle andere is. Onze analyse van het probleem van het gynaecologisch onderzoek in termen van rolpatronen van dokters en patiëntes en van mannen en vrouwen leidde ertoe dat -voorzover mogelijk- in de verschillende onderwijsvormen rol-omkeringen zouden plaats vinden. In oefenen-met-elkaar-sessies zouden studenten zowel de rol van dokter als die van de patiënt(e) vervullen, zodat elke student zowel het onderzoek van de mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen zou leren als het onderzoek -ten behoeve van een mede-student(e)- aan den lijve zou ondergaan. Om die reden leek deze oefenmogelijkheid ons de geschikste; ons inziens zou deze ook het meest worden benut. Het principe van de rol-omkering gaf ook aan dat in

sessies met instructiepatiëntes zij de verantwoordelijke docenten zouden zijn.

Omgaan met patiëntes: de opzet

Bij het uitwerken van ons deel van het onderwijs gingen we ervan uit dat het gynaecologisch onderzoek zowel bij dokters als bij patiëntes, bij mannen en vrouwen, gevoelens van schroom en gêne zou kunnen oproepen. Vandaar dat besloten werd in de sessies behalve aan de beleving van patiëntes bij het ondergaan van een gynaecologisch onderzoek ook aandacht te besteden aan de emoties van de dokter bij het doen van dat onderzoek.

Studenten moesten in onze optiek op de eerste plaats leren hoe zij vrouwen bij het ondergaan van een gynaecologisch onderzoek moeten begeleiden. Besloten werd in het gesprek dat aan het oefenen van het onderzoek vooraf gaat, te pogen studenten enige empathie bij te brengen voor de vervelende kanten, die het gynaecologisch onderzoek voor vrouwen kan hebben. Dat zou gebeuren aan de hand van vragen over wat de studenten dachten dat vrouwen vervelend zouden kunnen vinden. Vervolgens zou aan de studenten worden gevraagd hoe zij later, als ze zelf als arts werkzaam zouden zijn, daarmee zouden willen omgaan. In de sessies werden in dit onderdeel van het gesprek naast de machteloze en wat gênante positie waarin de vrouw tijdens het onderzoek verkeert, de eventuele seksuele beladenheid van het onderzoek genoemd.

Waar nodig probeerden wij het optreden van de studenten te corrigeren door hen concrete richtlijnen te geven voor hun doen en laten tijdens een consult, waarbij een gynaecologisch onderzoek wordt gedaan. Deze aanwijzingen behelsden onder meer het toelichten van het voornemen om het onderzoek te doen, het geven van uitleg over het onderzoek, het vragen van toestemming en het maken van de afspraak dat het

onderzoek wordt beëindigd, als de patiënte dat wil.

Om deze lessen te laten beklijven, werden in een samenhangend pakket concrete aanwijzingen gepresenteerd voor enerzijds het gedrag van de dokter tijdens het onderzoek en anderzijds de onderzoekstechnische handelingen, die voor het correct uitvoeren van een gynaecologisch onderzoek nodig zijn. Zo leerden we ze bij het inbrengen van een speculum tegelijkertijd hoe ze het aanraken van de clitoris met de rechterduim konden vermijden en waar ze tijdens het speculumonderzoek de linkerhand konden laten.

Omgaan met patiëntes: de ontwikkeling

Gedurende het eerste jaar dijde de lijst van welgemeende adviezen alleen maar uit. Zo gingen we onder andere aandacht vragen voor de schaamteculturen bij etnische minderheden. Tegelijkertijd groeide het besef dat vrouwen niet allemaal dezelfde gevoelens ten aanzien van het onderzoek hebben. Haar wensen ten aanzien van het gedrag van de dokter bleken eveneens te verschillen. Terwijl wij erop stonden dat studenten bij het oefenen alleen aan de toucherende hand een handschoen zouden dragen, bleken andere vrouwen het plezieriger te vinden dat de arts beide handen behandschoende voor het doen van een gynaecologisch onderzoek.

Na verloop van een jaar begonnen we studenten attent te maken op dergelijke verschillen. In het besef dat de enig juiste manier van het doen van een gynaecologisch onderzoek niet bestaat, bespraken we voortaan voor- en nadelen van diverse werkwijzen. Daarbij bleven we echter benadrukken dat het bespreken van de gang van zaken tijdens dat onderzoek, het motiveren en beargumenteren van het onderzoek, voor het opbouwen van een goede relatie van groot belang is. We gaven ook aan dat ons inziens het verzoek om toestemming

voor het doen van het onderzoek en de toezegging het onderzoek te staken als de patiënte dat wil, een van de voorwaarden is voor een consult, waarin de verantwoordelijkheid voor de behandeling met de patiënte wordt gedeeld.

Al doende kwam het accent op concrete problemen te liggen; daarmee kwam een ander aspect in het onderwijs op de voorgrond te staan. Terwijl studenten over het algemeen instemden met onze opvattingen over de omgang met patiëntes, bleken ze -geconfronteerd met gefingeerde situaties- daar niet consequent dienovereenkomstig te kunnen handelen. Dat gold bijvoorbeeld voor een gynaecologisch onderzoek bij een maagd, waarvan ze de emotionele aspecten niet onderkenden, zodra die in een gefingeerde situatie waren "verstopt". Studenten bleken zich ook nauwelijks neer te kunnen leggen bij het besluit van een -gefingeerde- patiënte om het gynaecologisch onderzoek af te breken of de behandeling te staken, ook al wilden zij -in principe- de verantwoordelijkheid van de patiënte ook werkelijk bij haar laten. Zo werd de verantwoordelijkheid van de arts en die van de patiënte expliciet onderwerp van gesprek.

Dikwijls bleken de studenten zich niet bewust te zijn van de machtsaspecten die inherent zijn aan bepaalde manieren van omgaan met patiëntes. Zo is de invloed die het "etiketteren" van patiënten op het verloop van een consult heeft, regelmatig onderwerp van gesprek. Dan houden we de studenten voor dat, als zij aan hun stereotypen vasthouden, alleen vrouwen met een hoge opleiding, een goede uitdruktingsvaardigheid en een assertief optreden de informatie zouden krijgen die een gedeelde verantwoordelijkheid voor de behandeling mogelijk maakt, terwijl ze die -naar eigen zeggen- in contacten met patiënten altijd na willen streven. Ons advies is er niet van uit te gaan dat oudere, laaggeschoolde of streng-gelovige vrouwen uit

gêne liever niet over het onderzoek willen praten, maar hen te vragen of en zo ja, welke vragen ze hebben.

Naast aandacht voor de "patiënt" werd na de eerste ontwikkeling van dit onderwijs ook steeds meer aandacht besteed aan de "arts" (student). Dat kwam voort uit het besef dat artsen zich evenzeer van hun attitudes bewust moeten worden, om het onderzoek goed te laten verlopen, als dat de patiënte voor haar verlangens op moet komen. Daarbij mochten zij voortaan aan hun eigen emotionele behoeften tegemoet komen, mits zij de (technische) eisen die een goed gynaecologisch onderzoek stelt, voor ogen hielden.

Emoties van studenten: de opzet

Al tijdens de voorbereiding besloten we in de sessies ook aandacht te besteden aan de emoties van de studenten. Zoals gezegd meenden we dat het rolpatroon van de dokter individuele artsen uitnodigt tot achteloosheid tegenover de gevoelens van vrouwen ten aanzien van het onderzoek. Dus stelden wij ons ten doel te verhinderen, dat studenten zich een dergelijke houding zouden aanmeten door hen expliciet naar hun emoties ten aanzien van het onderzoek te vragen. Daarbij was onze overweging dat studenten eerst hun gevoelens moeten accepteren, voordat zij met emoties van patiëntes kunnen omgaan.

Dit thema zouden we aan de orde stellen door hen naar hun motivering voor hun keuze voor het oefenen met instructievrouwen te vragen. Dat gaf in de praktijk voldoende aanleiding om over de -eventueel gespannen- verwachtingen ten aanzien van emotionele aspecten van het onderzoek te praten. Angst voor intimiteit met medestudenten en angst voor gebrek aan respect voor de eigen gevoelens van schroom en gêne van de kant van medestudenten bleken namelijk dikwijls redenen te zijn geweest om met ons het onderzoek te oefenen.

Emoties van studenten: de ontwikkeling

Na anderhalf jaar voelden we ons pas zeker genoeg om directe vragen te stellen en even directe antwoorden te verlangen. Toen wilden wij ons niet langer tevreden stellen met de indruk dat de studenten eerlijk voor zichzelf waren, maar verlangden we dat ze tegenover ons eerlijk waren. Daarbij stond openheid voorop; wat de aard van hun gevoelens was deed er voor ons veel minder toe.

Sindsdien is openheid een criterium geworden om na het inleidende gesprek het gynaecologisch onderzoek aan den lijve te mogen gaan oefenen. Zich openstellen voor hetgeen wij in dit onderwijs van belang vinden en met ons delen wat hen ten aanzien van het onderzoek bezig houdt, zijn voorwaarden geworden voor het tot stand brengen van een werkbare relatie. Wanneer studenten evasief zijn en dat blijven na herhaalde vragen over hun verwachtingen ten aanzien van het doen van een gynaecologisch onderzoek en het ondergaan van een onderzoek aan de geslachtsorganen, wordt de sessie afgebroken.

Zo is de relatie die de studenten tijdens het gesprek met ons opbouwen, een didactisch middel geworden om studenten in relationele vaardigheden te oefenen. De manier waarop de aanstaande dokters met hun gevoelens omgaan, telt niet enkel voor hun toekomstige werkzaamheden, maar ook voor het verloop van de sessie.

Slotbeschouwing

Samenvattend kan worden gezegd dat onze ervaringen tot wijzigingen in doelstellingen en didactische

middelen van dit onderwijs geleid hebben. Wat het omgaan met patiëntes tijdens het gynaecologisch onderzoek betreft, is het accent verschoven van adviezen naar bezinning op voor- en nadelen van manieren van omgaan met patiëntes, die de aanstaande dokters voorstaan. In het verlengde daarvan is er op concreter niveau aandacht gekomen voor elementen in het gedrag van artsen, die het delen van macht en verantwoordelijkheid in de spreekkamer kunnen verhinderen. Omdat deze aspecten aan de hand van concrete voorbeelden aandacht krijgen, ervaren studenten waar nadelige effecten van hun goedbedoelde gedrag schuil kunnen gaan. Dat is van belang, nu gebleken is dat aanstaande dokters zich goed bewust zijn wat een goede relatie met een patiënte verlangt, maar dat niet in praktijk brengen omdat ze zich onvoldoende bewust zijn van de implicaties van hun doen en laten. Onderwijl is de onderwijsdoelstelling op dit punt verbreed van respectvol omgaan met emoties van patiëntes naar respectvol omgaan met emoties van patiënte én dokter.

Het oogmerk van het bespreken van gevoelens van studenten ten aanzien van het gynaecologisch onderzoek is verbreed. Studenten hoeven zich niet alleen bewust te zijn van hun gevoelens, maar moeten die -voorzover relevant- met ons delen om een goede relatie met ons op te bouwen. Door ervaring gerijpt durven wij te verlangen dat ze een dergelijk contact met ons opbouwen. Dat reikt verder dan de rolomkering die aanvankelijk werd beoogd en die enkel contact tijdens het oefenen van het onderzoek afdwingt.

Literatuur

1. Lunsen HW van. Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek? Proefschrift. Groningen, 1986.