

Working as simulated patient has effects on real patient life – Preliminary insights from a qualitative study

Abstract

Background: Persons who simulate patients during medical education understand the routines and the underlying script of medical consultations better. We aimed to explore how simulated patients (SPs) integrated this new understanding into their daily life, how this work affected their private life as patients, and what we can learn from these changes for concepts of empowerment.

Design, setting, and participants: A qualitative interview study. All SPs of Göttingen medical school who had been working longer than three semesters (n=14) were invited and agreed to take part in an open interview about their daily experience with real doctors. Documentary method was used to identify the main issues. Several cases were chosen according to maximum contrast and analysed by in-depth analysis to provide vivid examples of how simulations may affect the real life of the SPs as patients.

Results: Our analysis revealed three main changes in the behaviour of SPs as real patients. They were more attentive, had a better understanding of the circumstances under which doctors work, and acted more self-confidently. From the selected cases it became apparent that working as a SP may lead to a constant and significant decrease of fear of hospitals and medical procedures or, in other cases, may enable the SPs to develop new abilities for giving feedback, questioning procedures, and explanations for real doctors.

Conclusion: working as a simulated patient seems to be well-suited to understand own progression of diseases, to increase self-responsibility and to a confident attitude as patient.

Keywords: patient simulation, clinical competence, undergraduate medical education, physician-patient relations, patient participation

Anne

Simmenroth-Nayda¹

Gabriella Marx²

Thorsten Lorkowski¹

Wolfgang Himmel¹

1 University Medical Center
Göttingen, Department of
General Practice/Family
Medicine, Göttingen,
Germany

2 University Medical Center
Göttingen, Postdoctoral
Fellow, Clinic for Palliative
Medicine, Göttingen,
Germany

1. Background

Working with simulated patients (SPs) is a widely accepted method for effective teaching and assessment in medical schools [1], [2], [3]. With the help of SPs, students learn manual skills as well as communication skills in a protected environment, including feedback from a patient perspective. SPs as a tool in medical education are welcome by both students and teachers; the effectiveness in teaching has been proven [4].

In addition to many positive effects on medical education, the persons who simulate patients understand the routines and the underlying script of medical examinations better. Previous studies suggest that experiences as SP, especially the activity in role-playing and feedback-training, influence the role of the SPs as real patients. Some previous studies have investigated the scope of this influence on a person's behaviour as a patient [5], [6], [7], [8], [9]. Apart from some negative effects such as exhaustion, nervousness, or being displeased with their own efforts, the results showed that SPs develop a more differentiated view on their doctor-patient encounter

or that they observe the communication skills of their own general practitioners (GPs) in more detail than other patients do. Moreover, SPs see themselves as more active when communicating with a health-care professional, which speeds up their recovery [10], [11]. Because of the gain in knowledge in medical topics, SPs are also more apprehensive about their own symptoms and disorders [12].

1.1. Aims of the study

In addition to previous studies, which predominantly used surveys or focus groups [1], [6], [7], [9], [13], [14] to record changes in the life of an SP, we aimed at exploring in more detail and depth how SPs integrated their new experiences into their daily life, how this work affected their private life as patients, and what these changes teach us about concepts of empowerment.

2. Methods

2.1. Context and Sampling

Working with simulated patients as a teaching method was introduced at Göttingen medical school in 2005. Since then, all SPs have been trained and supervised by one of the authors (AS). Similar to most other medical schools, the main components of our SP training are communication skills such as history taking, breaking bad news, or counselling and risk-communication as well as assessment in objective structured clinical examination (OSCEs) and the medical school admission-procedure [1], [4], [15].

To ensure that the study participants had professional skills, we only invited the 14 SPs who had been working with third- and fourth-year students longer than three semesters and in addition had attended OSCEs at least four times per semester. They all agreed to take part in our study. All participants had to give written informed consent; it was possible to withdraw this at any time. The ethics committee of the University of Göttingen approved the study protocol (no 12/4/08).

2.2. Data collection

To stimulate narratives of how the SPs dealt with their work, we developed an interview guide using open ended questions focusing on three main areas:

1. poor and good elements in our lessons,
2. teaching of the doctor-patient relationship in our course, and
3. the SPs' experience with their real doctors.

In this paper we focus on the third area. All interviews were conducted by the same person (TL).

After a short introduction of the study aim, we created a relaxed and familiar atmosphere to give the participants the opportunity to narrate their experiences. If the participants did not address the third question of their own volition in the course of the interview, they were asked: "What happens when you are a patient in real life? Please tell me about your daily experiences".

After piloting the interview changed slightly. TL conducted all the interviews, they were audio-taped and transcribed verbatim; participants were pseudonymised.

2.3. Data analysis

The semi-structured interviews should consider the main points of the interview-partners, so the documentary method according to Bohnsack [16], [17] seemed to be the best approach. The advantage of this method is the possibility to assess both – without methodological limitations – the broadness of topics and also the implicit ideas which are underlying the spoken words.

The interviews were analysed in two ways:

1. To analyse central topics mentioned in the interviews, we used the first step of the documentary method

according to Bohnsack, his concept of "formulating interpretation". After reading each transcript, all narrations were summarized, and main topics as well as sub-topics were formulated using an inductive approach. This step refers to the content of the interview and provides a broad overview of what was said in the interview.

2. On the basis of the first step of analysis, we then identified several cases that represented quite distinct ways of "handling the work as a SP according to maximum contrast. These passages were analysed with the second step of Bohnsack's approach, the "reflecting interpretation". We concentrated on "how something is said", who was involved in the events, when and where the events took place and which feelings were reported in order to illustrate both different types of SPs and different types of transferring new skills into real-life consultations.

3. Results

3.1. Participants

All eligible SPs (n=14) agreed to take part in the study, nearly all of them were female (12/14). They were between 24 and 70 years old and had been working as SP for between two and six years. The interviews lasted between 20 and 55 minutes and took place in our department or at the home of the SPs.

3.2. Experiences of SPs as patients in real life: main topics

In the interviews, the SPs freely talked about their daily experiences as a patient in real life. The many simulated consultations they took part in while they were SPs seemed to have activated a learning process that led to (a higher) awareness of structure, rules, and content of consultations in daily life. Three main topics emerged in our analysis of the SPs' practical knowledge in real consultations with doctors: they were more attentive, had a better understanding of the circumstances under which doctors work, and acted more self-confidently. Although these topics are presented separately here, in daily practice they are closely related.

Being more attentive

Training in simulation and the skills as SP obviously helped our interview partners to better understand the structure of the doctor-patient communication. Within the consultation, SPs no longer only fill the role as a patient seeking for help, but also act as persons who are familiar with attentive evaluation. This attentiveness enabled the SPs to have a critical view of details of the consultation and the GPs' behaviour, which led them to adopt a critical attitude.

SP 2: "Well, what is really clear to me now, somehow, so just my GP [general practitioner] (...) when you are consulting him, he is always asking a lot of round-about questions somehow, how is your situation, and so on, and in the past I thought: oh my God, I am ill, that's got nothing to do with it. But now: (...) through these role-plays I have realized, ok: the social history and all these things... (...) that's why he is asking, and those are the ideas he is thinking of."

SP 9: "Yes, of course, I check the way how he (GP) enters the room. That is the result of these – these role-plays. How is he entering the room? Does he shake my hand? Does he look at me when shaking hands? Or is he doing something else meanwhile? Does he allow me to say something?"

SP 4: "It does happen, on occasion, that I view my doctor with different eyes, as it were, and think: now here he goes again, just almost falls into the examination room, didn't even greet me properly, or lounges in his chair, or doesn't even look at me or continuously interrupts what I'm saying."

Better understanding of doctors

Through working with medical staff as a part of the medical training and curriculum, SPs had a more detailed idea of what it means to work as a doctor, of the high expectations made on a doctor, and of workload. On the basis of this insight, they developed an understanding of the circumstances under which doctors work even though the doctors are often stressed or despite their often unfriendly behaviour in the consultation, and they were obviously not afraid to address this observation.

SP 6: "... and, um, it happened (...), after an accident in stage that I had to go to the emergency room in the morning (...) and there I met a really ill-tempered surgeon, really out of sorts, and he was short with me and then I said: you probably had a tough night? And he says: do you really see that? I say: you are not happy and you are a bit grumpy with me, and then he started to apologize."

SP 1: "...but my perception and also my appreciation changed in relation to my doctor. So I am thinking: Oh, he really has time for me, and he engages in a detailed conversation in spite of the short time and small budget (...).

Acting more self-confidently

Improved attentiveness and communication-related knowledge gained by SP training and activity seem to enable SPs to be more self-confident patients in the consultation. Many of the participating SPs felt encouraged to express their own needs to act more as "expert" for their own matters.

SP 11: "I'm not afraid, afraid in quotation marks, if you wish, I am not reluctant to talk about stuff I notice, and I notice more than I did before".

SP 9: "I've become more ready to criticize, I dare to question more things, and well, this doesn't always go so well, but – it has helped me because – the view I have of myself as a patient has changed, my self-confidence has increased".

SP 9: "...and it has even happened that I take the liberty to say: I would like to say something as well".

3.3. Simulation and real life: three case studies

The three cases we selected for the second part of the analysis are examples of how the experience of being a SP and the feedback training may influence the everyday life of SPs, especially in their real life as patients. Lisa represents a group of SPs who acquired a new look at the health system and its actors and learned how to become more self-confident, more active and more communicative. Maria stands for SPs who had already been acquainted with the medical world and had a relaxed attitude towards doctors but keep a critical eye on medicine and doctors. Barbara is an outstanding case with a unique selling point insofar as she attributes her SP training a psychotherapeutic effect so that she meanwhile lost her fear of hospitals and doctors.

Lisa (SP6) : educator even outside the medical school

Lisa, 68 years old, has been working as an SP for four years and convincingly demonstrates self-confidence in the context of her work as SP as well as during the interview. This might be a result of her professional career as a teacher. Some years ago, she was diagnosed with a chronic disease and still has to visit several doctors frequently. However, in her everyday life she is only mildly affected by her disease. She is engaged in different social projects. Lisa is, among other things, active in the city's cultural life and helps families with members who are suffering from dementia. It is her aim to transfer the skills she learned during the years working as a SP into her real life.

Lisa felt a diffuse dissatisfaction with some doctors she met during the past years. Working as a SP enabled her for the first time to describe this feeling. Correspondingly, today she would give instant feedback in case of inappropriate behaviour and, if necessary, question a doctor's procedures and explanations:

"... um, and I've become highly critical of this meanwhile, (...) yes, I question everything."

She exemplified this new ability by referring to a rather uncomfortable consultation with her GP, characterized by no greeting and a very short communication-style:

"...and then I just told her, well, you know, I've come to you here with a pounding heart, told you about what I feel, (...) I didn't say that I'm an SP, that I didn't say, of course, and I said, I actually expected that you'd be aware of me from the beginning. (...) And then she said goodbye with a handshake and said 'See you again soon'. That's when I thought, maybe she's learned something. (...) Well, I wouldn't have had that courage before."

Like other patients (see above), Lisa developed a better understanding of her GP after she learned more about a GP's everyday life and workload in our courses. The following quote shows how she changed her patient behaviour accordingly:

"...ok, when I have to visit a doctor now, I should be as precise as possible in describing what ails me, maybe write it up as a short list so I don't waffle and also so I don't overtax the doctor in his office" „I as a patient need to have some empathy for the doctor, too."

In her opinion, all patients should have her new knowledge about doctor's night shifts, workload, and documentation requirements.

Maria (SP 10) a: simulation as a professional world of its own

Maria, 55 years old, formerly worked as the personal assistant of a head of department in the university hospital for many years. She has been working with us for three years. Apart from a little physical handicap she is an active person visiting the "university of the third age". She is also working with the Samaritan emergency hotline for young people.

As our interviews showed, many SPs generally described the doctor-patient-interaction as asymmetric. Maria, however, knows the routines of different medical environments very well and showed a sort of familiarity with medical institutions and personnel. This is more than the understanding of doctors other SPs reported in the course of their teaching activities. Instead, personality, professional skills, and teaching activities might all influence and motivate her more pragmatic view on, and a sober description of, doctors:

"At the time, or after the time that I um worked together with doctors, much had changed already. Umm, I think I can judge situations involving doctors more objectively now, because of this situation (working as secretary in a hospital). (...) A doctor is a doctor, nothing else, in my opinion umm, that is just the same as if there'd be a plumber in my flat."

More than others, Maria realized the wide difference between teaching lessons and real life, perhaps due to her expertise and relaxed attitude towards doctors.

"Speaking as a patient, I just have to say that um I've experienced this at it's worst and it makes me smile now, after the facts, particularly in the roles I'm in now; for instance, there was a situation where I had a doctor's visit scheduled for myself and was an SP in the afternoon, and it was just exactly and glaringly the opposite"

"...umm, I'd say the aim of this all would be the ideal case for the patient, I myself have witnessed this only very rarely, umm I just have to add this here, that was the reason for me (...) why I do this."

The intimate knowledge from her professional career—and not empathy with doctors, as found in other SPs—seems to have been the reason she emphasized time as the most valuable and rare commodity in a GP's real life:

"...umm, the teaching situation is set up so that the doctor is there for the patient and gives him the chance to express himself and find out what the problem is, which is of course also the goal of any normal office or any visit to a doctor's, but very often the doctor needs to watch the time he's taking, that is frequently very obvious"

Barbara (SP3) : working as an SP as "therapy"

Barbara, 59 years old, housewife and socially active within her community, has been working as an SP for three years. During the first part of the interview, she did not talk much about private matters and presented herself somewhat like a 'blank slate'. Later in the interview, the analysis revealed that her motivation for becoming an SP was closely related to her painful experiences as a patient more than 30 years ago when she had to have a caesarean.

The gynecologist was very insensitive during a teaching-situation in which Barbara was involved (when medical students visited Barbara on the first day post-op). She remembered that the gynecologist shouted loudly, 'now don't make such a fuss!' Barbara imitated the doctor's intonation as closely as possible during the interview situation 35 years later; this illustrates how emotionally disturbing this incident was. These few words from the hospital doctor hurt her for years and prompted fear towards hospitals for a long time:

"When I'm telling you this now, my heart still begins to pound wildly and I just feel like blubbing again"

Since some of our courses took place in the same hospital in which Barbara had consulted the gynecologist 35 years before, she had to visit the house regularly as an SP. Obviously, both events, the regular visits to the hospital and the SP activity, helped her overcome her fears of the institution:

"Lost, this word lost, I've always felt so lost in hospitals. Um, and, um, was afraid that no one would help me there. ... Working as an SP has helped me accept this particular hospital that I visit twice a year when the exams are on (OSCE), I've always been terrified of hospitals. I can move in a hospital very casually now, that is something really exceptional for me, of course. This changed a lot (...), I'd guess I am about 70% less afraid of hospitals. That has changed."

Moreover, because of her training and teaching activities, Barbara, similarly to other SPs, felt more self-confident in the medical context. Consequently, she now tries to support her own cause vis-à-vis the doctors.

"If something happened to me like the situation I told you about. I'd never allow that to happen to me again."

4. Discussion

Working as an SP enabled our interview partners to act more self-confidently in their real lives as patients, made them more sensitive towards a GP's workload and duties, and may even introduce an intense change of the emo-

tional state such as a reduction of anxiety. Feedback-training and learning new communication skills, similar to the training and work of our SPs, seem to be well-suited to empower patients in consultations with real doctors [18].

4.1. SP training as a way to empower patients?

Our results confirm findings from the United States and the Netherlands [10-12] where the experience of working as SPs was described in the context of becoming more attentive and critical and consequently feel more autonomous in medical environments. We know from two American studies [10], [13] that SPs acquire verbal skills that enable them to better explain their own perspective and needs in doctor-patient settings. Some of our interview partners also reported this learning process. As a result, they felt able to direct doctor-patient interactions more towards their own problems.

This raises the question of whether there is a “need to worry for GPs, because they face ‘supercritical’ patients”. In some instances, SPs apparently drew severe consequences, as reported by Woodward and Glivia-McConvey [13]: Some changed their GP after beginning working as SP, but the analysis of the interviews in our study did not show any similar consequences. On the contrary, our SPs—analogously to what was reported, had developed a better understanding of workload and pressure of time that physicians are exposed to, which surely is an effect of the better insight into the every-day work of GPs through the teaching situation. Moreover, as one SP suggested, it may also be a good idea to give feedback to doctors if they act insensitively. This kind of “education” of an insensitive GP was obviously successful in her case. Our analysis did not show any negative effects on the well-being of the SPs. This is in contrast to the Dutch studies performed by Bokken [19] and colleagues, who detected exhaustion and/or physical complaints as a “side-effect” of simulation. The reason for these different results may be that our SPs had comparatively easy role plays and were trained and focused especially on history taking. They were neither physically examined nor required to perform complex clinical cases.

Training SPs and working as SPs may be a model of how to become an empowered patient. The results of our study highlight important components of this training and work, such as becoming more attentive and critical and feeling more autonomous in medical environments [20]. In addition, our SPs acquired verbal skills that helped them to better explain their own needs in clinical settings, and they learned to give feedback.

4.2. SP and real-life patient

In spite of identical training, the teaching activities of Barbara, Lisa, and Maria led to different consequences in their daily lives:

1. *Barbara’s* case (working as an SP as a psychosocial therapy) shows a constellation that to our knowledge

has not been described to date: a traumatic event that causes fear of and aversion to hospitals was changed by her time as an SP. Barbara transformed this negative event into a motivation to be part of a teaching team in a medical school, obviously a successful coping strategy to overcome her fears. It is important to emphasize that it was not this negative event that motivated Barbara to become an SP, but the job helped her in the real life as a patient, and this made her SP activity more important to her.

2. *Lisa* represents another type of SP: educator even outside the medical school. As a highly skillful patient, she had the motivation to transport her expertise into her everyday-life (outside the medical school). The quality standards she learned during teaching lessons should be also standard in her real relationship with physicians. This type of SP sets out to change the students’ as well as a doctor’s behaviour, not only for short duration, as described by Rubin [9], but lastingly. Lisa’s behaviour also corresponds to the proactive engagement with clinicians as a strategy for empowerment in the “patient-as-professional” model [21]. For example, one patient in an Australian study, which explored this model, described how she always had to keep her GP informed all the time and questioning about her medication and, in the end, to manage the health care team [22]. Other SPs in our study seemed to act similarly in the world outside the medical school. It is only a marginal remark in the context of our study that even a person who feels self-confident in the life-world, like Lisa does, obviously needs the training and experience of an SP to become self-confident in the world of medicine.
3. *Maria’s* motivation to work as an SP (simulation as a professional world of its own) lacks an intimate touch. It seems first and foremost based on a pedagogic ethos, probably originating in her medical background. Consequently, she reported only few personal events and distinguished between the teaching situation and being a patient in real life. She did not feel influenced in her own role as patient by her teaching knowledge and vice versa. But she emphasized more strongly than anyone else the need of teaching communicative skills. Maria’s interview was not so much a narrative but an argumentative and rational presentation, more from the perspective of an expert than from that of a patient. She reported in unemotional language that some GPs in her experience lack communication skills or a GP’s time constraints are barriers for a strong patient-clinician relationship. This can be interpreted as Maria’s way to demonstrate herself as a sort of ‘professional SP’ or ‘patient-as-professional’ [21] including the ‘duty’ to share one’s knowledge with others [13], [14], [23], which emphasizes the social context of empowerment.

4.3. Strengths and weaknesses of the study

The interviews used open-ended questions, which afforded our interview partners the opportunity to set their own focus on facts and experiences that were relevant in their work as SP and in their real life. Data analysis with a multi-disciplinary team provides a good basis for detecting and examining relevant events and experiences. While we certainly have a complete picture of our own SP staff, the results are not representative for SPs in Germany. Training and teaching in other medical schools may be different and, thus, the knowledge of SPs in other settings and the consequences for their life may likewise be different. The sampling of our interview partners and analysis did not follow the concept of theoretical sampling, so that we cannot be certain to have reached data saturation [24]. Moreover, our interview partners were self-selected and may have been inclined to report in a positive manner.

5. Conclusions and implications for practice

Personal background, experiences, and motivation of SPs were mixed to various degrees, but were predictably different for each SP. Role-playing may support acting more self-confidently or improve the understanding of doctors, or it may motivate SPs to share knowledge, insights, and ideas with others, as in the case of Maria.

As we know from other studies [17], fear, ignorance, and reluctance to ask the doctor are general emotions patients experience in their medical consultations. Instead of appealing to doctors to act more patient-oriented, the training in our course may be a model not for SPs alone, especially the part of becoming familiar with the rules of good (and poor) communication and giving professional feedback. The changes described in this as well as in other studies could also be read as one way to enact the 'patient-as-professional' concept [22] with the aim to empower patients and guide their relation and communication with healthcare professionals [19].

If the empowerment of SP through their job also is true at other locations, this knowledge should be used in casting and teaching situations. SPs and trainer should know about these findings and then would be able to include them during SP-training.

Working as an SP seems to empower patients. Future research should explore how some of the SP teaching components can be transferred into other educational settings to support and train real patients who are interested to take a more active role in health care consultations.

Acknowledgements

We thank the SPs we interviewed for their attendance. We thank Kathrin Püschel for helping with the data analysis.

Authors

PD Dr. ANNE SIMMENROTH-NAYDA, is working as a researcher and family physician. Areas of interest: medical education, simulated patients, clinical medicine.

GABRIELLA MARX, PhD, is working as a researcher in the Palliative Medicine of Göttingen Medical Center.

THORSTEN LORKOWSKI, MD, wrote his doctoral thesis about simulated patients in medical teaching. He is working as resident in the Buxtehude Hospital.

WOLFGANG HIMMEL, PhD, works as senior lecturer in health sciences. Areas of interest: doctor-patient relationship; health services research.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Abe K, Roter D, Erby LH, Ban N. A nationwide survey of standardized patients: who they are, what they do, and how they experience their work. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):261–264. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.017
2. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills AAMC. *Acad Med*. 1993;68(6):443–451; discussion 451–453. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
3. Cleland JA, Abe K, Rethans J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach*. 2009;31(6):477–486. DOI: 10.1080/01421590903002821
4. Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer T, Scherer M, Stanske B, Kochen MM. Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Dtsch Arztebl International*. 2007;104:A-847.
5. Plaksin J, Nicholson J, Kundrod S, Zabar S, Kalet A, Altschuler L. The benefit and risks of being a standardized patient: a narrative review of the literature. *Patient*. 2015. DOI: 10.1007/s-40271-015-0127-y
6. McNaughton N, Tiberius R, Hodges B. Effects of Portraying Psychologically and Emotionally Complex Standardized Patient Roles. *Teach Learn Med*. 1999;11:135–141. DOI: 10.1207/S15328015TL110303
7. Bokken L, van Dalen J, Rethans J. Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Med Educ*. 2004;38(1):1089–1094. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01958.x
8. Hanson M, Tiberius R, Hodges B, MacKay S, McNaughton N, Dickens S, Regehr G. Adolescent standardized patients: method of selection and assessment of benefits and risks. *Teach Learn Med*. 2002;14(2):104–113. DOI: 10.1207/S15328015TLM1402_07

9. Rubin NJ, Philp EB. Health care perceptions of the standardized patient. *Med Educ.* 1998;32(5):538–542. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1998.00259.x
10. Wallach PM, Elnick M, Bogner B, Kovach R, Papadakis M, Zucker S, Speer A. Standardized patients' perceptions about their own health care. *Teach Learn Med.* 2001;13(4):227–231. DOI: 10.1207/S15328015TLM1304_03
11. Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R. Ratings of physician communication by real and standardized patients. *Ann Fam Med.* 2007;5(2):151–158. DOI: 10.1370/afm.643
12. Boerjan M, Boone F, Anthierens S, van Weel-Baumgarten E, Deveugele M. The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Educ Couns.* 2008;73(1):22–27. DOI: 10.1016/j.pec.2008.05.028
13. Woodward CA, Gliva-McConvey G. The effect of simulating on standardized patients. *Acad Med.* 1995;70(5):418–420. DOI: 10.1097/00001888-199505000-00020
14. Gillespie C, Bruno JH, Kalet A. What standardised patients tell us about 'activating' patients. *Med Educ.* 2009;43(11):1112–1113. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03502.x
15. Aspegren K. BEME Guide No. 2. Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach.* 1999;21(6):563–570. DOI: 10.1080/01421599978979
16. Bohnsack R. Group Discussions and Focus Groups. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg). *A companion to qualitative research.* London, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2004. S.214–221.
17. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):468–474. DOI: 10.1016/j.pec.2011.04.011
18. Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expect.* 2014. DOI: 10.1111/hex.12299
19. Bokken L, van Dalen J, Rethans J. The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Med Educ.* 2006;40(8):781–786. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02529.x
20. von Reibnitz C, Schnabel PE, Hurrelmann K. *Der mündige Patient.* Weinheim, München: Juventa; 2001.
21. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect.* 2014;17(3):303–310. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x
22. Phillips RL, Short A, Kenning A, Dugdale P, Nugus P, McGowan R, Greenfield D. Achieving patient-centred care: the potential and challenge of the patient-as-professional role. *Health Expect.* 2014. DOI: 10.1111/hex.12234
23. Chesire J, Ziebland S. Narrative as a resource in accounts of the experiences of illness. In: Thornborrow J, Coates J (Hrsg). *The sociolinguistics of narrative.* Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins Pub. Co; 2005. S.17–40. DOI: 10.1075/sin.6.02che
24. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine Pub. Co; 1967.

Corresponding author:

PD Dr. Anne Simmenroth-Nayda
 University Medical Center Göttingen, Department of
 General Practice/Family Medicine, Humboldtallee 38,
 D-37073 Göttingen, Germany, Phone: +49
 (0)551/39-2647
 asimmen@gwdg.de

Please cite as

Simmenroth-Nayda A, Marx G, Lorkowski T, Himmel W. Working as simulated patient has effects on real patient life – Preliminary insights from a qualitative study. GMS J Med Educ. 2016;33(3):Doc42. DOI: 10.3205/zma001041, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010415

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001041.shtml>

Received: 2015-10-09

Revised: 2016-03-04

Accepted: 2016-03-04

Published: 2016-05-17

Copyright

©2016 Simmenroth-Nayda et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Hat die Tätigkeit von Simulationspatienten Effekte auf deren realen Patienten-Alltag? Eine qualitative Interviewstudie

Zusammenfassung

Hintergrund: Simulationspatienten (SP), die über Jahre am Unterricht mit Medizinstudierenden beteiligt sind, haben - im Vergleich zu realen Patienten - einen anderen Blick auf die ärztliche Konsultation, insbesondere auf kommunikative Aspekte. Daher war es Ziel dieser Studie zu untersuchen, wie SP diese Erfahrungen in ihr tägliches Leben integrieren und ob bzw. wie ihre realen Arzt-Patienten-Kontakte von den Erfahrungen im Unterricht beeinflusst werden.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative leitfadengestützte Interviewstudie. Alle 14 SP, die seit mindestens drei Semestern in unseren studentischen Kursen tätig waren, wurden zur Studie eingeladen. Die Interviews wurden in zwei Schritten analysiert: (1) Herausarbeitung von relevanten Themen durch Anwendung der formulierenden Interpretation der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack, (2) eine Typenbildung auf Basis von Fallbeschreibungen, die gleichzeitig Handlungsmuster und -strategien illustrieren sollte.

Ergebnisse: Alle SPs nahmen an der Befragung teil. Die Analyse zeigte eine Veränderung im Arztkontakt vor allem bei drei zentralen Themen: eine größere Aufmerksamkeit in der Konsultation, mehr Verständnis für die ärztliche Arbeitssituation sowie gesteigertes subjektiv wahrgenommenes Selbstbewusstsein bei der Formulierung eigener Bedürfnisse. Die Fallgeschichten zeigen, dass die SP-Tätigkeit Ängste reduzieren kann, Defizite in Konsultationen transparent und kommunizierbar macht und SPs ermöglicht, gezielte Rückmeldungen an Ärzte zu geben.

Zusammenfassung: Die Tätigkeit als SP dürfte - im Sinne des „patient empowerment“ - zu einem besseren Kenntnisstand des eigenen Krankheitsverlaufs, einer größeren Verantwortungsübernahme, einer stärkeren Kontrolle des Krankheitsgeschehens und zu einem sichereren Auftreten als Patient führen.

Schlüsselwörter: Simulationspatienten, studentische Lehre, Arzt-Patienten Beziehung, Partizipation

1. Hintergrund

Der Einsatz von Simulationspatienten (SP) ist eine international akzeptierte und etablierte Methode in Unterricht und Prüfungen im Rahmen des Medizinstudiums [1], [2], [3]. Mit Hilfe von SP können Medizinstudierende in einem geschützten Rahmen sowohl manuelle als auch kommunikative Fertigkeiten erlernen, dabei macht die strukturierte, aus der Patienten-Perspektive gegebene Rückmeldung der SP einen großen Teil des Lernerfolges aus. Simulationspatienten sind bei Lehrenden und Lernenden beliebt und diese Methode trägt nachweislich zum Lernerfolg bei Medizinstudierenden bei [4]. Simulationspatienten, die über Jahre im Unterricht eingesetzt werden, haben im Gegensatz zu realen Patienten

vielfältige Erfahrungen zu verschiedenen Belangen der ärztlichen Konsultation, insbesondere zu kommunikativen Aspekten. Darüber hinaus belegen Studien aus dem angloamerikanischen Ausland, dass regelmäßige Rollenspiele und ausführliches Feedback-Training das Verhalten von SP auch in deren realem Alltag als Patienten beeinflusst [5], [6], [7], [8], [9]. Abgesehen von negativen Effekten wie Erschöpfung nach häufigem Spielen, Nervosität oder Unzufriedenheit mit der eigenen schauspielerischen Leistung zeigen Befragungen von SP, dass diese einen differenzierteren Blick auf die eigenen Arzt-Patienten-Begegnungen haben und z.B. kommunikative Aspekte von Konsultationen detaillierter wahrnehmen als Patienten ohne diesen Hintergrund. Darüber hinaus erleben sich manche SP als aktiver und selbstbestimmter innerhalb des Medizinbetriebes, was zu kürzeren Krankheitsverläufen führen kann [10], [11]. Wegen ihrer z.T. detail-

Anne
Simmenroth-Nayda¹
Gabriella Marx²
Thorsten Lorkowski¹
Wolfgang Himmel¹

1 Universitätsmedizin
Göttingen, Institut für
Allgemeinmedizin, Göttingen,
Deutschland

2 Universitätsmedizin
Göttingen, Klinik für
Palliativmedizin, Göttingen,
Deutschland

lierten Kenntnisse zu medizinischen Inhalten sind SP zum Teil aufmerksamer bezüglich eigener Krankheitssymptome und Beschwerden [12].

1.1. Ziel der Studie

Bisherige internationale Studien wurden nur als schriftliche Befragungen [1], [6], [7], [9], [13], [14] oder Fokusgruppen durchgeführt. Das Ziel der hier vorgestellten Studie war es, auf Basis von erstmals für den deutschsprachigen Raum erhobenen Daten subjektives Erleben von SP zu verstehen. Ohne die engen thematischen Vorgaben eines Fragebogens sollten SP schildern können, wie die Unterrichtstätigkeit ihren Alltag als Patientin beeinflusst und ob bzw. wie sie die Erfahrungen als SP in ihr tägliches Leben integrieren.

2. Methode

2.1. Kontext und Teilnehmer

In Göttingen werden seit 2005 Simulationspatienten im Unterricht, wie an vielen anderen Universitäten auch, hauptsächlich zum Training kommunikativer Fertigkeiten, insbesondere für die Erhebung einer vollständigen Anamnese, dem Überbringen belastender Diagnosen, für Beratungs- und Aufklärungsgespräche und in praktischen Prüfungen (OSCE bzw. objective structured clinical examination) sowie beim Hochschuleigenen Auswahlverfahren eingesetzt [1], [4], [15].

Um eine mögliche Auswirkung der SP-Tätigkeit feststellen zu können, wurden für diese Studie nur jene SP eingeladen, die über eine mehr als dreisemestrigere Erfahrung an unserer Klinik verfügen (regelmäßig mindestens drei Einsätze pro Semester) und außerdem in praktischen Prüfungen mitwirken. Alle angefragten SP erklärten ihre Bereitschaft und gaben ihr schriftliches Einverständnis. Es war ihnen jederzeit möglich, von der Befragung zurückzutreten bzw. die Archivierung der Interviews zu widerrufen. Die Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen akzeptierte das Studienprotokoll (Nr.12/4/08).

2.2. Datenerhebung

Um ein möglichst freies Erzählen zu stimulieren, entwickelten wir einen Interviewleitfaden mit drei großen Bereichen, die jeweils durch offene Fragen eingeleitet wurden:

1. positive und negative Elemente des Studentenunterrichts aus Sicht der eigenen Erfahrung als SP,
2. Realitätsnähe und Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung im Unterricht und
3. Erfahrungen der SPs in ihrer Rolle als reale Patientin.

Dieser dritte Bereich ist Thema der vorliegenden Publikation. In der Interviewsituation wurde darauf geachtet, eine offene und entspannte Atmosphäre zu erzeugen, um möglichst authentische Erzählungen der SP zu generieren.

Nach einer Einführung zum Hintergrund der Befragung wurden die SP – sofern sie nicht von selber das Thema bereits angesprochen hatten – mit dem folgenden Satz zum Erzählen motiviert: „Wie ist das in ihrem alltäglichen Leben als Patientin? Berichten Sie bitte von Ihren Erfahrungen!“

Nach einer Pilotierung wurde der Leitfaden leicht modifiziert. Alle Interviews wurden von T. Lorkowski durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert.

2.3. Datenanalyse

Die Analyse der offen gehaltenen Leitfadeninterviews sollte die thematische Schwerpunktsetzung der Interviewpartner berücksichtigen, so dass als angemessene Methode die Dokumentarische Methode nach Bohnsack angesehen wurde. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass – ohne methodische Einschränkungen – sowohl die inhaltliche Breite als auch der latente Gehalt des individuell Gesagten berücksichtigt werden können. Die Analyse erfolgte in zwei Schritten:

1. Mittels der formulierenden Interpretation der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack [16], [17] wurden die Erzählungen sequenziell thematisch zusammengefasst und induktiv Themen formuliert. Der Fokus dieses Schrittes lag auf dem, „was“ gesagt wurde, um die angesprochenen Themen möglichst breit wiederzugeben.
2. Aus den so strukturierten Interviews wurden nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung Einzelfälle für die detaillierte Analyse gemäß dem zweiten Schritt der Dokumentarischen Methode, der reflektierenden Interpretation, ausgewählt. In diesem Analyseschritt ging es um die latenten Sinngehalte des Gesagten („wie“ etwas gesagt wurde) – mit dem Ziel, Handlungsmuster und -strategien, die aus den Erfahrungen als SP resultieren, herauszuarbeiten.

3. Ergebnisse

3.1. Teilnehmer

Von den 14 angefragten SP nahmen alle an der Studie teil, 12 von ihnen waren weiblich. Die SP waren zwischen 24 und 70 Jahre alt und zwischen 2 und 6 Jahren bei uns als SP tätig. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 55 Minuten und fanden, je nach Wunsch, in unserem Institut oder im häuslichen Umfeld der SP statt.

3.2. Erfahrungen der SP als reale Patientinnen im Alltag: Oberthemen

Die SP waren sehr motiviert, Details aus ihrem Leben als „reale Patientin“ zu berichten. Durch alle Interviews zog sich als „roter Faden“ die Wahrnehmung einer Veränderung der eigenen Konsultationssituationen aufgrund der

wiederholten Erfahrung in vielen simulierten Konsultationen: demnach haben sie in realen Arzt-Patienten-Begegnungen offenbar einen deutlich besseren Überblick über den Ablauf von Konsultation und können außerdem ärztliches Handeln besser nachvollziehen. Drei Oberthemen zeigten sich als für nahezu alle Interviews von ausgesprochen hoher Relevanz: SP waren innerhalb von Konsultationen aufmerksamer, hatten mehr Verständnis für den ärztlichen Alltag, und fühlten sich selbstbewusster bezüglich ihrer Anliegen als Patientin.

Steigerung der Aufmerksamkeit

Training und Simulation sind offenbar für SP sehr hilfreich, um Ablauf und Strukturen der Arzt-Patienten-Kommunikation nachvollziehen zu können. Innerhalb realer Konsultationen fühlen sich die SP auf dieser Grundlage offenbar weniger als passiv-hilfesuchend, sondern vielmehr als Experten, die die Konsultation - zumindest auf der Handlungsebene - selbständig beurteilen und zum Teil auch steuern können. Dieses Gefühl ermöglicht es machen SP, einen kritischen Blick auf Details der Konsultation und das Verhalten von Ärzten zu entwickeln.

SP 2: „Also was mir sicherlich klarer geworden ist, irgendwie, also gerade mein Hausarzt, (...) der fragt immer wenn man zu ihm kommt recht viel „drumrum“ irgendwie, wie die Lebenssituation ist und so, wo ich früher immer dachte, ja Gott ich bin halt krank, was tut das zur Sache? Und mir ist mittlerweile (...) durch diese Rollen klarer geworden: ok, diese Sozialanamnese und all das drum und dran (...) darum fragt er das, und das sind die und die Gedanken, die er sich dabei macht.“

SP 9: „Ja, ich achte natürlich sofort darauf, wie der (Arzt) reinkommt. Das ist das Ergebnis dieser Rollen, dieses Rollenspiels. Wie kommt er rein? Gibt er mir die Hand? Und guckt er mich an, wenn er mir die Hand gibt? Oder macht er schon was ganz anderes? Und lässt er mich erst mal zu Worte kommen?“

SP 4: „Es passiert mir schon, dass ich meinen Arzt mit anderen Augen angucke und denke: Jetzt stürmt er wieder rein und hat mich nicht richtig begrüßt oder er fläzt sich auf seinen Sessel oder er guckt mich nicht an oder er unterbricht mich dauernd.“

Mehr Verständnis für den ärztlichen Alltag

Bedingt durch die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Ärzten im Rahmen des Unterrichts und des Rollentrainings bekommen SP z.T. einen tiefen Einblick in den ärztlichen Alltag, in die Erwartungen, die an Ärzte gestellt werden und auch an die Belastungen, die der Klinikalltag mit sich bringt. Dadurch kann sich ein Verständnis für Situationen entwickeln, in denen Ärzte z.B. überlastet und deshalb unfreundlich sind. Über dieses Verständnis hinausgehend sind SP sogar in der Lage, ihre Beobachtungen in der Konsultation anzusprechen.

SP 6: „Und äh da ist es mir auch schon passiert, (...) nach einem Bühnenunfall musste ich morgens (...) in

die Ambulanz und da hatte ich auch einen sehr knatterigen Arzt, wirklich, und der war kurz angebunden und da habe ich gesagt: „sie haben heute wahrscheinlich eine schwere Nacht hinter sich“ und dann sagt er: „sieht man das?“ Ich sag‘: „sie wirken nicht gerade glücklich und sie sind ein bisschen mürrisch zu mir“, und dann fing er an, sich zu entschuldigen.“
SP 1: „Aber da hat sich schon meine Wahrnehmung und sicherlich meine Wertschätzung verändert, meinem Arzt gegenüber, dass ich denke, oh, er nimmt sich schon echt die Zeit, und er führt für das knappe Zeitkontingent und knappe Budget doch sehr ausführliche Gespräche (...).“

Selbstbewussteres Auftreten

Gesteigerte Aufmerksamkeit und Wissen zu kommunikativen Details einer Konsultation können SP insgesamt selbstbewusster und aktiver agieren lassen. Etliche SP fühlten sich durchaus kompetent, ihre eigenen Bedürfnisse als Patientin in der Konsultation klar zu formulieren.

SP 11: „Ich habe keine Angst, Angst in Anführungsstrichen, wenn man das so sagt, keine Scheu, Dinge anzusprechen, die mir auffallen, und mir fallen jetzt mehr Dinge auf als früher.“

SP 9: (...) „dass ich eindeutig kritischer geworden bin, dass ich mich mehr traue nachzufragen und dass, ja, nicht immer, das klappt nicht immer so, aber- also, es hat mir weiter geholfen, weil ich mich- mein Selbstverständnis als Patient etwas gewachsen ist, so als- also, mein Selbstbewusstsein.“

SP 9: (...) „Ich will nicht sagen, dass ich mich in allen Fällen mehr traue, ähm, aber in den meisten Fällen frage ich mehr.“

3.3. Simulation und „echtes Leben“: Drei Fälle

Die folgenden drei Fallgeschichten, die wir im zweiten Schritt der Analyse herausgearbeitet haben, sind Beispiele dafür, wie die Erfahrungen aus Unterricht und Feedbacktraining der SP sich stark auf deren Alltag ausgewirkt haben. Frau H. steht für einen Typus von SP, die einen tieferen Einblick in das Gesundheitssystem und deren Akteure, insbesondere den Ärzten bekommen hat, und die deshalb selbstbewusster und aktiver in diesem System agieren kann. Frau M. steht für eine Gruppe von SP, die schon vor ihrer SP-Tätigkeit mit dem Gesundheitssystem vertraut war und einen alltäglicheren Umgang mit Ärzten hat, aber trotzdem kritisch beobachtet. Frau B. ist ein außergewöhnlicher Typus und hat ein Alleinstellungsmerkmal, da sie ihrer Tätigkeit als SP eine psychotherapeutische Wirkung zuschreibt, mit dem Ziel ihre Angst vor Krankenhäusern und Ärzten zu verlieren.

Frau H. (SP6): Lehrend auch außerhalb der Lehrsituation
Frau H., eine 68-jährige Rentnerin und ehemalige Lehrerin, arbeitet seit Beginn des SP Programms bei uns mit. Sie präsentiert sich im Interview und auch innerhalb der SP-Tätigkeit selbstbewusst und überzeugend. Einige Jahre vor ihrer SP-Tätigkeit wurde eine chronische Erkran-

kung diagnostiziert, sodass sie häufig verschiedene Ärzte besuchen muss. Trotzdem beschreibt sie ihren Alltag als wenig von Krankheiten beherrscht. Frau H. ist in verschiedenen kulturellen Einrichtungen der Stadt engagiert und arbeitet zusätzlich als ehrenamtliche ambulante Betreuerin von Demenz-Erkrankten. Ihr Wunsch ist es, Dinge, die sie als SP gelernt hat, in die „echte medizinische Welt“ zu transportieren.

Frau H. beschreibt im Interview, dass sie in den vergangenen Jahren oft eine diffuse Unzufriedenheit mit Ärzten erlebt hat. Ihre Tätigkeit als SP hat es dann ermöglicht, dieses Gefühl zu konkretisieren und zu äußern. Inzwischen gibt sie auch ihren behandelnden Ärzten Feedback, wenn sie dies für nötig hält und fragt an allen Stellen nach, die ihr unklar sind.

(...) „Ähm und da bin ich sehr kritisch jetzt inzwischen auch,“ (...) „ja, ich hinterfrage alles“.

Über eine Situation schildert sie beispielhaft, wie sie einen unangemessenen Kommunikationsstil einer Ärztin direkt anspricht:

„(...) Und da habe ich ihr gesagt, wissen Sie, ich bin hier rein gekommen mit Herzklopfen, habe ihr mein Gefühl geschildert, (...) - ich habe nicht gesagt, dass ich Simulationspatientin bin, das habe ich natürlich nicht gesagt und ich habe gesagt, - ich habe eigentlich erwartet, dass Sie mich von Anfang an wahrnehmen!“

Wie auch andere SP beschrieben haben, gibt Frau H. andererseits zu, seit der Unterrichtstätigkeit die Arbeitsbelastung und den Alltag von Ärzten besser einschätzen und darauf Rücksicht nehmen zu können:

„...also wenn ich jetzt zum Arzt gehe, sollte ich meine Beschwerden, die ich habe, konkretisieren, vielleicht mir stichwortartig aufschreiben, dass ich nicht vom Hundertsten ins Tausendste komme, um auch den Arzt in der Praxis nicht zu überfordern“ ... „dann muss ich auch als Patient ein bisschen Einfühlungsvermögen haben für den Arzt ...“

Frau M. (SP 10): Simulation versus Realität

Frau M., 55 Jahre alt, hat lange als Chefsekretärin eines Abteilungsdirektors der Universitätsmedizin gearbeitet. Sie ist seit 3 Jahren als SP tätig. Von einer kleinen Gehbehinderung abgesehen, ist sie eine sehr aktive Person, besucht regelmäßig die „Universität des dritten Lebensalters“ und arbeitet ehrenamtlich bei der Telefonseelsorge. Aus der Analyse ging hervor, dass trotz des subjektiv wahrgenommenen Kompetenzzuwachses die meisten SP die reale Arzt-Patientenbeziehung trotzdem als persönlich asymmetrisch beschrieben - Frau M. allerdings, vermutlich bedingt durch ihre Berufserfahrung - scheint unabhängig von ihrer SP-Tätigkeit mit medizinischen Institutionen bereits vertraut zu sein und hat gegenüber anderen SP deshalb einen eher pragmatischen Blick auf ihr Arzt-Patienten-Verhältnis:

„... zu dem Zeitpunkt oder ab dem Zeitpunkt, seit ich mhm mit Ärzten zusammen gearbeitet habe, hatte sich schon ganz viel verändert. Mhmm ich denke mal, ich kann Situationen, was das Verhalten von Ärzten betrifft, objektiver beurteilen, auf Grund dieser Situa-

tion.“ (ehem. Chefsekretärin in einer Klinik) (...) „Also für mich ist ein Arzt ein Arzt und äh nichts anderes, das ist genau so, als würde ich mir jetzt hier ein Installateur in meine Wohnung kommen lassen.“

Stärker als andere SP betont Frau M. einen Unterschied zwischen realer und Lehrsituation, und ist in der Lage, rasch zwischen beiden Situationen zu wechseln:

„Also als Patientin muss ich einfach sagen, äh habe ich es in der Höchstform der Negativität erlebt und muss dann auch im Nachhinein insbesondere jetzt in diesen Rollen darüber schmunzeln, ich hatte z.B. eine Situation, da hatte ich selbst vormittags einen Arztbesuch und dann nachmittags SP und hatte dann das krasse Gegenteil erlebt (...) Mhmm ich würde sagen, das Ziel, was hierbei (Unterricht) angesteuert wird, wäre der Idealfall für den Patienten, ich selber habe es bisher in den seltensten Fällen so erlebt, ähm ich muss es einfach mal so einfügen, das war auch für mich das (...) warum ich das tue.“

Frau M.s Einblick gründet sich vermutlich nicht auf einen Zuwachs an Empathie (wie z.B. bei Frau H.), sondern auf ihre Funktion als Teil des „Medizinapparates“ - den Faktor Zeit identifiziert sie daher als einen der wichtigsten in Bezug auf reale Konsultationen.

„Ähm die Unterrichtssituation zielt ja wirklich darauf ab, eben für den Patienten da zu sein und ihm die Chance zu geben, sich darzustellen und eben ja sein Problem herauszufinden, das ist natürlich in einer üblichen Praxis oder bei jeglichen Arztbesuchen sicherlich auch das Ziel, häufig ist einfach der Faktor Zeit bei dem Arzt gegeben, das ist auch häufig ganz doll spürbar.“

Frau B. (SP3): SP-Tätigkeit als Therapie

Frau B., eine 59 Jahre alte Hausfrau, die sich ehrenamtlich stark in ihrer Gemeinde engagiert, arbeitet seit 3 Jahren bei uns als SP. Im ersten Teil des Interviews sprach sie eher sachlich und formulierte allgemeine, eher unpersönliche Statements. Später zeigte sich, dass die Motivation, als SP zu arbeiten, sehr stark mit einem traumatischen Erlebnis zu tun hatte, das bereits vor 35 Jahren im Rahmen einer Kaiserschnitt-Operation stattgefunden hatte.

In einer Unterrichtssituation am Krankenbett am ersten postoperativen Tag wurde Frau B. mit einem Gynäkologen konfrontiert, den sie als sehr unsensibel wahrgenommen hat. Sie konnte sich genau erinnern, dass dieser sie mit den Worten angeschrien hatte: „stellen Sie sich doch nicht so an!“ Im Interview imitierte Frau B. die Stimme des Arztes - was zeigt, wie sehr die Situation auch nach über 30 Jahren noch emotional präsent war. Die Situation war ein wesentlicher Teil der Ursache, dass sie für viele Jahre Angst vor Krankenhäusern hatte:

„(...) Also wenn ich das jetzt erzähle, ich kriege immer noch ein Herzrasen, ich könnte auch losheulen jetzt, wo sie so mitfühlend mir gegenüber sitzen und das nach 35 Jahren!“

Da der Studentenunterricht in der gleichen Klinik stattfindet wie Frau B.s Kaiserschnitt vor 35 Jahren, ist sie gezwungen, das Gebäude weiterhin zu betreten, allerdings

nicht mehr als Patientin, sondern in einer ganz anderen Rolle: dies scheint ihr geholfen zu haben, ihre Angst zu überwinden:

„Verloren, dieses Wort verloren, ich bin mir in Krankenhäusern immer so verloren vorgekommen. Ähm und ähm hatte die Angst, da würde mir keiner helfen, sonderbar, aber obwohl ich da krank liege. ... Es hat mir geholfen dieses Krankenhaus anzunehmen, in das ich zweimal im Jahr ja gehe wenn die Prüfungen (OSCE) sind, vor Krankenhäusern habe ich immer wahnsinnige Angst gehabt. Ich bewege mich da jetzt eigentlich ziemlich alltäglich, das ist natürlich für mich etwas ganz Tolles. Das hat sich für mich sehr verändert (...) dass ich doch bestimmt um 70% weniger Angst habe. Das hat sich verändert.“

Training und Unterrichtssituationen haben bei Frau B., ähnlich wie fast allen SP, dazu geführt, sich selbstbewusster zu fühlen und anders agieren zu können:

„Wenn mir so was wie früher noch mal passieren würde, das war eine Sache, die würde ich mir nie wieder gefallen lassen.“

4. Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Tätigkeit als SP das Erleben und Handeln als „reale Patientin“ beeinflussen kann: SP sind im Arztkontakt selbstbewusster, zeigen größeres Verständnis für die Situation von Ärzten. Die Tätigkeit kann sogar geeignet sein, um eigene Ängste im Gesundheitssystem abzubauen. Die hier sichtbar gewordenen Veränderungen führen vermutlich – im Sinne des „patient empowerment“ – zu einem besseren Kenntnisstand des eigenen Krankheitsverlaufs, einer größeren Verantwortungsübernahme, einer stärkeren Kontrolle des Krankheitsgeschehens und zu einem sichereren Auftreten als Patientin [18].

4.1. Simulationspatienten-Training als ein Weg zum patient-empowerment?

Unsere Ergebnisse werden durch Studien aus den Niederlanden und den USA bestätigt: [10-12] auch hier wird beschrieben, dass die Arbeit als SP zu einem stärkeren Selbstbewusstsein führt und die SP sich sowohl aufmerksamer als auch kritischer ihren Ärzten gegenüber verhalten. In zwei Studien [10,13] schildern SP, dass sie sich verbal kompetenter fühlen und in realen Konsultationen ihre Anliegen konkreter formulieren konnten, diesen Effekt haben auch unsere Befragten analog beschrieben. Woodward [13] stellt die Frage, ob in diesem Kontext Ärzte „need to worry because they face „supercritical“ patients“: in manchen Fällen haben in o.g. Studie SP im Laufe ihrer Tätigkeit aus Unzufriedenheit ihren Hausarzt gewechselt - dies hat in unserer Befragung kein SP geschildert. Im Gegenteil: unsere Befragten schilderten mehrheitlich ein größeres Verständnis für den ärztlichen Alltag, den sie durch ihre SP-Tätigkeit kennengelernt

hatten. Trotzdem, wie im Beispiel von Frau H. plastisch geschildert, ergreifen SP in Sinne einer geschulten Patientin die Möglichkeit, ihren Ärzten eine konkrete Rückmeldung zu geben, wenn sie unzufrieden sind.

In den von uns geführten Interviews kamen keinerlei negative Aspekte der SP-Tätigkeit zur Sprache. Im Gegensatz dazu schildern Bokken und Mitarbeiter, dass es durchaus „Nebenwirkungen“ im Sinne von Erschöpfung oder auch physischen Beschwerden bei SP geben kann [19]. In unserem Institut werden SP allerdings hauptsächlich zum Üben kommunikativer Kompetenzen im Unterricht eingesetzt und nicht für körperliche Untersuchungen. Im Rahmen der SP-Tätigkeit werden offenbar Kompetenzen erworben, die zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit, Selbstbestimmtheit und verbesserten verbalen Fähigkeiten in Arztkontakten führen können. Patientinnen, die besser ihre eigenen Bedürfnisse einfordern können und sogar zurückmelden, wenn die Kommunikation unglücklich verläuft, sind ganz im Sinne des empowerment zu „mündigen Patientinnen“ geworden [20]. Training und strukturiertes Rollenspiel von SP können daher ein Modell zum empowerment auch von „realen Patientinnen“ sein.

4.2. Verschiedene Wege zur mündigen Patientin

Trotz identischem Training und gleichen Bedingungen der SP-Tätigkeit haben Frau B., Frau H. und Frau M. sehr verschiedene Wege gefunden, in ihrem Alltagsleben als Patientin Veränderungen umzusetzen:

1. *Frau B.s Fall* („SP-Tätigkeit als Therapie“) zeigt eine Konstellation, die nach unserer Kenntnis bis jetzt in der Literatur noch nicht beschrieben wurde: eine traumatische Erfahrung, die Angst vor Ärzten und Krankenhäusern verursachte, wird durch die Tätigkeit als SP überwunden. Frau B. konnte - offenbar als ein Art Coping-Strategie - ihre negative Erfahrung umwandeln, indem sie Teil der Lehr- bzw. Ausbildungssituation in derselben Institution wurde, die die negative Erfahrung ausgelöst hat. Wir wissen nicht, ob diese Erfahrung der Auslöser für ihre SP-Tätigkeit war, aber diese Tätigkeit hat ihr ganz offensichtlich geholfen, im Alltag als Patientin gestärkt zu sein.
2. *Frau H. („Lehrend auch außerhalb der Lehrsituation“)* repräsentiert einen ganz anderen Typ von SP: Als Expertin für genaues Beobachten, klares Formulieren und strukturiertes Rückmelden transportiert sie ihre SP-Fähigkeiten in ihren realen Patientenalltag. Standards, die sie in der Lehrsituation erlebt, möchte sie auch im medizinischen Alltag angewandt wissen. Ziel ist eine langfristige Verbesserung von Konsultationen, nicht nur im Unterricht, sondern auch außerhalb der Lehrsituation. Frau H.'s Verhalten erinnert an das Konzept des „patient-as-professional“ [21], das deutlich über die Rolle des informierten Patienten hinausgeht. Gewissermaßen als Teil des interprofessionellen Praxisteams gestaltet und koordiniert der patient-as-professional seine Behandlung, kennt seine

Krankheit, stellt ggf. Entscheidungen von Ärzten infrage und ist oft in einen Netzwerk verankert, in dem er sich engagiert. So erzählte eine Patientin in einer australischen Studie, die dieses Konzept explorierte, wie sie ihren Hausarzt auf dem Laufenden halten musste, selbst nach den Wirkungen und Nebenwirkungen ihrer Medikamente fragte und letztlich das gesamte Praxisteam für die eigenen Zwecke organisierte [22]. Obwohl Frau H. nach eigener Einschätzung schon immer eine selbstbewusste Persönlichkeit war, hat erst das Training als SP sie befähigt, auch im medizinischen Kontext für ihre Belange aktiv einzutreten.

3. *Frau M.*, die einen medizinischen Hintergrund hat, repräsentiert einen dritten Typus von SP: Sie unterscheidet klar zwischen Unterricht und Patientenalltag, kennt in letzterem die Defizite – Zeitmangel, fehlende kommunikative Kompetenz – hat aber trotzdem den starken Wunsch, aus der Lehrsituation heraus Änderungen zu initiieren. Ihre beiden Rollen als SP und reale Patientin trennt sie strikt und fühlt sich durch die SP-Tätigkeit nicht im Patientenalltag beeinflusst. Frau M. präsentierte sich im Interview eher rational, und bot wenige subjektive Erzählungen im Interview. Sie argumentierte stark aus einer Expertenrolle heraus, im Sinne einer „professionellen SP“ oder eines „patient-as-professional“ [21], die ihr Wissen mit anderem teilen möchte [13], [14], [23].

4.3. Stärken und Schwächen

Eine Stärke dieser Studie ist offene Form, in der die Interviews durchgeführt wurden, wodurch den SP maximaler Gestaltungsfreiraum und Möglichkeit zur eigenen Schwerpunktsetzung gegeben wurde. Durch die Auswertung im multiprofessionellen Team konnten die Perspektiven verschiedener Disziplinen berücksichtigt und diskutiert werden.

Einschränkend ist festzuhalten, dass wir zwar ein umfangreiches Bild unserer erfahrenen SPs erhielten, aber aufgrund der lokalen Begrenzung diese Ergebnisse weder repräsentativ für SP in Deutschland noch theoretisch gesättigt sind [24]. Training und Lehrmethoden können an anderen Standorten differieren, sodass sich Fähigkeiten und Erfahrungen von SP an anderen Standorten unterschieden können. Die von uns eingeladenen SP erklärten sich alle zur Studienteilnahme bereit, waren aber eventuell motiviert, beispielsweise im Sinne einer sozialen Erwünschtheit, eher positive Dinge zu berichten.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Persönlicher Hintergrund, Erfahrungen und Motivation von Simulationspatienten können sehr unterschiedlich sein. Trotzdem scheint die SP-Tätigkeit, die mit regelmäßigem Training und dem Durchspielen von Konsultationssituationen einhergeht, Selbstbewusstsein und Aufmerksamkeit von SP generell zu steigern. Sie kann sogar dazu

führen, diese Fähigkeiten an anderer Stelle im Alltag einzubringen. Aus Befragungen von Patientinnen wissen wir [17], dass innerhalb von Konsultationen patientenseitige Angst, Sorge oder Hemmungen, Probleme anzusprechen, sehr häufig vorhanden sind. Abgesehen von dem Appell, Ärzte sollten patientenzentrierter kommunizieren, könnte ein Training analog zu dem von SP (genaues Beobachten, präzises Ausdrücken eigener Belange, strukturiert Rückmeldung erteilen) die Position der Patientinnen in der Konsultation verbessern und daher für alle Beteiligten hilfreich im Sinne einer stärkeren Berücksichtigung der Patientenwünsche sein. Diese Kompetenzen werden an verschiedenen Standorten in Deutschland z.B. in sog. „Patientenuniversitäten“ vermittelt und tragen zum Empowerment von chronisch kranken Patientinnen bei. Die von unseren SP und auch in internationalen Studien beschriebenen Veränderungen harmonisieren gut mit dem Konzept des „professionellen Patienten“ [22] – mit dem Ziel, Patientinnen zu stärken und ihnen Hilfestellungen in ihren Gesprächen mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu geben [19].

Wenn die Tatsache, dass SP im Verlauf ihrer Tätigkeit kompetentere Patientinnen werden auch an anderen Standorten zutrifft, kann dies sowohl zur Rekrutierung von künftigen SP als auch in der Trainingssituation nutzbar gemacht werden. SP sollten um die Tatsache wissen und SP-Trainer sollten sie im Training thematisieren bzw. bei erfahrenen SP als Ressource mit einbeziehen.

Ein Aufgabe zukünftiger Forschung wäre es herauszufinden, wie SP-Trainingsmethoden in andere Settings des Gesundheitswesens übertragen werden können, um z.B. Menschen mit chronischen Erkrankungen oder generell Menschen, die dies explizit wünschen, eine selbstbestimmtere Rolle im medizinischen Kontext zu eröffnen.

Danksagung

Wie danken unseren Simulationspatienten für ihre Bereitschaft, sich interviewen zu lassen. Außerdem danken wir Kathrin Püschel für ihre Hilfe bei der Datenanalyse.

Autoren

PD Dr. med. ANNE SIMMENROTH-NAYDA arbeitet als angestellte Ärztin in einer Hausarztpraxis und ist Lehr-Koordinatorin des Institutes für Allgemeinmedizin und Leiterin des studentischen Trainingszentrums an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG).

Dr. disc.pol. GABRIELLA MARX ist Forschungskoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abt. Palliativmedizin an der (UMG). Spezielles Interesse: Qualitative Forschung, Patientenperspektive.

Dr. med. THORSTEN LORKOWSKI schrieb seine Doktorarbeit über Simulationspatienten am Institut für Allgemeinmedizin der UMG. Zurzeit arbeitet er als Arzt in Weiterbildung im städtischen Krankenhaus Buxtehude.

Prof. Dr. disc. pol. WOLFGANG HIMMEL ist akademischer Oberrat und Forschungs koordinator am Institut für Allgemeinmedizin an der UMG. Spezielles Interesse: Arzt-Patientenbeziehung, Patientenperspektive, Versorgungsforschung.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Abe K, Roter D, Erby LH, Ban N. A nationwide survey of standardized patients: who they are, what they do, and how they experience their work. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):261–264. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.017
2. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills AAMC. *Acad Med.* 1993;68(6):443–451; discussion 451–453. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
3. Cleland JA, Abe K, Rethans J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach.* 2009;31(6):477–486. DOI: 10.1080/01421590903002821
4. Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer T, Scherer M, Stanske B, Kochen MM. Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Dtsch Arztebl International.* 2007;104:A-847.
5. Plaksin J, Nicholson J, Kundrod S, Zabar S, Kalet A, Altshuler L. The benefit and risks of being a standardized patient: a narrative review of the literature. *Patient.* 2015. DOI: 10.1007/s-40271-015-0127-y
6. McNaughton N, Tiberius R, Hodges B. Effects of Portraying Psychologically and Emotionally Complex Standardized Patient Roles. *Teach Learn Med.* 1999;11:135–141. DOI: 10.1207/S15328015TL110303
7. Bokken L, van Dalen J, Rethans J. Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Med Educ.* 2004;38(1):1089–1094. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01958.x
8. Hanson M, Tiberius R, Hodges B, MacKay S, McNaughton N, Dickens S, Regehr G. Adolescent standardized patients: method of selection and assessment of benefits and risks. *Teach Learn Med.* 2002;14(2):104–113. DOI: 10.1207/S15328015TLM1402_07
9. Rubin NJ, Philp EB. Health care perceptions of the standardized patient. *Med Educ.* 1998;32(5):538–542. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1998.00259.x
10. Wallach PM, Elnick M, Bogner B, Kovach R, Papadakis M, Zucker S, Speer A. Standardized patients' perceptions about their own health care. *Teach Learn Med.* 2001;13(4):227–231. DOI: 10.1207/S15328015TLM1304_03
11. Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R. Ratings of physician communication by real and standardized patients. *Ann Fam Med.* 2007;5(2):151–158. DOI: 10.1370/afm.643
12. Boerjan M, Boone F, Anthierens S, van Weel-Baumgarten E, Deveugele M. The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Educ Couns.* 2008;73(1):22–27. DOI: 10.1016/j.pec.2008.05.028
13. Woodward CA, Gliva-McConvey G. The effect of simulating on standardized patients. *Acad Med.* 1995;70(5):418–420. DOI: 10.1097/00001888-199505000-00020

14. Gillespie C, Bruno JH, Kalet A. What standardised patients tell us about 'activating' patients. *Med Educ.* 2009;43(11):1112–1113. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03502.x
15. Aspegren K. BEME Guide No. 2. Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach.* 1999;21(6):563–570. DOI: 10.1080/01421599978979
16. Bohnsack R. Group Discussions and Focus Groups. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg). *A companion to qualitative research.* London, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2004. S.214–221.
17. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):468–474. DOI: 10.1016/j.pec.2011.04.011
18. Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the ongoing literature debate. *Health Expect.* 2014. DOI: 10.1111/hex.12299
19. Bokken L, van Dalen J, Rethans J. The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Med Educ.* 2006;40(8):781–786. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02529.x
20. von Reibnitz C, Schnabel PE, Hurrelmann K. *Der mündige Patient.* Weinheim, München: Juventa; 2001.
21. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect.* 2014;17(3):303–310. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x
22. Phillips RL, Short A, Kenning A, Dugdale P, Nugus P, McGowan R, Greenfield D. Achieving patient-centred care: the potential and challenge of the patient-as-professional role. *Health Expect.* 2014. DOI: 10.1111/hex.12234
23. Chesire J, Ziebland S. Narrative as a resource in accounts of the experiences of illness. In: Thornborrow J, Coates J (Hrsg). *The sociolinguistics of narrative.* Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins Pub. Co; 2005. S.17–40. DOI: 10.1075/sin.6.02che
24. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine Pub. Co; 1967.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Anne Simmenroth-Nayda
 Universitätsmedizin Göttingen, Institut für
 Allgemeinmedizin, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen,
 Deutschland, Tel.: +49 (0)551/39-2647
 asimmen@gwdg.de

Bitte zitieren als

Simmenroth-Nayda A, Marx G, Lorkowski T, Himmel W. Working as simulated patient has effects on real patient life – Preliminary insights from a qualitative study. *GMS J Med Educ.* 2016;33(3):Doc42. DOI: 10.3205/zma001041, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010415

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001041.shtml>

Eingereicht: 09.10.2015

Überarbeitet: 04.03.2016

Angenommen: 04.03.2016

Veröffentlicht: 17.05.2016

Copyright

©2016 Simmenroth-Nayda et al. Dieser Artikel ist ein
Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der
Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung).
Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.