

Zahlen oder Worte – was ist ein guter Fortbildungstext?



Über gute Fortbildung, das heisst über Fortbildung, die etwas bewirkt, die auch Verhalten zu verändern vermag, existiert eine bereits unüberblickbare Literatur.

Nicht immer sind die Empfehlungen, Gebote und Erkenntnisse zur Methodik allerdings ganz so *evidence-based*, wie sie es von den Fortbildungsinhalten selber dann mit Selbstverständlichkeit verlangen.

Die einen schwören auf die nüchterne Wiedergabe von Ergebnissen aus randomisierten Doppelblindstudien, die dann beim Empfänger für sich selber sprechen sollten. Die anderen raten zu interaktiven Augenkontakten und virtuellen Gesprächen mit einem Bildschirm, da alles andere nicht mehr modern sei. Wieder andere setzen ihre Hoffnung auf das Erarbeiten von Kenntnissen im Kollegenkreis, der zwar am Feierabend stattfindet, aber nicht als lockere Plaudergruppe, sondern als strukturierter Zirkel.

Und nochmals andere lassen sogar das klassische Referat im heruntergedimmten Dämmerlicht noch gelten, zumindest wenn der Referent rhetorische und didaktische Funken sprüht.

Aus aktuellem Anlass – der Weiterentwicklung der Zeitschrift *PrimaryCare* nämlich – ist auch die Frage nach den Anforderungen an einen guten Fortbildungstext wieder einmal auf das Diskussionspodium geraten. Denn, vergessen wir nicht: Neben den 50 Stunden obligatorischer Fortbildung, die wir in strukturiert-erkanntem Rahmen interaktiv, rezeptiv oder eher passiv absolvieren und kartographieren müssen, erwartet die FMH noch dreissig Stunden selbständige Lektüre von jedem von uns. Damit sind wohl eher keine Arzttromane oder Reise- und Weinjournale für Ärzte gemeint, sondern hochernsthafte Artikel, die uns bei unseren täglichen Entscheidungen weiterhelfen.

Beim Stichwort «medizinische Publikationen» fallen uns zunächst einmal die klassischen Berichte über wissenschaftliche Studien und die Übersichtsartikel ein, wie sie weltweit in üppigem Mass publiziert werden. Im Editorial zu *PrimaryCare* 3/2003 stellen J. de Haller, B. Kissling, B. Rindlisbacher und F. Mottu diesen traditionellen Formen der medizinischen Berichterstattung die Möglichkeit narrativ verfasster Beiträge gegenüber.

Narrativ heisst erzählend. Ja, können denn Erzählungen Anspruch auf Platz in einer seriösen Zeitschrift erheben? Gelten nicht kasuistische Beiträge an sich schon als akademisch zweitrangig? Wie ist denn erst ein ärztlicher Fabelerzähler zu klassifizieren?

Nein, ich bin fest davon überzeugt, dass die narrative Form von Berichten aus Praxis und Klinik nicht nur einen Platz in der medizinischen Literatur hat, sondern gefördert werden muss. Genau so, wie das Wort in der Medizin gegenüber der Zahl wieder mehr Bedeutung erlangen muss. Genau so, wie es letztthin formuliert wurde: Wir brauchen eine Pharmakologie der Worte, nicht nur der chemischen Moleküle!

Dieser Enthusiasmus für narrative Artikel gilt allerdings nur unter ganz klaren Voraussetzungen: Narrativ heisst nicht unwissenschaftlich. Narrativ heisst nicht Plauderei. Narrativ heisst nicht Schreibtherapie für den Verfasser. Narrativ ist auch kein Synonym für blosser Kasuistik.

Ein narrativer Bericht stellt die Geschichte eines Patienten ins Zentrum, sein Erleben, sein Leiden, seine Krankheit. Ein solcher Text hat im Grunde genommen zwei Autoren, den Patienten und den Arzt. Ein ausgezeichnetes Buch zu dieser Thematik ist «Narrative Based Medicine», herausgegeben von T. Greenhalgh und B. Hurwitz, BMJ Books 1998. Dort wird darauf hingewiesen, dass die wissenschaftliche Forschung grosse Zahlen und statistisch auswertbare Kriterien braucht, dass aber hinter allen Punkten in einer publizierten Graphik, auf jeder Überlebenskurve, in jedem Säulendiagramm unzählige Einzelschicksale stehen, deren individuelle Wahrheit sich letztlich nie ganz mit der generalisierbaren Wahrheit – oder dem wissenschaftlichen Anspruch auf Wahrheit – deckt. Diesem Spannungsfeld gerecht zu werden, ist die Herausforderung an den Verfasser eines solchen Berichtes.

Zwei weitere Argumente für die Aufnahme ausgewählter narrativer Berichte in eine Zeitschrift wie *PrimaryCare*: Sind sie gut geschrieben und gelingt ihnen der Spagat zwischen Erleben des Patienten, Schilderung eines Krankheitsverlaufs und einer Interpretation mit Brückenschlag zur geltenden Evidenz, dann sind sie didaktisch ganz besonders wirkungsvoll. Gute Geschichten bleiben vielen von uns prägnanter als eine statistische Messgrössendifferenz. Im erwähnten Buch wird sogar der Anekdote ein Platz in der Fortbildung eingeräumt, einer ganz kurzen Geschichte mit lehrreicher Pointe (die allerbesten seien übrigens die erfundenen!).

Narrative Berichte geben zudem praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, die Freude am Schreiben und etwas Talent zum Formulieren haben, die Möglichkeit, eindrucksvolle Erfahrungen weiterzugeben, zu interpretieren und zur Diskussion zu stellen.

Und nun: An die Tasten!

Dr. Werner Bauer,
Past president KHM

Des chiffres ou des mots – qu'est-ce qu'un bon texte de formation continue?



Il y a déjà une littérature inimaginable sur la bonne formation continue, à savoir celle qui produit quelque chose, qui permet de modifier sa manière de faire.

Les recommandations, obligations et connaissances de la méthode ne sont cependant pas toujours si «evidence-based» que l'exigent de toute évidence les contenus mêmes de la formation continue.

Les uns ne jurent que par la présentation insipide de résultats d'études randomisées et en double aveugle, qui devraient être suffisamment parlants d'eux-mêmes pour l'auditeur. Les autres préconisent plutôt les contacts visuels interactifs et les discussions virtuelles avec un écran, car tout le reste n'est plus moderne. D'autres encore placent leurs espoirs dans la discussion de connaissances en cercles collégiaux, en soirée certes, et pas en groupes de discussion désorganisés mais en cercles bien structurés.

Les derniers enfin sont d'avis que l'exposé classique dans une pénombre artificielle est encore valable, pour autant que l'orateur jette des étincelles rhétoriques et didactiques.

D'actualité, à savoir le développement de la revue PrimaryCare, la question de ce que l'on exige d'un bon texte de formation continue a repris sa place sur le podium de discussion. Car ne l'oublions pas: en plus de cinquante heures de formation continue obligatoire que nous devons accomplir dans un cadre structuré et reconnu, réceptifs ou plutôt passifs, et cartographier, la FMH attend encore de chacun de nous trente heures de lecture en privé. Et il ne s'agit pas de romans médicaux, de journaux de voyage ni de livres de vins pour médecins, mais d'articles parfaitement sérieux qui nous aident dans nos décisions de chaque jour.

Sous le terme de «publications médicales», nous avons tout d'abord les comptes-rendus classiques d'études scientifiques et les revues, qui sont abondamment publiés dans le monde entier. Dans l'éditorial de PrimaryCare 3/2003, J. de Haller, B. Kissling, B. Rindlisbacher et F. Mottu opposent à ces formes traditionnelles d'articles médicaux l'option des articles sur le mode narratif.

Narratif veut dire qui raconte. Mais les narrations peuvent-elles prétendre à avoir leur place dans une revue sérieuse? Les articles casuistiques ne figurent-ils pas déjà au second rang académique? Comment alors classer un médecin conteur?

Non, je suis fermement convaincu que la forme narrative pour les articles du cabinet médical et de l'hôpital non seulement a sa place dans la littérature médicale, mais qu'il faut la développer. Exactement comme le verbe doit retrouver une plus grande importance que le chiffre en médecine. Exactement comme cela a été formulé récemment: nous avons besoin d'une pharmacologie des mots, et pas seulement des molécules chimiques!

Cet enthousiasme pour les articles narratifs n'a cependant de valeur que dans des conditions parfaitement claires: narratif ne signifie pas non scientifique. Narratif ne signifie pas babillage. Narratif ne signifie pas thérapie par l'écriture pour son auteur. Et narratif n'est pas synonyme de simple casuistique.

Un article narratif place en son centre l'histoire d'un patient, son vécu, sa souffrance, sa maladie. Un tel texte a au fond deux auteurs, le patient et son médecin. T. Greenhalgh et B. Hurwitz ont rédigé un excellent ouvrage sur ce thème: «Narrative Based Medicine», BMJ Books 1998. Ils précisent que la recherche scientifique a besoin de grands nombres et de critères statistiquement analysables, mais que derrière tous les points d'un graphique publié, sur chaque courbe de survie, dans chaque colonne d'un diagramme se cachent d'innombrables destinées personnelles, dont l'authenticité individuelle ne recoupe jamais tout à fait la vérité généralisable, ou du moins la prétention scientifique de vérité. Le défi posé à l'auteur d'un tel article est de tenir compte de cette atmosphère de tension.

Deux autres arguments pour accepter des articles narratifs choisis dans une revue telle que PrimaryCare:

S'ils sont bien rédigés, s'ils parviennent à franchir le fossé entre le vécu du patient et la présentation de l'évolution d'une maladie et d'une interprétation avec une passerelle menant à l'évidence en vigueur, ils sont particulièrement utiles didactiquement parlant. Pour beaucoup d'entre nous, les bonnes histoires restent plus présentes qu'une différence statistique entre plusieurs paramètres. L'ouvrage cité laisse même une place à l'anecdote dans la formation continue, une toute petite histoire avec des points très didactiques (mais les meilleures sont les inventées!).

Les articles narratifs donnent en outre aux médecins praticien/nes ayant plaisir à écrire et quelque talent à exprimer, la possibilité de transmettre des expériences impressionnantes, de les interpréter et de les soumettre à la discussion.

Et maintenant: à vos claviers!

*Dr Werner Bauer,
Past president CMPR
(traduction: G.-A. Berger)*