

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE UTRECHT

Onderwijs geven is onderwijs meten

Toetsing staat in de belangstelling. De afgelopen jaren verschenen over dit onderwerp verschillende publikaties, waaronder het Rapport *Toetsing in de huisartsgeneeskunde* van de Werkgroep Toetsing van het NHG. Ook in de universitaire huisartseninstituten doet de behoefte aan toetsingsprogramma's zich steeds meer voelen. In deze bijdragen beschrijven Drs. H. M. Pieters, Dr. K. Gill en Prof. Dr. J. C. van Es de ontwikkeling van een toetsingsprogramma voor de beroepsopleiding tot huisarts in Utrecht.

Inleiding

Onderwijskundig gezien is het belangrijk dat onderwijs getoetst wordt om te kunnen vaststellen of de gestelde doelen inderdaad bereikt zijn, en om de kwaliteit van het eindprodukt te kunnen beoordelen. Tevens is er behoefte aan toetsing, omdat de docent zo gedwongen wordt zich meer bewust en expliciet rekenschap te geven van de doelstellingen van het onderwijs.

Het thans ontwikkelde toetsingsprogramma heeft een betrekkelijk lange voorgeschiedenis. In 1975 verscheen het rapport *Kenmerken van de huisarts*, van de hand van Van Es *e.a.* (1975). De volgende jaren is daaruit een aantal doelstellingen geselecteerd, die in een eenjarige opleiding verwezenlijkt kunnen worden. Daarmee is in het instituut een denkproces in gang gezet, dat uiteindelijk heeft geleid tot een nadere omschrijving van wat de beroepsopleiding zou kunnen inhouden en hoe bepaalde doelstellingen geëvalueerd zouden kunnen worden.

In dezelfde periode vond de ontwikkeling van een aantal simulatietechnieken in het onderwijs plaats, zoals het werken met gesimuleerde patiënten en schriftelijke simulatie (Van Es 1977). Om deze methoden verder te ontwikkelen werd een werkgroep Simulatie en Instructie Laboratorium (SIL) opgericht. In een later stadium werd ook onderzoek verricht met behulp van schriftelijke simu-

latiemethoden (Jacobs *e.a.*) en kwam een promotie-onderzoek op gang, waarin eveneens van simulatiemethoden gebruik werd gemaakt (Gerritsma en Smal).

Na een studiereis van de SIL-werkgroep naar de Verenigde Staten in 1976 werden intensieve contacten gelegd met Maatsch (East Lansing), hoogleraar medische onderwijskunde, in het bijzonder van de simulatiemethodologie. Hij had onder andere het Canadian College of Family Physicians bij het opzetten van toetsprogramma's geholpen. Later deed hij hetzelfde voor het nieuwe specialisme van de *emergency physicians*. Wij hadden het voorrecht hem tijdens een sabbatical leave voor een half jaar als gasthoogleraar aan ons instituut te verbinden (juni 1979-december 1979). Samen met Maatsch ging een inmiddels in het leven geroepen werkgroep Toetsing en Evaluatie aan de slag.

Doelstellingen

Aanvankelijk was het doel van de werkgroep medische kennis en vaardigheden te meten, die gerelateerd waren aan het rapport *Kenmerken van de huisarts*. Daarbij werd gekozen voor de *multi-method assessment approach*, dat wil zeggen een batterij van verschillende soorten testmethoden, gericht op verschillende onderdelen, zoals kennis, vaardigheden en attitude. Met dit schema voor ogen kwam de werkgroep tot het volgende concept voor een dergelijke toetsing, met hypertensie als onderwerp:

– de hoeveelheid kennis toetsen via een

selectie uit duizend multiple-choice vragen van de Universiteit van Michigan – met behulp van een schriftelijke simulatie („patient management problem”) de probleem-oplossende vaardigheden toetsen
– de medisch-technische vaardigheden toetsen met behulp van het oogspiegelfantoom voor de interpretatie van een hypertensiefundus;
– de gesprekskundige vaardigheden meten via een contact met een simulatiepatiënt.

Al doende kwamen we tot de conclusie dat het *multi-method assessment* systeem zeer bewerkelijk en tijdrovend was. Met dit systeem zouden we weliswaar de meest representatieve beoordeling van arts-assistenten kunnen verkrijgen, maar de vraag bleef welk onderdeel van het specifiek huisartsgeneeskundige handelen het meest belangrijk was. Daarop zou de toetsing zich in eerste instantie moeten richten.

De werkgroep besloot de hulpverlening van de huisarts in de spreekkamersituatie centraal te stellen. Het gaat bij professioneel handelen van de huisarts niet om geïsoleerde onderdelen van kennis, vaardigheden en attitude, maar om de wijze waarop deze aspecten in zijn hulpverleningsgedrag tot uiting komen en in het samenspel met de patiënt verwerkt worden. Uiteindelijk werd het doel een instrument te ontwikkelen om het handelen van de arts-assistent in een praktijksituatie te toetsen.

Zoals vermeld waren wij van oordeel dat juist de centrale aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen aan de orde moesten komen. Tot deze centrale aspecten werden die vaardigheden gerekend die nodig zijn om de adequate informatie te verkrijgen zonder dat onnodige somatische of psychosociale schade bij de patiënt wordt veroorzaakt. Met betrekking tot dit huisartsgeneeskundig handelen zijn theoretische kaders ontwikkeld zoals methodisch werken (Van Aalderen; Holten-Vriese-ma) en preventie van somatische fixatie (Huygen; Grol), waarvan wij bij de ontwikkeling van het instrument gebruik hebben gemaakt.

Door middel van deze toets beogen wij de arts-assistenten inzicht te bieden in hun kunnen en kennen en hen met gerichte adviezen de gelegenheid te geven tijdig bij te sturen. Met andere woorden, het gaat niet om een „summatieve” evaluatie, waarbij het om slagen of zakken gaat, maar om een „formatieve” evaluatie, die vormend is via gerichte feed-back.

* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

Het toetsingsinstrument

Hoewel wij in het kader van de reeds genoemde onderzoeksprojecten de beschikking hadden over uitgewerkte schriftelijke patiëntensimulaties, waren wij van mening dat voor deze toetsing de gebruikelijke praktijksituaties zo dicht mogelijk benaderd dienden te worden. Wij wilden namelijk in onze toets aandacht besteden aan het hantieren van de arts-patiëntrelatie. In een schriftelijke simulatie is dit niet mogelijk.

Het observeren, registreren en beoordelen van het hulpverleningsgedrag van arts-assistenten in de praktijk ontmoet echter veel methodologische bezwaren. Het unieke van de voorgeschiedenis van een arts-patiëntrelatie en het tijdspectief van de hulpverlening vormen de belangrijkste barrières om het feitelijk gedrag van arts-assistenten in de praktijk onderling te vergelijken.

Simulaties maken het mogelijk artsen met identieke patiënten en situaties te confronteren. Daarom kozen we voor een gestructureerde spreekkamersituatie waarin een arts-assistent in contact wordt gebracht met een gesimuleerde patiënt (acteur). Dit spreekuurcontact werd op de video opgenomen en vervolgens beoordeeld.

Bij de beoordeling van dit contact zouden in het bijzonder de doelstellingen van ons onderwijs, zoals preventie van somatische fixatie, op hun uitvoering gewaardeerd moeten worden. Met andere woorden, er moest een scoringslijst worden opgesteld, waarin deze doelstellingen tot uiting kwamen. Een dergelijke opzet had als voordeel een bepaalde mate van objectivering van de beoordeling, en bovendien kon zo de feed-back aan de arts-assistenten – waar het in feite om gaat – veel duidelijker en gedetailleerder plaatsvinden.

Het te beoordelen gedrag werd in twee hoofdcategorieën onderverdeeld, het meer medische proces van klacht- en probleemverheldering, anamnese, onderzoek, diagnose en therapie, en het meer relationele proces, de interactie tussen arts en patiënt, verdeeld in een aantal gesprekstechnische items. Deze twee hoofdcategorieën hebben een impliciete relatie met onderdelen uit methodisch werken en preventie van somatische fixatie.

In het samenwerkingsverband van de SIL-werkgroep beschikken wij over een pool van simulatiepatiënten. Niet alle rollen die zij kunnen brengen, zijn even geschikt voor het toetsen van kenmer-

kende aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen. Er moest een keuze worden gemaakt, waarbij wij zijn uitgegaan van verschillende criteria; alleen problematiek die op een gevarieerde wijze kan worden aangepakt en niet louter om een routinematige toepassing van kennis en vaardigheden vraagt, kon worden ingepast. Zo moet aan het begin van het contact niet direct duidelijk zijn wat er met de patiënt aan de hand is, waarom de patiënt de arts eigenlijk consulteert of wat de patiënt van de arts verwacht.

Besloten werd, als casus patiënten met onduidelijke of vage klachten (*Van Es* 1981) te nemen, omdat hierbij bij uitstek voornoemd huisartsgeneeskundig handelen naar voren kan komen.

In de ontwikkelingsfase van het toetsingsinstrument werd aan twee arts-assistenten gevraagd een spreekkamercontact met een van de simulatiepatiënten te hebben, een vrouw van 52 jaar met menopauzeklachten, die voor het eerst bij de dokter komt. Als de arts-assistent een lichamelijk onderzoek wilde verrichten of een laboratoriumbepaling wilde laten doen, moest hij kenbaar maken wat hij wilde weten en kreeg hij vervolgens de uitslag van degene die de leiding had. Voor deze vorm werd gekozen, omdat door technische problemen lichamelijk onderzoek moeilijk op video op te nemen is en wij niet kunnen waarnemen wat de arts-assistent voelt of hoort; hij moet dit toch mondeling kenbaar maken.

Dit gesimuleerde spreekkamercontact werd door de stafleden van het instituut beoordeeld aan de hand van twee scoringslijsten. Bij de scoringslijsten was een uitvoerige beschrijving van de verschillende items toegevoegd die reeds met de stafleden was doorgesproken. Het doel van deze ontwikkelingsfase was om eventuele interpretatieproblemen op te sporen, te komen tot adequate operationalisatie van de evaluatiecriteria en de praktische uitvoering op haalbaarheid te beoordelen.

Bij de nabespreking van de beoordeling bleek dat de interpretatie van de verschillende items nogal wat problemen opleverde en dat er verschillende dimensies aan de items werden toegekend. Het systeem was te ingewikkeld, te uitgebreid en praktisch moeilijk verwerkbaar.

Deze try-out had tot effect dat de stafleden meer bewust werden van het nut van toetsing en dat een eerste aanzet was gegeven om onderling tot meer overeenstemming te komen. Het werd duidelijk dat de beoordelaars getraind

moesten worden en dat de scoringslijsten vereenvoudigd moesten worden. Het „trainen” houdt in dat de beoordelaars aan elkaar duidelijk maken wat zij onder een bepaald item verstaan en vervolgens tot overeenstemming over de interpretatie komen.

Na deze ontwikkelingsfase kwam de werkgroep met een vereenvoudigde beoordelingslijst. Tevens werd een lijst voor globale beoordeling en een beoordelingslijst voor de simulatiepatiënten toegevoegd (*Hannay*).

De globale beoordeling had tot doel de beoordelaars vooraf te laten bepalen waar het accent op de verschillende basisvaardigheden uit preventie van somatische fixatie zou moeten liggen, en hoe het accent in dit contact van arts-assistent en simulatiepatiënt gelegen had. Deze globale beoordelingslijst is ingevoerd om accentverschillen in het karakter van de presentatie van de simulatiepatiënt van te voren te bepalen en daarmee aan te geven hoe hiermee omgegaan zou kunnen worden. Voor de praktische uitvoering werd een vijfpuntsschaal ontworpen met als uitersten zeer intensief en niet intensief. In globale zin krijgt de arts-assistent reeds hiermee feed-back die in de scoringslijsten wordt uitgewerkt.

De lijst voor de simulatiepatiënten is ontworpen om ook van de patiënt te horen hoe hij de patiënt-arts relatie heeft ervaren. Daarmee werd een extra dimensie aan de beoordeling toegevoegd, met als doel naast de methode ook het effect op de patiënt naar voren te laten komen. Als norm werd gehanteerd wat de beoordelaar zelf vindt dat een huisarts in dit soort gevallen moet doen.

In de eerste opzet was de norm uitgeschreven. Aangezien deze door veel discussies tot een uitgebreide bijlage was uitgegroeid, konden de beoordelaars hiermee moeilijk overweg. Daarom zijn we teruggegaan naar de impliciete norm van de beoordelaar. Dit heeft wel consequenties voor de procedure, omdat wij streven naar overeenstemming tussen de normen van de beoordelaars.

Uiteindelijk ziet het toetsingsinstrument er als volgt uit (zie ook *bijlagen 1-4*):

- *Registratie* van het hulpverleningsgedrag in een gesimuleerd spreekkamercontact met een patiënt met een vage of onduidelijke klacht.
- *Beoordeling* van het geregisteerde gedrag aan de hand van twee beoordelingslijsten.

De toetsingsprocedure

Nadat het toetsingsinstrument was ontwikkeld, werd overgegaan tot inpassing in het onderwijs:

1. Introductie van de toets in elke groep in het begin van het studiejaar.
2. Als de arts-assistent na drie maanden enig begrip heeft gekregen van huisartsgeneeskundig handelen, vindt de ingangstoets plaats.
3. Dit contact wordt beoordeeld door de eigen huisarts-groepsbegeleider en agoog en door een lid van de werkgroep Toetsing en Evaluatie. Als referentiegroepen fungeren de commissie Vorming, waarin alle stafleden van de beroepsopleiding zitting hebben, en de werkgroep Toetsing en Evaluatie. In principe wordt uit elke te toetsen onderwijsgroep één contact gekozen voor beoordeling door deze twee groepen: hun score wordt dan vergeleken met de score van de groepsbegeleiders.
4. Met de arts-assistent vindt een individuele nabespreking plaats aan de hand van een scoringslijst.
5. Zes maanden later vindt een zogenaamde voortgangstoets plaats, waarna er voor de arts-assistent nog drie maanden overblijven om de feed-back te verwerken.

Tegen deze procedure zou kunnen worden ingebracht dat een beoordeling door de eigen groepbegeleider problemen kan opleveren, in verband met diens eventuele verwachtingen ten aanzien van de score van de arts-assistent. Daarom leek ons een beoordeling door zowel de eigen groepsbegeleider als iemand van buiten de groep het meest aangewezen. Bij duidelijke afwijkingen tussen de scores kunnen die besproken worden. In een latere fase zal worden nagegaan wat de waarde van deze eventuele afwijkingen is.

Eerste ervaringen

- *Implementatie bij de arts-assistenten.* Aangezien toetsing een nieuw element in de opleiding vormt, leek het dienstig te beginnen met een uitvoerige en zorgvuldige introductie in de eerste groep. Deze introductie bood ons de kans, eventuele weerstanden expliciet aan de orde te laten komen. Er bleken inderdaad weerstanden te bestaan, zowel tegen de aard als tegen de inhoud van de toetsing. Men vroeg zich af, of het instituut de toetsing als een beoordelend examen zou gaan hantieren. Nadat hierover garanties waren gegeven, kregen wij het gevoel dat men op dit punt was gerustgesteld. De kri-

stiek op de inhoud bepaalde zich vooral tot de vraag hoe je op grond van één consult met een „geforceerde setting” tot een oordeel kunt komen. Het is echter geenszins de bedoeling een zo objectief mogelijk „totaalbeeld” van de arts-assistent te verkrijgen; het gaat erom bepaalde tendenties in een consult te constateren om een goede feed-back te kunnen geven. In deze opzet kan de arts-assistent zelf nagaan of hij zich in de feed-back herkent en of hij er iets mee kan doen. Het gaat er dus om of deze toetsing ertoe bijdraagt de arts-assistent te leren meer gestructureerd naar zichzelf te kijken en open te staan voor een op zijn persoon toegespitste feed-back. Zodoende kan de arts-assistent ook reeds tijdens zijn opleidingsjaar vertrouwd raken met de principes van intercollegiale toetsing. Voorts werd er op gewezen, dat op grond van deze procesevaluatie de kwaliteit van de opleiding verbeterd kan worden.

Deze introductie is als prettig en drempelverlagend ervaren. Later is in de groepsevaluatie gebleken, dat de arts-assistent meer open stond voor het ontvangen van feed-back.

- *Implementatie bij de beoordelaars.* Om verschillende redenen is de voorkeur uitgegaan naar een samen bekijken en beoordelen. De voornaamste motieven vormen de tijdsbesparing en het alerter blijven van de beoordelaar. Bij het alleen bekijken van de video wordt al snel een verzadigingspunt bereikt. Van het doorspreken met elkaar gaat tevens een objectiverende invloed uit en de observatiecriteria kunnen zo nodig tijdig worden bijgesteld. Dit kan gezien worden als een onderdeel van de verdere training van de beoordelaars. Als bezwaar van het samen scoren zou de wederzijdse beïnvloeding kunnen worden genoemd, die tot eenzijdigheid zou kunnen leiden. In het kader van deze toetsing hebben we dit niet als een probleem gezien, omdat het om het herkennen van bepaalde tendenties gaat en niet zozeer om fijne nuanceverschillen. Wat de items in deze lijst betreft, deze waren gemakkelijk tot clusters samen te brengen, die voor de nabespreking met de arts-assistent nuttig en praktisch bleken te zijn. De clusters waren de probleemverheldering (I en II), het klachtgericht vragen, het lichamelijk onderzoek en het laboratoriumonderzoek (III, IV en V), probleemformulering, handlingsplan en afsluiting van het contact (VI, VII en VIII), de levensloop- en gezinsaspecten en de integrale werkwijze (IX, X en XI) en de hypothesevor-

ming (XII). De categorieën IX, X en XI waren toegevoegd om relaties met theoretische concepties aan te geven. De laatste categorie hebben we echter uit praktische overwegingen niet gebruikt: wil men hierover een oordeel geven, dan vraagt dat een vergaande uitwerking. Hiervoor is de schriftelijke simulatiemethode meer geschikt.

In de clusters zijn de verschillende fasen van een arts-patiënt contact te herkennen, zoals de intake, de diagnostische fase en de evaluatie van de diagnostiek in het consult. Verder onderzoek wordt verricht naar de relatie tussen deze clusters en de vier pijlers van preventie van somatische fixatie. In een latere fase zal hierop worden teruggekomen.

Verder is opgevallen dat het voor de feed-back vooral van belang is een bepaalde trend te kunnen signaleren; deze kwam vooral in de rubriek notities tot uiting. In de kolom „opmerkingen” werd aangegeven hoe de arts-assistent aan zijn leerpunten kan werken.

Ten aanzien van de kwaliteiten van de gespreksvoering zijn er eveneens clusters te ontdekken. Deze hebben betrekking op de open en gesloten vragen, het voldoende doorvragen en het adequaat afhouden (I, II en III), de parafrases, reflecties en het ingaan op emoties (IV, V en IX), het geruststellen van en aandacht hebben voor de patiënt (VI en VII), het omgaan met weerstandsgedrag en het inzicht in het proces (VIII en XI) en het geven van informatie (XI). De sfeer van vertrouwen (X), de laatste categorie, bleek moeilijk hanteerbaar. In de nabespreking werden de relaties aangegeven tussen de onderdelen van de gespreksvoering, de medisch-inhoudelijke kant en de vier aspecten van preventie van somatische fixatie.

Bespreking

In dit verslag is tot uitdrukking gekomen hoeveel tijd de voorbereidingen hebben gekost om tot een bruikbaar instrument te komen. De factor tijd heeft eveneens een rol gespeeld bij het afnemen van de toets zelf (*tabel*). De reeds genoemde introductie in de groep vergde een half uur. De registratie van het consult vergde twaalf keer twintig minuten, dat is vier uur. Voor het beoordelen van de toetsen waren twaalf keer dertig minuten nodig, in totaal zes uur; voor drie scoorders betekent dat achttien uur. Twaalf keer dertig minuten (zes uur) waren nodig voor de individuele nabespreking (het feed-back leermoment) en driekwart uur voor de evaluatie in de groep. De voorlichting over

Tabel. Aan toetsen bestede tijd per twaalf arts-assistenten.

Onderdeel	Aantal uren
Introductie in de groep	0,5
Uitvoering toetsing	4
Scoren	18
Individuele nabespreking	6
Evaluatie in de groep	0,75
Voorlichting aan huisarts-opleiders	0,75
Totaal	30

toetsing aan de huisartsopleiders nam eveneens drie kwartier in beslag. Hierbij is de tijd van de gesimuleerde patiënten niet meegerekend.

Bij de tijdrovende constructie van een toetsingsinstrument van de medisch-inhoudelijke aspecten en van de vaardigheden in de gespreksvoering hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van anderen. De ontwikkeling van het instrument en het invoegen van onze gekwalificeerde simulatiepatiënten daarin hebben ertoe geleid, dat wij nu de mogelijkheid hebben kritisch naar het onderwijs in de beroepsopleiding te kijken. Wij beschouwen het als een begin van een periode waarin onderwijs niet alleen wordt gegeven, maar ook objectief wordt geëvalueerd. Het leek ons goed reeds in dit stadium verslag te doen van het toetsingsinstrument dat voor de opleiding tot huisarts te Utrecht is ontworpen. Hiermee willen wij ons openstellen voor kritiek en aanvullingen. Tevens willen wij anderen die op dit gebied bezig zijn, op de hoogte brengen van de manier waarop wij naar de kwaliteit van onze opleiding kijken.

Het is jammer dat wij in dit stadium nog geen cijfers kunnen publiceren over de betrouwbaarheid (onder andere de interobserver-varianties) en de validiteit (meet deze toets wat wij willen meten?). Toch is reeds met een deel van de interobserver-varianties gewerkt, voordat het instrument deze vorm kreeg: de leden van de commissie Toetsing scoorden vier contacten, de stafleden twee. Deze aantallen zijn nog te klein om er uitspraken over te doen. Pas nu kan een uitgebreid betrouwbaarheids- en valideringsonderzoek plaatsvinden. Deze onderzoeken zullen veel tijd vergen, omdat wij hieraan hoge eisen stellen. Willen wij alle groepsbegeleiders hun groepen laten scoren, dan zullen deze activiteiten minstens anderhalf à twee jaar

vergen, omdat dan pas alle zeven groepsbegeleiders hebben gescoord.

Met dit instrument kunnen wij de vaardigheid van de arts in het eerste contact met de patiënt meten. Wij vinden dit een essentieel onderdeel van het huisartsgeneeskundig handelen, omdat dit consult veelal bepalend is voor de verloop van de vervolcontacten. Over de vervolcontacten en de verdere interacties tussen arts en patiënt wordt met dit instrument niets gezegd.

De clustering van de items is opgesteld door de commissie Toetsing, omdat daarmee de nabespreking kon worden vereenvoudigd. Uit het uitgebreide onderzoek zal moeten blijken of dit ook statistisch verantwoord is.

Wij hebben weinig gebruik kunnen maken van de Angelsaksische literatuur, omdat deze te weinig toepasbaar bleek op de Nederlandse situatie. Begrippen als methodisch werken en preventie van somatische fixatie zijn alleen nog in ons land ontwikkeld en in het onderwijs opgenomen.

Voor een overzicht van de literatuur over toetsing verwijzen wij naar het rapport *Toetsstenen en struikelblokken* (Van Leeuwen).

Samenvatting. Deze bijdrage gaat over de ontwikkeling van een toetsingsinstru-

ment ten behoeve van de arts-assistenten in de beroepsopleiding tot huisarts aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Utrecht. Zowel de voorbereidingen, het ontworpen model, als de uitvoering met behulp van simulatiepatiënten en videobanden komen aan de orde. Ook wordt aandacht besteed aan de tijd die een en ander kost. Dankzij dit meetinstrument is het mogelijk concepties als methodisch werken en preventie van somatische fixatie boven het niveau van de theorie uit te tillen. Op de resultaten van de toetsing zal in een latere bijdrage worden ingegaan.

Summary. To teach is to measure teaching.

This paper discusses the development of an assessment instrument for junior doctors attending courses in general practice at the General Practice Institute in Utrecht. Preparations, the model designed and the execution with the aid of simulation patients and video-tapes are discussed. The time required is likewise given attention. With this measuring instrument, such conceptions as working methodically and prevention of somatic fixation can be raised above the level of theory. The results of the audit will be discussed in a later paper.

Bijlage 1. De beoordelingslijst voor de simulatiepatiënten en de lijst voor globale beoordeling.

Score door simulatiepatiënten	
	I A B C II D E F III G H I IV K L M
informatieverwerking	
empathie	

I - IV zijn simulatiepatiënten
A - M zijn arts-assistenten

Globale beoordeling (door expert)	
	schaal beoordelaar 1 5
ger. syst. werken	1 5
adequaate med. handelen	1 5
adequaate psych.-soc. hand.	1 5
hanteren arts/pat. relatie	1 5

Bijlage 2. De tekst van de toelichting bij de Evaluatie gespreksvoering (bijlage 3) en de Evaluatie medisch-inhoudelijke aspecten (bijlage 4).

Doel

Aan de hand van een aantal criteria wordt het optreden van de arts-assistenten tijdens een consult beoordeeld op medisch-inhoudelijke aspecten en gesprekstechnische vaardigheden. Hiermee wordt gepoogd de arts-assistent te informeren over zowel zijn goede als zijn minder goede kanten hiervan. Aan de hand van deze evaluatie zullen hem/haar eventuele adviezen of opdrachten worden gegeven.

Deze criteria zijn algemeen gehouden om ze geldig te laten zijn voor zoveel mogelijk casus in de huisartspraktijk.

Methode

Om de evaluatie structuur te geven zijn twee evaluatielijsten ten behoeve van de beoordelaars ontwikkeld, die uit zes onderdelen bestaan.

A. *Voor informatie*: wat in de administratie over de patiënt bekend is.

B. *Twaalf criteria* voor zowel de medisch-inhoudelijke aspecten als de gespreksvoering.

C. Bij *linker kolom* (mening van de beoordelaar). Aangezien niet alle criteria bij verschillende contacten van even groot belang zullen zijn, wordt de beoordelaar verzocht eerst zijn/haar mening te geven door middel van een kruisje.

D. De *middelste kolom* („aandacht besteed aan..“): deze kolom functioneert als een check-list. Nagegaan wordt of de arts-assistent inderdaad aan het desbetreffende onderdeel aandacht heeft be-

steed.

E. De *rechter kolom* („in voldoende mate“). Deze kolom wordt gebruikt om aan te geven of de arts-assistent er ook voldoende aandacht aan heeft besteed (aangegeven met X); onvoldoende aandacht wordt een blanco hokje.

F. *Een schaal*. Op deze zevenpuntschaal kan men tot slot aangeven wat de totale indruk van de arts-assistent was, daarbij gebruik makend van de toelichting bij de schaalpunten. Deze schaal is vooral opgezet ter vergelijking van de ingangs- en uitgangstoets.

G. *Notities*. Hier kan desgewenst een verduidelijking worden gegeven van het oordeel c.q. scoring.

H. *De rubriek opmerkingen*. Speciale punten die noch op de lijst, noch op de schaal tot uitdrukking worden gebracht kan men in deze rubriek nader omschrijven.

Bijlage 3. Evaluatie vaardigheden in gespreksvoering.

				NAAM AA: GR.	
				NAAM BEOORDELAAR:	
Mening beoordelaar belang categorie	wel aandacht bested aan	in vol- doende mate	☒ wel aandacht/voldoende mate	☐ geen aandacht/onvoldoende mate	Notities
			Heeft de AA aan de volgende aspecten (voldoende aandacht besteed?)		
				1) Het adequaat gebruik van zowel open als gesloten vragen	
				2) Voldoende doorvragen	
				3) Adequaaf afhouden	
				4) Verhelderende samenvatting/parafrases	
				5) Het tonen van invoelingsvermogen (reflecties)	
				6) Geruststellen; verantwoord en op de juiste manier	
				7) Geeft blijk van aandacht voor de patiënt	
				8) Omgaan met weerstandsgedrag van de patiënt (agressief-afhankelijk gedrag)	
				9) Adequaaf ingaan op emoties, gevoelens	
				10) Het geven van duidelijke informatie/advies	
				11) Inzicht in het proces, ingaan op verborgen agenda's	
				12) Sfeer van vertrouwen	
DE ALGEMENE BEOORDELING VAN DIT CONTACT IS: 1. uiterst zwak (spec. opdrachten zijn nodig) 2. zwak (spec. opdrachten zijn nodig) 3. matig (een of enkele opdrachten zijn nodig) 4. acceptabel 5. ruim voldoende 6. goed 7. uitstekend } (geen spec. aanvullende opdrachten zijn nodig)				OPMERKINGEN: (in additionele progr./in nascholing aandacht besteden aan)	

Bijlage 4. Evaluatie medisch-inhoudelijke aspecten.

VOORINFORMATIE				
kaart				
lab. uitslag				NAAM AA GR.
X uitslag				NAAM BEOORDELAAR
brieven				
Mening beoordelaar belang categorie	wel aandacht besteed aan	in voldoende mate	☒ wel aandacht/voldoende mate ☐ geen aandacht/onvoldoende mate Heeft de AA aan de volgende aspecten (voldoende) aandacht besteed?	Notities
			1) Omschrijving (verheldering van de hulpvraag)	
			2) In hoeverre gebeurt deze omschrijving samen met de patiënt?	
			3) Klachtgericht vragen	
			4) Lichamelijk onderzoek	
			5) Laboratorium onderzoek	
			6) Probleem formulering (op grond van gesprek + registratie op kaart)	
			7) Behandelingsplan; informatie-overzicht, preventieve mogelijkheden, medicatie, leefgewoonten, controles, verantwoorde tijdsplanning	
			8) Afsluiting van het gesprek door huisarts + patiënt	
			9) Levensloop van de patiënt, doorgemaakte ziekten, reactie op vroege ziekten, at risk zijn	
			10) Gezinsaspecten, gezinsfase, interactie gezin	
			11) Integrale aspecten, psychische reactie op somatische aandoeningen, somatische fixaties, maatschappelijke implicaties	
			12) Hypotheses op kaart geformuleerd	
DE ALGEMENE BEOORDELING VAN DIT CONTACT IS: 1. uiterst zwak (spec. opdrachten zijn nodig) 2. zwak (spec. opdrachten zijn nodig) 3. matig (een of enkele opdrachten zijn nodig) 4. acceptabel 5. ruim voldoende 6. goed 7. uitstekend			OPMERKINGEN (in additionele progr./in nascholing aandacht besteden aan)	

Aalderen, H. J. van. Methode van hulpverlening in de eerstelijns. *Huisartseninstituut Vrije Universiteit, Amsterdam*, 1976.

Coggan, P. G., P. Knight and P. Davis. Evaluating students in family medicine using simulated patient. (1980) *J. Fam. Pract.* **10**, 259-265.

Es, J. C. van. Patiënten met vage klachten. In: W. Brouwer, H. Janssens en S. van der Kooij (red.). *Kompas voor de huisarts*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1981.

Es, J. C. van, F. L. Goosmann, J. Koopman e.a. Kenmerken van de huisarts. *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Utrecht*, 1975.

Es, J. C. van, G. M. Gerritsma, H. Koopman e.a. Schriftelijke simulatie in de

huisartsgeneeskunde. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1977.

Gerritsma, J. en J. Smal. Schriftelijke simulatie voor onderwijs, evaluatie en onderzoek. (1979) *Med. Contact* **38**, 1217.

Grol, R. (red.) Somatische fixatie. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen*, 1981.

Hannay, D. Addressing interviewing skills using simulated patients (Glasgow) 1980. *Annual Conference AMEE assessment of competence in undergraduate medical education. University of Nijmegen*, 1980.

Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 322-335.

Huygen, F. J. A. Preventie van somatische fixatie. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 363-365.

Jacobs, H. M., M. M. van Kuyvenhoven e.a. Hulpverleningsgedrag van huisartsen bij patiënten met vage klachten. *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Utrecht*, 1980.

Leeuwen, Y. D. van. Toetsstenen en struikelblokken. Rapport evaluatie huisartsopleiding Rijksuniversiteit Limburg. *Capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde, Maastricht*, 1982.

Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Rapport van de Werkgroep Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 127-140.