

LEIDS INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE

Observeren en leren

Bij het beluisteren van spreekuurbanden en bij spreekuurobservaties van arts-assistenten blijkt, dat zich in de spreekkamer, naast communicatieproblemen, ook medische en methodische problemen voordoen, die vragen om een gerichte feed-back door de opleider. De moeilijkheid bij het dagelijkse leergesprek is echter, dat de huisartsopleider slechts gefilterde informatie ontvangt. Systematische observatie daarentegen is een middel om een veel completer beeld te krijgen van het functioneren van de arts-assistent.

Drs. M. L. M. Ceha en Prof. Dr. J. D. Mulder** berichten in deze bijdrage over een programma dat is gericht op het leren observeren door de opleiders.

Inleiding

Rechtstreekse observatie als didactische methode is niet nieuw in het onderwijs: hoewel wij dit proces nergens systematisch beschreven hebben gevonden, gebeurde dit in de oude leermeester-gezel verhouding, in een continu proces van beoordeling naar bijsturing en herbeoordeling.¹ Voorts is uit de didactische literatuur bekend, dat het leren van de leerling gunstig beïnvloed wordt, wanneer de feed-back direct aansluit op de situatie waarin hij zijn kennis en vaardigheid heeft toegepast.

Observeren is meer dan gewoon *kijken naar*. Naast de in *Van Dale* vermelde synoniemen als *gadeslaan*, *bespieden* en *waarnemen*, heeft het woord vooral de betekenis van bewust kijken naar een ander, terwijl deze bezig is met activiteiten waarnaar doorgaans niet door iemand anders wordt gekeken. Degene die observeert, heeft meestal het doel wijzer te worden van de observatie om op basis van het waargenomen iets te doen of te zeggen: te registreren, te interpreteren en/of feed-back te geven aan degene die wordt geobserveerd.

In deze bijdrage staat het begrip *systematische observatie* centraal. Het terloops binnenlopen bij het spreekuur van de arts-assistent, het samen onderzoeken van een patiënt, of het overleggen met de arts-assistent in aanwezigheid van een patiënt vallen daar uitdrukkelijk buiten.

matische observatie centraal. Het terloops binnenlopen bij het spreekuur van de arts-assistent, het samen onderzoeken van een patiënt, of het overleggen met de arts-assistent in aanwezigheid van een patiënt vallen daar uitdrukkelijk buiten.

Observatie en opleiden

Een van de taken van de huisartsopleider is te bewerkstelligen dat de arts-assistent zich bewust wordt van het hoe en waarom van zijn handelen; dat hij zicht krijgt op zijn functioneren als huisarts. Gedeeltelijk is dit te realiseren door het grondig bespreken van casuïstiek (bijvoorbeeld door het doornemen van het spreekuur aan de hand van patiëntenkaarten). De arts-assistent staat dan voor de opgave, zo accuraat mogelijk verslag uit te brengen over zijn handelen en probleemstelling en over hetgeen hij bij de patiënt heeft waargenomen. De huisartsopleider staat voor de opgave, zicht te krijgen op wat de arts-assistent doet en op hoe hij met de patiënt in kwestie is omgegaan.

In deze wijze van casuïstiekbespreking zullen altijd onvolledige en vervormende elementen zitten. Zeker een beginnende arts-assistent zal soms bepaalde aspecten van zijn handelen uit de rapportage weglaten of maar spaarzaam toelichten, enerzijds omdat hem die ontgaan zijn, anderzijds omdat de be-

spreking ervan mogelijk bedreigend is. Met band- en video-opnamen en ook met het rollenspel kunnen we het didactisch ideaal om de werk- en de leersituatie bij elkaar te brengen, veel meer benaderen. Band- en video-opnamen hebben echter het nadeel arbeidsintensief en tijdrovend te zijn, en ook dan zijn werk- en leersituatie in feite nog steeds gescheiden. Slechts de directe observatie (in dezelfde ruimte of met behulp van een doorkijkspiegel) biedt de gelegenheid om het praktische werk en het leren direct te combineren.

Het „open en bloot” werken onder het oog van een ander is niet makkelijk. Het kan vrees en geremdheid oproepen, zowel bij de geobserveerde als bij de observator. Aan een aantal voorwaarden dient dan ook voldaan te zijn om de rechtstreekse observatie een „leerversterker” te laten zijn. Als voorbereiding op de observatie dienen huisartsopleider en arts-assistent zorgvuldig aandacht te besteden aan het vaststellen van die voorwaarden.

De „gouden regels” voor de directe observatie, die wij gebruiken, zijn:

- Er is een goede relatie tussen observator en degene die wordt geobserveerd (wederzijds begrip en acceptatie, veiligheidsgevoel).
- Er is een duidelijke afspraak over de duur van de observatie.
- Er is een duidelijke afspraak over waarop wordt gelet bij deze observatie.
- De observator mengt zich niet in het consult; de zorg voor de patiënt blijft de taak van de geobserveerde.
- De patiënt is geïnformeerd over de aanwezigheid en de rol van de observator (zie voorbeeld op pagina 97).
- De observator neemt ruimtelijk een zo neutraal mogelijke positie in.
- De nabespreking van de observatie vindt zo snel mogelijk na de observatie plaats.
- Andere regels, afhankelijk van praktijk en omstandigheden.

Systematische observatie

Bij een willekeurige observatie dreigt het gevaar dat de observator vooral zijn eigen belangstelling benadrukt. Voor een systematische observatie waarin in de loop der tijd alle aspecten van het functioneren van de arts-assistent worden betrokken, is het ons inziens noodzakelijk te werken met observatiecategorien.

Het observeren vanuit één invalshoek heeft het voordeel dat nooit het gehele functioneren van de geobserveerde ter discussie staat. Iedere arts – en zeker

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

** De auteurs zijn als respectievelijk klinisch psycholoog en hoogleraar huisartsgeneeskunde verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden.

iedere leerling – is overgevoelig voor opmerkingen die voor hem zouden kunnen betekenen dat hij het „helemaal” slecht doet en dus als arts faalt. Door nu per observatie slechts op één aspect te letten, wordt de bedreiging sterk verminderd, waardoor de feed-back meer kans heeft om tot haar recht te komen. Wij onderscheiden acht – elkaar op sommige punten overlappende – observatiecategorieën, waarin zoveel mogelijk aspecten van het hulpverleningsproces van de huisarts zijn opgenomen (andere indelingen zijn uiteraard denkbaar):

1. Het non-verbaal gedrag.
2. Het verbaal gedrag.
3. De praktische toepassing van kennis.
4. Het lichamelijk onderzoek.
5. De probleemgerichte basishouding.

Informatie voor de patiënt over observatie

Tijdens een gesprek tussen patiënt en arts kan het gebeuren dat de arts niet in de gaten heeft wat de patiënt eigenlijk wil zeggen. Soms neemt daardoor dit gesprek een heel andere wending dan de patiënt tevoren bedoelde. Wij – de huisartsen en de andere werkers in het gezondheidscentrum – proberen elkaar te helpen goed te praten met de patiënten. Hiervoor maken wij soms gebruik van de volgende hulpmiddelen:

- bandrecorder-opname van een deel van het spreekuur;
- televisie-opname van een spreekurgedeelte;
- bij elkaars spreekuur aanwezig zijn in de spreekkamer;
- elkaars spreekuur door een observatieruit bekijken en beluisteren.

Na het spreekuur bespreken we in kleine groepen wat ons opgevallen is en daarna worden de geluids- of t.v.-banden vernietigd.

Onze doktersassistente heeft u zojuist dit papiertje gegeven omdat vandaag bij de dokter waar u naar toe gaat dus een andere dokter meeluistert of kijkt naar het spreekuur. Mocht u dit liever niet hebben wilt u dit dan als u de spreekkamer binnengaat aan uw dokter zeggen?

Wilt u dit briefje straks aan uw dokter teruggeven; dan weet hij dat de assistente niet vergeten heeft u dit verhaal te geven.

6. De opbouw van het consult/het methodisch werken.

7. Het signaleren van het proces van somatische fixatie (en de preventie ervan).

8. Het geven van informatie en advies.

Voor elke categorie zijn observatiebladen ontworpen. Het leren werken met deze bladen gebeurde met behulp van videoconsulten, die waren opgenomen in een aantal opleiderspraktijken. Overigens kunnen de observatiebladen met enige modificaties ook voor andere doeleinden gebruikt worden.

De observatiebladen

1. Het non-verbaal gedrag. Naast verbale elementen spelen in het contact tussen arts en patiënt allerlei non-verbale elementen een belangrijke rol. Vanuit zijn basisopleiding is de arts gewend te luisteren naar de inhoud van wat de patiënt vertelt; de informatie die via non-verbaal gedrag wordt gegeven, blijft daardoor nogal eens op de achtergrond.

Bij het leren kennen en begrijpen van non-verbale signalen is het van belang zich bewust te worden van de eigen

lichaamstaal en tevens te oefenen in het waarnemen van de lichaamstaal van de ander. Op die manier kan men te weten komen wat die taal zegt over de aard van de relatie en de communicatie.

Aan non-verbale signalen dienen niet té voorbarige betekenissen of interpretaties te worden verleend; daarom dienen de volgende axioma's in acht te worden genomen:

- geen enkele lichaamshouding of lichaamsbeweging op zichzelf heeft een bepaalde vaste betekenis (tenzij afgesproken – denk aan gebarentaal); de lichaamshouding moet altijd gezien worden in de context van het gehele, ook cultureel bepaalde gedragspatroon;
- de lichaamstaal en de gesproken taal zijn afhankelijk van elkaar; zij staan in een continue wisselwerking;
- een verandering in houding betekent dikwijls dat er iets gebeurt in het contact; wat er gebeurt, is uit die verandering niet altijd af te leiden.²

Om te voorkomen dat observeren en interpreteren door elkaar gaan lopen, wordt op dit observatieblad onderscheid gemaakt tussen wat men feitelijk observeert (en dan ook zo nauwkeurig mogelijk vastlegt) en de interpretatie die men daaraan geeft. Dit laatste mag

De tekst van de observatiebladen 1 en 2.

Observatieblad 1. Non-verbaal gedrag

Observatie non-verbaal gedrag arts (invullen tijdens observatie)

– wat zie ik?

Mening over non-verbaal gedrag arts (invullen direct na observatie)

– wat wil ik daarover zeggen en waarom?

Observatie non-verbaal gedrag patiënt (invullen tijdens observatie)

– wat zie ik?

Mening over non-verbaal gedrag patiënt (invullen direct na observatie)

– wat wil ik daarover zeggen en waarom?

Te observeren aspecten van het non-verbaal gedrag: gezichtsuitdrukking en mimiek; blik, oogcontact; gebaren, lichaamsbeweging, handdruk en aanraking; houding en houdingsveranderingen; stemvolume en intonatie; ruimtelijk gedrag; kleding en uiterlijke verzorging; andere aspecten van het verschijnen; omgevingsfactoren (kamer, positie bureau en stoelen).

Observatieblad 2a. Het verbaal gedrag naar techniek

Wat is er te zeggen over: (geef zoveel mogelijk voorbeelden bij ieder aspect)

– de gebruikte vraagvorm (open of gesloten; direct of indirect);

- andere aspecten van het vragen (ingewikkeldheid; duidelijkheid; suggestief effect; lange of korte vragen; dubbele vragen; manipulerende vragen);
- de doelgerichtheid van de vragen; schijnvragen;
- het doorvragen;
- het luistergedrag van de arts (actief/passief; samenvatten; reageren op);
- het reflecteren;
- het woord- en taalgebruik;
- de gebruikte aanspreekvorm (u- of jij-vorm of afwisseling ervan).

Observatieblad 2b. Het verbaal gedrag naar klimaat

Wat is er te zeggen over: (geef zoveel mogelijk voorbeelden bij ieder aspect)

- het begin van het contact (de begroeting; inleidende opmerkingen; uitleg over situatie ter plaatse; oriëntatie op patiënt);
- de sfeer tijdens het consult;
- stemvolume en intonatie; stiltes en zwijgen;
- activiteit/passiviteit van patiënt in relatie tot activiteit/passiviteit van arts;
- discrepantie tussen woord en gelaat/houding bij arts en patiënt;
- steunende reacties van de arts;
- blokkerende reacties van de arts;
- de afsluiting van het consult (sfeer; afspraken; duidelijk einde).

pas na het consult worden genoteerd. Op deze wijze lukt het observatie en opinie los van elkaar te maken. Deze werkwijze is gebaseerd op de methode van een PAC-cursus (Patiënt Arts Communicatie-cursus).³ Daar non-verbale gedragingen die zich tijdens een consult voordoen, snel kunnen worden vergeten is het aan te raden direct na een consult tijd te reserveren voor de feed-back over wat men heeft waargenomen van het non-verbale gedrag en de betekenis die men daaraan geeft.

2. Het verbaal gedrag. Voor het verbaal gedrag zijn twee observatiebladen ontworpen. In het ene wordt vooral de aandacht gevestigd op de verbale communicatietechniek, in het andere is het klimaat van het gesprek doel van de observatie.

Gezien de vele publikaties over gesprekstechniek die de laatste jaren voor de (huis)arts zijn verschenen⁴⁻¹¹, zien wij af van een verdere toelichting. Voor de nabespreking van de observaties over het verbaal gedrag is het nuttig de consulten op een geluidsband op te nemen.

Het is belangrijk, dat de opleider-observator zich realiseert dat hetgeen hij waarneemt over de klimaataspecten, sterk kan zijn gekleurd door zijn subjectieve waarnemingen. Het is nuttig als hij dit in zijn commentaar laat merken.

3. Praktische toepassing van kennis.

Deze observatiecategorie zal vooral in de eerste maanden van het beroepsopleidingsjaar een belangrijke rol spelen. Voorbeelden zijn:

- het onderkennen dat iemand een zoutarm dieet nodig heeft, doch dit niet adequaat aan de patiënt kunnen aanbieden;
- het niet op de hoogte zijn van het bestaan van het NHI-zoutarm dieet;
- wel beseffen dat een diëtiste meer dan een arts over het zoutarm dieet weet, doch geen idee hebben hoe iemand naar een diëtiste wordt verwezen.

Het gaat dus niet in de eerste plaats om de kennis van de arts-assistent, doch over het toepassen van deze kennis in de huisartssituatie. De sedert 1980 in *Huisarts en Wetenschap* regelmatig gepubliceerde huisartsgeneeskundige conferenties van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (urineweginfecties, otitis media acuta, sinusitis, mononucleosis infectiosa, hooikoorts, enzovoort)¹² kunnen bij het bespreken van de toepassing van kennis voor huisartsopleider en arts-assistent belangrijke hulp bieden

evenals de *specials* (*Huisarts & Praktijk*) over hypertensie, diabetes mellitus enzovoort.

Het observatieblad is niet verder uitgewerkt, afhankelijk als deze categorie is van de klacht/het ziektebeeld waarmee de patiënt komt.

4. Het lichamelijk onderzoek. Voor een aantal ziektebeelden verwijzen wij weer naar de huisartsgeneeskundige conferenties in *Huisarts en Wetenschap* en naar *Huisarts & Praktijk*, waarin staat aangegeven welk onderzoek bij de desbetreffende ziektebeelden noodzakelijk is en welke handelingen overbodig zijn. Vaak zal de observator bij een consult geconfronteerd worden met een ziektebeeld waarvoor nog geen werkmodel bestaat. Ook dan zal de huisartsopleider de arts-assistent moeten kunnen aangeven welke aspecten aan zijn onderzoek ontbraken en welke vanuit huisartsge-

neeskundig oogpunt overbodig waren. Het volgende hulpmiddel kan hem hierbij van dienst zijn:

- wat *moet* (mag niet ontbreken);
- wat *mag* (levert misschien relevante informatie);
- wat is *overbodig* (levert irrelevante informatie).

Naast aandacht voor de uitvoering van het lichamelijk onderzoek, zijn bijkomende aspecten als het gesproken woord en omgevingsfactoren opgevoerd voor de observatie.

5. De probleemgerichte basishouding.

Het probleem-oplossend proces, zoals zich dat in het hoofd van een arts afspeelt, is niet door middel van eenvoudige observatie te analyseren. Wel kan de observator de problemen die hij tijdens het consult van patiënt en geobserveerde arts bemerkt, registreren en de verdere afwikkeling daarvan nagaan. Ob-

De tekst van de observatiebladen 3-6.

Observatieblad 3. Praktische toepassing van kennis

Noteer wat u waarneemt over aspecten die slaan op het toepassen van kennis in de consultsituatie tussen arts en patiënt en geef er uw mening over.

Observatieblad 4. Het lichamelijk onderzoek

Wat is er te zeggen over: (geef zoveel mogelijk voorbeelden bij ieder aspect)

- de uitvoering van het onderzoek: met name de systematiek; de specificiteit; de logische volgorde; de efficiency (verantwoorde beperkingen); het tempo; de juiste methode van onderzoek;
- de beleving door arts, door patiënt (wat dacht observator hierover te zien);
- het gesproken woord bij het onderzoek;
- andere aspecten: (kunst)licht; temperatuur; staand/liggend/zittend onderzoek; gebruik van instrumenten; hygiëne; storingen; plaats van het onderzoek; mate van uikleden van patiënt.

Observatieblad 5. De probleemgerichte basishouding

Maak notities bij de volgende vragen:

- welke problemen heeft de patiënt gebracht?
- op welke problemen is de arts ingegaan?
- op welke problemen is de arts niet ingegaan?
- welke problemen heeft de arts zelf geïnitieerd? (indien van toepassing);
- waaraan bemerkte u dat probleemgerichte kaartbestudering was verricht?
- hoe heeft de arts aan de patiënt duidelijk gemaakt dat hij de respectievelijke proble-

men heeft gehoord en er iets aan wil doen?

- welke problemen zijn afgewikkeld? (dat wil zeggen het is waarschijnlijk, dat de patiënt de eerstkomende tijd niet terugkomt met hetzelfde probleem);
- welke problemen vragen een voortgezette activiteit?
- is dit tussen arts en patiënt overeengekomen?
- heeft de arts op enigerlei wijze een evaluatie van zijn handelen ingebouwd?
- zijn de gevonden oplossingen professioneel aanvaardbaar? (dat wil zeggen in medisch, maatschappelijk en medemenselijk opzicht).

Observatieblad 6. De opbouw van een consult/het methodisch werken

Geef een cijfer voor de volgende onderdelen van het consult:

Fase 1. Oriëntatie

- verheldering van de hulpvraag;
- formulering voorlopige probleemstelling;
- verzamelen van gegevens.

Fase 2. Actie

- voorlopig actieplan vertellen;
- actieplan uitvoeren;
- mededelen voorlopige bevindingen.

Fase 3. Afronding

- conclusie en therapeutisch plan;
- afsluiting van het consult.

1, 2 en 3 geven aan: dit is een slechte prestatie.

4, 5 en 6 geven aan: dit is een gemiddelde prestatie.

7, 8 en 9 geven aan: dit is een goede prestatie.

servatieblad 5 werkt het best, wanneer de geobserveerde arts na het consult ook zo'n observatieblad invult, voordat de bespreking plaatsvindt. Voor een oriëntatie op de probleemgerichte benadering zij verwezen naar de desbetreffende literatuur.¹³⁻¹⁷

6. De opbouw van het consult/het methodisch werken. In dit observatieblad zijn de componenten van het methodisch werken opgenomen.¹⁸ Met behulp van dit blad kan de huisartsopleider de arts-assistent laten zien welke stappen in de opbouw van het consult juist zijn toegepast, of daarentegen zijn overgeslagen. Bij herhaald gebruik zal de arts-assistent tevens ontdekken dat bepaalde stappen telkens moeilijkheden hebben gegeven.

7. De somatische fixatie. Hierbij zijn wij uitgegaan van de volgende omschrijving: „Het verschijnsel, dat mensen door een voortdurende eenzijdige na-

druk op de somatische kant van hun klachten of problemen steeds meer gaan vastlopen in en afhankelijk worden van het medisch kanaal. Een eenzijdige nadruk die kan uitgaan van de persoon met de klachten zelf, van anderen in zijn omgeving of van vertegenwoordigers van de gezondheidszorg”.¹⁹ Voor nadere informatie over het begrip kan verwezen worden naar de publikaties vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut in dit tijdschrift.²⁰⁻²¹

Nu het begrip somatische fixatie ingang heeft gevonden in de huisartsenwereld en in de lekenpers veel geschreven wordt over de risico's van medicalisering, verwachten wij dat zowel huisartsen als patiënten signalen geven om het proces van somatische fixatie tegen te gaan. Vandaar dat op het observatieblad, naast de door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut ingevoerde signaleringsaspecten, ook aspecten opgevoerd zijn van het tegengaan van somatische fixatie.

8. Het geven van informatie en advies.

Het geven van informatie en advies hoort tot de dagelijkse activiteiten van de huisarts.²²⁻²³ Het blijkt dat juist dit onderdeel van een consult de arts-assistenten veel problemen oplevert; de huisartsopleider wordt hiermee nog al eens geconfronteerd wanneer de patiënt hem achteraf om aanvullende informatie vraagt.

Een advies kan de vorm hebben van een min of meer bindend voorschrift of van een raad iets te doen of te laten. Dit laatste heeft een vrijblijvender karakter. Voor de effectuering is het gewenst dat de patiënt wordt gemotiveerd. Hier toe moet de arts blijven aansturen op actieve participatie van de patiënt, zodat hem het verband tussen het voorschrift of advies en het beoogde doel duidelijk wordt. Het observatieblad richt zich dan ook vooral op dit aspect. Het beoordelen van de wijze waarop een verwijzing naar een andere hulpverlener tot stand komt, valt ook onder deze observatie.

De tekst van de observatiebladen 7 en 8.

Observatieblad 7. Het signaleren van het proces van somatische fixatie (en de preventie ervan)

Maak notities bij de volgende vragen en geef zoveel mogelijk voorbeelden.

Algemeen

– geeft hetgeen u eventueel ontdekt over de voorgeschiedenis, een aanwijzing voor het proces van somatische fixatie (bij patiënt en/of bij arts)?

Aan de kant van de patiënt

– geeft de wijze waarop de patiënt de klacht brengt, een aanwijzing hiertoe? (bijvoorbeeld onzeker, onduidelijk, agressief);
– dringt patiënt aan op een sterk somatisch gerichte aanpak?
– is de patiënt geneigd de verantwoordelijkheid voor de klacht/ziekte naar de huisarts te schuiven?

Aan de kant van de arts

– geeft de wijze waarop de arts op de klacht ingaat een aanwijzing voor het proces van somatische fixatie?
– maakt de arts te zeer (of exclusief) gebruik van een somatisch gerichte aanpak? (indien van toepassing, waar wel, waar niet; via anamnese; via het lichamelijk onderzoek; via laboratorium-/röntgenonderzoek; via het verder plan?);
– is de arts geneigd de verantwoordelijkheid voor de klacht/ziekte op zich te nemen?

Tegengaan van het proces van somatische fixatie

– geeft de patiënt te kennen een te somati-

sche aanpak af te wijzen?

– doet de arts op enigerlei wijze pogingen het proces van somatische fixatie tegen te gaan?

Observatieblad 8. Het geven van informatie en advies

Wat is er te zeggen over: (geef zoveel mogelijk voorbeelden)

Vanuit medisch oogpunt

– is de informatie/het advies duidelijk en specifiek?
– is er voldoende (begrijpelijke) uitleg gegeven?
– zijn er voorbarige adviezen/overbodige informatie gegeven?
– is de informatie/het advies vooral gebaseerd op deskundigheid van de arts of op persoonlijke opvattingen?
– zijn er verdere afspraken gemaakt? (al dan niet relevant vanuit het informatie- en advies-aspect).

Patiëntgericht

– acties om patiënt te betrekken bij de informatie en bij het tot stand komen van het advies; kon de patiënt meedenken en zich er over uitspreken?
– acties om de patiënt te motiveren, het ingaan op weerstand of niet begrijpen van patiënt;
– is de uitvoerbaarheid en haalbaarheid concreet ter sprake gebracht?
– hoe komt de informatie/het advies over bij de patiënt; worden eventuele consequenties voldoende besproken?
– andere opmerkingen.

Observatie en andere onderwijsmethoden

De directe observatie als leermethode heeft veel positieve aspecten, zoals het directe en goede zicht dat de huisartsopleider krijgt op alles wat zich tijdens een consult afspeelt, en op de wijze waarop de relatie tussen arts-assistent en patiënt zich ontwikkelt. Ook de mogelijkheid om op een directe wijze feed-back te geven aan de arts-assistent en de sterke verbreding van de onderwijsmogelijkheden, vooral ten aanzien van de attitude van de arts-assistent, zijn winstpunten.

Negatieve aspecten dienen eveneens te worden onderkend. De methode is tijdrovend en persoonlijk belastend. Slechts een beperkt aantal patiënt-arts contacten kunnen per week observatiedoel zijn. De werkwijze kan voor huisartsopleider en arts-assistent, zeker in de beginfase, bedreigend zijn (en voor de patiënt onduidelijk).

De voor- en nadelen van verschillende didactische methoden die de huisartsopleider kan gebruiken, zijn in de *tabel* nader uitgewerkt. Het is van belang dat iedere opleider zich telkens weer afvraagt wat hij beoogt met de energie en de tijd die hij investeert in de opleiding van zijn arts-assistent; hij zal steeds gericht een weloverwogen keuze moeten maken uit de verschillende didactische werkvormen die hij beheerst.

In de HAO-opleidingsgroepen doorloopt

het leerproces voor de genoemde observatiecategorïen drie fasen:

1. Het richting geven aan het kijken („waar let ik op”);
2. Het werken met de observatiebladen;
3. Het leren bespreken van de observatie tussen observator en geobserveerde. De huisartsopleiders die een dergelijke training hebben gevolgd, zijn van mening dat zij door iedere week een of anderhalf uur uit te trekken voor observatie en nabespreking, een belangrijke dimensie aan hun onderwijsaak toevoegen. Het opleiden wordt veel dynamischer en krijgt meer diepgang. Een bijkomend gevolg is het feit dat de dagelijkse werkbespreking anders en vlotter verloopt.

Ons doel met het ontwerpen van een observatietraining voor huisartsopleiders was, kort samengevat:

- de huisartsopleider terug te voeren in de spreekkamer van de arts-assistent en hem te laten zien wat deze aan het doen is;
- de huisartsopleider te leren ook met andere dan de conventionele medische begrippen naar de arts-assistent te kijken;
- de huisartsopleider te leren onderscheid te maken tussen wat hij hoort en ziet en de interpretatie daarvan;
- de huisartsopleider te leren minder oppervlakkig over van alles heen te lopen en in plaats daarvan op één terrein met grotere diepgang te observeren;
- de huisartsopleider te leren dat feed-back geven over het geobserveerde niet moet betekenen dat de arts-assistent verplicht is zijn gedrag te veranderen;
- de huisartsopleider te leren dat een aanmerking of opmerking nog geen negatieve kritiek betekent;
- de huisartsopleider te leren zich bij ieder geobserveerd item af te vragen: wat is het nut voor de arts-assistent dit juist nu van mij te horen;
- de huisartsopleider te leren dat positieve observaties vaak belangrijker zijn om door te geven dan negatieve.

Op deze wijze wordt de opleiding van de arts-assistent volwaardiger en persoonlijker. Een belangrijk kenmerk van onze methode is, dat bij een gerichte observatie van één categorie per consult, het totaal functioneren als arts niet ter discussie staat. Feed-back over dit ene aspect laat onverlet dat de arts-assistent als geheel goed kan functioneren.

Beschouwing

Het werken met gerichte en systematische observatie biedt, naast het directe

nut voor de leersituatie van de arts-assistent, nog een aantal andere mogelijkheden. De huisartsopleider kan zich door de arts-assistent met dezelfde lijsten laten observeren en feed-back krijgen over zijn eigen handelen. Dit kan gedaan worden in de eerste dagen/weeken dat de arts-assistent bij die huisartsopleider is (inwerkperiode), maar ook in de laatste maanden kan een wettelijke observatie door de arts-assistent voor beiden leerzaam zijn. Verder kan ook een senior co-assistent in de laatste dagen van zijn stageperiode bij de huisarts met sommige lijsten goed werken. Ook leert de huisartsopleider, indien hij de methode beheerst, beter naar zichzelf te kijken.

Deze zelfobservatie kan de eerste aanzet zijn tot zelftoetsing. Vandaar is het wellicht een kleine stap om systematische observatie als methode te gebruiken voor onderlinge praktijkobservatie door huisartsopleiders. Verscheidene pogingen tot onderlinge praktijkobservatie zijn in het verleden na korte tijd doodgebloed doordat de huisartsen niet goed wisten waarnaar zij moesten kijken, niet goed wisten hoe zij feed-back moesten geven, of niet goed wisten hoe

zij met de ontvangen feed-back moesten omspringen.

Het leren werken met onderlinge praktijkobservatie door groepen huisartsen – zoals waarneemgroepen, associaties of (pseudo-)groepspraktijken – kan een gunstig klimaat scheppen voor indringender toetsingsmethoden.²⁴ Dit laatste zal zonder twijfel het komende decennium in de huisartsenwereld plaats gaan vinden.²⁵ Wanneer de ontwikkeling gaat volgens de lijnen die NHG en LHV hebben uitgezet, zal deze groepstoetsing een grote rol gaan spelen. Het is denkbaar dat dergelijke groepen zich daar nu vast op gaan voorbereiden, met deze of soortgelijke observatiebladen. Een groep Leidse huisartsopleiders en een groep Haagse huisartsen hebben op deze wijze al een onderlinge observatieronde verricht.

Samenvatting. In deze bijdrage wordt bericht over een opleidersprogramma over leren observeren. Uitgangspunt is de opvatting dat de arts-assistent gerichter wordt opgeleid, wanneer de huisartsopleider regelmatig als observator aanwezig is bij het spreekuur, en zijn observaties vervolgens met de arts-assistent nabespreekt.

Tabel. Kanttekeningen bij verschillende didactische werkvormen bij de opleiding tot huisarts in de opleiderspraktijk.

Onderdelen/aspecten	Werkvormen		
	Werkbespreking	Audioband	Observatie
Wie bepaalt wat er besproken wordt?	AA	HAO (plus AA)	HAO (plus AA)
Aantal „te verwerken” patiënten	veel	weinig	weinig
Organisatie	niet lastig	niet lastig behalve ten aanzien van techniek	ingewikkeld
Tijdsbelasting	normaal	kost extra tijd	kost extra tijd
Tijdstip	geen probleem	zelf te bepalen	tevorens goed organiseren
Techniekproblemen	geen	let op goede opname	let op goede opstelling en informatie aan patiënt
Kennis toetsend?	ja	beperkt	beperkt
Zicht op werkelijke consult?	nee	redelijk	goed
Verbale aspecten arts-patiënt contact	afwezig	goed	goed
Non-verbale aspecten consult	afwezig	afwezig	goed
Arts-patiënt relatie	afwezig	hoorbaar	goed
Bedreigend voor AA/HAO	weinig	meer	sterk
Vraagt extra scholing van HAO	nauwelijks	meer	veel
Praktijkbewaking	ja	beperkt	beperkt
Bruikbaar voor zelfscholing	nee	ja	nee
Bruikbaar voor toetsing	nee	ja	ja
Acceptatie door patiënt	onbekend	goed	goed
Belasting voor patiënt	geen	beperkt	groter

Summary. Observing and learning. This article reports on a programme teaching trainers to observe. It proceeds from the postulate that the trainee-assistant receives more practice-oriented training if the trainer is regularly present during surgery hours and subsequently discusses his observations with the trainee-assistant.

Rogers 80 jaar

Op 9 oktober 1982 vond in San Diego, Californië, de viering plaats van de tachtigste verjaardag van de Amerikaans psycholoog Carl Rogers. Luc Bokke* was een van de aanwezigen.

¹ Byrne PS, Long BEL. Leren zorgen. De huisarts als opleider. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1975

² Argyle M. Bodily communication. London: Methuen, 1975.

³ Vries Robles C de. Patiënt-arts communicatie. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 277-8

⁴ Balint E, Norell JS. Six minutes for the patient London: Tavistock, 1973.

⁵ Brouwer W, Dijkhuis JH. Praten met patiënten. Utrecht: Erven Bijleveld, 1967.

⁶ Froelich RE, Bishop M. Medical interviewing. St. Louis (Mo.): Mosby, 1972.

⁷ Benjamin A. Het helpende gesprek. Haarlem: De Toorts, 1973.

⁸ Browne K, Freeling P. The doctor-patient relationship. London: Churchill Livingstone, 1967.

⁹ Themans B. Het gesprek tussen huisarts en patiënt. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 122-8.

¹⁰ Kocken E, Til K van. Gespreksvoering huisartsen gesystematiseerd. Med Contact 1981; 36: 341-5.

¹¹ Nijhuis H. Het Heengaplan III. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 161-2.

¹² Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13-5.

¹³ Feightner JW, Barrows HS, Neufeld VR, et al. Solving problems: how does the family physician do it? Can Fam Physician 1977; 23: 457-61.

¹⁴ Dijkhuis HJPM, Izenberg N, Kooy S van der. Problem solving in primary medical care. Its procedure, evaluation and teaching. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does, 1978.

¹⁵ Geldorp G van. Medisch probleem-oplossen. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 174-9.

¹⁶ Hoekman K. Het probleem-oplossen van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 389-92.

¹⁷ Krol LJ. Problem-solving by the physician. A human process. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 317-21.

¹⁸ Aalderen H van, Hollenbeek Brouwer H. Syllabus Methodisch werken. Amsterdam: Huisartseninstituut Vrije Universiteit, 1981.

¹⁹ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

²⁰ Huygen FJA. Preventie van somatische fixatie I. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 363-5.

²¹ Smits A, Eijk J van, Grol R, Huygen F,

In september van dit jaar bezocht ik een workshop in San Diego in Californië, waar geoefend werd in gespreksvoering volgens de ideeën van Carl Rogers.

Aan het eind van de training werd ik uitgenodigd de viering van de tachtigste verjaardag van C. Rogers bij te wonen. Op 9 oktober vond de viering plaats in een zaal met ongeveer 300 genodigden. De aankondiging luidde: *Two humanists, two generations: Carl Rogers & Marilyn Ferguson. A day to honor the planet, its people, our preservation.*

Carl Rogers' invloed op de gespreksvoering in ons vak is niet meer weg te denken. Hij wordt beschouwd als de invloedrijkste psycholoog sinds de tweede wereldoorlog. In 1951 verscheen zijn boek *Client centered therapy*. Thans spreekt hij liever van persoonsgerichte benadering; een bekende, maar inmiddels verouderde term is „non directive therapy”.

Voorwaarden voor het psychotherapeutisch effect zijn volgens hem, congruentie of anders gezegd: de echtheid van de therapeut en zijn onvoorwaardelijk positieve aanvaarding en empathie (zijn vermogen de cliënt goed aan te voelen en dit aan hem kenbaar te maken). Belangrijker nog is zijn grondgedachte – die hij deelt met Maslow en die aan de humanistische psychologie ten grondslag ligt – dat er in ieder mens een onderstroom van beweging vloeit naar een constructieve verwezenlijking van de eigen mogelijkheden, zelfactualisatie. Maar Rogers gaat nog verder en ziet in

* De auteur is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen. Hij schreef dit verslag à titre personnel.

de mens zich een tendens aftekenen van de groei van het individu van enkelcellige oorsprong naar een complex organisch functioneren, van weten en aanvoelen onder bewustzijnsniveau naar een bewust besef van het organisme en de wereld daarbuiten, naar een transcendent besef van de harmonie en eenheid van het kosmische stelsel, inclusief de mensheid.

Het was Marilyn Ferguson die in een sprankelende voordracht vol aardige voorbeelden het auditorium duidelijk maakte dat de profetie van Rogers al bezig was in vervulling te gaan. We bevinden ons in een kennisrevolutie, die tekenen van doorbraak vertoont. Ze sprak van een nieuwe geest, een nieuwe wereld, van macht naar vrede en van een nieuw paradigma.

In de gezondheidszorg hebben zich de eerste veranderingen al voorgedaan: in plaats van confrontatie, retoriek en macht komt er waardering voor intuïtie, relaties en het luisteren naar ons innerlijk. De nieuwe gezondheidszorg heet holistische gezondheidszorg en het gezondheidsparadigma heeft de volgende kenmerken: integraal, nadruk op menselijke waarden, persoonlijke en deskundige betrokkenheid is een component in het genezingsproces, ziekte en pijn zijn signalen van disharmonie en conflict, de patiënt is autonoom, de deskundige is geen autoriteit maar een therapeutisch partner, geest en lichaam zijn gelijkwaardige factoren in elke ziekte, het placebo-effect bewijst de rol van de geest in ziekte en genezing.

Het was een boeiende dag, waarin Carl Rogers zelf iets vertelde over zijn laatste studiereizen naar Belfast, waar hij een groep protestanten en katholieken met elkaar in gesprek gebracht had, en naar Zuid-Afrika, waar hij als facilitator was opgetreden in het contact met enkele minderheidsgroepen. Er was een sfeer van grote eensgezindheid en waren getuigenissen van mensen die sterk veranderd waren door de humanistische psychologie, er werden hoopvolle toekomstbeelden geschilderd, en het leek tenslotte op een religieuze meeting.

Mierlo G van, Mokkink H. Preventie van somatische fixatie II. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 366-9.

²² Bremer GJ. Het advies. Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 292-4.

²³ Westreenen E van. De betekenis van het recept in de arts-patiënt-relatie. Huisarts en Wetenschap 1966; 9: 208-12.

²⁴ Kolthoff-Tan L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde - een nadere begripsbepaling. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 234-6.

²⁵ Werkgroep Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 126-40.