

A. A. M. CRIJNEN, J. VAN THIEL EN H. F. KRAAN\*

## Evaluatie van consultvoering: een spreekuur nagebootst

Teneinde consultvoering te evalueren, namen 40 arts-assistenten in opleiding tot huisarts deel aan een simulatiespreekuur. Tijdens dit simulatiespreekuur spraken de arts-assistenten met vier verschillende simulatiepatiënten. De arts-assistenten namen met plezier deel aan het spreekuur en vonden het een relevant en realistische leerervaring. Docenten van de huisartsopleiding waren in staat om individueel en in groepsverband feedback te geven, en routines in consultvoering te bespreken. De samenstellers van de Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst onderzochten in de 'laboratorium'-situatie van het simulatiespreekuur validiteit en betrouwbaarheid van dit evaluatie-instrument.

### Inleiding

In 1984 is door de staf van de huisartsenopleiding in Maastricht een geïntegreerd evaluatieprotocol geformuleerd, gericht op programma-evaluatie (satisfactie met betrekking tot het onderwijsprogramma) en studentevaluatie (evaluatie van kennis, medisch-technische vaardigheden en consultvoering).<sup>1</sup> Bij de evaluatie van consultvoering wordt gekeken naar de wijze waarop de arts het contact met een patiënt structureert en de communicatie effectief benut. De evaluatie vindt plaats door in de derde en negende maand van de opleiding de arts-assistent een consult met een simulatiepatiënt te laten voeren en dit consult te bespreken. Deze evaluatie bleek echter moeilijk uitvoerbaar door het ontbreken van bruikbare toetsinstrumenten, die aansloten bij de gedachten van de staf over de wijze van consultvoering.

In dezelfde periode werd in de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie de Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst (MAAS)<sup>2</sup> geconstrueerd. Met de MAAS is het mogelijk een nauwkeurige

beschrijving van de medische interviewvaardigheden van studenten en huisartsen tijdens initiële consulten te verkrijgen.

De samenstellers van de MAAS wilden de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument in verschillende praktijk- en 'laboratorium'-situaties onderzoeken, terwijl de huisartsenopleiders zochten naar een geschikt meetinstrument. Daarom werd besloten samen te werken. Dit resulteerde in een viertal simulatiespreekuren ten behoeve van de arts-assistenten.

### Organisatie van het spreekuur

Om de werkelijkheid van de dagelijkse praktijkvoering beter na te bootsen dan met één enkele simulatiepatiënt mogelijk is, en om de invloed van casuïstiek op de interviewstijl te analyseren, werden vier patiënten aan elke arts-assistent aangeboden. Door de consulttijd te beperken tot 15 minuten ontstond verder een nabootsing van het effect 'tijdsdruk', te meer daar de arts-assistenten betrekkelijk complexe problemen kregen gepresenteerd.

In de loop van een jaar namen vier groepen van 8-11 arts-assistenten deel aan het simulatiespreekuur. Alle consulten werden op videoband opgenomen en tijdens elk consult registreerde een observator de interviewvaardigheden van de arts-assistent met de MAAS. De opdracht aan de arts-assistent was te doen alsof hij in de praktijk van de opleider werkzaam was en een volledig consult bij de simulatiepatiënt uit te voeren. Informatie over de lichamelijke toestand kon worden verkregen bij de observator.

De gang van zaken was als volgt:

Na een belsignaal zetten de observatoren de video-apparatuur aan en betraden de simulatiepatiënten de spreekkamers. De arts-assistenten spraken gedurende maximaal een kwartier met de patiënten. Kort voor het einde van het consult maakte een belsignaal hen erop attent dat zij het gesprek moesten afronden. Na afloop vulden de arts-assistenten een tweetal zelfbeoordelingslijsten

in aangaande de uitgevoerde medische interviewvaardigheden en een lijst die de kwaliteit van het 'medisch denken' beoogt te meten. Ook de simulatiepatiënten vulden een vragenlijst in over de kwaliteit van de arts-patiënt communicatie.

Na 15 minuten waarschuwde de bel dat het bijna tijd was voor het volgende gesprek. Hierop begaven de observatoren zich volgens een roulatieschema naar een andere kamer, die zij in gereedheid brachten voor het volgende consult. Na het luiden van de bel werd de hele procedure herhaald.

Het simulatiespreekuur duurde twee uur en draaide twee keer per ochtend. Door zes arts-assistenten tegelijkertijd het spreekuur te laten doen, was het mogelijk dit programma-onderdeel op één ochtend af te werken. Hierdoor werd de belasting voor de terugkomdag zo klein mogelijk gemaakt.

De door de staf geïnvesteerde tijd in voorbereiding en uitvoering van het simulatiespreekuur bedroeg 42 uren (exclusief tijd besteed aan het schrijven van patiëntenrollen en het ontwikkelen van meetinstrumenten). De kosten van een simulatiespreekuur voor tien arts-assistenten met vier casus, gepresenteerd door acht simulatiepatiënten, bedroegen f 300,- tot f 350,-.

### De simulatiepatiënten

De casuïstiek van de simulatiepatiënten werd ontleend aan echte ziektegeschiedenissen. Om goed zicht te krijgen op de interviewvaardigheid van de arts-assistenten, werd uitgegaan van veel voorkomende maar complexe patiëntproblemen in de huisartspraktijk (*kader*).

De simulatiepatiënten werden gekozen uit het bestand van het Skillslab, de afdeling waar medisch-technische vaardigheden en interviewvaardigheden worden onderwezen. Het Skillslab beschikt over ongeveer 100 simulatiepatiënten die frequent voorkomende klachten simuleren ten behoeve van het onderwijs aan medisch studenten. Een huisarts en een psycholoog trainden deze patiënten in paren gedurende anderhalf uur. De training bestond uit het doornemen van de casus op onduidelijkheden, het inleven in de rol en instructies over de wijze van klachtpresentatie. De rollen waren in lekentaal uitgeschreven en voorzien van instructies

\* De auteurs zijn verbonden aan de Rijksuniversiteit Limburg: A.A.M. Crijnen - huisarts en onderzoeker bij de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie; J. van Thiel - huisarts en docent bij de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde; H.F. Kraan - psychiater en onderzoeker bij de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie.

ties over de wijze waarop de klacht gepresenteerd moest worden. Alle simulatiepatiënten hadden reeds vele malen in het basiscurriculum als patiënt gefunctioneerd. De simulatiepatiënten ontvingen een vergoeding van f 15,- per uur en voerden gemiddeld zes gesprekken per ochtend.

### Ervaringen van de arts-assistenten

De meeste arts-assistenten ervoeren het simulatiesprekuur als plezierig tot zeer plezierig. Enkelen gaven te kennen het spreekuur als onplezierig te hebben ervaren. Het ging hier om een groep die vooraf onvoldoende was geïnformeerd

over de achtergronden en de gang van zaken. Hiermee wordt het belang van goede voorlichting onderstreept.

De tabel toont verder aan dat de gepresenteerde casuïstiek in het algemeen niet te moeilijk werd gevonden. Naar het oordeel van de arts-assistenten brachten de simulatiepatiënten de casuïstiek overtuigend tot zeer overtuigend, hetgeen aangeeft dat het spreekuur als realistisch werd ervaren.

Tenslotte vonden de arts-assistenten de casuïstiek relevant tot zeer relevant voor de huisartspraktijk.

### Ervaringen van de onderzoekers

De onderzoekers wilden vaststellen of observatoren in staat zijn onderling betrouwbaar te scoren met de MAAS, en of het instrument valide is.<sup>3</sup>

De betrouwbaarheid werd beoordeeld door een aantal observatoren achteraf de op videoband opgenomen gesprekken te laten scoren. Generaliseerbaarheidsanalyse toonde aan dat medische interviewvaardigheden op betrouwbare wijze vastgelegd kunnen worden met de MAAS.<sup>4</sup> De coëfficiënt van generaliseerbaarheid is .78, hetgeen zeer acceptabel is. Bovendien bleken de vijf subschalen van de MAAS perfect te passen in het Rasch-model, een zeer strenge betrouwbaarheidsanalyse. De te onderscheiden interviewvaardigheden kunnen dus adequaat door de MAAS gemeten worden.

Voorts werden twee validiteitsaspecten van de MAAS onderzocht, die echter nog voorwerp van analyse zijn. De validiteit van de MAAS wordt echter ondersteund door de uitkomsten van eerder validiteitsonderzoek.<sup>5</sup>

De organisatie van een simulatiesprekuur van deze omvang met daaraan gekoppeld een validiteitsonderzoek vraagt een gedegen voorbereiding en is erg arbeidsintensief. Deze investering is te rechtvaardigen vanwege de noodzakelijke validiteitsstudies. Mogelijk kunnen wij na verloop van tijd aanbevelingen doen over het aantal simulatiepatiënten dat minimaal geïnterviewd moet worden om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van het interviewgedrag. Indien een of twee gesprekken voldoende blijken te zijn, zullen voorbereiding, organisatie, mankracht en kosten aanzienlijk afnemen.

Tegelijkertijd kunnen wij vaststellen

#### De simulatiepatiënten

1. Een 60-jarige vrouw, van wie de kinderen recent waren gaan studeren, presenteerde zich met klachten van een vitale depressie gebaseerd op intrapsychische en interactionele factoren en sociaal isolement. Patiënte werd door haar echtgenoot naar de huisarts gestuurd met de vraag of een pilletje haar kon helpen.
2. Een 50-jarige aannemer maakte zich ongerust over zijn hart, omdat hij de avond tevoren een kortdurende aanval van hevige beklemmende pijn op de borst had gehad. Patiënt rookte al jaren en had grote problemen met zijn bedrijf achter de rug.
3. Bij een 60-jarige vrouw die altijd ge-

zond was geweest, werd tijdens de rijbewijskeuring een verhoogde bloedsuiker gevonden, waarop zij naar haar eigen huisarts werd gestuurd. Patiënte maakte zich zorgen, omdat zij in haar familie een geval van suikerziekte met ernstige vasculaire complicaties had meegemaakt. Patiënte drong aan op informatie omtrent aard en mogelijke gevolgen van haar ziekte.

4. Een 45-jarige man kwam met klachten van verergerde slapeloosheid en angstaanvallen. De klachten bij deze schaamtevolle patiënt leken uiteindelijk terug te voeren op onverwerkte insufficiëntiegevoelens na verlies van zijn baan.

**Tabel.** Evaluatie van het simulatiesprekuur door 40 arts-assistenten in opleiding tot huisarts.

Onderwerpen	Gemiddelde score	Antwoordfrequentie				
		++	+	+/-	-	--
Ik deed dit simulatiesprekuur met plezier	3.7	9	20	3	7	1
<i>De depressieve vrouw</i>						
- is te moeilijk voor arts-assistenten	2.2	2	4	2	23	9
- werd overtuigend gebracht	4.3	17	21	1	0	1
- is relevant voor de huisartspraktijk	4.4	18	20	1	0	1
<i>De patiënt met pijn in de borst</i>						
- is te moeilijk voor arts-assistenten	1.9	1	1	1	27	10
- werd overtuigend gebracht	4.1	14	20	3	2	1
- is relevant voor de huisartspraktijk	4.4	19	20	0	0	1
<i>De vrouw met verhoogde bloedsuiker</i>						
- is te moeilijk voor arts-assistenten	1.8	1	0	0	26	13
- werd overtuigend gebracht	4.1	14	20	3	2	1
- is relevant voor de huisartspraktijk	4.4	18	21	0	0	1
<i>De werkloze man met slapeloosheid</i>						
- is te moeilijk voor arts-assistenten	2.0	1	2	3	24	10
- werd overtuigend gebracht	4.1	13	21	3	2	1
- is relevant voor de huisartspraktijk	4.4	18	21	0	0	1

**Verklaring:** ++ geheel eens; + eens; +/- geen mening; - oneens; -- geheel oneens.

dat een validiteitsstudie onder gestandaardiseerde condities mogelijk is: het simulatiespreekuur biedt de unieke mogelijkheid om verschillende proefpersonen met dezelfde patiënt te confronteren en dezelfde proefpersoon met verschillende simulatiepatiënten. Deze situatie is in de dagelijkse praktijk onmogelijk. Bovendien hoeven echte patiënten niet met wetenschappelijk onderzoek belast te worden. Andere evaluatie-instrumenten die in de huisartsopleiding gebruikt worden en waarvan de validiteit nog niet is vastgesteld, lijken ook door middel van een simulatiespreekuur onderzocht te kunnen worden.

### Ervaringen van de docenten

Het is evident dat goede consultvoering een belangrijk onderwijsdoel is. Naast kennis en probleem-oplossende vaardigheden staan medische interviewvaardigheden centraal bij het voeren van een consult.

In een overzichtsartikel formuleerden *Carroll and Monroe* enkele principes op basis waarvan onderwijsprogramma's in consultvoering ontworpen kunnen worden. In de eerste plaats moeten dergelijke programma's mogelijkheden bieden tot observatie van en directe feedback door docenten, medestudenten of simulatiepatiënten. Daarbij kunnen arts-assistenten gewezen worden op vaardigheidsaspecten waarin zij uitblinken of juist onder de maat scoren. In de tweede plaats moeten deze programma's op zijn minst concrete beschrijvingen geven van de vaardigheden die geleerd moeten worden. Het beste is, deze nauwkeurig omschreven vaardigheden samen te brengen in een logisch gestructureerd programma.<sup>6</sup>

De Maastrichtse huisartsopleiding komt duidelijk tegemoet aan het eerste principe, doordat tweemaal per jaar simulatiepatiëntcontacten plaatsvinden. Op videoband opgenomen gesprekken worden met de arts-assistenten individueel en in groepsverband nabesproken. Het voordeel van een simulatiespreekuur boven één enkel contact met een simulatiepatiënt is dat het realistischer is en dat de arts-assistent in meer consulten kan laten zien waartoe hij/zij in staat is. Bovendien is het mogelijk om de aandacht bij de beoordeling te richten op bepaalde routines.

Het tweede principe sluit aan op het

streven binnen de beroepsopleiding om te komen tot een model voor de consultvoering dat kan dienen als uitgangspunt voor onderwijs en beoordeling. Dit model biedt een structurering voor het hele arts-patiënt contact, uitgaande van de principes van een wetenschappelijke werkwijze en een doelmatige en wederkerige communicatie.<sup>7</sup>

Door de formulering van dit model, de lange discussies en het moeizame oefenen met het Utrechts toetsinstrument en de ervaringen met de MAAS, is de feedback van de stafleden aan de arts-assistenten redelijk gestandaardiseerd geworden.

De MAAS lijkt in hoge mate te meten wat in de huisartsopleiding onder consultvoering wordt verstaan. Het aantal items (68) wordt door de docenten echter nog als een bezwaar ervaren. Mogelijk zal na afsluiting van het onderzoek naar de MAAS het aantal items op verantwoorde wijze gereduceerd kunnen worden. De MAAS kan dan dienen als expliciete formulering van de te leren vaardigheden en kan bovendien gebruikt worden bij de evaluatie van de arts-assistenten.

### Conclusies

Voor onderwijs en onderzoek met betrekking tot consultvoering heeft een spreekuur door arts-assistenten met meer dan één simulatiepatiënt duidelijke voordelen. De arts-assistenten beoordelen deelname aan het simulatiespreekuur als een nuttige, realistische leerervaring in consultvoering. Zij vinden de gepresenteerde problemen relevant voor de huisartsgeneeskunde. Het simulatiespreekuur biedt de docenten de gelegenheid om routines in de consultvoering te bespreken. De mogelijkheid tot individuele feedback en feedback in groepsverband maakt het simulatiespreekuur tot een optimale onderwijsvorm. Ook bij nascholingsactiviteiten vormen interviews met simulatiepatiënten een zeer geschikte onderwijsvorm. De realistische presentatie van patiëntproblemen door simulatiepatiënten en de standaardisatie die ontstaat door het gebruik van simulatiepatiënten, aangevuld met de beschikbaarheid van een betrouwbaar en valide observatie-instrument (MAAS) maken toetsing van medische interviewvaardigheden mogelijk.

Voor onderzoekers van medische

consultvoering biedt het simulatiespreekuur de mogelijkheid de invloed van de patiënt en de casus te standaardiseren en een aantal arts-assistenten te vergelijken. In dit geval waren we in staat om betrouwbaarheid en validiteit van evaluatie-instrumenten in consultvoering te onderzoeken. Tot de nadelen horen de tijdrovende en intensieve voorbereiding van het spreekuur en de instructie van de diverse deelnemers aan het spreekuur. Verder dienen geschikte ruimtelijke voorzieningen met video-apparatuur beschikbaar te zijn.

<sup>1</sup> Anoniem. Evaluatieprotocol. Beroepsopleiding tot huisarts. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.

<sup>2</sup> Crijnen AAM, Van Dalen J, Kraan HF, Zuidweg J. Medische interviewvaardigheden gemeten: de Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst. *Med Contact* 1986; 41: 114-6.

<sup>3</sup> Crijnen AAM, Van Dalen J, Kraan HF, Zuidweg J. Research on the Maastricht History-taking and Advising Checklist. *Med Encounter* 1985; 2: 2-3.

<sup>4</sup> Thorndike RL. *Applied psychometrics*. Boston: Houghton Mifflin, 1982.

<sup>5</sup> Crijnen AAM, Kraan HF, Zuidweg J, Van der Vleuten CP, Imbos T. Evaluating growth in interviewing skills during medical education. In: Khattab T, Schmidt H, Nooman Z, Ezaat E. New York: Springer, in press.

<sup>6</sup> Carroll JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions. *Evaluations & The Health Professions* 1980; 3: 21-45.

<sup>7</sup> Van Thiel J. *Konsultmodel, een model voor consultvoering*. Maastricht: Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1985.

### Nota bene

Hectisch, enerverend, schokkend, rommelig, uitzichtloos en soms onbegrijpelijk. Kwalificaties die stuk voor stuk aan 1985 gegeven kunnen worden. Althans voor zover het de gezondheidszorg betreft.

Voorzitter J. P. M. Hendriks in het voorwoord van het Jaarverslag 1985 van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.