

J. VAN DER ENDE, S. VISSER EN K. GROENIER

Gespreksvaardigheden van de huisarts in opleiding

Dit onderzoek naar de gespreksvaardigheden van huisartsen in opleiding maakt deel uit van een evaluatie-onderzoek van de beroepsopleidingen in Groningen en Nijmegen. In totaal werkten 67 arts-assistenten mee. Er werden audio-opnamen gemaakt van consulten aan het begin en aan het eind van de opleiding. De opnamen werden vervolgens beoordeeld door onafhankelijke beoordelaars. De beoordelingen kunnen worden samengevat in een drietal aspecten: frequentie van diverse vaardigheden, kwaliteit van vaardigheden en algemene gesprekshouding. De resultaten laten een vooruitgang in de loop van de opleiding zien. De artsen werden uitnodigender en meer patiëntgericht. Er waren geen verschillen tussen Groningen en Nijmegen.

Inleiding

Gespreksvaardigheden

Tijdens de opleiding tot basisarts wordt uitgebreid aandacht besteed aan het opbouwen van de medisch-technische kennis van de studenten. Een afgestudeerd basisarts bezit in het algemeen een uitgebreide klinisch-medische kennis. Huisartsgeneeskundige vaardigheden als het verrichten van een simpele anamnese en algemeen lichamelijk onderzoek, schieten meestal te kort. Op het gebied van de kennis blijkt met name de kennis van de epidemiologie veel te klinisch gericht te zijn.¹ Een ander gebied komt in de basisopleiding nog minder aan de orde: het omgaan met de patiënt, de arts-patiënt relatie en de gespreksvoering. Met andere woorden: tijdens de basisopleiding wordt de toekomstige arts diagnose- en ziektegericht opgeleid en niet patiëntgericht.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat dit tijdens de beroepsopleiding tot huisarts wordt omgedraaid en dat de toekomstige huisartsen patiëntgericht worden opgeleid. Voor het contact met de patiënt, dat meestal plaatsvindt tijdens het huisartsgeneeskundig consult, is een adequate consultvoering derhalve essentieel.

Uit onderzoek is bekend dat sociale

vaardigheden en gespreksvaardigheden een belangrijke rol spelen in het oordeel van de patiënt over een consult, zoals tevredenheid over het contact en vertrouwen in de arts.²⁻⁵ Ook blijkt uit deze onderzoeken, dat adequate gespreksvaardigheden van de arts de effectiviteit van een consult bevorderen. Het idee is dat de patiënt door een adequate gespreksvoering van de arts wordt gestimuleerd na te denken over zijn eigen klachten. Arts en de patiënt denken samen na over de oplossing en behandeling van de klachten. Hierbij geeft de arts heldere informatie en uitleg. Op deze manier werkt de patiënt actief mee aan zijn eigen herstel. Het resultaat is dat de patiënt zich minder afhankelijk opstelt van de gezondheidszorg.⁶ Onduidelijk is nog of deze consultvoering ook tot betere patiëntzorg leidt.

In het hier gepresenteerde onderzoek worden de gespreksvaardigheden van huisartsen in opleiding aan het begin en aan het eind van hun opleiding beoordeeld. De vaardigheden waarop de consulten van deze artsen in dit onderzoek worden beoordeeld, zijn ontleend aan het werk van Ivey.⁷ Het gebruikte observatiesysteem gaat voort op de onderzoekslijn van Neuteboom, Van Dorp en Fluitman.^{2,3,8} Het is verder toegespitst op het huisartsgeneeskundig consult en uitgebreid om een totaalbeeld van het consult te kunnen geven. Het observatiesysteem is getoetst in een uitgebreid vooronderzoek en voldoende betrouwbaar bevonden.⁹

Twee opleidingen

De Groningse en de Nijmeegse beroepsopleiding verschillen sterk van elkaar in onderwijsstijl.¹⁰

De beroepsopleiding in Groningen neemt als uitgangspunt de actuele problemen waarmee de arts in opleiding wordt geconfronteerd in de stagepraktijk. De inhoud van het opleidingsprogramma wordt daarom voor een groot deel bepaald door de arts-assistenten zelf, en is daardoor sterk gevarieerd. Centraal staat het methodisch oplossen van actuele problemen en het verkrijgen van inzicht in het eigen handelen en

gedrag. Een vast onderdeel in de opleiding is een expliciete training in gespreksvaardigheden en methodisch werken.

De Nijmeegse beroepsopleiding is meer gestructureerd, met name rond het aanleren van een viertal basisvaardigheden, ontleend aan de projecten 'Preventie van somatische fixatie' en 'Toetsing'. Het is de bedoeling dat de leerprogramma's op gestructureerde wijze in alle groepen huisartsen in opleiding behandeld worden. Het aanleren van gespreksvaardigheden komt in de Nijmeegse beroepsopleiding niet expliciet aan de orde, maar wel impliciet bij het hanteren van de arts-patiënt relatie.

Vraagstelling

De volgende vraagstellingen vormden de uitgangspunten voor dit onderzoek:

- Hoe en in welke mate verandert het toepassen van gespreksvaardigheden tijdens de beroepsopleiding tot huisarts?
- In welke mate verandert de algemene gesprekshouding van de artsen gedurende het opleidingsjaar?
- Welke verschillen zijn er aan te wijzen tussen de beroepsopleidingen uit Groningen en Nijmegen?

Methoden

Materiaal

Het materiaal is verzameld in een uitgebreid evaluatie-onderzoek.¹¹ Aan dit onderzoek werkten drie Groningse en drie Nijmeegse groepen huisartsen in opleiding mee.

Deze artsen werd gevraagd aan het begin en aan het eind van hun opleiding twintig consulten op te nemen op cassetteband (voor- en nameting). Van 63 artsen zijn consulten uit zowel de voormeting als de nameting beschikbaar. De opgenomen consulten waren normale patiëntcontacten, die de artsen alleen uitvoerden, dus niet in aanwezigheid van hun huisartsopleiders. Bovendien mochten het geen herhalingsconsulten zijn.

Uit het verzamelde materiaal van ruim 2500 consulten is een steekproef getrokken van ongeveer 1200 consulten, gestratificeerd naar arts en meetmoment. Deze 1200 consulten zijn be-

oordeeld en vormen het materiaal van deze studie.

Instrument

Het gebruikte beoordelingsinstrument bestond uit drie onderdelen: frequentieregistratie van gespreksvaardigheden, kwaliteitsbeoordeling van de vaardigheden 'algemeen oordeel' en 'basis-houding', en beoordeling van de gesprekshouding door middel van contrastparen.

De frequentieregistratie werd verricht over vijf hoofdcategorieën, met samen veertien categorieën:

- *Vragen:*
 - open vraag;
 - check- of doorvraag;
 - gesloten vraag;
 - complexe vraag.
- *Volgen:*
 - minimale aanmoedigingen;
 - parafasering;
 - reflectie van gevoel;
 - samenvatten;
 - feedback of confrontatie;
 - praten in zichzelf.
- *Informereren:*
 - informatie geven, op eigen initiatief of op een vraag.
- *Directieven:*
 - aanwijzingen;
 - directieven in het gesprek.
- *Oncodeerbaar:*
 - onverstaanbaar of oncodeerbaar.

Bij de kwaliteitsbeoordeling werden de toegepaste vaardigheden beoordeeld op twee dimensies:

- hoe adequaat werd de vaardigheid uitgevoerd?
- hoe vaak werd de vaardigheid toegepast?

Hierbij werd nog het algemeen oordeel over het gebruik van de gesprekstechnieken gescoord en de houding van de arts op de dimensies:

- empathie;
- directiviteit.

Als derde werd de gesprekshouding van de arts in het consult beoordeeld met behulp van een semantische differentiaal, bestaande uit een tiental contrastparen, die weer uit te drukken zijn op twee dimensies, te weten:

- tempo;
- betrokkenheid, sfeer.

Wordt nu een verbetering in gespreksvaardigheden vertaald naar de drie onderdelen van het beoordelingsinstru-

ment, dan worden de volgende veranderingen verwacht:

- Bij de frequentieregistratie van gespreksvaardigheden wordt een toename verwacht bij open vragen, minimale aanmoediging, parafasieren, reflectie van gevoel, samenvatten, feedback, informatie geven, aanwijzingen en directieven. Er wordt een afname verwacht bij gesloten vragen, complexe vragen en praten in zichzelf.
- Bij de kwaliteitsbeoordeling wordt een verbetering verwacht op de beide dimensies. Een verbetering van het algemeen oordeel en een toename van zowel empathie als directiviteit.
- Bij de gesprekshouding wordt een stijging verwacht op zowel de schaal 'tempo' als de schaal 'betrokkenheid, sfeer'.

Beoordeling

De beoordeling van de consulten werd verricht door vier klinisch psychologen. Zij waren externe, onafhankelijke beoordelaars. Ze hadden voorafgaand een uitgebreide training gekregen en gedurende de beoordelingsperiode waren er nog tussentijdse trainingssessies om te waarborgen dat de beoordelaars van dezelfde beoordelingscriteria zouden blijven uitgaan, en om de 'observers drift' zoveel mogelijk te beperken.

De te beoordelen consulten werden 'dubbel blind' aan de beoordelaars aangeboden. De beoordelaars wisten niet uit welke plaats of uit welke periode de opgenomen gesprekken waren.

In totaal 15 procent van de consulten werd beoordeeld door alle vier de beoordelaars. Op die manier kon de betrouwbaarheid van de beoordelingen getoetst worden. Deze 'betrouwbaarheidsconsulten' werden verdeeld over de hele beoordelingsperiode aangeboden en de beoordelaars wisten niet welke consulten dit waren.

De feitelijke beoordeling werd gedaan met behulp van een tijdsklok, die uitschakelde na een tijdsinterval van 20 seconden. Hierdoor kregen de beoordelaars voldoende tijd om de geobserveerde categorieën in de juiste volgorde te noteren. De totale duur van het consult werd bepaald aan de hand van het aantal tijdsintervallen.

Voor de 195 betrouwbaarheidsconsulten werd per onderdeel een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd over de vier beoordelaars, waarbij een alfa-coëfficiënt werd berekend.

Daarna werden drie multivariate variantie-analyses uitgevoerd: één over de frequentieregistratie, één over de drie algemene kwaliteitsbeoordelingen en één over de schalen van de contrastparen.

Resultaten

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de vaardigheden van de frequentieregistratie liepen uiteen van 0,85 t/m 0,99. Dat betekent dat slechts 1 tot 15 procent van de beoordelaarsvariantie te wijten is aan toeval. Er was één uitzondering: de categorie 'complexe vragen' had een betrouwbaarheid van 0,66. De kwaliteitsbeoordelingen 'hoe adequaat uitgevoerd' en 'hoe vaak toegepast' lieten coëfficiënten zien van 0,12 t/m 0,64. Het algemeen oordeel, de beoordelingen over 'empathie' en 'directiviteit' hadden betrouwbaarheden van respectievelijk 0,53, 0,62 en 0,53. De schalen 'tempo' en 'betrokkenheid, sfeer', gevormd uit de contrastparen, hadden beide een betrouwbaarheid van 0,75.

Deze cijfers geven weer dat de frequentieregistratie een goede betrouwbaarheid heeft, en dat de betrouwbaarheid van de kwaliteitsbeoordeling te wensen overlaat. Bij het algemeen oordeel, de empathie en de directiviteit worden redelijke betrouwbaarheden gevonden. De betrouwbaarheden van de gesprekshouding door middel van de contrastparen, uitgedrukt in de schalen 'tempo' en 'betrokkenheid, sfeer', zijn goed te noemen.

Bij de verdere presentatie van de resultaten worden de gevonden resultaten op de kwaliteitsbeoordeling van de afzonderlijke vaardigheden verder achterwege gelaten vanwege hun lage betrouwbaarheid.

Vaardigheden

In tabel 1 worden de resultaten weergegeven voor de frequentieregistratie van de dertien vaardigheden; de veertiende categorie 'oncodeerbaar' is uitgesloten. De multivariate toetsen van de variantie-analyse laten een significant verschil zien tussen de voor- en nameting ($F=11,91$; d.f. 13,959; $p<0,001$) en tussen de opleidingsplaatsen ($F=9,59$; d.f. 13,959; $p<0,001$).

Wanneer vervolgens wordt gekeken naar de univariate toetsen, dan blijkt dat zeven van de dertien vaardigheden

significant veranderd zijn in de tijd na de voormeting. Het stellen van gesloten vragen neemt in Nijmegen toe gedurende de opleiding, terwijl de verwachting

was, dat dit juist zou afnemen. De overige vaardigheden zijn wel in de gewenste richting veranderd, maar niet significant. De algemene richting van de ver-

andering is, dat er meer ruimte is voor de patiënt en een toename van de kwaliteit van het consult.

Ook tussen de beide opleidingen is een aantal significante verschillen te vinden, maar deze bestonden al bij de voormeting. Er is ten aanzien van die verschillen geen consistent beeld waar te nemen.

Tabel 1 Verschillen op de frequentieregistratie van de vaardigheden.

Vaardigheid	Opleidingsplaats	Gemiddelde voormeting	Gemiddelde nameting
Open vragen ^{a,b}	Nijmegen	5,0	7,0
	Groningen	4,2	6,1
Check vragen ^b	Nijmegen	42,6	33,2
	Groningen	46,5	34,4
Gesloten vragen ^a	Nijmegen	8,6	10,2
	Groningen	8,1	7,9
Complexe vragen ^{a,b}	Nijmegen	1,6	1,1
	Groningen	1,1	0,9
In zichzelf praten ^{a,b}	Nijmegen	21,4	17,0
	Groningen	15,7	11,6
Minimale aanmoediging ^b	Nijmegen	96,5	104,5
	Groningen	96,1	102,8
Parafaseren ^a	Nijmegen	16,3	17,3
	Groningen	13,3	14,5
Reflectie van gevoel	Nijmegen	2,0	1,7
	Groningen	2,0	2,3
Samenvatten ^{a,b}	Nijmegen	2,4	3,3
	Groningen	1,0	1,8
Directieven ^a	Nijmegen	16,6	16,2
	Groningen	14,4	13,5
Feedback	Nijmegen	6,7	5,9
	Groningen	6,1	5,7
Informatie geven ^a	Nijmegen	44,9	46,1
	Groningen	47,4	50,2
Aanwijzingen ^b	Nijmegen	22,9	19,5
	Groningen	26,7	17,7

^a significant tussen de groepen ($p < 0,05$); ^b significant tussen voor- en nameting ($p < 0,05$).

Tabel 2 Verschillen op de algemene kwaliteitsoordelen (minimum = 1; maximum = 3).

	Opleidingsplaats	Gemiddelde voormeting	Gemiddelde nameting
Algemeen oordeel	Nijmegen	1,36	1,46
	Groningen	1,36	1,45
gesprekstechnieken ^b	Nijmegen	1,21	1,36
	Groningen	1,18	1,29
Empathie ^b	Nijmegen	1,50	1,72
	Groningen	1,49	1,53

^a significant tussen de opleidingsplaatsen ($p < 0,05$); ^b significant tussen voor- en nameting ($p < 0,05$).

Tabel 3 Verschillen op de schalen 'tempo' en 'betrokkenheid, sfeer' tussen opleidingsplaatsen en afnames.

Schaal	Opleidingsplaats	Voormeting	Nameting
Tempo	Nijmegen	6,9	6,8
	Groningen	6,8	6,9
Betrokkenheid, sfeer ^a	Nijmegen	13,6	14,1
	Groningen	13,1	13,8

^a significant tussen voor- en nameting ($p < 0,05$).

Kwaliteitsoordelen

In tabel 2 zijn de resultaten weergegeven over de drie algemene kwaliteitsoordelen. Ook hier lieten de multivariate toetsen van de variantie-analyse een significant verschil zien tussen voor- en nameting ($F=4,91$; d.f. 3,965; $p < 0,01$) én tussen de opleidingsplaatsen ($F=2,65$; d.f. 3,965; $p < 0,05$).

Bij alle drie kwaliteitsoordelen is er een significante kwaliteitstoename tussen voor- en nameting. Daarnaast blijken de arts-assistenten in Nijmegen aan het eind van de opleiding directiever te zijn dan die in Groningen.

Gesprekshouding

Tenslotte staan in tabel 3 de resultaten van de beoordeling van de gesprekshouding door middel van contrastparen, uitgedrukt in de schalen 'tempo' en 'betrokkenheid, sfeer'. Er is geen verandering opgetreden op de schaal 'tempo' en er is een significante, zij het beperkte toename op de schaal 'betrokkenheid, sfeer'.

Beschouwing

De betrouwbaarheid van de frequentieregistraties was over het algemeen hoog. Ook de betrouwbaarheid van de gesprekshouding door middel van contrastparen was goed. Bij de betrouwbaarheid van de kwaliteitsbeoordelingen ontstaan echter problemen. Het algemene oordeel, en de beoordeling van empathie en directiviteit hebben nog een redelijke betrouwbaarheid, maar de betrouwbaarheid bij de beoordeling van de kwaliteit van de afzonderlijke vaardigheden is bedroevend laag. Geconcludeerd moet worden dat de vier beoordelaars onderling sterk verschillen ten aanzien van de adequaatheid waarmee een vaardigheid werd uitgevoerd. Ook blijkt dat het moeilijker is om de kwaliteit van uitvoering en toepassing goed te operationaliseren.

Kennelijk stemmen de beoordelaars overeen in de beslissing of een vaardig-

heid voorkomt. Over hoe goed een specifieke vaardigheid werd uitgevoerd, was moeilijker overeenstemming te bereiken. Meer globale en algemene oordelen, zoals over gesprekshouding, empathie en directiviteit, werden weer met meer overeenstemming gegeven.

De resultaten laten zien, dat er tijdens de beroepsopleiding tot huisarts een verandering in de gewenste richting optreedt bij het toepassen van gespreksvaardigheden. Er is een toename te constateren in het toepassen van gewenste gesprekstechnieken en een afname in ongewenste. In het algemeen neemt de kwaliteit van de toegepaste technieken toe en stelt de arts zich empathischer en directiever op. In de beoordeling van de gesprekshouding van de arts is een toename te zien in de betrokkenheid van de arts op de patiënt en een verbetering van de sfeer tijdens het consult.

Algemener kan worden gezegd dat de arts zich opener en uitnodigender opstelt ten opzichte van de patiënt en de patiënt meer ruimte geeft. De arts blijkt dus meer op de patiënt gericht te zijn en ook minder diagnosegericht. De arts lijkt beter in staat een meer preventieve attitude aan te nemen.

Er zijn enkele verschillen tussen de opleidingsplaatsen in begin- en eindniveau. De vooruitgang in vaardigheden is echter in beide plaatsen even sterk.

Gemeten naar de beoordelingen, is er dan ook geen verschil in kwaliteit tussen de twee onderwijsprogramma's vast te stellen.

Er is wel enige voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de verschillen. Weliswaar zijn de verschillen statistisch significant, maar de diverse gemiddelden liggen dicht bij elkaar. Wellicht zal het grote aantal waarnemingen (1200) daar mede debet aan zijn. Gezien de kleine verschillen zal de verklaarde variantie navenant gering zijn.

Zoals gesteld konden de onderzochte opleidingsprogramma's de verschillen niet verklaren. Mogelijk zijn de gehanteerde procedures voor het bepalen van gespreksvaardigheden daar niet toe in staat. Ook zou het kunnen zijn dat gespreksvaardigheden hoe dan ook moeilijk meetbaar zijn. Het mag in ieder geval duidelijk zijn dat de veranderingen die tijdens de beroepsopleidingen zijn gemeten, zeer beperkt waren.

Daarnaast is het mogelijk dat andere aspecten van de opleiding bijdragen aan de verandering in gespreksvaardigheden. Zo zou de tijd die een arts in opleiding in de huisartspraktijk doorbrengt, een belangrijke variabele kunnen zijn, en zo kan ook het voorbeeld van de opleider een belangrijke factor zijn. De opleiding zou in dat geval meer aandacht moeten besteden aan de gespreksvaardigheden in de praktijk. Wel-

ke factoren daarbij een bepalende rol spelen, vergt nader onderzoek.

- ¹ Groenier K, Van der Ende J, Visser S. Kennis van epidemiologie voor huisartsen in opleiding. Groningen: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1987.
- ² Neuteboom P. Opleiding in gespreksvoering. Delft: Meinema, 1966.
- ³ Van Dorp C. Luisteren naar patiënten. Lochem: De Tijdstroom, 1977.
- ⁴ Bensing J, Verhaak P. Ruimte voor de patiënt. Ned Tijdschr Psychol; 36: 19-33.4.
- ⁵ Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communication. New York: Academic Press, 1983.
- ⁶ Grol R. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- ⁷ Ivey A, Authier J. Microcounseling. Springfield: Thomas: 1978.
- ⁸ Fluitman A. Een analyse van het aandeel van de huisarts in het spreekuurgesprek. Groningen: Vakgroep Klinische Psychologie, 1983.
- ⁹ Visser S, Van der Ende J, Groenier K. Observatiesysteem voor gespreksvaardigheden: ontwikkeling. Groningen: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1988.
- ¹⁰ Helsper A, Bulte J, Grol R, Visser S. De inhoud van het terugkomdagonderwijs in de Nijmeegse en Groningse opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1987; 30: 318-24.
- ¹¹ Bulte J, Helsper A, Van der Ende J, Visser S. Evaluatie-onderzoek naar de huisartsopleiding in Nijmegen en Groningen. Huisarts Wet 1987; 30: 317.