

De structuur van een consult – onderwijs en praktijk

MAARTJE TERLUIN, MIRJAM ANDEWEG, PETER BOENDERMAKER, JAN POLS

Inleiding

In Groningen leren medisch studenten een consult te voeren waarin anamnese, lichamenlijk onderzoek en gespreksvaardigheden geïntegreerd aan bod komen.¹ Een dergelijk consult heeft drie fasen, en elke fase bestaat weer uit een aantal onderdelen:

Vraagverheldering:

- contactredenen;
- hoofdklacht;
- hulpvraag;
- aanleiding voor komst.

Diagnostiek:

- uitvragen van de zeven dimensies van de hoofdklacht (aard, lokalisatie, ernst, chronologie, ontstaan, beïnvloeding en beleving van de klacht);
- hypothesetoetsing;
- lichamenlijk onderzoek.

Afronding:

- samenvatting van de bevindingen uit de eerste twee fasen;
- uitleg over de (differentiële) diagnose;
- beleidsvoorstel;
- bespreking uitvoering van het gekozen beleid;
- besluit consult.²

Doel van dit onderwijs is de studenten zo goed mogelijk voor te bereiden op de latere praktijk. Het is echter de vraag in hoeverre het onderwijsconsult verschilt van consulten in de praktijk.

Onderzoek van de literatuur naar beschrijvingen van consulten in de praktijk leverde slechts vier publicaties op.³⁻⁶ Een vergelijking met het onderwijsconsult kon op grond van deze beschrijvingen niet worden gemaakt. Dit was aanleiding voor een inventariserend onderzoek bij een aantal huisartsen op basis van de volgende vraagstelling:

- In hoeverre komen de onderdelen van het modelconsult zoals dat in het onderwijs wordt getraind, voor in echte consulten?
- Hoe kunnen verschillen verklaard worden?

Samenvatting

Terluin M, Andeweg ME, Boendermaker PM, Pols J. De structuur van een consult – onderwijs en praktijk. *Huisarts Wet* 2000;43(13):563-5.

Vraagstelling Bij het vaardigheids-onderwijs in Groningen wordt studenten geleerd een gestructureerd consult te voeren. Onderzocht is in hoeverre het 'onderwijsconsult' verschilt van consulten in de praktijk.

Methode Vierdejaars studenten geneeskunde scoorden consulten van huisartsen en beantwoordden open vragen over verschillen tussen het onderwijsconsult en consulten van huisartsen.

Resultaten Alle onderdelen van het onderwijsconsult komen voor in consulten van huisartsen, maar niet alle onderdelen komen bij elk consult aan bod. Dit heeft verschillende oorzaken: niet alles is altijd van toepassing, de arts kent de patiënt over het algemeen goed, er is weinig tijd, de arts heeft veel meer ervaring dan studenten, de diagnose is soms overduidelijk, soms is er aanleiding om direct lichamenlijk onderzoek te doen, en er zijn veel vervolggconsulten.

Conclusie In het vaardigheids-onderwijs zou aandacht besteed moeten worden aan het voeren van vervolggconsulten en zou rekening gehouden moeten worden met situaties die aanleiding geven om direct lichamenlijk onderzoek doen. Studenten leren dan om de structuur los te laten wanneer dat nodig is.

Huisartsopleiding, Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Faculteit der Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen. drs. M. Terluin en drs. M.E. Andeweg, beiden co-assistent; P.M. Boendermaker, huisarts; J. Pols, arts-onderwijskundige, afdeling onderwijsontwikkeling en kwaliteitszorg. Correspondentie: M. Terluin, p/a P.M. Boendermaker; e-mail: p.m.boendermaker@med.rug.nl

Methode

Aan het begin van het vierde studiejaar lopen alle studenten drie dagen stage in een huisartspraktijk. In het studiejaar 1998-1999 werd hen gevraagd om tijdens deze stage vier consulten te observeren aan de hand van een scoreformulier, waarop alle onderdelen van het consult stonden vermeld. Een vergelijkbaar formulier wordt gebruikt bij het vaardigheidsonderwijs. Per consult moest worden aangegeven welke onderdelen wel en niet aan bod kwamen. Ook moest worden aangegeven of het om een nieuw probleem (eerste consult) of om een vervolggconsult ging. Naar aanleiding van hun observaties en – voor de derde vraag – een gesprek met de huisarts, moesten de studenten bovendien drie open vragen beantwoorden:

- Wat zijn de meest opvallende verschillen tussen de huisartsconsulten en het onderwijsconsult?
- Wat zijn volgens jou de redenen voor deze verschillen?
- Wat zijn de opvattingen van de huisarts hierover?

Alle scoreformulieren zijn geaccepteerd voor verwerking, ook als er minder dan vier consulten waren gescoord, of als de open vragen niet (alle) waren beantwoord.

De data zijn verwerkt met SPSS. De antwoorden op de open vragen zijn door de auteurs in een iteratief kwalitatieve analyseprocedure ondergebracht in rubrieken.⁷

Resultaten

In september 1998 liepen 225 studenten stage bij 157 huisartsen; 68 huisartsen ontvingen tweemaal een student. Er werden 190 scoreformulieren geretourneerd (respons 84%). In totaal werden 756 consulten gescoord. Van de respondenten vulden er 167 (88%) alle open vragen in.

Verschillen

Alle consultonderdelen uit het onderwijs werden door de studenten ook in de praktijk waargenomen (*tabel 1*). De contactredenen uit de vraagverheldering en het beleid

uit de afronding kwamen bijna altijd aan bod; de samenvatting aan het begin van de afronding werd het minst gescoord.

In totaal werden 500 eerste consulten en 208 vervolgsconsulten geobserveerd; bij 48 consulten was de desbetreffende vraag niet beantwoord. Uit *tabel 1* blijkt dat sommige onderdelen significant minder vaak aan bod kwamen bij vervolgsconsulten dan bij eerste consulten.

De studenten noemden gemiddeld drie verschillen tussen het onderwijsconsult en de praktijkconsulten (*tabel 2*). Twee springen er uit: in de praktijk komen niet alle onderdelen bij elk consult aan bod en de volgorde van de onderdelen is meer variabel.

Verklaringen

Zowel de studenten als de huisartsen noemden diverse verklaringen voor de verschillen: de arts kent zijn patiënt al, hij heeft minder tijd voor zijn consult, hij heeft ervaring, hij heeft een eigen stijl en het gaat in de praktijk vaak om vervolgsconsulten. Daarnaast werd door studenten gezegd dat niet alle onderdelen bij elk consult van toepassing zijn, dat het onderwijs een leersituatie is, dat de patiënten in het onderwijs niet echt zijn, dat echte patiënten uit zichzelf meer vertellen dan simulatiepatiënten, dat de diagnose in de praktijk soms overduidelijk is, en dat de situatie soms aanleiding geeft om eerder in het consult lichamelijk onderzoek te doen.

De huisartsen merkten verder op dat de structuur van het onderwijsconsult voor hen een hulpmiddel is bij complexe problemen en dat het onderwijsconsult volgens hen een goed leermiddel is.

Beschouwing

Alle onderdelen van het onderwijsconsult komen voor in echte consulten, maar niet alle onderdelen komen aan bod bij elk consult. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat niet elk onderdeel bij elk consult van toepassing is. De huisarts heeft vaak minder (waarneembare) informatie nodig dan studenten. Daarbij spelen natuurlijk zijn grotere ervaring en kennis en

Tabel 1 Het wel/niet vóórkomen van consultonderdelen. Percentages

	Alle consulten n = 756		Eerste consulten n = 500		Vervolgsconsulten n = 208	
	wel	niet	wel	niet	wel	niet
<i>Fase 1</i>						
- contactreden	96	4	97	3	94	6 *
- aanleiding	73	27	74	26	69	31 *
- hulpvraag	65	35	64	36	65	35 *
- hoofdklacht	94	6	95	5	90	10 *
<i>Fase 2</i>						
- aard	69	31	72	28	60	40 *
- lokalisatie	74	26	78	22	63	37 *
- ernst	68	32	69	31	66	34
- chronologie	68	32	72	28	57	43 *
- ontstaan	60	40	66	34	43	57 *
- beïnvloeding	49	51	50	50	46	54
- beleving	53	47	51	49	55	45
- hypothesetoetsing	61	40	66	34	48	52 *
- lichamelijk onderzoek	85	15	90	10	72	28 *
<i>Fase 3</i>						
- samenvatting	24	76	24	76	24	77
- uitleg diagnose	75	25	78	23	67	34 *
- beleid	96	4	96	4	97	3
- bespreking uitvoering beleid	85	15	85	15	86	14
- afronding	89	11	90	10	88	12

* Consultonderdeel komt bij vervolgsconsulten significant minder vaak aan de orde, p<0,05.

Tabel 2 Antwoorden op vraag 1, 'Wat zijn de meest opvallende verschillen tussen de huisartsconsulten en het onderwijsconsult?'. Percentages respondenten (n=177) dat het desbetreffende antwoord gaf

<i>Inhoud van praktijkconsulten</i>		
- niet elk consultonderdeel komt altijd aan bod		73
- samenvatting mist		31
- veel consultonderdelen komen wel aan bod		10
<i>Lichamelijk onderzoek in de praktijk</i>		
- anamnese en lichamelijk onderzoek door elkaar		20
- lichamelijk onderzoek niet zo uitgebreid		18
- snel over op lichamelijk onderzoek		7
- minder ontkleedinstructie / minder kleding uit		7
<i>Verloop van praktijkconsulten</i>		
- variabele volgorde, minder strak ingedeeld		38
- sneller/korter		26
- effectiever/gerichter		15
- natuurlijker		11
- patiënten vertellen uit zichzelf meer		11
- efficiënter		9

de voorkennis over de patiënt mee.⁸ Wanneer het om een vervolgsconsult gaat, heeft de arts ook niet alle onderdelen aan bod te laten komen. Soms is de diagnose overduidelijk, of is de klacht van dien aard dat het lichamenlijk onderzoek op een eerder tijdstip plaatsvindt dan volgens de theorie zou moeten. Daarnaast zijn de grotere tijdsdruk in de praktijk en de eigen stijl van de arts verklaringen voor de discrepanties tussen onderwijs en praktijk.

Consequenties voor onderwijs

Naar aanleiding van ons onderzoek stellen wij twee aanpassingen in het Groningse vaardigheidsonderwijs voor:

Op dit moment worden alleen consulten geïmplementeerd met klachten die zich goed lenen voor een uitgebreide anamnese, gevolgd door lichamenlijk onderzoek. Studenten zouden ook moeten leren om die structuur los te laten in situaties waarin dit wenselijk of nodig is.

Er zal ook moeten aandacht worden besteed aan het voeren van vervolgsconsulten.

Dankbetuiging

Met dank aan Henk Bosveld voor de hulp bij de statistische analyses en aan Lisa Pont voor het herzien van de Engelse samenvatting.

Literatuur

- 1 Pols J, Aukes LC, Bootsma-de Langen M, et al. Medisch professionele vorming in curriculum 2000. Uitgangspunten voor het programma 1-6 [interne notitie]. Groningen: Faculteit der Medische Wetenschappen, 1996.
- 2 Schouten JAM. Anamnese en advies. Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. Tweede druk. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu, 1988.
- 3 Byrne PS, Long BE. Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: HMSO, 1976.
- 4 Ten Have P. Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisartssprekingsgesprekken. Dordrecht: Foris, 1987.

Wat is bekend?

- Studenten geneeskunde leren een gestructureerd consult te voeren.

Wat is nieuw?

- Alle onderdelen van het onderwijsconsult komen voor in consulten van huisartsen.
- Niet alle onderdelen komen bij elk consult aan bod.
- De volgorde van de onderdelen is in de praktijk meer variabel dan in het onderwijsconsult.

- 5 White JC, Levinson W, Roter D. 'Oh, by the way ...' The closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med* 1994;9:24-8.
- 6 White JC, Rosson C, Christensen J, et al. Wrapping things up. A qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Educ Counseling* 1997;30:155-65.
- 7 Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Muiderberg: Coutinho, 1991.
- 8 Jones I, Morrell D. General practitioners' background knowledge of their patients. *Fam Pract* 1995;12:49-53. ■

Abstract

Terluin M, Andeweg ME, Boendermaker PM, Pols J. Structure of the consultation: education versus general practice. *Huisarts Wet* 2000;43(13):563-5.

Introduction Medical students at Groningen University (Netherlands) are taught to structure a patient consultation in three phases consisting of the following items:

Phase of problem clarification: reasons for patient's visit, main complaint and patient expectations;

Diagnostic phase: anamnesis (nature, location, severity, chronology, aetiology, patient's ideas and concerns), physical examination and testing of hypothesis;

Therapeutic phase: summary, explanation of diagnosis, therapeutic suggestions and discussion of therapy and closure of the consultation.

This study was conducted to investigate the extent to which the items of this 'educational consultation' occur in general practice consultations and to explain possible differences between general practice consultations and the educational consultation.

Methods Fourth-year medical students observed consultations of GPs using a standardised registration form. They also noted the most striking differences between the educational consultation and consultations in practice and their explanations for these differences.

Results 756 consultations were observed. All items of the educational consultation were observed in practice. Most frequently recorded were the reason for encounter and the discussion of therapy (observed in 96% of the consultations); least often observed was a summary in the therapeutic phase (24%). Not every item came up in every consultation because not every item is useful in every consultation. Explanations were that doctors know their patients, have limited time, have more experience, that consultations in practice are frequently follow-up consultations, that the diagnosis is sometimes very obvious or the nature of the complaint is such that the doctor starts the physical examination immediately.

Discussion Possible changes to the educational programme should focus on follow-up consultations and on the introduction of complaints other than those currently used. The nature of the complaints should be such that the student has to carry out a physical examination early on in the consultation. Students will learn to let go of the structure when it is appropriate or necessary.

Correspondence M. Terluin, c/o P.M. Boendermaker, Department of General Practice, University of Groningen, Antonius Deusinglaan 4, NL-9713 AW Groningen; e-mail: p.m.boendermaker@med.rug.nl