

De schoen wringt, maar waar?

Discrepanties tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden

Sandra van Dulmen

Jozien Bensing

Irma Kruijver

Inleiding

Consultvoering vormt de kern van de huisartsgeneeskunde. De belangrijkste taken van een huisarts zijn immers het achterhalen van de reden van komst, het stellen van een diagnose, het geven van informatie en advies, het vergroten van autonomie en zelfredzaamheid en het verlichten van ongerustheid. Voor het uitoefenen van deze taken zijn goede consultvoeringsvaardigheden essentieel. Recentelijk gepubliceerde evaluatieonderzoeken wekken echter de indruk dat het droevig gesteld is met de consultvoeringsvaardigheden van zowel huisartsen-in-opleiding (haio's)¹ als praktiserende huisartsen:² de in de opleiding aangeleerde gespreksvaardigheden worden niet of onvoldoende in de praktijk

teruggezien. Deze bevindingen roepen vragen op over de meetbaarheid van veranderingen in consultvoeringsvaardigheden en over de wijze waarop de evaluatieonderzoeken zijn uitgevoerd. Mogelijk houden de antwoorden verband met de complexiteit van de consultvoering waar in de meeste evaluatieonderzoeken onvoldoende rekening mee wordt gehouden. In dit artikel wordt nagegaan welke aspecten binnen het onderwijs en het onderzoek een verklaring kunnen bieden voor de negatieve resultaten van de evaluatie van gespreksvaardigheden van huisartsen. Bovendien worden aandachtspunten geformuleerd ter verbetering van toekomstige evaluatieonderzoeken.

Communicatie is contextgevoelig

Voldoende tijd en informatie, respect, vertrouwen en openheid zijn in de ogen van patiënten essentiële onderdelen van een goed arts-patiëntcontact.³ Naast klinische kennis en ervaring zijn dus ook communicatieve vaardigheden en een empathische houding onontbeerlijk voor het vervullen van de taak van huisarts.⁴ Over het algemeen zijn patiënten heel tevreden over het contact met hun huisarts. Toch suggereren de uitkomsten van evaluatieonderzoeken dat artsen het lang niet altijd goed doen. Deze discrepantie komt voort uit het feit dat als patiënten kritiek hebben op hun arts dit in de meeste gevallen betrekking heeft op de communicatie.^{5,6} Artsen lijken communicatief gezien 'onder de maat' te functioneren. Maar welke norm wordt daarbij gehanteerd? Is het überhaupt wel mogelijk om normen op te stellen voor de kwaliteit van consultvoeringsvaardigheden? De resultaten van onderzoek onder huisartsen en medische studenten suggereren dat dat moeilijk is omdat elke situatie andere eisen stelt aan de communicatie.^{7,8} Arts-patiëntcommunicatie is, met andere woorden, contextgevoelig.^{9,10} Die context wordt enerzijds bepaald door de persoonlijkheid, inbreng, verwachtingen en hulpvraag van de patiënt,¹¹ anderzijds door organisatorische en structurele kenmerken van de hulpverleningssituatie zoals tijdsdruk, ervaring en praktijkvorm.¹² Bovendien varieert de aard van de communicatie met het doel van een consult; een hulpvraag van een depressieve patiënt doet een beroep op andere vaardigheden dan een consult gericht op het bevorderen van de zelfregulatie van een diabetespatiënt. Van belang is bovendien dat gespreksdoelen ook gedurende het consult variëren; zo kan een arts er bij aanvang van een consult op uit zijn

Samenvatting

Van Dulmen AM, Bensing JM, Kruijver IPM. De schoen wringt, maar waar? Discrepanties tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden. *Huisarts Wet* 2002;45(1):19-22.

Recent gepubliceerd onderzoek naar consultvoeringsvaardigheden van huisartsen wekt de indruk dat het onderwijs weinig vruchten afwerpt. Het is de vraag of de gebruikte onderzoeksmethoden wel meten wat ze moeten meten. Nadere analyse van de literatuur op dit terrein laat onder meer zien dat de communicatie tussen arts en patiënt afhangt van de doelstellingen die op een bepaald moment in een consult worden nagestreefd. Daarnaast dragen ook kenmerken van de patiënt en de gepresenteerde problematiek er toe bij dat niet alle gesprekstechnieken in elk consult kunnen worden teruggezien. Een betrouwbaar beeld van de vaardigheden van een huisarts kan zodoende pas worden verkregen wanneer voor elke fase in een consult gespreksdoelen met daaraan gekoppelde consultvoeringsvaardigheden geformuleerd worden en wanneer bovendien per huisarts een groter aantal consulten bestudeerd wordt.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: mw.dr. A.M. van Dulmen, programmaleider en mw.prof.dr. J.M. Bensing, directeur;
Helen Dowling Instituut, Utrecht: mw.dr. I.P.M. Kruijver, onderzoeker.
Correspondentieadres: mw.dr. A.M. van Dulmen, e-mail: S.vandulmen@nivel.nl

om een werkbare relatie op te bouwen om zich vervolgens te richten op het achterhalen van de reden van komst of het verlenen van steun en begrip. Voor ieder doel zijn andere consultvoeringsvaardigheden geëigend. Een belangrijke consequentie van deze contextafhankelijkheid is dat niet alle consultvoeringsvaardigheden in elk consult vereist zijn en dus gemeten kunnen worden. Communicatie is namelijk een instrument waar een arts op een planmatige en doelgerichte manier gebruik van kan maken. Het onderwijs vormt de basis waarbinnen geleerd moet worden dit instrument correct te hanteren.

Onderwijs verschilt van praktijk

Zowel de tijd die besteed wordt aan het trainen van consultvoeringsvaardigheden als de inhoud van het onderwijs lijken voor verbetering vatbaar.^{13,14} Zo blijkt er betrekkelijk weinig aandacht te zijn voor het toepassen en toetsen van het geleerde in de praktijk.^{15,16} Bovendien zal de onderbreking van de driejarige opleiding door een klinische stage in het tweede jaar veel van het geleerde in de huisartspraktijk tenietdoen. Leren is immers het meest effectief wanneer nieuwe vaardigheden en kennis onmiddellijk in praktijk gebracht kunnen worden. Een oplossing hiervoor is het spreiden van het onderwijs in consultvoeringsvaardigheden over de drie jaren vervolgopleiding en het invoeren van meerdere evaluatierondes met nul- en effectmetingen. Daarnaast kan de effectiviteit van het onderwijs in consultvoeringsvaardigheden ook op andere manieren vergroot worden. In het algemeen dienen evaluatiemethoden nauw aan te sluiten bij de methodieken en doelstellingen van het onderwijs en bij de heersende paradigma's in de geneeskunde (patiëntgerichtheid, autonomie en beslissingsparticipatie). Het ligt dan ook voor de hand om bij de evaluatie van de vaardigheden in de praktijk veelvuldig gebruik te maken van simulatiepatiënten en van video-opnames van alledaagse huisartsconsulten. Onderzoek laat echter zien dat het werken met simulatiepatiënten niet representatief is voor de normale gang van zaken in de huisartspraktijk en bovendien onvoldoende inzicht geeft in de kwaliteit van het communicatief handelen.¹⁷ Video-opnames geven daarentegen een betrouwbaar beeld van de praktijk en zouden daarom nog vaker dan nu gangbaar is als oefenmateriaal in het onderwijs gebruikt kunnen worden. Onderzoek naar de effecten van communicatietraining bij huisartsen¹⁸ en medisch specialisten^{19,20} laat zien dat juist een directe terugkoppeling van op video opgenomen praktijksituaties de meeste veranderingen in de vaardigheden van de artsen teweegbrengt. Op die manier gaan artsen als rolmodel fungeren en leren van hun eigen en elkaars gedrag.²¹ Dit is zeker voor haio's belangrijk omdat het in praktijk brengen van consultvoeringsvaardigheden bemoeilijkt wordt door het feit dat haio's te maken krijgen met vaak tegenstrijdige opvattingen van relevante rolmodellen (huisartsbegeleider, gedragswetenschapper en huisartsopleider). Een mogelijke oplossing hiervoor is om naast en liefst gelijktijdig met haio's ook huisartsopleiders in consultvoeringsvaardigheden te trainen. Dan nog blijft het feit bestaan dat de oefensituatie minder

De kern

- ▶ Recent gepubliceerd onderzoek naar consultvoeringsvaardigheden wekt de indruk dat huisartsen hierin onvoldoende presteren.
- ▶ De belangrijkste reden hiervoor is dat de methoden om de vaardigheden van huisartsen te meten tekortschieten.
- ▶ Elke situatie stelt andere eisen aan de consultvoering. Om een goed beeld van de vaardigheden van de individuele huisarts te krijgen, zou dan ook een groter aantal consulten bestudeerd moeten worden.
- ▶ Toekomstig onderzoek moet dan ook aan deze methodologische randvoorwaarden voldoen.

weerbaarstig is dan de echte praktijk waarin verantwoordelijkheid, tijdsdruk en individuele voorkeuren een veel grotere rol spelen. Daardoor is het onvermijdelijk dat er een verschil bestaat tussen het beheersen (de *competence*) en het daadwerkelijk toepassen (de *performance*) van consultvoeringsvaardigheden; het geleerde kan dus niet altijd in de praktijk worden teruggezien.

Huisartsen treffen in hun praktijk bovendien veel verschillende patiënten aan. Door die verschillen treedt onvermijdelijk ruis op waarvoor bij het uitvoeren van evaluatieonderzoek gecorrigeerd moet worden. Om tot betrouwbare uitspraken te komen over de vaardigheden van een arts zou daarom van elke arts een groot aantal consulten (bij voorkeur meer dan 20) geëvalueerd moeten worden. Bovendien zal door het gebruik van een (nog) niet getrainde controlegroep voor de invloed van de ruis en andere (context)factoren gecontroleerd moeten worden. Een ander punt is dat bij de evaluatie van consultvoeringsvaardigheden veelal makkelijke consulten worden geselecteerd wat een vertekend beeld van de werkelijkheid kan opleveren. Makkelijke consulten stellen waarschijnlijk minder hoge eisen aan de communicatie – er hangt immers minder van af – waardoor huisartsen daarin niet al hun vaardigheden uit de kast halen. Daarbij komt dat in het onderwijs meer met moeilijke dan met makkelijke consulten wordt geoefend. Door volledige spreekuren te evalueren worden zowel makkelijke als moeilijke consulten onder de loep genomen.

Effecten zijn moeilijk meetbaar

De negatieve evaluatie van consultvoeringsvaardigheden kan ook te maken hebben met de manier waarop gemeten wordt. Veranderingen in gedrag zijn in het algemeen moeilijk te meten. Dit geldt niet alleen voor huisartsen, maar ook voor medisch-specialisten en verpleegkundigen.^{22,23} Bovendien laat onderzoek zien dat verschuivingen in het ene gedrag beter zijn waar te nemen dan in ander gedrag. Dit heeft enerzijds te maken met de frequentie waarin bepaald gedrag voorkomt. Zo is verandering in het uiten van gevoelsreflecties door de lage prevalentie daarvan nauwelijks betrouwbaar te meten.²⁴ Anderzijds heeft dit te maken met de mate waarin bepaald gedrag voor verandering ontvanke-lijk is. Van belang hierbij is de spanning tussen vakinhoudelijke kennis (medische anamnese, diagnostische vaardigheden) en

gespreksvaardigheden (het exploreren en benoemen van emoties, patiëntgerichtheid). Over de inhoud van het huisartsenvak bestaat evidence-based kennis, zoals vastgelegd in richtlijnen en protocollen waaronder de NHG-standaarden. Over gespreksvaardigheden bestaat overwegend globale, niet ziektespecifieke kennis, zoals opgetekend in het 'raamwerk' voor de huisarts-patiëntrelatie.²⁵ Dit onderscheid komt in het gesprek met de patiënt tot uitdrukking in instrumentele communicatie (het geven van informatie, instructies en advies) en affectieve communicatie (het ingaan op emoties, parafraseren, het uiten van bezorgdheid).²⁶ De aard en het gebruik van affectieve gedragingen is meer contextgevoelig en varieert als gevolg hiervan van consult tot consult en van patiënt tot patiënt. Instrumentele en affectieve gedragingen moeten dan ook in onderzoek van elkaar worden gescheiden en zeker niet in één categorie worden ondergebracht zoals bij de Maas-Globaal die in veel evaluatieonderzoeken is gebruikt.¹² Daardoor kan voorkomen worden dat verschuivingen in gedrag wel optreden, maar niettemin onopgemerkt blijven. Er bestaan vooralsnog geen observatie-instrumenten waarin gedifferentieerd wordt naar de doelstellingen van de communicatie op een bepaald moment in een consult. Bij het ontwikkelen van nieuwe instrumenten zou men daarom allereerst voor elke fase in een consult de verschillende gespreksdoelen en daaraan gerelateerde consultvoeringsvaardigheden moeten formuleren.

Conclusie

Bij nadere analyse van het onderzoek dat de laatste tijd in H&W is verschenen blijken de methoden om gesprekstechnieken van de huisarts te onderzoeken niet te meten wat ze zouden moeten meten. Zo blijkt men in onderzoek in het algemeen eraan voorbij te gaan dat niet elke consultvoeringsvaardigheid in elk consult vereist is. Het is echter van belang zich te realiseren dat

Aandachtspunten voor toekomstige evaluatieonderzoeken

- ▶ Stel vast welke gespreksdoelen tijdens verschillende fasen in een consult (kunnen) worden nagestreefd.
- ▶ Bepaal welke consultvoeringsvaardigheden gewenst zijn om een bepaald doel bij een bepaalde patiënt (gezien diens hulpvraag, ziektegeschiedenis, etniciteit, sekse, leeftijd, enzovoort) te bereiken.
- ▶ Stem het evaluatie- of observatie-instrument af op de beoogde gespreksdoelen.
- ▶ Meet instrumentele (evidence-based) en affectieve (relationele) consultvoeringsvaardigheden afzonderlijk.
- ▶ Maak bij de evaluatie gebruik van een grote en aselechte steekproef van consulten en zo mogelijk van een controlegroep van huisartsen.
- ▶ Evalueer consultvoeringsvaardigheden met video-opnames van volledige spreekuren.
- ▶ Houd er rekening mee dat ook externe factoren (zoals tijdsdruk en praktijkvorm) de consultvoering kunnen beïnvloeden.



Lokale dokter wordt door een zieke man om raad gevraagd (gouache), ca. 1850 Privébezit/Bridgeman Art Library

communicatie varieert naar gelang de doelstelling van dat moment. Deze doelstellingen worden enerzijds bepaald door de kenmerken van de individuele patiënt en de gepresenteerde problematiek, anderzijds door de fase van het consult. Daarnaast blijkt men bij het meten van veranderingen in consultvoeringsvaardigheden weinig rekening te houden met de aard en de veranderlijkheid van het gedrag; voor instrumentele consultvoeringsvaardigheden is het op grond van bestaande richtlijnen echter eenvoudiger om normen op te stellen dan voor affectieve consultvoeringsvaardigheden die meer contextgevoelig zijn. Ten slotte blijkt dat men vaak te weinig of alleen eenvoudige consulten per huisarts bestudeert. Op grond van deze tekortkomingen in het onderzoek kan niet goed worden vastgesteld of de gesprekstechnieken die de huisarts in het kader van zijn consultvoeringsvaardigheden hanteert voldoende zijn. Aangezien consultvoering de kern van de huisartsgeneeskunde vormt, wordt het hoog tijd dat er goed onderzoek komt naar dit onderwerp. De aandachtspunten voor toekomstige evaluatieonderzoeken (zie *kader*) kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Literatuur

- 1 Tan LHC, Kramer AWM, Jansen JJM, Düsman H. Landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding; de ontwikkeling van de competentie van huisarts-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2000;43:415-9.
- 2 Bügel PC, Meyboom-de Jong B, Roordink MH, Van de Ven NJAM, Groenier KH. Geruststellen in de huisartspraktijk. Video-opnamen van spreekuren. *Huisarts Wet* 2000;43:559-62.
- 3 Malsch M, Blaauwbroek H. *Tijd voor patiënten*. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, 1993.
- 4 Patterson F, Ferguson E, Lane P, Farrell K, Martlew J, Wells A. A competency model for general practice: implications for selection, training, and development. *Br J Gen Pract* 2000;50:188-93.
- 5 Lens P, Van der Wal G. Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:1127-31.
- 6 Andela M. *Onderzoeksverslag enquête patiëntenrechten*. Den Haag: Consumentenbond, 1995.
- 7 Terluin M, Andeweg ME, Boendermaker PM, Pols J. De structuur van een consult- onderwijs en praktijk. *Huisarts Wet* 2000;43:563-5.
- 8 Winefield HR, Murrell TGC, Clifford JV, Farmer EA. The usefulness of distinguishing different types of general practice consultation, or are needed skills always the same. *Fam Pract* 1995;12:402-7.
- 9 Van Dulmen AM, Bensing JM. *Contextwerking in de geneeskunde; een programmeringsstudie*. Den Haag: RGO, 2000.
- 10 Van Dulmen AM. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts Wet* 2001;44:490-4.

- 11 Bensing JM, Van den Brink-Muinen A, De Bakker D. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993;31:219-29.
- 12 Ram P, Grol R, Rethans JJ, Van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in eigen praktijk. Een onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid. *Huisarts Wet* 2000;42:439-45.
- 13 Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ* 1999;33:655-68.
- 14 Ten Cate Th J. Valide Medisch Onderwijs [oratie]. Utrecht, Universiteit Utrecht, 1999.
- 15 Kassebaum DG, Eaglen RH. Shortcomings in the evaluation of students' clinical skills and behaviors in medical schools. *Acad Med* 1999;74:842-9.
- 16 Ten Cate Th J, De Haes JCJM. Summative assessment of medical students in the affective domain. *Medical Teacher* 2000;22:40-3.
- 17 Ram P, Van der Vleuten C, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians: comparison of observation in a multiple-station examination using standardized patients with observation of consultations in daily practice. *Acad Med* 1999;74:62-9.
- 18 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991;32:1301-10.
- 19 Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing pediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr* 2000;159:489-95.
- 20 Van Dulmen AM, Van Weert JCM. Effects of gynaecological education on interpersonal communication skills. *Brit J Obstet Gynaecol* 2001;108:485-91.
- 21 Brown JB, Hogg W, Delva D, Nanchoff-Glatt M, Moore L. Peer consultation reflection exercise. *Can Fam Physician* 1999;45:1509-15.
- 22 Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology. Development and evaluation of a computer assisted instruction program [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht/NIVEL, 1998.
- 23 Kruijver IPM, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, Van de Wiel HBM. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2000;39:129-45.
- 24 Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-19.
- 25 Rutten GEHM, redactie. *Huisarts en patiënt; richtlijnen en uitgangspunten*. Utrecht: NHG, 1996.
- 26 Bensing JM. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 1992;30:283-97.

Huisarts en malaria

Jan Peter Verhave
Rob van Hest

Inleiding

Malaria blijft van tijd tot tijd in het nieuws en wetenschapsjournalisten schrijven er interessante artikelen over. De huisdokter neemt er kennis van en verwerkt de informatie waarschijnlijk nauwelijks anders dan de geïnteresseerde leek. Malaria is iets van ver weg en lijkt van weinig belang voor de huisartspraktijk in Nederland.

In ons land houden, behalve derdewereldorganisaties, ook een aantal onderzoeksinstituten zich actief met malaria bezig.

Onderwerpen als nieuwe geneesmiddelen en resistentie, genetische manipulatie, vaccinontwikkeling en muggengedrag zijn meer of minder relevant voor de huisarts. Proefschriften nodigen echter meestal niet uit tot lezen en de afstand tussen onderzoekers en huisartsen wordt zelden overbrugd.

In dit artikel willen we juist de betrokkenheid van huisartsen bij de voorlichting, diagnose en behandeling van malaria belichten en daarbij enkele recente gegevens vermelden aan de hand van drie vragen:

- ▶ Hoe vaak komt malaria voor?
- ▶ Welke profylaxe is zinlijk?
- ▶ Wat te doen bij verdenking op malaria?

Incidentie van malaria in Nederland

Malaria was een aangifteplichtige ziekte uit categorie B, welke binnen 24 uur moest worden aangegeven bij de GGD door de arts die de diagnose had vastgesteld. In de afgelopen jaren werden per jaar gemiddeld een kleine 300 gevallen officieel geregistreerd bij de Geneeskundige Hoofdinspectie. Stel dat daarvan

ongeveer 200 patiënten zich in eerste instantie met hun klachten tot de huisarts hebben gericht, dan moeten we aannemen dat de 7000 Nederlandse huisartsen per jaar ongeveer 2000 keer de diagnose malaria overwegen; dat wil zeggen gemiddeld één verdachte patiënt per huisarts per drie jaar en één echte malaria-patiënt per 30 jaar ofwel gemiddeld éénmaal per carrière. De verdeling is natuurlijk niet homogeen over het land en een huisarts in de Bijlmer zal vaker aan malaria denken omdat veel van zijn patiënten met koorts uit de tropen afkomstig zijn en zo nu en dan hun land van herkomst bezoeken. Deze groep treft veelal geen maatregelen om malaria te voorkomen terwijl tijdens hun verblijf in Nederland hun natuurlijke weerstand tegen malaria sterk is afgenomen.

Om die enkele patiënten draait het allemaal. Maar zijn het er echt zo weinig?

Aanzienlijke onderrapportage van malaria door artsen is in vele landen beschreven. Sinds 1 april 1999 zijn de behandelend artsen ontheven van de aangifteplicht voor malaria. Met de invoering van de nieuwe Infectieziektewet berust de meldingsplicht voor malaria bij het hoofd van het diagnostiserend laboratorium (categorie C). Vooruitlopend op de wetswijziging over melding door de laboratoria hebben wij een onderzoek gedaan naar het werkelijke vóórkomen van malaria in Nederland. Wij hebben ons hierbij gebaseerd op de gegevensbestanden van de Hoofdinspectie over 1995 en 1996, de ruim 100 laboratoria die aangesloten waren bij de landelijke externe kwaliteitsborging parasitologische diagnostiek en op de derde landelijke registratie voor malaria: de ziekenhuisopnames.