

waarmee de attitude van huisartsopleiders kan worden beoordeeld. Bij het ontwikkelen hiervan kan wellicht gebruik worden gemaakt van instrumenten die ingezet worden bij de attitude-toetsing in de artsopleiding.⁵

Literatuur

- 1 Boendermaker PM, Schuling J. Toetsing van huisartsopleiders. Huisarts Wet 2001;44:248-50.
- 2 Schol S. Een agogische vaardigheidentoets voor huisartsenpraktijkopleiders: beschrijving van een nieuw toetsinstrument. Tijdschrift voor

Medisch Onderwijs 2000;19:179-86.

- 3 Vernooij-Dassen MJFJ, Ram PM, Brenninkmeijer WJM, Franssen LJE, Bottema BJAM, Van der Vleuten CPM, et al. Quality assessment in general practice trainers. Medic Educ 2000;34:1001-6.

- 4 Van Leeuwen YD. De ervaringskennis van huisartsen. Huisarts Wet 1998;41:2:80-4.

- 5 De Haes JCJM, Oort F, Oosterveld P, Cate O. Assessment of medical student's communicative behavior and attitudes: estimating the reliability of the use of the Amsterdam attitudes and communication scale through generalisability coefficients. Patient Educ Couns 2001;45:35-42.

Consultvoering als klinische dans

Ron Pieters, Ingrid Carlier

Inleiding

Consultvoering is een essentieel onderdeel van het huisartsgeneeskundig handelen; daarover bestaat weinig discussie. Consultvoering heeft in principe drie belangrijke functies: het uit-

Samenvatting

Pieters HM, Carlier IVE. Consultvoering als klinische dans.

Huisarts Wet 2002;45(9): 475-7.

Het onderwijs in consultvoering is sinds enige tijd ter discussie. Bij de eerste landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding kon namelijk geen meetbaar effect worden vastgesteld van het onderwijs op de kwaliteit van consultvoering. De discussie lijkt zich toe te spitsen op drie aspecten: de docent, de methode van consultvoering en het meetinstrument voor consultvoeringsvaardigheden. Meer specifiek werd in dit tijdschrift de mening geopperd dat consultvoering binnen de huisartsopleiding uitsluitend van ervaren huisartsen en niet van gedragswetenschappers kan worden geleerd. Ook zou de huidige methode van consultvoering te weinig flexibel zijn en het gehanteerde meetinstrument (Maas-Globaal) mogelijk ongeschikt.

In dit artikel onderzoeken we de wetenschappelijke onderbouwing van deze meningen. We sluiten af met enkele onderzoekssuggesties over consultvoering voor een volgende landelijke evaluatie van de huisartsopleiding.

Afdeling Huisartsgeneeskunde Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht: dr. H.M. Pieters; dr. I.V.E. Carlier, directeur bureau TEO Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen
Correspondentie: dr. H.M. Pieters, e-mail: h.m.pieters@med.uu.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

wisselen van informatie, het beslissen over een behandeling, het ontwikkelen van een goede arts-patiëntrelatie.¹ Consultvoeringsvaardigheden van een arts kunnen de effectiviteit van een medische behandeling vergroten.² Uit de literatuur blijkt dat effectieve consultvoering bij de patiënt een positieve invloed heeft op de therapietrouw, de satisfactie, het vertrouwen in de kennis en kundigheid van de arts, het begrijpen en onthouden van informatie, de kwaliteit van leven, het omgaan met ziekte en de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand. Effectieve consultvoering kan bovendien de werkdruk bij de huisarts verlagen.¹

Meer discussie is er over het onderwijs in consultvoering en het effect ervan. Aanleiding hiervoor is de rapportage van de eerste landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding. Hierbij kon geen meetbaar effect van het onderwijs op de kwaliteit van consultvoering worden vastgesteld.³ De Melker vergelijkt in zijn discussiebijdrage in dit tijdschrift consultvoering met een 'klinische dans' waarbij soms de arts de leiding neemt, soms de patiënt.⁴ Om goed te kunnen leren dansen, is er volgens hem in ieder geval een goede dansleraar nodig. Het is nu de vraag wie die goede dansleraar is. Naar aanleiding van de teleurstellende resultaten over consultvoering vraagt De Melker zich af: 'Zijn de huidige methode van consultvoering en het onderwijs wel zo adequaat als velen geloven?'^{4,5} Anderen twijfelen vooral aan de waarde van het meetinstrument voor consultvoeringsvaardigheden, dat ook in de huisartsopleiding wordt gebruikt.^{6,7} In dit artikel staan we stil bij de drie genoemde aspecten die relevant zijn voor het onderwijs in consultvoering: de docent, de methode van consultvoering en het meten van consultvoeringsvaardigheden.

De docent bij consultvoering

De Melker vindt dat huidige consultvoeringsonderwijs in de huisartsopleiding te veel door gedragswetenschappers (in casu psychologen) wordt gegeven.⁴ De voor huisartsen kenmerkende prog-



Tango van PJ Crook, 1945, Privé-collectie
© Theo Waddington/Fine Art/Bridgeman Art Library

Dat zij verschillen in de rolmodellen onderkennen, lijkt aannemelijk, maar moet nog worden onderzocht. In een onderzoek van Quirk en Letendre¹⁰ bijvoorbeeld werden twee groepen docenten (artsen versus gedragswetenschappers) vergeleken die communicatietraining gaven aan medische studenten. Beide groepen werden door de studenten positief beoordeeld, maar de gedragswetenschappers kregen een significant betere beoordeling dan de artsen.

De methode van consultvoering

Volgens De Melker is de huidige methode van consultvoering in de huisartspraktijk te weinig flexibel en is er sprake van een achterhaalde ideologie.⁴ Het traditionele paternalistische model van medische besluitvorming raakte gedateerd.^{11,12} De patiënt van nu is mondig geworden, het takenpakket van de huisarts aanzienlijk veranderd en ook de ideeën over arts-patiëntcommunicatie zijn gewijzigd. Hedendaagse opvattingen over goede consultvoering zijn gekenmerkt door de gerichtheid op de patiënt: de patiënt voorlichten en eigen verantwoordelijkheid geven, actief luisteren, een respectvolle bejegening en gezamenlijke besluitvorming. Naast klinische kennis en ervaring zijn dus ook communicatieve vaardigheden en een empathische houding voor de huisarts onontbeerlijk.^{9,13} De Melker pleit in dit verband terecht voor meer flexibiliteit van de consultvoeringsmethode omdat soms een strikt medische handelwijze de beste is. Dit betekent dat niet alle vaardigheden in elk consult bij elke patiënt zijn vereist en dus gemeten kunnen worden.⁹ Een flexibel model lijkt meer geschikt, waarbij de huisarts(-in-opleiding) afhankelijk van het doel van het consult en de verwachtingen van de patiënt die vaardigheden toepast die passen bij de situatie. Vanuit deze gedachte wordt op dit moment al onderwijs gegeven in de huisartsopleiding. De vraag die zich dan voordoet is: over welke consultvoeringsvaardigheden moet de huisarts kunnen beschikken en wanneer moet hij welke vaardigheden toepassen? De oplossing kan wellicht worden gezocht in het definiëren van een minimum vereiste aan vaardigheden voor de huisarts. Hierbij valt te denken aan: regie houden, hulpvraag verhelderen, empathie tonen en handelen volgens de NHG-Standaarden.

Het meten van consultvoeringsvaardigheden

De Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst Globaal (Maas-Globaal) werd als meetinstrument voor consultvoering gekozen in het landelijke evaluatieonderzoek van de huisartsopleiding.¹⁴ Dit instrument wordt ook gebruikt binnen de huisartsopleiding. Omdat de resultaten bij de landelijke evaluatie wat betreft consultvoering teleurstellend waren, twijfelden sommigen

nostische benadering krijgt binnen het onderwijs te weinig aandacht. Om tot een goede prognose te kunnen komen, moet je niet alleen goed luisteren, maar ook rijtjes alarmsignalen en risicofactoren systematisch volgen. Dat leer je volgens hem alleen van ervaren huisartsen en klinisch-consulenten. De rol van de gedragswetenschappers in het consultvoeringsonderwijs kan volgens De Melker worden beperkt tot het geven van gespreks- en communicatietraining (geen consultvoering). In hoeverre is deze mening nu terecht? Voor het standpunt dat huisartsen betere docenten zijn dan gedragswetenschappers op het gebied van consultvoering bestaat geen wetenschappelijke onderbouwing. Er zijn in dit verband zelfs aanwijzingen dat de leraar minder belangrijk is dan de inhoud van het lesprogramma.⁸ Bovendien wordt het consultvoeringsonderwijs in de Nederlandse huisartsopleiding niet uitsluitend door gedragswetenschappers gegeven, integendeel. Huisartsen-in-opleiding (haio's) leren ook consultvoering van hun huisartsopleiders en huisartsbegeleiders. Dit zijn ervaren huisartsen met een brede medische deskundigheid. Binnen het driejarig curriculum worden zowel het eerste als het derde jaar in de praktijk van de huisartsopleider doorgebracht. Ook wordt consultvoering aangeleerd tijdens de externe leer- en werkperiodes (tweede jaar). In het nieuwe raamcurriculum van de huisartsopleiding, dat deels al in 2002 is geïmplementeerd, is de plaats van de consultvoeringstraining verschoven naar een later moment in de opleiding. Of dat een effect zal hebben op de groei van de vaardigheden, zullen we moeten afwachten.

Het is de vraag of het feit dat haio's het moeilijk vinden consultvoeringsvaardigheden in praktijk te brengen, terug te voeren is op (mogelijk) tegenstrijdige opvattingen van relevante rolmodellen (huisartsbegeleider, gedragswetenschapper, huisartsopleider).⁹

aan de validiteit en geschiktheid van de Maas-Globaal.^{6,7} Maar kloppen die bezwaren wel?

Bij de landelijke evaluatie van de huisartsopleiding is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van gevalideerde meetinstrumenten. De validiteit van de Maas-Globaal is wetenschappelijk goed onderbouwd in onderzoek bij huisartsen.^{14,15} Zo berust de inhoudsvaliditeit van de Maas-Globaal op uitgebreid literatuuronderzoek en oordelen van experts. Van de 25 eindtermen voor het hulpverleningsproces door de huisarts zijn er 21 terug te vinden in de Maas-Globaal. De constructvaliditeit wordt tot nu toe ondersteund door vier onderzoeken.¹⁵ Bovendien heeft de Maas-Globaal ook in internationaal onderzoek zijn waarde al bewezen.¹⁶ Het is dus een geschikt instrument voor het meten van consultvoering bij huisartsen. Er is echter nog geen validiteitsonderzoek geweest van de Maas-Globaal bij haio's. Een haio doorloopt in de huisartsopleiding verschillende fasen, namelijk van competentie (kennis en vaardigheden) naar feitelijk handelen in de huisartspraktijk. De haio heeft nog geen eigen patiëntenpopulatie en ziet ook andere aandoeningen dan een doorsnee huisarts.¹⁷ Het is daarom denkbaar dat de validiteit van het instrument bij haio's lager is dan bij ervaren huisartsen. Daarnaast zijn globale 'expertoordelen' van de kwaliteit van een consult als geheel wellicht meer valide dan scoringslijsten zoals gebruikt bij de Maas-Globaal.^{18,19}

Conclusie

Naar onze mening kunnen de teleurstellende resultaten over consultvoering bij de landelijke evaluatie van de huisartsopleiding niet zonder meer worden toegeschreven aan een te grote rol van gedragswetenschappers in het consultvoeringsonderwijs.

Het is belangrijk dat er opnieuw een landelijke evaluatie plaatsvindt van alle aspecten van de huisartsopleiding, maar met name van de consultvoeringsvaardigheden. De start van het nieuwe curriculum van de huisartsopleiding biedt hier alle aanleiding toe. Voor de huisartsopleiding is het hoopgevend dat er voldoende wetenschappelijke evidentie bestaat voor de effectiviteit van onderwijs in communicatieve consultvoeringsvaardigheden bij artsen, al zal niet elk onderwijs even effectief zijn.^{16,20-23} Bij een volgende landelijke evaluatie dient te worden gelet op aandachtspunten die eerder niet konden worden gerealiseerd, zoals het gebruik van een grote en aselechte steekproef van consulten, selectie van zowel makkelijke als moeilijke consulten, follow-up-metingen, gebruik van een (nog) niet getrainde controlegroep, uniforme beschrijving van het lesprogramma.^{9,24} Ook dient te worden onderzocht of het afdelingsonderwijs in consultvoering afwijkt van wat haio's leren van hun huisartsopleider en/of tijdens supervisie. Tot slot is het van belang om te bepalen welke consultvoeringsvaardigheden een huisarts minimaal moet beheersen en welke wenselijk, maar niet noodzakelijk zijn. Het is zinvol om concrete richtlijnen te formuleren voor effectieve consultvoering, vergelijkbaar met de NHG-Standaarden. Deze zouden dan kunnen worden gebruikt bij wetenschappelijk onderzoek, maar ook bij het consultvoeringsonderwijs in de huisartsopleiding en de naschooling van huisartsen.

Literatuur

- 1 Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-18.
- 2 Van Dulmen AM. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts Wet* 2001;44:490-4.
- 3 Tan LHC, Kramer AWM, Jansen JJM, Düsman H. Landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding: de ontwikkeling van de competentie van huisartsen-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2000;43:414-8.
- 4 De Melker RA. It takes two to tango; consultvoering door de huisarts. *Huisarts Wet* 2001;44:258-9.
- 5 De Melker RA. Evaluatie huisartsopleiding [ingezonden brief]. *Huisarts Wet* 2000;43:582.
- 6 Sprij B. Evaluatie huisartsopleiding [ingezonden brief]. *Huisarts Wet* 2000;43:582.
- 7 Posthumus R. Evaluatie huisartsopleiding [ingezonden brief]. *Huisarts Wet* 2000;43:582.
- 8 Van Dalen J, Van Hout JCHM, Wolfhagen HAP, Scherpbier AJJA, Van der Vleuten CPM. Factors influencing the effectiveness of communication skills training: programme contents outweigh teachers' skills. *Med Teach* 1999;21:308-10.
- 9 Van Dulmen AM, Bensing JM, Kruijver IPM. De schoen wringt, maar waar? Discrepancies tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden. *Huisarts Wet* 2002;45:19-22.
- 10 Quirk M, Letendre A. Teaching communication skills to first-year medical students. *J Med Educ* 1986;61:603-5.
- 11 Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From compliance to concordance: toward shared goals in medicine taking. London: Pharmaceutical Press, 1997.
- 12 Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 2000;50:829-40.
- 13 Patterson F, Ferguson E, Lane P, Farell 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.
- 14 Ram P, Grol R, Rethans JJ, Van der Vleuten CPM. Video-toetsing van dagelijkse consulten van huisartsen in de eigen praktijk: een onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid. *Huisarts Wet* 1999;42:439-45.
- 15 Van Thiel J, Ram P, Van Dalen J. Evaluatie huisartsopleiding [ingezonden brief]. *Huisarts Wet* 2001;44:170.
- 16 Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills. A randomized controlled behaviorally oriented study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998;60:268-76.
- 17 Vintges M, Van Weert HC, Van der Wiele E, Mohrs J, Brouwer HJ, Wigersma L. Welke gezondheidsproblemen zien huisartsen in opleiding? Diagnosen uit het elektronisch medisch dossier vergeleken met de eindtermen van de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2001;44:485-9.
- 18 Regehr G, MacRae H, Reznick RK, Szalay D. Comparing the psychometric properties of checklists and global rating scales for assessing performance on an OSCE-format examination. *Acad Med* 1998;73:993-7.
- 19 Jansen JJM, Kramer AWM, Tan LHC. Evaluatie huisartsopleiding [naschrift]. *Huisarts Wet* 2000;43:582-3.
- 20 Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21:563-70.
- 21 Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JAM, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ* 1999;33:655-68.
- 22 Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-84.
- 23 Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Eegeren LF, Marshall AA, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Intern Med* 1998;128(2):118-26.
- 24 Davis D, Thomson M, Oxman A, Haynes B. Evidence for the effectiveness of continuing medical education (CME): a review of 60 randomized controlled trials. *JAMA* 1992;268:1111-7.