

Communicatie-vaardigheden en de patiëntenmix van aiossen

Op 31 oktober 2012 vonden in Amsterdam twee promoties vlak achter elkaar plaats. Jip de Jong verdedigde als eerste zijn proefschrift *Unlimited exposure. The patient mix of GP trainees and their trainers: gaps, disparities, and active steering*. Judy van Es volgde enkele uren later met haar proefschrift *Tailoring to educational needs*. In een dubbelinterview vertellen zij over (een deel van) hun onderzoeksbevindingen.

Eerst afgestudeerd, daarna promotieonderzoek

Van Es is al twaalf jaar huisarts; De Jong studeerde tien jaar geleden af maar werkt sinds zes jaar alleen nog bij de huisartsopleiding. Hoe kwamen zij erbij nu nog te gaan promoveren?

Van Es: 'Ik wilde behalve het praktiseren als huisarts nog iets anders doen, dus heb ik naast de praktijk altijd bij het AMC gewerkt, waar ik onderwijs

ontwikkelde en docent was. Ik realiseerde me destijds dat als ik meer wilde, ik zou moeten promoveren. En ik wilde mijn onderzoek graag rondom de opleiding doen.'

De Jong: 'Ik wilde graag mijn eigen onderzoek doen, mijn eigen onderzoeksvoorstel schrijven en dat dan verder uitwerken. Ik wilde niet in een groep stappen en meedraaien met andermans onderzoek. Ik had twee passies: het huisartsenvak en computers. Het was mooi die twee te kunnen combineren in dit onderzoek.'

Samen één gewone huisarts

De Jong vergeleek in zijn onderzoek de patiëntenmix die aiossen tijdens hun opleiding te zien krijgen met die van hun huisartsopleiders. 'In feite vormen de aios en de opleider samen één "gewone huisarts" omdat de patiënten over hen beiden worden verdeeld. We vermoedden echter al wel dat er verschillen waren in de patiëntenmix die beiden te zien krijgen, want ander onderzoek had dat al aangetoond. Ook was al bekend dit deels komt door de patiënten zelf, omdat die soms de voorkeur geven aan hun eigen huisarts, zeker als het gaat om ingewikkelder problematiek. Wij hebben onderzocht of ook de praktijkassistenten een rol spelen bij de toewijzing van de patiënten aan aiossen en opleiders, omdat dit een aangrijpingspunt voor verbetering zou kunnen geven.'

Huidziekten en psychosociale problematiek

'Assistenten zeggen dat ze juist heel welbewust een zeer gevarieerd aanbod aan aiossen toewijzen', vervolgt De Jong. 'Maar toen we dit in de HIS'en van de opleiders nagingen, waren er wel degelijk grote verschillen tussen de patiënten die de opleider en de aios te zien krijgen. In een volgend deel van ons onderzoek hebben we dus gekeken of we dit toewijzingsgedrag konden beïnvloeden. Daarbij vroegen we de assistentes in eerste instantie huidaandoeningen actief naar de aios te verwijzen en in tweede instantie moesten ze dit doen bij psychosociale problematiek. De as-

sistenten gaven vervolgens in een vragenlijst aan dat dit goed lukte, maar uit onze dataextracties uit het HIS bleek dat nauwelijks te kloppen. Er was wel enige toename zichtbaar in het aantal naar de aios verwezen huidziekten, maar dat gold niet voor de psychosociale problematiek. De assistente schat dat dus niet helemaal correct in.'

Alles naar de aios

'Een voor de hand liggende verklaring ligt in het gegeven dat de praktijkassistenten meestal vraagt naar de reden waarom een patiënt een afspraak wil maken', meent De Jong. 'Het kan dan zijn dat de patiënt "hoofdpijn" zegt, maar dat er toch sprake is van een depressie. Dan is het dus nog maar de vraag of de sturing plaatsvindt op basis van de triage van de assistente. Je zou dit kunnen oplossen door te stellen dat bijvoorbeeld alle 65-plussers aan de aios moeten worden toegewezen, behalve als de patiënt aangeeft dit absoluut niet te willen. Alleen dan zou je misschien een wat betere match krijgen tussen de patiënten die de opleider en de aios te zien krijgen.'

Helemaal niet erg...

De vraag bij dit alles is natuurlijk hoe erg het is dat de aios niet een 'gewone' patiëntenmix te zien krijgt tijdens zijn opleiding. De Jong: 'Dat is helemaal niet erg, zo blijkt, want we leiden in Nederland al jarenlang fantastische huisartsen op. Het uitstromingsniveau van de opleiding is heel hoog en de huisartsge-neeskunde in Nederland heeft een uitstekende kwaliteit. Maar we gaan naar een toekomst met heel veel chronisch zieken en je kunt je afvragen of de aios daar nu goed op is voorbereid. Zelf denk ik dat dit beslist beter kan. De aios ziet nu slechts een klein aantal chronische ziekten en nog minder maligniteiten. De opleider ziet die veel vaker en het zou goed zijn als ook deze patiënten werden overgedragen aan de aios.'

Andere nadelen

Er zijn nog meer nadelen verbonden aan het gegeven dat aiossen niet de gewone patiëntenmix te zien krijgen



in hun opleidingspraktijk. De Jong: 'De aios krijgt nu te maken met relatief veel kleine kwalen en luchtwegklachten en je kunt je afvragen of dan je leercurve niet afneemt. Maar ook blijken er grote verschillen te zijn in de aantallen patiënten die aiossen tijdens hun opleiding te zien krijgen. In de uiterste assen kreeg de aios die de meeste patiënten zag ruim driemaal meer patiënten te zien dan de aios die de minste patiënten zag. Daar hebben we eigenlijk heel weinig weet van, maar het is natuurlijk wel opmerkelijk. En het betekent dat sommige aiossen misschien niet voldoende zijn voorbereid op de grote *workload* waar ze mee te maken krijgen als ze zelfstandig gaan werken. In die zin is het misschien wel goed dat veel aiossen graag eerst een tijdje gaan waarnemen na de opleiding, dan kunnen ze hieraan wennen.'

Rol van de praktijkondersteuner

Speelt ook de praktijkondersteuner een rol als het gaat om het achterblijven van patiëntencategorieën die de aios te zien krijgt? De Jong: 'Oh ja, zeker! De aios krijgt bijvoorbeeld in het eerste opleidingsjaar nauwelijks diabetespatiënten te zien, en in het derde jaar zijn dat er niet veel meer. Maar ook de opleider krijgt deze patiënten niet meer zo vaak te zien; de praktijkondersteuner zuigt dat allemaal naar zich toe. Vaak wordt tegen de aios gezegd: "Kijk maar een poosje mee met de praktijkondersteuner." Maar die doet het werk van een praktijkondersteuner en dat is iets anders dan de taak van de arts. Die moet weten wat er moet gebeuren als een praktijkondersteuner er niet meer uitkomt. En dat geldt natuurlijk niet alleen bij diabetes, maar ook bij COPD en alle andere aandoeningen die de praktijkondersteuner begeleidt. Dat is dus een wezenlijk probleem.'

Suggesties voor verbetering

Heeft De Jong suggesties voor verbetering van de opleiding van de aiossen? 'Als het erom gaat dat die niet altijd goed zijn voorbereid op de grote *workload* waarmee ze te maken krijgen als ze volwaardig gaan praktiseren, is het mis-

schien beter om al tijdens de opleiding meer periodes in te lassen waarin aiossen zelfstandig moeten werken. Verder lijkt het me goed om het derde opleidingsjaar beter te laten aansluiten bij de praktijk. Volgens mij is daarbij een "aios-volgsysteem" – waarmee je de patiëntenmix regelmatig kunt monitoren – heel belangrijk, zo niet noodzakelijk. Dat geeft aios en opleider namelijk de mogelijkheid om tussentijds de patiëntenmix bij te sturen.'

Communicatievaardigheden op maat

Ook het onderzoek van Judy van Es had betrekking op de huisartsopleiding, maar zij richtte zich vooral op het aspect van de arts-patiëntcommunicatie. 'Bij de docenten die onderwijs op dit gebied geven bestond het gevoel dat een deel van de aiossen al heel snel op het niveau zaten dat ze moesten hebben, terwijl dat voor een andere groep veel lastiger was. Er leken grote verschillen te zijn in de leerbaarheid van deze vaardigheden. In mijn onderzoek heb ik gekeken of dit klopte, maar vooral of er een manier is om dit aan het begin van de opleiding te testen. Dus: voor deze ene aios is niet veel vaardigheidstraining nodig, en voor die andere wel. Dan zou je bijvoorbeeld gedifferentieerd onderwijs kunnen geven op dit gebied, hoewel het laatste woord over het uit elkaar halen van de "goede" en de "minder goede" studenten nog niet gesproken is!'

Goede voorspeller

'Aan het begin van de opleiding hebben we de aiossen – van wie we hun persoonlijke kenmerken als leeftijd en geslacht natuurlijk al kenden – getest op aspecten als reflectievermogen, eerder gevolgd onderwijs in arts-patiëntcommunicatie, interesse voor en kennis over het onderwerp enzovoort', vertelt Van Es. 'Ook beoordeelden we hun vaardigheden in consultvoering met simulatiepatiënten en in consulten die ze na zes weken opleiding in de praktijk deden. Vervolgens keken we bij deze aiossen naar hun consulten aan het einde van het eerste opleidingsjaar

om te bepalen of dit alles tezamen kon voorspellen hoe hun vaardigheden zich na dat jaar hadden ontwikkeld. Hierbij bleken hun reflectievermogen en – wellicht minder verrassend – hun vaardigheden in consultvoering goede voorspellers. Goed kunnen reflecteren is natuurlijk hoe dan ook belangrijk bij het leerproces, maar wij hebben aangetoond dat dit ook zo is bij de arts-patiëntcommunicatie.'

Uitgesplitste vaardigheden

Na het eerste opleidingsjaar zijn er grote verschillen in het niveau van de communicatievaardigheden van de aiossen. Van Es: 'We hebben die vaardigheden in tweeën gesplitst. Enerzijds de patiëntgerichte vaardigheden, waarbij het bijvoorbeeld gaat om empathie, begrip voor de context, het kunnen uitlokken en verwoorden van emoties en het uitdiepen van de hulpvraag. Anderzijds de taakgerichte vaardigheden, zoals structureren, informeren en communiceren over de diagnose. We bekeken of er verschillen waren in groei in deze vaardigheden en of het dus zinvol was om het onderwijs op deze deelgebieden te richten. Dit laatste was echter niet



zo makkelijk aantoonbaar. Wel was er verschil in groei van de patiëntgerichte en de taakgerichte vaardigheden. In empathie zagen we bijvoorbeeld weinig groei, maar dit aspect scoorde meestal al hoog bij de aanvang van de opleiding.’

Verschillend aanpakken

‘Er is dus een groep die de communicatievaardigheden snel oppikt en daarom meer uitdaging nodig heeft’, vervolgt Van Es. ‘Je zou deze groep deelgebieden kunnen laten uitwerken: gespreksvoering met laaggeletterden, groepsconsulten, communicatie met adolescenten et cetera. Aan de andere kant van het spectrum zitten de mensen die het moeite kost om de vaardigheden bij elkaar te sprokkelen. Bij hen is het misschien goed door de hele huisartsopleiding heen meer begeleiding te bieden en er veel aandacht aan te besteden.’

Feedback en persoonlijk functioneren

In een tweede deel van het onderzoek heeft Van Es gekeken hoe huisartsen konden worden ondersteund bij hun persoonlijke kwaliteitsverbetering als opleider. Dat is nodig, want: ‘Niet altijd is men zich ervan bewust dat huisarts en huisartsopleider twee heel verschillende vakken zijn.’

De opleiders verwerkten de resultaten van feedback van hun aiossen en een ingevulde zelfevaluatielijst in een persoonlijk opleidingsplan (POP). ‘We letten er hierbij op of de aspecten waarop feedback was gegeven ook goed terug te vinden waren in het POP, en of de verbeteringspunten in SMART-termen waren geformuleerd. De huisartsopleiders bleken de meeste feedback die ze hadden gekregen ook goed te gebruiken in hun POP. Dat is dus mooi. Maar omdat ze relatief weinig feedback krijgen op hun persoonlijk functioneren – daar zijn minder vragen over – werd dit ook minder in hun POP opgenomen. Bovendien bleken ze de feedback die ze wél kregen op hun persoonlijk functioneren minder in hun POP te verwerken. Dit aspect zou dus misschien wat uitgebreider in de vragenlijst moeten worden

opgenomen. Maar het persoonlijk functioneren “raakt” natuurlijk ook aan iets wat minder makkelijk in zo’n POP is op te nemen.’

Onderwijs in wetenschap

Zowel Van Es als De Jong hebben zich in hun onderzoek dus gericht op de opleiding tot huisarts. Vinden zij dat de wetenschappelijke kant van het vak voldoende aan bod komt in het onderwijs?

De Jong: ‘De *evidence based medicine*-lijn manifesteert zich de laatste jaren behoorlijk in het onderwijs. Maar er is ook steeds meer aandacht voor de vraag of er in de opleiding zelf wel sprake is van *evidence based education*.’

Van Es: ‘En we willen graag dat ook het toetsen meer *evidence based* gebeurt, gebruikmakend van valide instrumenten. De opleiding wordt ook wel wetenschappelijker door aiossen meer aan onderzoek te laten ruiken en de goede aiossen te verleiden om aiotho te worden.’

De Jong: ‘Als je kijkt naar hoe het in onze opleidingstijd was, is er veel ten goede veranderd. Maar toch blijft wetenschappelijk onderzoek iets wat aiossen vaak zien als “iets wat ook nog bestaat”. Voor veel van hen is het vak iets wat je leert van je opleiders; wetenschappelijk onderzoek is iets voor anderen.’

Leuk maar zwaar

Hoe leuk hebben zij zelf het doen van wetenschappelijk onderzoek gevonden nadat zij hun opleiding al hadden afgerond?

Van Es: ‘Ik vond het heel leuk, maar ook wel erg zwaar om te combineren met het huisartsenvak. Als ik dat destijds als aiotho had kunnen doen, zou dat veel fijner zijn geweest.’

De Jong: ‘Ik moest er erg aan wennen: achter je computer gaan zitten en alles in je eentje bedenken. Maar tegen het einde ging ik het steeds leuker vinden.’

Van Es: ‘Ik hou juist meer van het opzetten en vond dus vooral het begin van het onderzoek het leukst.’

De Jong: ‘Ik hou ook wel van opzetten, maar bij mijn onderzoek was

het in het begin nog niet zeker of het allemaal wel zou lukken... Al die HIS'en met verschillende programma's, ICPC-coderingen, enzovoort. Ik had het gevoel dat ik het onmogelijke mogelijk moest maken. En ik deed een onderwijskundige trial, dat was ook al heel ongebruikelijk. Het had allemaal naar mijn idee een kleine kans van slagen, hoewel mijn promotor en copromotor meer vertrouwen hadden. Maar naarmate het allemaal meer ging lukken, beviel het ook steeds beter.’

Na de promotie

De promotie is inmiddels enkele maanden achter de rug. Hoe ziet hun beider leven er nu uit?

Van Es: ‘Ik ben tweeënhalve dag huisarts en daarnaast tweeënhalve dag verbonden aan het AMC. Daar ben ik coördinator van het registratienetwerk van huisartsen die hun gegevens leveren voor onderzoek. Dat is heel leuk, maar ook erg veel werk. Verder geef ik onderwijs aan medische-informaticastudenten en begeleid ik studenten die onderzoek gaan doen.’

De Jong: ‘Ik probeer een monitoring-systeem op te zetten voor aiossen, ben stagecoördinator van de huisartsopleiding en docent *Evidence based medicine*. En nu mijn onderzoek is afgerond ben ik sinds 1 februari gaan werken bij de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, omdat ik het heel leuk vind om gedaan onderzoek praktisch te maken. Wel wil ik nog weer verder onderzoek gaan doen, maar dat hoeft niet per se op onderwijskundig vlak. En wie weet ga ik ooit nog weer praktiseren als huisarts!’ ■

Ans Stalenhoef