

Klinische gespreksvoering: het Utrechts model

V. Batenburg

Inleiding

In september 1992 is in Utrecht een nieuw onderwijsprogramma voor de klinische fase ingevoerd. De belangrijkste verandering ten opzichte van het oude curriculum bestaat uit drie perioden van ALCO-schappen: blokken cursorisch onderwijs voorafgaand aan en voorbereidend op het functioneren als co-assistent in de kliniek.

Tijdens het eerste ALCO-schap, dat zes weken duurt, volgen de co-assistenten ondermeer een cursus Klinische Gespreksvoering. Voorheen stond slechts een korte anamnese-training op het programma van de introductieperiode voorafgaand aan het co-assistentschap Interne Geneeskunde.¹ In het nieuwe onderwijsprogramma worden voor iedere groep co-assistenten zes bijeenkomsten georganiseerd om te oefenen in het afnemen van een anamnese en het praten met patiënten. In dit artikel worden de opzet, het doel en de inhoud van deze cursus beschreven. Tevens worden de resultaten van de evaluatie door de eerste vijftien groepen (N=115) onder de loep genomen.

Onderwijs in gespreksvoering

Wanneer de co-assistenten beginnen aan hun eerste ALCO-schap met daarin de cursus Klinische Gespreksvoering, zijn ze al enigszins voorbereid door eerdere cursussen in de doctoraalfase (tabel 1). In deze preklinische cursussen ligt het accent op het gesprek tussen huisarts en patiënt; daarbij wordt het model van het systematisch werken gevolgd. De studenten oefenen de bijbehorende vaardigheden door middel van een rollenspel, waarna zij direct feedback krijgen. Deze aanpak blijkt bij onderwijs in gespreksvoering de beste resultaten op te leveren.²

Uit onderwijsevaluaties van de afgelopen jaren door de betrokken docenten en door de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het medisch onderwijs blijkt dat deze cursussen positief gewaardeerd worden door de studenten.³⁻⁸ Uit zelfrapportages van de cursisten blijkt dat de studenten de cursus positief waarderen omdat zij inzicht verwerven in processen die meespelen tijdens gesprekken tussen arts en patiënt, gespreksvaardigheden aanleren en ook, zij het in mindere mate, omdat zij een patiëntgerichte benadering aanleren. De mogelijkheid om te oefenen met simulatiepatiënten blijkt het krachtigste leermiddel te zijn. Ook de mogelijkheid om medische kennis toe te passen in oefensituaties wordt gewaardeerd.

Klinische gespreksvoering

Op grond van deze gegevens en van informatie over de ervaringen van collega's aan zusterfaculteiten met soortgelijke cursussen is de nieuwe cursus Klinische Gespreksvoering opgezet. Het verschil met de voorafgaande predoctorale cursussen bestaat hierin dat de studenten nu het gevoel hebben dat ze het straks echt moeten kunnen. Bovendien moeten zij in de klinische fase tijdens een gesprek met een patiënt veel meer dingen tegelijkertijd doen: niet alleen procesmatig en inhoudelijk een goed gesprek voeren, maar ook diagnostisch en therapeutisch denken. Tenslotte is hun rol tegenover hun gesprekspartner anders: zij functioneren nu als hulpverlener.

Doel van de cursus

Het doel van de cursus Klinische Gespreksvoering is het leren een anamnese af te nemen. Daarbij komen zowel de gespreksvoering als

de medische inhoud aan bod. Het zwaarste accent ligt op de gespreksvoering. In ieder anamnestic gesprek worden drie onderling gerelateerde processen onderscheiden:

- a. het proces van informatie-uitwisseling, hypothesevorming en diagnostisch denken;
- b. het proces van interactie en opbouw van de arts-patiëntrelatie en
- c. het proces van hulpverlening.

In de klinische cursus staat de internistische anamnese centraal. Daarbij is het de bedoeling dat de studenten leren zowel de ziekte als de patiënt te begrijpen. Inzichten uit de patiëntgerichte klinische methode zijn toegepast om een patiëntgerichte aanpak te verweven met de internistische anamnese.⁹

In de opbouw van het cursusprogramma is dit als volgt verwerkt. De co-assistenten nemen tijdens iedere cursusmiddag bij een simulatiepatiënt de internistische anamnese af (na het eerste ALCO-schap volgt het eerste co-assistentenschap: Interne Geneeskunde). De simulatiepatiënten hebben aanvankelijk simpele, maar naarmate de cursus vordert steeds complexere, somatische klachten. Deze klachten gaan in toenemende mate gepaard met psychosociale factoren. Eerst oefenen de co-assistenten met simulatiepatiënten, maar tijdens de laatste sessie nemen zij de anamnese af bij een echte patiënt. Deze sessie valt in de periode dat zij 's ochtends al op de afdelingen meelopen om te kijken en 's middags nog cursorisch onderwijs volgen. Bovendien wordt in iedere bijeenkomst steeds een nieuw onderwerp toegevoegd, bijvoorbeeld het lichamenlijk onderzoek of de psychosociale anamnese.

Inhoud van de cursus

In tabel 2 is de inhoud van het cursusprogramma weergegeven.

Organisatie van de cursus

Iedere twee weken stroomt een nieuwe groep van acht co-assistenten in het ALCO-schap in.

Tabel 1. Overzicht van cursussen in de doctoraalfase voorafgaande aan de klinische gespreksvoering

Jaar	Cursus	Dagdelen
2.	Waarneming en Communicatie	6
3.	Gespreksvoering I: Het medisch gesprek	6
4.	Gespreksvoering II: Anamnese en advies	6

Tabel 2. Klinische Gespreksvoering ALCO-I: inhoud cursusprogramma per middag

1. Oriënterende internistische anamnese
 - hoofdklacht
 - beleving patiënt
 - contact met patiënt
2. Volledige internistische anamnese
 - tractus anamnese
 - hypothesevorming
 - contact met patiënt
3. Anamnese en lichamenlijk onderzoek
 - onderzoek hoofd-hals-thorax
 - beleving aanraking door patiënt en co-assistent
4. Anamnese en psychosociale anamnese
 - psychosociale problemen rond klacht
 - inpassing in anamnese
5. Anamnese, informatie en uitleg
 - informatie en uitleg aan patiënt
 - hantering reacties en vragen van patiënt
6. Anamnese en emoties patiënt
 - beleving en verwerking ernstige ziekte door
 - inpassing in anamnese
 - emoties co-assistent

Per jaar wordt de cursus aan 25 groepen aangeboden. Iedere groep heeft als docent steeds dezelfde gedragswetenschapper voor sessie 1, 4, 5 en 6. Sessie 2 en 3 worden gegeven door verschillende internisten. Ieder groep krijgt te maken met vijf verschillende simulatiepatiënten en één echte patiënt, allen getraind in het geven van feedback. Bij de cursus zijn in totaal betrokken: drie gedragswetenschappers, vijftien internisten, tien (simulatie)patiënten en een onderwijssecretariaat.

Werkwijze tijdens de cursus

Om in deze omvangrijke organisatie zoveel mogelijk tot uniformiteit in de inhoud en de uitvoering van het onderwijs te komen, zijn voor elke middag gedetailleerde draaiboeken gemaakt voor de docenten. De simulatiepatiënten hebben vaste protocollen, behorend bij de bovengenoemde thema's van de zes middagen. De co-assistenten worden geacht tevoren de betreffende tekst over de thema's in een syllabus te lezen.

Per middag werkt men een vast programma af: de docent houdt een korte inleiding en geeft instructie over de anamnese; een co-assistent neemt, meestal in een apart kamertje voorzien van een spiegelwand voor observatie door de overige groepsleden en de docent, de anamnese af bij de simulatiepatiënt; dit wordt systematisch nabesproken onder begeleiding van de docent. Een tweede co-assistent neemt daarna bij dezelfde patiënt, nu met een ander protocol, de anamnese af; ook deze wordt nabesproken, en tenslotte bekijkt de groep een videoband met een anamnese. Zo kunnen twee co-assistenten per middag oefenen en feedback krijgen over hun functioneren.

Evaluatie van de cursus

De ervaringen met de cursus sinds de start zijn zeer positief. De studenten zijn enthousiast en doen actief en geïnteresseerd mee. Zij leren in een snel tempo: wat tijdens de eerste cursusmiddag nog moeizaam ging bij de ene co-assistent, gaat in de tweede sessie bij een andere co-assistent goed. Gaandeweg worden de leerervaringen van eerdere cursussen weer opgefrist. De studenten maken zichtbaar vorderingen in het combineren van medisch-inhoudelijke aspecten met communicatieve aspecten tijdens een anamnese.

Om deze indrukken te objectiveren, heeft er vanaf de eerste groep een evaluatie plaatsgevonden. Aan het eind van de laatste cursusmiddag vullen alle co-assistenten schriftelijk een formulier in met geprecodeerde vragen

(vijf keuzemogelijkheden van + + tot - -) en open vragen. Over de volgende vragen werd bij studenten informatie ingewonnen:

1. Vinden de studenten de cursus leerzaam, voegt de cursus naar hun mening iets toe?
2. Wat vinden de studenten van de begeleiding door hun docenten? Dit zijn immers zowel klinici als gedragswetenschappers met mogelijk verschillende aanpak en visie.
3. Wat vinden de studenten dat ze van de cursus leren met betrekking tot een aantal door ons geformuleerde onderwijsdoelen?

Resultaten van de evaluatie

De ingevulde evaluatieformulieren van vijftien groepen zijn bewerkt (N=115). In tabel 3 staan de gemiddelde score en bijbehorende betrouwbaarheidsinterval per vraag weergegeven (5 is de hoogste mogelijke waarde en 1 de laagst haalbare waarde). De vragen betreffen kenmerken van de cursus als geheel. Het betrouwbaarheidsinterval geeft de nauwkeurigheid van het gevonden gemiddelde weer. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger het gevonden gemiddelde. In tabel 4 zijn de gemiddelde score en het betrouwbaarheidsinterval per onderwijsdoel weergegeven.

Bespreking

Opvallend is de hoge waardering van de deelnemers voor de cursus: opzet, inhoud, begeleiding en leerzaamheid krijgen een positieve tot zeer positieve beoordeling. De begeleiding van zowel de gedragswetenschappers als de klinici krijgt eveneens een hoge score. De leerzaamheid en de begeleiding worden dus zeer positief gewaardeerd.

Een andere onderzoeksvraag betrof de toegevoegde waarde op specifieke onderwijsdoelen. Drie onderwijsdoelen springen er in gunstige zin uit: door deze cursus hebben de co-assistenten naar hun eigen oordeel meer tot veel meer kennis opgedaan met betrekking tot gespreksvoering en anamnese. Naast kennis

Tabel 3. Waardering van de co-assistenten voor de cursus als geheel (N=115)

	Gem.	95% betrouwbaarheidsinterval
1. Opzet	4.48	4.36-4.60
2. Leerzaamheid	4.42	4.29-4.55
3. Inhoud	4.32	4.21-4.43
4. Begeleiding	4.16	4.02-4.30
- gedragswetenschapper	4.25	4.12-4.38
- clinicus	4.19	4.04-4.34
5. Syllabus	3.73	3.59-3.87

Tabel 4. Waardering van de co-assistenten per onderwijsdoel (N=115)

	Gem.	95% betrouwbaarheidsinterval
1. Kennis gespreksvoering en anamnese	4.41	4.30-4.52
2. Vaardigheden gespreksvoering en anamnese	4.19	4.07-4.31
3. Inzicht sterke en zwakke kanten gespreksvoering en anamnese	3.96	3.81-4.11
4. Somatiek bespreken met patiënt	3.82	3.67-3.97
5. Inzicht in eigen functioneren	3.80	3.65-3.95
6. Psychosociale aspecten bespreken met patiënt	3.77	3.62-3.92
7. Verplaatsen in patiënt	3.68	3.53-3.83
8. Oog voor psychosociale aspecten	3.41	3.27-3.55
9. Vaardigheden in diagnostisch denken	2.97	2.81-3.13
10. Kennis inteme ziektebeelden	2.63	2.47-2.79

hebben zij naar hun zeggen ook meer tot veel meer vaardigheden op dat gebied verkregen. Hun eigen sterke en zwakke kanten met betrekking tot gespreksvoering en anamnese zijn hun duidelijker geworden.

Een viertal doelen valt in de middengroep wat betreft het oordeel van de co-assistenten: inzicht in het eigen functioneren in arts-patiëntcontacten, bespreken van somatische zaken met patiënten, bespreken van psychosociale onderwerpen met patiënten en zich verplaatsen in een patiënt zijn door de cursus verbeterd.

Op drie doelen is nauwelijks tot geen winst geboekt volgens de studenten. Dat zijn: oog krijgen voor psychosociale aspecten van ziekte, kennis opdoen over interne ziektebeelden en vaardigheden krijgen in diagnostisch denken.

Bij zeven van de tien geformuleerde doelen is dus volgens de studenten door de cursus

vooruitgang geboekt. Wanneer deze gegevens vergeleken worden met het geformuleerde doel van de cursus, te weten nadruk op de gespreksvoering bij de anamnese, dan kan geconstateerd worden dat de behaalde resultaten hiermee precies overeenkomen. De medisch-inhoudelijke kant komt op de tweede plaats en krijgt dan ook een lagere beoordeling van de studenten. Verder valt op dat niet alleen een winst in kennis en vaardigheden wordt gemeld maar ook vooruitgang op punten die meer met attitude samenhangen, zoals inzicht in eigen sterke en zwakke kanten, functioneren in een arts-patiëntcontact, zich verplaatsen in een patiënt en bespreken van psychosociale onderwerpen. Dit sluit aan bij de constatering van docenten en simulatiepatiënten, dat het fenomeen 'bot gedrag' van studenten zich nauwelijks lijkt voor te doen: de co-assistenten doen serieus moeite om zo goed mogelijk met de simulatiepatiënten om te gaan. Een in vroeger

Tabel 5. Antwoorden van co-assistenten (N=110) op de vraag naar wat het meest gewaardeerd werd in deze cursus

1. De feedback van docenten, simulatiepatiënten en groepsgenoten. Dit geeft je een spiegel met betrekking tot je eigen functioneren en inzicht in je sterke en zwakke kanten (60x).
2. De structuur en de systematiek van de anamnese, ook zoals die in de syllabus staat. Dat geeft je houvast in het gesprek (33x).
3. Het observeren van medestudenten die de anamnese afnemen. Het is leerzaam om te zien hoe anderen dat doen (19x).
4. De gelegenheid om te oefenen. Dat neemt angst of schroom weg om het straks zelf te doen in de kliniek (19x).
Een voorbeeld van een karakteristiek antwoord, letterlijk geciteerd van een formulier: "Het aangaan van een gesprek met een patiënt terwijl ik van alle kanten kritisch bekeken werd. Vooral de eerste keer was ik behoorlijk zenuwachtig, maar niemand komt eronder uit. Ik heb beter leren inzien wat mijn sterke en zwakke punten zijn in een gesprek; vooral tijdens het gesprek maar ook door de kritiek van anderen. Ik ben er een stuk zekerder van geworden en zal, denk ik, nauwelijks meer opzien tegen het afnemen van de anamnese. Dat is zeker een waardevol aspect van deze cursus!"

tijden geuite hartekreet van een van de simulatiepatiënten: "Ik voel me soms behandeld als een galblaas op pootjes!" wordt nu nog maar zelden gehoord.

Bovendien valt op dat de co-assistenten elkaar in de groep uitstekend van feedback kunnen voorzien. Het lijkt alsof zij over een referentiekader beschikken van waaruit zij anamneses observeren en beoordelen. Natuurlijk bestaan hierin onderlinge verschillen.

Deze resultaten zijn in overeenstemming met onderzoeken elders.^{10 11} Daar is bij soortgelijke onderwijsprogramma's gebleken dat getrainde studenten, in vergelijking met studenten die nog geen gespreksvoeringscursussen hadden gevolgd, enorm snel gespreksvaardigheden erbij leren. Bovendien zijn ze in staat die vaardigheden goed toe te passen in contact met patiënten.

Wat waarden de co-assistenten nu zelf het meeste aan de cursus klinische gespreksvoering? Daar is naar gevraagd door middel van een open vraag: "Wat was voor jou het meest waardevolle aan deze cursus?" Bijna alle co-assistenten hebben de moeite genomen om hierop te reageren (N=110); soms werden meerdere antwoorden per persoon gegeven. De gegeven antwoorden zijn achteraf gegroepeerd in vijf categorieën. In tabel 5 staan de resultaten in volgorde van de meest frequente

tot de minder vaak voorkomende antwoorden vermeld.

Vaak werd in een 'terzijde' waardering voor de cursus uitgesproken: men vond deze leuk en leerzaam. Sommige antwoorden werden slechts één keer gegeven; deze rest-categorie is niet in de tabel opgenomen. Tenslotte is gevraagd naar mogelijke verbeteringen van de cursus. Hierop kwamen veel minder reacties (N=70). Sommige studenten (N=18) willen de kans krijgen om tweemaal per persoon te oefenen. Nu kan niet iedereen twee keer oefenen. Anderen (N=16) willen meer aandacht voor internistische en differentiaal-diagnostische aspecten. Tenslotte willen veertien co-assistenten vaker dan nu mogelijk is in de spiegelkamer oefenen omdat zij dan minder last hebben van het idee dat ze geobserveerd worden.

In vergelijking met de kortere anamnese-training in het verleden is winst geboekt: de studenten krijgen meer gelegenheid om te oefenen en daardoor meer zicht op wat zij kunnen. De opbouw in het preklinische onderwijs in gespreksvoering en anamnese is verbeterd en vormt een goed samenhangend geheel met de huidige klinische cursus. Hierdoor is de integratie tussen medisch-inhoudelijke en psychosociale aspecten bevorderd. De indruk is dat de studenten nu beter dan vroeger in staat zijn om op een breder vlak met patiënten te communiceren dan uitsluitend over somati-

sche zaken. Deze indruk is bevestigd door de ervaringen die de co-assistenten rapporteren in een latere fase van het klinisch curriculum, in ALCO-II. De studenten zeggen daarover, dat zij goed voorbereid waren op patiëntencontacten.

Conclusie

De nieuwe cursus Klinische Gespreksvoering blijkt goed aan te slaan bij de eerste vijftien groepen co-assistenten. Zij zijn van oordeel dat de cursus een duidelijke toevoeging geeft in kennis, vaardigheden en attitude op het gebied van het anamnestic gesprek. De begeleiding door gedragswetenschappers en clinici wordt als goed beoordeeld. Door de feedback leren de deelnemers wat zij waard zijn in een gesprek met een patiënt; door zelf te oefenen en anderen te observeren durven ze het contact met patiënten in de kliniek beter aan. De cursus vormt een goede voorbereiding op het komende co-assistentenschap.

Literatuur

1. Batenburg V, Gerritsma JGM. Medical interviewing: initial student problems. *Medical Education* 1983; 17: 239-40.
2. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors I: benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J* 1986; 292: 1573-6.
3. Batenburg V. Gespreksvoering: een cursus in Utrecht. *Medisch Contact* 1991; 46: 1425-8.
4. Batenburg V. Wat steken de studenten ervan op? Evaluatie van een cursus gespreksvoering. Metz J., Scherp-bier A. & Houtkoop E. (Eds.). *Gezond Onderwijs II*. Nijmegen: Nijmeegs Publicatiebureau (ter perse).
5. Smal JA. Onderwijsenquêtes doctoraal 1, 2 en 3. *Rijksuniversiteit Utrecht: Afdeling Onderzoek en Onderwijsontwikkeling van het medisch onderwijs*, 1988-1989-1990.
6. Smal JA. Enquêtes en tentamens propedeuse en doctoraal 1 GBO en doctoraal 2 en 3 Geneeskunde. *Rijksuniversiteit Utrecht: Afdeling Onderzoek en Onderwijsontwikkeling*, 1991-1992.
7. Smal JA. Enquêtes en tentamens propedeuse en doctoraal 1 GBO en doctoraal 3 Geneeskunde. *Rijksuniversiteit Utrecht: Afdeling Onderzoek en Onderwijsontwikkeling*, 1993.
8. Grol R. Algemene normen voor een huisartsgeneeskundige wijze van probleemoplossen en hulpverlening. In: Grol RPTM, Mesker PJR, eds. *Huisarts en wetenschap*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1986; 31-65.
9. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Steart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 1986; 3: 24-30.
10. Maguire P, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. *Medical Education* 1977; 11: 175-82.
11. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Medical Education* 1989; 23: 364-70.

DE AUTEUR

V. Batenburg is als psycholoog verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht. Haar taak is de coördinatie en uitvoering van het onderwijs Gespreksvoering.

Correspondentie-adres:

V. Batenburg, Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht