

Onderwijs in sociale vaardigheden wordt nog steeds te laag gedoseerd

R. Zonneveld

Mijn standpunt is dat onderwijs in sociale vaardigheden aan toekomstige artsen niet leidt tot sociaal vaardiger artsen. Standpunten zijn er vaak voordat er argumenten zijn. De argumenten worden later bij elkaar gesprokkeld. Ook door mij. Echter, verreweg de meeste, gepubliceerde, onderzoeken over het effect van onderwijs in sociale vaardigheden hebben een positieve samenvatting en/of conclusie. Er zat dus niets anders op dan om de gepubliceerde artikelen kritisch te gaan lezen, zonder uit het oog te verliezen dat mijn standpunt ook wel eens onjuist zou kunnen blijken.

De onderzoekers

Allereerst iets over de auteurs van artikelen over sociale vaardigheden, de onderzoekers. In de meerderheid van de gevallen zijn dat gedragswetenschappers en anders zijn het wetenschappers uit een andere discipline, bijvoorbeeld artsen die zich actief bezig houden met het onderwijs in sociale vaardigheden. Een belangengroepering dus, in meer dan één opzicht vergelijkbaar met een grote farmaceutische industrie. Het produkt 'sociale vaardigheden' moet in zo groot mogelijke hoeveelheden aan de man gebracht worden. Het aantal consumenten is blijkens de literatuur al enorm. Onderwijs in sociale vaardigheden wordt al gegeven aan vrijwel alle hulpverleners. Daarnaast ook aan onderwijsgevenden, managers, werknemers in de horeca, winkelpersoneel, enzovoorts. Waarschijnlijk zijn er meer mensen die gehoord hebben van de microcounseling-skills van Ivey, die weten dat je moet hummen, parafraseren, een koetsiershouding aannemen en gevoel reflecteren, dan mensen die Nederlands spreken. Het zou voor de verkopers en producenten bijzonder onaange-

naam zijn als hun produkt niet zou blijken te werken. De kans dus dat een onderzoek gepubliceerd wordt dat de waarde van het produkt in twijfel trekt is klein. Er zijn vrijwel geen onafhankelijke onderzoekers. Mijn vergelijking met de farmaceutische industrie is dus onjuist. Er bestaat geen consumentenbond en geen onafhankelijke beoordelingscommissie voor het onderwijs in sociale vaardigheden. U vindt dit mogelijk een oneigenlijke argumentering. Dat is juist. Ik maak immers de auteurs van de later door mij aangehaalde artikelen bij voorbaat verdacht. Het kan immers best een prima produkt zijn en het onderzoek kan ook best volledig in orde zijn, ook al is de auteur belanghebbende. Helaas vindt menig wetenschappelijk artikel dat via een vertegenwoordiger van de farmaceutische industrie op mijn tafel komt snel de weg naar het ronde archief. Overigens, in een recent artikel in het Nederlands tijdschrift voor geneeskunde citeert de internist Offerhaus Gotzsche: "In de medische pers bestaat de neiging om slechts de gegevens aan te halen die binnen het betoog van de schrijver passen".¹ Dat geldt natuurlijk ook voor ondergetekende.

Het onderzoek

Door onderzoekers in Manchester zijn criteria opgesteld waaraan onderzoek naar het effect van onderwijs in sociale vaardigheden moet voldoen.²

- a. Een goede controlegroep is noodzakelijk. Studenten moeten at random verdeeld worden over de experimentele groep en de controlegroep. De studenten in de controlegroep moeten bovendien een soort placebo-onderwijs krijgen in sociale vaardigheden.

- b. De sociale vaardigheden van de studenten moeten voor en na de training gemeten worden. De vaardigheden moeten bovendien bepaald worden aan de hand van een geobserveerd student(simulatie)patiëntcontact.
- c. De interobservator betrouwbaarheid moet worden bepaald. De observatoren mogen bovendien niet weten of ze studenten beoordelen uit de controlegroep of uit de experimentele groep en bovendien niet of er sprake is van een meting voor of na de training.
- d. Bepaalde kenmerken van de studenten in de verschillende groepen moeten duidelijk zijn. (leeftijd, sexe, jaargroep, vrijwilligers)
- e. De validiteit van de getrainde sociale vaardigheden moet aangetoond zijn. Onder een valide sociale vaardigheid wordt een vaardigheid verstaan die aantoonbaar leidt tot een betere diagnose of een betere compliance of een beter begrip van de patiënt of een grotere tevredenheid van de patiënt.
- f. Bepaalde kenmerken van de patiënten, die ingezet zijn moeten duidelijk zijn. (leeftijd, sexe, klacht, simulatiepatiënt, aantal keren dat het student-patiëntcontact achter elkaar plaatsvond).
- g. De juiste statistische methodes moeten gebruikt worden om het wel of niet succesvol zijn van een trainingsprogramma te bepalen.

Dit mogen strenge criteria lijken waaraan het onderzoek dient te voldoen, maar toch wil ik er nog twee aan toevoegen.

- h. De studenten in de experimentele groep en de studenten uit de controlegroep moeten op de hoogte zijn van de criteria aan de hand waarvan ze beoordeeld worden.
- i. Bepaald moet worden of de studenten de vaardigheden na hun studie nog beheersen en regelmatig gebruiken.

Aan de hand van enkele voorbeelden zal ik later in mijn betoog het belang van laatstgenoemde criteria duidelijk maken.

Voorbeelden

Een onderzoek dat veel aangehaald wordt is dat van Maguire, Fairbairn en Fletcher.³ De sociale vaardigheden van afgestudeerde artsen die enkele jaren daarvoor tijdens hun studie een interview-training hebben gehad of als controlegroep hebben gefunctioneerd worden vergeleken. Er is dus een controlegroep met vergelijkbare resultaten voorafgaande aan de training, maar niet duidelijk is of het carrièreverloop van controle en experimentele groep vergelijkbaar is (a). Aan de voorwaarden voor en nameting met behulp van een geobserveerd contact (b), kenmerken van studenten en patiënten (d) (f) en juiste statistische methodes (g) wordt voldaan. Maar het is voor de beoordelaars uiteraard duidelijk of er sprake was van een meting voor of na de training (andere leeftijd, andere casuïstiek). Bovendien, wordt nadrukkelijk gesteld dat de beoordeling verricht werd door een getrainde observator namelijk de mede-auteur Fairbairn. Het zou mij verbazen als deze beoordelaar niet zeer goed op de hoogte was van het trainingsprogramma. Een trainingsprogramma in sociale vaardigheden heeft een aantal bijwerkingen. Studenten gaan vaak het jargon van de gedragswetenschappers overnemen. De getrainde studenten zijn te herkennen aan het jargon ("Zou u me daar iets meer over kunnen vertellen", "Ik zie dat u het moeilijk vindt om daarover te praten", hm, hm, etcetera.). De observator is dus ook niet blind ten opzichte van de controle en de experimentele groep (c). De studenten uit de controlegroep zijn niet op de hoogte van de beoordelingscriteria (h). De validiteit van de onderwezen sociale vaardigheden wordt in dit onderzoek niet aangetoond. Aan voorwaarde (i) wordt gedeeltelijk voldaan in die zin dat de nameting plaatsvindt ruim na de training. Of de vaardigheden ook gebruikt worden buiten de experimentele situatie, dat wil zeggen buiten het oog van de camera is aan de hand van dit onderzoek niet te bepalen. Een leuk bijproduct van dit onderzoek is dat bleek dat het voor artsen en observators niet mogelijk was om

echte patiënten van simulatiepatiënten te onderscheiden. De simulatiepatiënten waren gedurende twee uur voor hun rol getraind. Een ander, recenter, longitudinaal onderzoek is van de hand van Graig.⁴ Eerste jaars medische studenten kregen een interview-training en in een quasi-experimenteel onderzoek wordt direct na de training aangetoond dat de studenten uit de experimentele groep aanzienlijk betere interview-vaardigheden vertonen. Vier jaar later wordt de meting herhaald. De verschillen tussen de experimentele groep en de controle groep zijn niet meer significant. De auteur geeft zelf al aan dat er uit het onderzoek slechts zeer voorzichtig conclusies mogen worden getrokken. De populatie was maar klein, de experimentele groep bestond uit vrijwilligers. Twee dingen wil ik uit dit onderzoek nog naar voren halen.

Ten eerste, in de inleiding stelt de auteur: "The interpersonal aspect of the medical interview has been shown to influence the accuracy of data collection, patient compliance, patient satisfaction and treatment outcomes". De auteur verwijst dan naar een onderzoek van Hampton.⁵ Toen ik dat las dacht ik dat het validiteitsprobleem voor het grootste gedeelte was opgelost (e). Nadere bestudering van het artikel van Hampton laat echter zien dat zijn onderzoek helemaal niet over "interpersonal aspects" gaat en al helemaal niet over "compliance", "treatment outcomes" of "patient satisfaction". De onderzoeker toont alleen aan dat de anamnese belangrijker is voor het stellen van de diagnose dan fysisch-diagnostisch of laboratoriumonderzoek.

Ten tweede, de auteur concludeert aan het einde van haar artikel dat, omdat sociale vaardigheden blijkbaar niet beklijven na een training van enkele weken, er vervolgcursussen moeten worden gegeven. Als de pil niet werkt moet u meer pillen slikken. Een onderhoudsdosis zou waarschijnlijk het beste zijn.

Het derde onderzoek dat ik ter illustratie aan wil halen is van Kauss en andere, wel geen prachtexemplaar gezien bovengenoemde crite-

ria, maar wel vrij uniek gezien de eindconclusie.⁶ Bij assistenten in opleiding die hun basisopleiding aan verschillende faculteiten hebben genoten, worden de sociale vaardigheden gemeten. Sommigen hebben tijdens hun studie Inter-Personal Skillstraining gehad, anderen niet. De onderzoekers kunnen geen onderscheid maken tussen beide groepen. Alleen assistenten die in hun studie een zeer uitgebreide training hebben gehad stellen iets vaker open vragen en lijken iets vaker op de emoties van de patiënt in te gaan. Wantrouwend als ik ben denk ik dan: "Zodra er een camera in de buurt is weten ze weer wat de meester wilde horen". Tenslotte twee onderzoeken die uitgevoerd zijn in Maastricht. Allereerst het onderzoek van Bögels en Kreutzkamp.⁷ Volgens de reeds genoemde criteria is dit een uitstekend onderzoek. De korte termijneffecten van een sociale vaardigheidstraining worden bepaald. Er wordt goed gerandomiseerd. Er wordt gebruik gemaakt van een pré-post design om mogelijke meeteffecten uit te sluiten. Kenmerken van studenten en patiënten worden gegeven. Zelfs de beschrijving van de training is te vinden zodat repliceren van het onderzoek mogelijk wordt. De prestaties van de getrainde studenten worden zelfs vergeleken met die van enigszins ervaren hulpverleners. Echter, de controlegroep krijgt geen placebotraining (a). De controle groep is niet op de hoogte van de criteria aan de hand waarvan ze beoordeeld worden (h). Notabene, dat zijn de hulpverleners ook niet en zelfs door de auteurs wordt aangegeven dat mogelijk de oorzaak is van het niet aanwezige verschil tussen getrainde studenten en hulpverleners. Dat dat mogelijk ook de oorzaak is van het verschil tussen getrainde en niet getrainde studenten wordt over het hoofd gezien. Bij de ingezette simulatiepatiënten wordt de mate van tevredenheid ten aanzien van het consult bepaald. Er wordt geen significant verschil gevonden tussen getrainde en niet getrainde studenten. Dit niet aanwezige verschil wordt geweten aan methodologische tekortkomingen van het onderzoek. Dat is jam-

mer, want in de inleiding stellen de auteurs mijns inziens terecht: "Wanneer evaluatieonderzoek zich uitsluitend concentreert op observeerbare gedragsverandering bestaat het risico dat de 'trainee' op een mechanische wijze bepaald gedrag vertoont waarbij de functie van dat gedrag uit het oog wordt verloren. Het is daarom van belang trainingen vanuit meerdere invalshoeken te evalueren; het overte gedrag van de 'trainee', de cognitieve activiteit van de 'trainee' en de ervaring van de cliënt." Tenslotte het onderzoek van Kraan et al.⁸ In de samenvatting stellen zij dat in de loop van de eerste vier jaren van het Maastrichtse curriculum de volgende drie vaardigheden bij studenten toenemen:

- het afnemen van een tractusanamnese
- het aangeven van oplossingen voor het door de patiënt gepresenteerde probleem
- het structureren van de anamnese.

Dit alles wordt toegeschreven aan 'een continu onderwijsprogramma in kleine groepen waarbij door experts en door medestudenten feed-back wordt gegeven op, op videoband vastgelegde, ontmoetingen met simulatiepatiënten'. Er is echter geen controlegroep (a) zodat ik mij afvraag of bovenstaande niet gewoon een effect is van de kennistoename van de studenten. Bovendien raken de studenten op den duur zeer vertrouwd met de door de beoordelaars gehanteerde criteria. Ik denk dat de gemiddelde Maastrichtse medische student ongeveer in de loop van zijn derde studiejaar de criterialijst uit het hoofd kan reciteren. Mijn wantrouwen ten aanzien van bovengenoemde resultaten berust ook nog op het feit dat de onderzoeksgegevens berusten op een toetsing van de studenten. Ik citeer meerdere van onze studenten: "Tijdens de toets ben ik bezig geweest gedrag te vertonen en zeker niet gedrag dat ik normaal vertoon in contacten met (simulatie)patiënten." Het Hawthorne-effect: De meting beïnvloedt het gedrag ook als de meting geen beoordeling betekent en zeker als het gewenste gedrag bekend is.

De praktijk

Het gedrag van de arts in de spreekkamer wordt onder andere beïnvloed door de verwachtingen van de patiënt. Als ik naar een dokter ga verwacht ik in de eerste plaats deskundigheid, kennis. Van de dokter wordt verwacht dat hij de klacht waarmee ik kom kan verklaren en wegnemen. Als hij dat niet kan dan kan hij nog zo aardig of, zo u wil sociaal vaardig zijn, maar ik ben toch wat minder tevreden. Het is dus niet verwonderlijk dat studenten en artsen in de eerste plaats bezig zijn het probleem op te lossen. Daarnaast heeft de medicus practicus al snel geleerd dat het stellen van veel open vragen en het ingaan op de gevoelens van iedere patiënt leidt tot lang uitlopende gesprekken en stampvolle wachtkamers. Een straf op gewenst gedrag. Natuurlijk is het meegenomen als de arts die ik nodig heb aardig is. Ik heb alleen niet zo'n behoefte aan aangeleerde aardigheid. Natuurlijk is het meegenomen als de arts die ik nodig heb duidelijk is. Ik denk alleen dat duidelijkheid meer zegt over de kennis, de deskundigheid van de dokter dan over zijn sociale vaardigheden. Ik citeer nog één keer het onderzoek van Maguire: "Feedback training in interviewing skills does not help the communication of information and advice." Het zal u niet verbazen dat de auteurs adviseren nog meer aandacht te geven aan feedback training.

Literatuur

1. Gotzsche PC. Reference bias in report of drug trials. *British Medical Journal* 1987; 295: 654-56.
2. Sanson-Fisher R, Fairbairn S, Maguire P. Teaching skills in communication to medical students - a critical review of the methodology. *Medical Education* 1981; 15: 33-37.
3. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *British Medical Journal* 1986; 292: 1573-78.
4. Graig JL. Retention of interviewing skills learned by first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education* 1992; 26: 276-81.

5. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal* 1975; 2: 486-89.
6. Kauss DR, Robbins AS, Abrass I, Bakaitis RF, Anderson LA. The long-term effectiveness of interpersonal skills training in medical school. *Journal of Medical Education* 1980; 55: 595-600.
7. Bögels SM, Kreutzkamp. Effecten van een training in basale gespreksvaardigheden. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 1990; 4: 201-14.
8. Kraan HF, Crijnen AAM, De Vries MW, Zuidweg J, Imbos T, Van Der Vleuten CP. To what extent are medical interviewing skills teachable. *Medical Teacher* 1990; 12: 315-28.

AUTEUR

R. Zonneveld, huisarts/docent, is in deeltijd verbonden aan het Skillslab van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

Correspondentie-adres:

R. Zonneveld, Skillslab, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.