

Training in interviewvaardigheden

De stand van zaken

S.M. Bögels

Dit artikel behandelt de vragen: 1) leidt training in medisch interviewen tot vaardiger hulpverleners en 2) welke aanpak is het effectiefst. Onderscheid wordt gemaakt tussen gespreks- en anamnesevaardigheden. Gespreksvaardigheidstraining bewerkstelligt veelal slechts een kortdurende verbetering. Verklaringen hiervoor zijn: verschuiving van de aandacht van studenten en onvoldoende toepassingsmogelijkheden en reactivatie van het geleerde. Kleine groepen, sterke structurering, gestandaardiseerde 'modelling' en systematische feedback bevorderen de effectiviteit van trainingen. Stations met gesimuleerde gesprekssituaties zijn een geschikte toetsvorm, die door bekorten van de stations efficiënter wordt. Het artikel besluit met enkele suggesties. De volgorde gespreksstraining, anamnesetraining en integratie van beide kan aandachtsverschuiving tegengaan. Als interviewtraining en klinische stages niet aaneensluitend geprogrammeerd zijn, dient het curriculum toepassingsmogelijkheden voor gespreksvaardigheden te bieden. Training van anamnesevaardigheden kan geïntegreerd worden met het aanbieden van inhoudelijke kennis. Geïntegreerd onderzoek van beide vaardigheidscomponenten, longitudinaal onderzoek en vergelijkend onderzoek van de 'microcounselling'-methode en een cognitieve methode worden aanbevolen.

Inleiding

De laatste decennia is het inzicht gegroeid dat het belangrijk is artsen te trainen in medisch interviewen. Dit inzicht is het gevolg van tal

van onderzoeken waarin de gunstige werking van goede interviewvaardigheden op het medisch interview werd aangetoond. Interviewvaardigheden, zoals het stellen van open vragen, samenvatten en het geven van informatie, hebben een positief effect op de werkrelatie, verhogen patiëntsatisfactie, bevorderen 'compliance' met de behandeling, en verbeteren de diagnostiek.¹⁻⁴ In de meeste medische curricula worden daarom tegenwoordig interviewtrainingen aan de studenten gegeven. Ook in andere gezondheidszorgopleidingen, zoals psychologie, gezondheidswetenschappen en paramedische opleidingen, is gespreksvaardigheidstraining doorgaans een onderdeel van de opleiding. De vraag is echter of deze training leidt tot vaardiger hulpverleners, en hoe deze training het meest effectief kan worden aangeboden. Dit artikel tracht een antwoord te geven op deze vragen. Het artikel beperkt zich tot interviewtraining in het medisch, psychiatrisch en psychologisch domein, waarbij het accent ligt op het onderzoek binnen het medisch domein.

Gespreks- en anamnesevaardigheden in het medisch interview

Interviewvaardigheden in het medisch onderwijs zijn in te delen in twee categorieën: gespreksvaardigheden en anamnesevaardigheden.⁵ Gespreksvaardigheden zijn interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden die van belang zijn voor het interviewproces. Voorbeelden zijn: het stellen van open vragen, het reflecteren van gevoel, structureren, samenvatten, vragen om feedback en het geven van informatie. Vaardig-

heid in het afnemen van de anamnese verwijst naar het vermogen van de interviewer om die informatie te verzamelen die nodig is voor diagnostiek en behandeling. Voorbeelden van anamnesevaardigheden zijn het uitdiepen van de hoofdklacht en het nagaan van het begin en beloop van de klacht. Deze vaardigheden hebben betrekking op de *inhoud* van het interview. In het Engels wordt wel gesproken van process skills en content skills. Het doel van het medisch interview is tweeledig: 1) het opbouwen van een werkrelatie en vertrouwensband met de patiënt en 2) het komen tot een diagnose en behandelplan.⁶ Gespreksvaardigheden zijn gericht op het eerste deel van de doelstelling, anamnesevaardigheden op het tweede.

Onderzoek in het psychiatrisch domein toonde aan dat de twee vaardigheidscomponenten weliswaar onderling sterk correleren ($r=.71$), maar afzonderlijk verschillend gecorreleerd zijn met de doelen van het interview.⁷ Nadat door middel van partiële correlatieberekeningen de invloed van anamnesevaardigheden buiten beschouwing was gelaten, bleken gespreksvaardigheden samen te hangen met patiëntstatisfactie ($pr=.32$), maar niet met het verzamelen van relevante informatie ($pr=.08$), terwijl de correlatie met accurate diagnostiek negatief was ($pr=-.29$). Na verwijdering van de invloed van gespreksvaardigheden bleken anamnesevaardigheden vooral gecorreleerd te zijn met het verzamelen van relevante informatie ($pr=.24$) en accurate diagnostiek ($pr=.34$), maar nauwelijks met patiëntstatisfactie ($pr=.17$).

Effectiviteit van interviewtraining op de korte en lange termijn

Onderzoeken naar de effecten van interviewtraining in het medisch domein betreffen voornamelijk gespreksvaardigheidstraining. Er is enige evidentie voor korte termijneffecten van gespreksvaardigheidstraining voor medisch studenten.⁸ Het is echter onduidelijk wat

er op langere termijn met de geleerde vaardigheden gebeurt. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de gespreksvaardigheden, na aanvankelijke verbetering, op den duur weer verdwijnen.⁹⁻¹¹

Studies die gericht zijn op de effecten van interviewtraining op gespreks- en anamnesevaardigheden zijn schaars. Kraan et al. onderzochten de toename van gespreksvaardigheden ("exploratie van de reden van komst" en "basale gespreksvaardigheden") en anamnesevaardigheden in een cross-sectionele studie waarbij vijf jaargroepen medisch studenten vergeleken werden.¹² Deze studenten volgden een onderwijsprogramma waarin zij intensief getraind werden in medisch interviewen. Zowel wat betreft de gespreks- als de anamnesevaardigheden vertoonden de zesdejaarsstudenten geen verbetering ten opzichte van de eerstejaarsstudenten.

Onderzoek naar de effecten van gespreksvaardigheidstraining in het psychologisch domein (ook wel counselling genoemd) laat eenzelfde patroon zien als onderzoek uit het medisch domein: evidentie van effecten op korte termijn, doch terugval op langere termijn.¹³ Uit interviewtraining in het psychiatrisch domein komt de observatie dat hulpverleners-in-opleiding vaak de fout maken dat zij zo bezig zijn met de inhoud van het probleem dat zij hun communicatieve vaardigheden vergeten, of dat zij zo begaan zijn met de patiënt dat zij vergeten belangrijke inhoudelijke informatie te verzamelen.¹⁴ Onderzoek naar de effecten van training in anamnesevaardigheden bij studenten geestelijke gezondheidkunde laat zien dat de door training verworven anamnesevaardigheden weer verdwijnen als verdere oefening of toepassingsmogelijkheden ontbreken.¹⁵

Verklaringen voor terugval van door training verworven vaardigheden

Het verschijnsel van terugval van verworven interviewvaardigheden tijdens de studie lijkt

dus universeel; het doet zich voor bij gespreks- en anamnesevaardigheden en bij studenten in verschillende domeinen van de gezondheidszorg. Hieronder worden drie mogelijke verklaringen besproken voor dit verschijnsel: verschuiving van aandacht, gebrek aan toepassingsmogelijkheden en gebrek aan reactivatie van het geleerde.

De eerste verklaring is dat medisch studenten aan het begin van de studie, als zij nog niet beschikken over diagnostische kennis en anamnesevaardigheden, veel interesse hebben voor het praten met patiënten en daarbij goede gespreksvaardigheden vertonen. Als in de loop van de studie hun medische kennis en diagnostische vaardigheid toenemen, verschuift hun aandacht van communicatieve naar inhoudelijke aspecten tijdens het patiëntcontact. Studies naar verandering in interactiestijlen van medisch studenten ondersteunen deze hypothese.¹⁶⁻¹⁸

Een tweede verklaring voor het verschijnsel van terugval van zowel gespreks- als anamnesevaardigheden betreft de plaats van interviewtrainingen in het curriculum. Wanneer training niet (direct) gevolgd wordt door toepassingsmogelijkheden in de praktijk, kan dit een belangrijke reden zijn voor terugval in vaardigheden. McGuire, Fairbairn en Fletcher toonden bijvoorbeeld aan dat medisch studenten die tijdens hun co-schap psychiatrie een feedbacktraining hadden gevolgd vijf jaar later nog steeds superieur waren aan de controlegroep, die traditioneel onderwijs (zonder feedbacktraining) had gevolgd.¹⁹ De mogelijkheid die deze studenten hadden om de geleerde vaardigheden direct in hun klinische stage toe te passen zou kunnen verklaren waarom in deze studie geen sprake was van terugval.

Een derde verklaring voor terugval van gespreks- en anamnesevaardigheden in het algemeen is dat de vers verworven vaardigheden nog niet het stadium van automatisme hebben bereikt dat kenmerkend is voor experts. Volgens Schmidt, Norman en Boshuizen zullen de

kennis en vaardigheden van “novices” door intensieve en herhaalde toepassing en speciaal door blootstelling aan problemen van patiënten, zich zo reorganiseren dat beschikbaarheid verzekerd is.²⁰ Zolang dit stadium van automatisme nog niet is bereikt, zullen verworven vaardigheden makkelijk worden verdrongen door nieuwe onderwijsactiviteiten die aandacht vragen. De vraag is hoe eerder geleerde vaardigheden kunnen worden gereactiveerd, omdat zij mogelijk niet eenvoudig ‘verdwenen’ zijn. In dit licht is een onderzoek van Reynolds en Glaser interessant, waarin gedemonstreerd werd dat het opnieuw inzien van complex trainingsmateriaal helpt bij het vasthouden van het geleerde.²¹

Methoden van interviewtraining

In deze paragraaf wordt een aantal relevante bevindingen uit studies over de effecten van verschillende methoden van interviewtraining op een rij gezet. Training van medisch interviewen in kleine groepen bleek effectiever voor het verwerven van interviewvaardigheid dan colleges in medische interviewvaardigheid.⁴ Sterk gestructureerde trainingsprogramma's in medisch interviewen waarin specifieke vaardigheden werden onderscheiden, gedemonstreerd, geoefend en geëvalueerd, waren effectiever dan minder gestructureerde programma's in het beïnvloeden van gedrag en werden positiever geëvalueerd door studenten.²² Meer specifiek zijn er aanwijzingen dat het verwerven van interviewvaardigheden het directe resultaat is van de hoeveelheid gestandaardiseerde modellering, bijvoorbeeld door videovoorbeelden van het gewenste gedrag, oefening, en systematische feedback.^{8 23-25}

Cognitief-psychologisch onderzoek heeft geleid tot een beter begrip van kenmerken van expertise van bijvoorbeeld artsen, hetgeen belangrijke consequenties kan hebben voor de training. Vanuit een cognitief perspectief zou het doel van training niet zozeer zijn om be-

paalde gedragingen aan te leren, maar om ervoor te zorgen dat relevante en correcte conceptuele modellen beschikbaar zijn en door de hulpverlener worden geselecteerd tijdens het interview. In dit kader beargumenteerden Robinson en Halliday dat in interviewtraining volgens de microcounseling methode van Ivey te veel nadruk wordt gelegd op het observeerbare gedrag van de interviewer en te weinig op de complexe cognitieve vaardigheden die nodig zijn om inzicht te krijgen in wat er met de patiënt aan de hand is.^{26 27} Robinson en Halliday vonden dat de frequentie van hardop redeneren van de interviewer sterk gerelateerd was aan de kwaliteit van de probleemanalyse.²⁸ Deze bevinding suggereert dat vaardigheden in het verwerken van informatie tijdens een interview meer nadruk moeten krijgen in de training.

Beoordeling van interviewvaardigheden

In het gezondheidszorgonderwijs wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van vaardigheidstoetsen om interviewvaardigheden te beoordelen. Dergelijke vaardigheidstoetsen bestaan uit één of meer gespreksituaties waarin de hulpverlener een gesprek voert met een simulatiepatiënt. Hierbij moet een bepaalde taak uitgevoerd worden, zoals het afnemen van de anamnese of het geven van advies. Deze gesprekken worden beoordeeld met behulp van scoringslijsten van (deel)vaardigheden, door een deskundige, vaak de docent, ter plekke of achteraf met behulp van een video-opname. Ook fungeert de simulatiepatiënt soms als beoordelaar.

Getrainde beoordelaars bereiken voldoende interbeoordelaarsovereenstemming, zowel wat betreft de gespreks- als de anamnesevaardigheden.⁷ Dit geldt zowel voor gedetailleerde checklists als globalere beoordelingsschalen.²⁹ Wel blijft het belangrijk beoordelaars steeds goed voor te bereiden op hun taak door ze een aantal gespreksopnames samen te laten bekijken en hun antwoorden te vergelijken met

een gouden standaard, ofwel ze onderling te laten discussiëren over verschillen in beoordeling totdat consensus is bereikt in de vorm van scoringsafspraken.

Een belangrijk probleem bij vaardigheidstoetsen is de bevinding dat de prestaties van een interviewer bij één patiënt of in een bepaalde gesprekssituatie een slechte voorspeller zijn voor de prestaties bij een andere patiënt of in een andere gesprekssituatie, een fenomeen dat in de medische literatuur beter bekend is als casusspecificiteit van klinische vaardigheid. Om een betrouwbaar beeld te krijgen van de interviewvaardigheden van een hulpverlener is het daarom nodig dat een vaardigheidstoets bestaat uit een aantal gesprekken (2 tot plusminus 10), afhankelijk van het type interviewvaardigheid dat wordt beoordeeld en de range van patiëntproblemen waarnaar men wil generaliseren.³⁰

Wat betreft de validiteit van vaardigheidstoetsen kan gesteld worden dat zij een hoge 'face validity' bezitten: de toets bestaat uit dezelfde taken als het onderwijs en is representatief voor het toekomstig beroep waarop de studenten worden voorbereid. Tevens hebben vaardigheidstoetsen een hoge 'consequential validity': ze hebben een gunstige invloed op het leergedrag van studenten en het doceragedrag van docenten.

Een probleem van vaardigheidstoetsen is echter de efficiëntie. Om te voldoen aan betrouwbaarheidseisen zijn doorgaans vaardigheidstoetsen nodig die bestaan uit een aantal gesprekken ('stations'). Dit brengt veel kosten met zich mee, vooral vanwege de tijd van de simulatiepatiënten en de beoordelaars. Daarom is het belangrijk te zoeken naar manieren om de toetstijd te bekorten zonder verlies van betrouwbaarheid. Onderzoek naar vaardigheidstoetsen met verschillende tijdsduur per station (5, 10, of 20 minuten) laat zien dat kortere toetstijd per station (5 of 10 minuten) leidt tot grotere verschillen in prestaties tussen hulpverleners, en daarmee tot een meer be-

trouwbare toets, zonder verlies van validiteit.³¹⁻³³ De toetstijd per station is primair afhankelijk van de tijd die een taak vraagt, maar wanneer men de tijd van de totale vaardigheidstoets moet beperken, is het te aan te bevelen een aantal korte stations te plannen in plaats van één of enkele langere stations.

Beschouwing

Over het algemeen wordt gevonden dat interviewtraining effectief is op korte termijn, maar dat de effecten niet beklijven. Hiervoor zijn in dit artikel drie mogelijke verklaringen geopperd: een verschuiving van aandacht, een gebrek aan toepassingsmogelijkheden van het geleerde en onvoldoende reactivatie van het geleerde.

Uit deze bevindingen kunnen verschillende richtlijnen worden gedestilleerd zowel voor het opzetten van interviewtrainingen waarvan de effecten beter beklijven als voor verder onderzoek naar trainingseffecten. De eerste kwestie betreft het probleem van de veronderstelde aandachtsverschuiving bij de student van intermenselijke naar medisch-inhoudelijke aspecten van het patiëntcontact. Deze verschuiving kan gezien worden als een natuurlijke fase in het leren. Interviewtraining zou deze aandachtsverschuiving kunnen volgen door eerst gespreksvaardigheden te trainen, en daarna anamnesevaardigheden. Gezien de grote hoeveelheid aandachts- en geheugencapaciteit die nodig is om nieuwe vaardigheden te verwerven, lijkt het verstandig tijdens de training van anamnesevaardigheden weinig aandacht te besteden aan de kwaliteit van de gespreksvaardigheden en mogelijke terugval op de koop toe te nemen. Wanneer de anamnesevaardigheden geleerd zijn, is het echter belangrijk de integratie van beide aspecten van interviewvaardigheid te oefenen.

Gelet op de verschillen in ontwikkeling tussen gespreks- en anamnesevaardigheid en de mogelijk negatieve correlatie tussen deze twee

componenten van interviewvaardigheid in bepaalde fasen van het leren, is het van cruciaal belang de effecten van interviewtraining op gespreks- en anamnesevaardigheid *geïntegreerd* te onderzoeken. De kennis over de ontwikkeling en terugval van deze beide vaardigheidscomponenten zal groeien door onderzoek dat tegelijkertijd beide interviewcomponenten meet.

De tweede kwestie betreft de mogelijkheid om eenmaal geleerde vaardigheden te blijven toepassen. Het lijkt aannemelijk dat interviewtraining vlak voor aanvang van of tijdens de klinische stages beter beklijft dan interviewtraining die niet plaatsvindt in het kader van de start van een stage. Er kunnen echter redenen zijn waarom het gewenst is interviewvaardigheden eerder in het curriculum te trainen, bijvoorbeeld in verband met het ontwikkelen van een beroepsattitude, motivatie (training is doorgaans een zeer gewaardeerd onderdeel van de opleiding), integratie van theorie en praktijk etcetera. Indien de interviewtraining vroeg in het curriculum of gefaseerd gegeven wordt, lijkt het belangrijk toepassingsmogelijkheden in het vervolg van het curriculum te creëren. Van algemene gespreksvaardigheden kan gesteld worden dat men die in principe in allerlei gesprekssituaties kan toepassen. Wanneer algemene gespreksvaardigheden in het begin van het curriculum worden getraind (wat veelal de praktijk is), is het belangrijk deze toepassingsmogelijkheden in de training in te bouwen, bijvoorbeeld door de rollenspelen niet te beperken tot dokter-patiëntsituaties, maar ook uit te breiden naar gesprekken met medestudenten en dergelijke. Anders ligt dit echter met anamnesevaardigheden, waarvoor buiten klinische stages weinig toepassingsmogelijkheden voorhanden zijn. Dergelijke trainingen zouden het beste vlak voor klinische stages, of geïntegreerd met het zich eigen maken van inhoudelijke kennis kunnen worden aangeboden. Het probleemge-

stuurde onderwijssysteem leent zich uitstekend voor deze laatste mogelijkheid.

De derde kwestie betreft de reactivatie van eerder geleerde vaardigheden. Wanneer interviewvaardigheden niet direct voor aanvang van klinische stages, maar eerder in het curriculum getraind zijn, is het verstandig een korte reactivatie-training voor aanvang van de klinische stage in te lassen om 'teruggevallen' vaardigheden weer op te halen. Wat betreft het onderzoek naar langetermijneffecten van interviewtraining is het belangrijk na te gaan in hoeverre er nog steeds sprake is van terugval van interviewvaardigheden indien de studenten geïnstrueerd worden voorafgaand aan de langetermijnmeting oude draaiboeken van interviewtrainingen door te nemen en eventueel videobanden nog eens te bekijken ter reactivatie van het eerder geleerde.

Voor een beter inzicht in de ontwikkeling (met en zonder training) van gespreks- en anamnesevaardigheid tijdens de medische opleiding, is het nodig *één en dezelfde* groep studenten tijdens hun medische studie te volgen op beide vaardigheidsaspecten. Het probleem van veel onderzoek dat tot nog toe op dit gebied gedaan is, is dat het cross-sectioneel is in plaats van longitudinaal. Gezien het feit dat curricula regelmatig veranderen, heeft cross-sectioneel onderzoek het bezwaar dat het onbekend is in hoeverre de groepen vergelijkbaar zijn.

Naar meer of minder effectieve methoden van interviewtraining is nog weinig gecontroleerd onderzoek gedaan. Een interessante vraag voor verder onderzoek op dit gebied betreft de (differentiële) effecten van de traditionele 'microcounseling' methode van interviewtraining, waarbij de nadruk ligt op het demonstreren, oefenen en feedback geven op aspecten van het *gedrag* van de interviewer, versus een cognitieve methode van interviewtraining, waarbij het accent ligt op het diagnostische denkproces van de interviewer.

Literatuur

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
2. Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht history-taking and advice checklist: studies of instrumental utility [proefschrift]. Amsterdam: Lundbeck, 1987.
3. DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance. New York: Pergamon, 1982.
4. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Med Educ* 1989;23:364-70.
5. Bögels SM. A structured training approach to teaching diagnostic interviewing. *Teaching of Psychology* 1994;21:144-50.
6. Schouten JAM. Anamnese en advies: nieuwe richtlijnen voor de informatie uitwisseling tussen arts en patiënt. Alphen: Stafleu, 1982.
7. Bögels SM, Vleuten CPM van der, Blok G, Kreutzkamp R, Melles R, Schmidt HG. Assessment and validation of diagnostic interviewing skills for the mental health professions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1995;17:217-30.
8. Carrol JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions. *Evaluation of the Health Professions* 1980;3:21-45.
9. Engler CW, Saltman CA, Walker ML, Wolf FM. Medical skills acquisition and retention of communication and interviewing skills. *J Med Educ* 1981;56:572-9.
10. Graig JL. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1992;26:276-81.
11. Sanson-Fisher R, Maguire P. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools? *The Lancet* 1980;2(8193):523-6.
12. Kraan HF, Crijnen AAM, Vries MW de, Zuidweg J, Imbos T, Vleuten CPM van der. To what extent are medical interviewing skills teachable? *Medical Teacher* 1990;12:315-28.
13. Baker SB, Daniels TG. Integrating research on the microcounseling program: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1989;36:213-22.
14. Shea SC. Psychiatric interviewing: the art of understanding. Philadelphia: Saunders, 1988.
15. Bögels SM. Training diagnostic interviewing to clinical psychology students: immediate and long-term effects. *Medical Teacher* 1996, ter perse.
16. Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ* 1991;25:517-526.

17. Helfer RE. An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics* 1970;45:623-7.
18. Scott NC, Donnelly MB, Hess JW. Changes in interviewing styles of medical students. *J Med Educ* 1975;50:1124-6.
19. McGuire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills for young doctors: I. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986;292:1573-6.
20. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990;65:611-21.
21. Reynolds JH, Glaser R. Effects of repetition and spaced review upon retention of a complex learning task. *Journal of Experimental Psychology* 1964;55:297-308.
22. Carrol JG, Monroe J. Teaching medical interviewing: a critique of educational research practice. *J Med Educ* 1979;54:498-500.
23. Fyffe AE, Oei TPS. Influence of modelling and feedback provided by the supervisor in a microskills training program for beginning counsellors. *J Clin Psychol* 1979;35:651-6.
24. O'Toole WM. Effects of practice and some methodological considerations in training counseling interviewing skills. *Journal of Counseling Psychology* 1979;26:419-26.
25. Riccardo VM, Kurtz SM. Methods for teaching and assessing communication in health care. *Communication in health care (appendix B5)*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1983.
26. Robinson VMJ, Halliday J. A critique of the microcounselling approach to problem understanding. *British Journal of Guidance and Counselling* 1987;15:113-24.
27. Ivey A. *Microcounselling: innovations in interviewing training*. Springfield, IL: Thomas, 1971.
28. Robinson VMJ, Halliday J. Relationship of counsellor reasoning and data collection to problem-analysis quality. *British Journal of Guidance and Counselling* 1988;16:50-62.
29. Thiel J van, Vleuten CPM van der, Kraan H. Assessment of medical interviewing skills: generalizability of scores using the MAAS-R2. In: Harden RM, Hart IR, Mulholland H, editors. *Approaches to the assessment of clinical competence*. Dundee: Centre for Medical Education, 1992:536-40.
30. Bögels SM. *Teaching and assessing diagnostic interviewing skills: an application to the mental health field [Proefschrift]*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1994.
31. Shatzer JH, Darosa D, Colliver JA, Barkmeier L. Station-length requirements for reliable performance-based examination scores. *Acad Med* 1993;68:224-9.
32. Shatzer JH, Wardrop JL, Bible RG, Williams RG, Hatch TF. The generalizability of performance on different station length standardized patient cases. *Teaching and Learning in Medicine* 1994;1:54-8.
33. Bögels SM, Mourik TGC van, Vleuten CPM van der. Authentic assessment of interviewing and counselling skills: effects of testing time on reproducibility and validity. *Teaching and Learning in Medicine* 1995;7:155-62.

DE AUTEUR

S. Bögels is als universitair docent verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Correspondentie-adres:

S.M. Bögels, Universiteit Maastricht, Vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.