



MA



AS



2.0

MAAS 2.0

HANDLEIDING

Voor onderwijs en toetsing

2020

Huisartsopleiding Nederland

MAAS 2.0

HANDLEIDING

2020

RICHTLIJN VOOR HET ONDERWIJS & TOETSEN
VAN ARTS-PATIËNT COMMUNICATIE EN
MEDISCH HANDELEN

VAN HUISARTSEN (IN OPLEIDING)

Colofon

Opdrachtgever: Huisartsopleiding Nederland

POSTADRES Postbus 20072 3502 LB Utrecht

CONTACT 030 2773 460 · sectretariaat@huisartsopleiding.nl

WEBSITE www.huisartsopleiding.nl

Deze Handleiding is een revisie van de Handleiding MAAS-Globaal uit 2000 en is tot stand gekomen onder leiding van Geurt Essers, programmaleider Toetsing bij Huisartsopleiding Nederland, in samenspraak met een expertgroep van communicatiedocenten van de huisartsopleidingen in Nederland, bestaande uit:

- drs. Saskia Boom (gedragswetenschappelijk docent Amsterdam UMC)
- drs. Marieke van den Born (gedragswetenschappelijk docent UMCG)
- dr. Patrick Dielissen (huisarts, Radboudumc)
- drs. Martha de Groot (huisarts-in-opleiding, LOVAH)
- dr. Ramona Guerrieri (gedragswetenschappelijk docent UMC Maastricht)
- dr. Mariël Jacobs (gedragswetenschappelijk docent Amsterdam UMC)
- drs. Lisa de Jonge-'t Hoen (gedragswetenschappelijk docent Erasmus UMC)
- drs. Suzanne Klarenbeek (huisarts-opleider UMC Maastricht)
- drs. Bep Meeuwisse (gedragswetenschappelijk docent LUMC)
- dr. Margit Vermeulen (huisarts, UMCU)

De oorspronkelijke auteurs waren:

Drs. Jacques van Thiel (†), huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht

Dr. Paul Ram, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht

Dr. Jan van Dalen, psycholoog, Skillslab Universiteit Maastricht

Inhoudsopgave

VOORWOORD.....	1
1 INLEIDING	3
Doelen	
Opbouw	3
Gebruik in onderwijs en deskundigheidsbevordering	4
Gebruik bij toetsing van consultvoering op de werkplek.....	5
2 ALGEMENE INSTRUCTIES T.B.V. TOETSING	7
Observeren en waarderen van de gedragscriteria.....	7
Context	8
Wegen en waarderen van de items	8
Twee of meer klachten in een consult	9
3 DEFINITIES VAN BEGRIPPEN.....	10
4 COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN PER FASE.....	16
5 ALGEMENE COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN	23
6 MEDISCH INHOUDELIJK HANDELEN.....	29
Medische aspecten	29
7 OVERIGE FEEDBACK	31
8 LITERATUUR	32
 Bijlage 1 Wijzigingen ten opzichte van de MAAS-Globaal 2000	37
Bijlage 2 Psychometrische kenmerken	39
Bijlage 3 Bespreekformat Consultvoering	40
Bijlage 4 Formulier MAAS 2.0	41

VOORWOORD

De MAAS 2.0 is net als zijn voorgangers een (niet uitputtende) lijst van communicatievaardigheden die helpt bij het observeren, herkennen en identificeren van communicatievaardigheden in (medische) consultvoering. De MAAS 2.0 moet gezien worden als een hulpmiddel om de kernwaarden en kerntaken als huisarts in de praktijk waar te maken. Kernwaarden als persoonsgerichtheid en continuïteit in de huisartsenzorg vragen om een daarbij aansluitende communicatie. Om de kerntaken, zoals medisch-generalistische zorg en zorgcoördinatie handen en voeten te geven, is inzet van persoonsgerichte communicatie de norm, zoals dat ook in het NHG handboek Effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk¹ staat beschreven. De MAAS 2.0 biedt de mogelijkheid om huisartsen op deze communicatie- en consultvaardigheden concrete feedback te geven. Hiermee is de MAAS 2.0 een observatielijst die aansluit bij de visie op communicatie van de beroepsgroep.

Het instrument is t.o.v. de versie MAAS-Globaal 2000 verbeterd op een aantal belangrijke punten. De verbeteringen zijn gebaseerd op up-to-date opvattingen uit de medische communicatieliteratuur en resultaten van onderzoek op het gebied van toetsing en psychometrie. In de huidige versie is de omschrijving van een aantal items verbeterd, heeft de onderbouwing van validiteit en betrouwbaarheid aandacht gekregen en is er meer aandacht voor feedback. Ook hebben we de gedragscriteria bij de items geüpdatet en aangepast aan de eisen van nu. Daarnaast zijn enkele toelichtingen bij de items en gedragscriteria verder uitgewerkt. Tevens zijn de gebruiksinstructies aangevuld op basis van onderzoek over toetsing en gebruikservaringen van de afgelopen 15 jaar in de huisartsopleiding. In de Handleiding van de MAAS 2.0 is bovendien een extra paragraaf gewijd aan het beoordelen van de communicatie in consulten waarbij men rekening houdt met de context van het consult. Daarmee hebben we een 'state-of-the-art' product over arts-patiëntcommunicatie neergezet voor onderwijs en toetsing. In Bijlage 1 zijn alle wijzigingen op een rijtje gezet.

We gaan ervan uit dat de resultaten van eerdere onderzoeken met de MAAS-Globaal ook gelden voor deze update (zie ook Bijlage 2). De *inhoudsvaliditeit* is gewaarborgd doordat hij is samengesteld op basis van consensus van inhoudelijke experts op het gebied van arts-patiëntcommunicatie in de huisartsopleidingen. Daarnaast is de inhoudsvaliditeit geborgd door de relatie van de MAAS-Globaal met de Eindtermen Huisartsopleiding 2000 en het Competentieprofiel van de Huisarts (2016)². Met het in gebruik nemen van de MAAS 2.0 kunnen nieuwe gegevens verzameld worden om de constructvaliditeit te ondersteunen^{3,4}.

Bij de ontwikkeling van de MAAS 2.0 hebben de huidige auteurs voortgebouwd op het werk van veel voorgangers⁵⁻⁹. We zijn met name dank verschuldigd aan dr. Paul Ram en dr. Jan van Dalen, die hun medewerking ook aan deze update hebben verleend. Door de bijdragen van medewerkers van alle opleidingsinstituten aan de actualisatie is het echt een gezamenlijk product van alle huisartsopleidingen geworden.

Waar in de tekst de persoonlijke voornaamwoorden zij, haar, hij en hem staan, worden steeds beide geslachten bedoeld.

Op deze handleiding rust geen copyright. Men is vrij om deze handleiding te gebruiken en zo nodig te kopiëren, uiteraard onder correcte bronvermelding. Uw vraag of commentaar naar aanleiding van de MAAS 2.0 is welkom bij:

Dr. Geurt Essers

Postbus 20072, 3502 LB Utrecht

Huisartsopleiding Nederland

Email: g.essers@huisartsopleiding.nl

1 INLEIDING

DOELEN

Deze handleiding geeft richtlijnen voor het onderwijs en het toetsen van arts-patiënt communicatie van de huisarts*. Op deze wijze beoogt het de huisarts bij haar sterkte-zwakte analyse en het formuleren van leerdoelen en leerplannen te ondersteunen.

Tevens is het doel van de MAAS 2.0 docenten en opleiders te ondersteunen bij het geven van onderwijs in arts-patiëntcommunicatie en bij het toetsen van consultvoering van huisartsen. In deze Handleiding worden op compacte wijze en in onderlinge samenhang communicatieve en medische vaardigheden beschreven die voor het adequaat voeren van consulten nodig zijn.

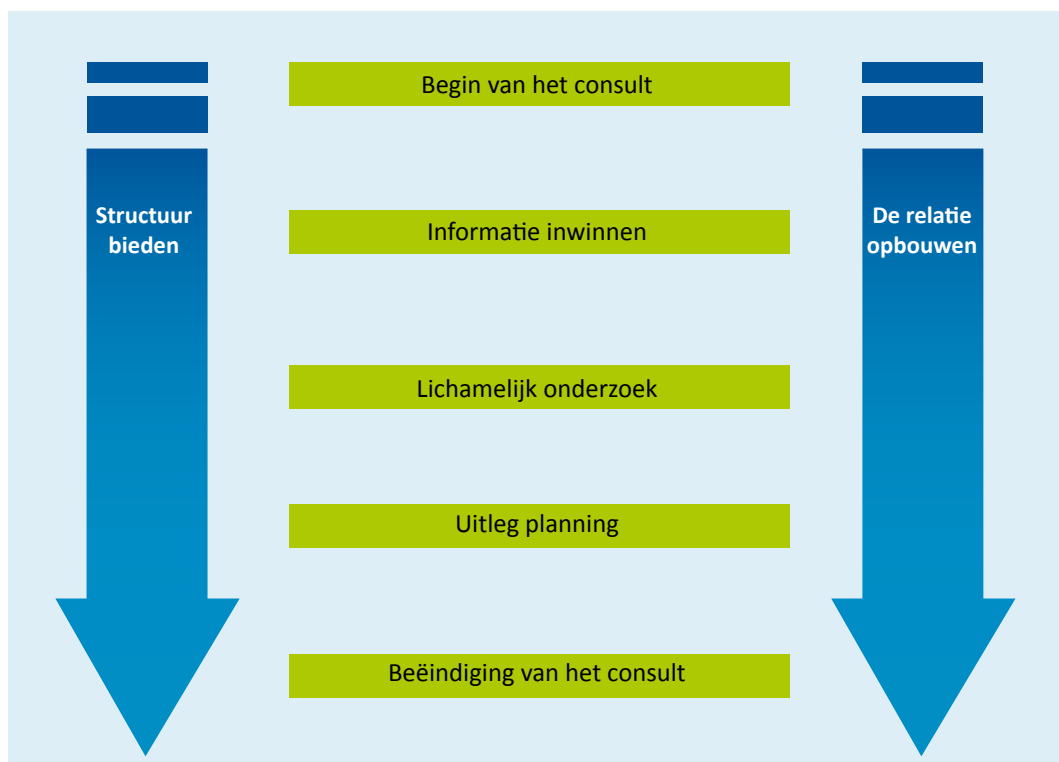
OPBOUW

De MAAS 2.0 bevat een goed leesbare en overzichtelijke, maar niet uitputtende lijst met communicatievaardigheden, verdeeld over 13 items. Van die vaardigheden zijn de **criteria** voor 'uitstekend' duidelijk omschreven. Tevens zijn van enkele belangrijke vaardigheden de **definities** beschreven, zodat de begrippen op een eenduidige manier gebruikt worden.

Omdat arts-patiëntcommunicatie nooit los staat van de inhoud van het gesprek, heeft de MAAS 2.0 net als zijn voorganger een sectie medisch handelen. De criteria voor medisch handelen worden slechts globaal aangeduid omdat zij sterk afhangen van de specifieke aandoening of ziektebeeld.

De MAAS 2.0 is net als de MAAS-Globaal geënt op het consultmodel van Silverman e.a.^{10,11}. Dit model maakt onderscheid tussen communicatievaardigheden die aan een specifiek onderdeel of fase van het consult gebonden zijn, en vaardigheden die voortdurend, door het hele consult heen, toegepast worden. Silverman beschrijft deze laatste als de 'taken' "Structuur bieden" en "Werken aan de (werk)relatie tussen arts en patiënt". In schema ziet het model er als volgt uit:

* Met huisartsen wordt ook bedoeld huisartsen in opleiding



Figuur 1: het consultmodel van Silverman

De MAAS 2.0 is onderverdeeld in 3 secties (zie bijlage 4 voor het formulier met een overzicht van items in elke sectie):

- 1 Communicatie vaardigheden per fase. In deze sectie worden zeven vaardigheden gegroepeerd die specifiek zijn voor een bepaalde fase in het consult. De logische volgorde van de fasen is in de volgorde van de items terug te vinden.
- 2 Algemene communicatie vaardigheden. Hier zijn zes vaardigheden opgenomen die kunnen voorkomen in meerdere fasen of in het gehele consult. Deze corresponderen met 'Relatie opbouwen' en 'Structuur bieden' uit het model.
- 3 Medisch-inhoudelijk handelen. Deze sectie biedt ruimte om het medisch en contextueel handelen te toetsen en bestaat uit 4 items: 'anamnese - onderzoek - diagnose - beleid'.

Tenslotte is er nog ruimte voor Overige feedback.

GEBRUIK IN ONDERWIJS EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

De MAAS 2.0 is met zijn duidelijk gedefinieerde begrippen een goed hulpmiddel voor het onderwijs in communicatievaardigheden aan artsen. Het instrument helpt bij het geven en krijgen van concrete feedback op hoe de arts de communicatie in

* De MAAS 2.0 is geënt op de huisartscontext, maar ook toepasbaar voor feedback over communicatie van andere artsen (in opleiding). Men dient dan wel met de andere context rekening te houden.

het consult vormgeeft*. De MAAS 2.0 is niet een gefixeerd, objectief eindpunt of maatstaf, maar een hulpmiddel dat docent en arts in staat stelt om de dagelijkse werkelijkheid te observeren en te ordenen. Het helpt gebruikers om te leren kijken naar details in de communicatie, onderscheid te maken tussen verschillende aspecten van de consultvoering (bijvoorbeeld inhoud en proces), en een eerste globale indruk te concretiseren. Voor het geven van concrete, narratieve feedback over de consultvoering ten behoeve van ‘assessment for learning’ is het niet noodzakelijk een beoordeling van het hele consult te geven. (voor Toetsing van communicatie zie hieronder) Op basis van de verkregen feedback en de eigen reflecties kan de arts (nieuwe) leerdoelen stellen.

Afhankelijk van het doel van het onderwijs kan de gehele lijst of een selectie van items gebruikt worden. Videoregistratie ondersteunt het leereffect doordat de arts het eigen functioneren in de praktijk terugziet. Videoregistratie is ook een goed hulpmiddel om consulten uit de dagelijkse praktijk in een onderwijsomgeving te kunnen bespreken en ervan te leren.

De reflectie op het eigen handelen kan gestimuleerd worden door de arts te vragen naar het doel(en) en de effectiviteit van het inzetten van bepaalde interventies (zowel de medische als de communicatieve) in het consult¹². Het Bespreekformat en het bijbehorende communicatiewiel zijn een nuttig hulpmiddel hierbij (zie Bijlage 3).

GEBRUIK BIJ TOETSING VAN CONSULTVOERING OP DE WERKPLEK

De MAAS 2.0 kan ook ingezet worden als instrument voor toetsing. Hiertoe zijn – behalve de criteria voor ‘uitstekend’ – per item ook 4 scoringscategorieën ingevoegd: goed, voldoende, matig en onvoldoende. Dit volstaat om inzicht te krijgen in en feedback te geven op het communicatiepatroon van de arts¹³.

Om het communicatiepatroon van de huisarts goed te kunnen beoordelen dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. De validiteit van de beoordeling hangt samen met de kwaliteit van het getoetste sample van consulten¹⁴. In het algemeen geldt dat er een minimaal aantal consulten moet worden beoordeeld en dat de daarin gepresenteerde problematiek verschillende ICPC-hoofdstukken dient te bevatten. Eén moment van toetsing met één toetsinstrument, ingezet door één beoordelaar, kan nooit voldoende betrouwbaar, valide of compleet zijn voor een beoordeling van het communicatiepatroon van de arts. Om het communicatiepatroon te kunnen herkennen, dienen tenminste 4-6 consulten met klachten uit verschillende ICPC-hoofdstukken gezien te worden.

Het vertrouwen in de toets, de geloofwaardigheid ervan, de overdraagbaarheid en consistentie van de toets hangen daarmee samen^{15,16}. Er zijn veel variantiebronnen die het resultaat kunnen beïnvloeden¹⁷⁻²⁰. De MAAS 2.0 is zo ingericht dat de beoordelaar bij het toetsen van de communicatie rekening kan houden met de context waarin het consult zich afspeelt^{19,20}. In de paragraaf CONTEXT zijn hierover

nadere afspraken beschreven.

Het toetsen van communicatief gedrag van professionals is een veeleisende en ingewikkelde activiteit, waarbij naast de validiteit van het instrument de inrichting van de toetsingsprocedure en de deskundigheid van de toetser een belangrijke rol spelen. Voor een betrouwbare beoordeling dienen de beoordelaars gerichte training te krijgen om het instrument goed te kunnen gebruiken²¹.

De verdere instructies voor het gebruik bij toetsing worden in H2 beschreven.

2 ALGEMENE INSTRUCTIES T.B.V. TOETSING

Het verdient aanbeveling om vóór het lezen van deze instructies eerst de lijst te bekijken (Bijlage 4). Het is de bedoeling om de items te interpreteren volgens de in deze handleiding vermelde criteria en definities.

OBSERVEREN EN WAARDEREN VAN DE GEDRAGSCRITERIA

Het gaat bij het observeren met deze lijst om het gedrag van de arts en niet om het gedrag van de patiënt. Om die reden is het belangrijk om tijdens het toetsen primair op de uitingen en het gedrag van de arts te letten. Uitingen en gedrag van de patiënt dienen te worden gevolgd om de draad van het gesprek te kunnen vasthouden en om het effect van de communicatie door de arts te kunnen inschatten. Daarnaast is het belangrijk om te letten op wat de arts doet met de informatie en signalen die de patiënt geeft. Een arts kan dus goed scoren op Exploreren, wanneer hij met één of twee explorerende vragen checkt of hij de door de patiënt gegeven uitgebreide informatie goed heeft begrepen, en slecht scoren wanneer hij allerlei op zichzelf goede explorerende vragen stelt, maar niets doet met de informatie die de patiënt al gegeven heeft.

Elk item in de eerste twee secties van de lijst bevat een aantal deelaspecten (sub-items) of gedragscriteria die aangeven welke communicatie-uitingen van de arts daar gezien of gehoord kunnen worden*. Achter deze gedragscriteria staan balkjes die de observator kan gebruiken om aan te geven dat het gedrag goed (+), matig (+/-), niet (-) of überhaupt (|) werd vertoond. Aanbevolen wordt om tijdens het observeren van een consult zoveel mogelijk gebruik van deze geheugensteun-tjes gebruik te maken. De meeste items kunnen namelijk pas na afloop van het consult definitief gewaardeerd worden. De plusjes en minnetjes ondersteunen ook de feedback: de getoetste arts kan zien hoe de waardering voor het item tot stand is gekomen. Bij overige feedback kan dit evt. nader worden toegelicht. Zie onderstaand voorbeeld bij item 9 'Emoties'.

9. EMOTIES

(door)vragen naar gevoelens

gevoelsreflecties (inclusief aard en intensiteit)

+	+
-	

Soms moeten communicatie-uitingen op twee plaatsen tegelijkertijd worden aangegeven. Zo zal een samenvatting, waarin ook de hulpvraag van de patiënt wordt genoemd, zowel onder item 3 Hulpvragen als onder item 12 Samenvatten aangegeven moeten worden. Ook kan bij het bespreken van opvolgedrag en uitvoering tegelijkertijd sprake zijn van exploreren binnen het referentiekader van de patiënt, dus zowel onder item 6 (Gezamenlijke) Besluitvorming als onder item 8 Exploreren moeten worden aangegeven. Omgekeerd is het echter niet zo dat het niet of onvoldoende laten zien van bepaald gedrag ook op 2 plaatsen moet worden afgerekend.

* In de digitale versies in het e-portfolio en het videoplatform is hiervoor ook ruimte, maar deze is daar anders vormgegeven.

Wanneer bijvoorbeeld de arts het opvolgedrag of uitvoerbaarheid niet ter sprake brengt, wordt dit niet óók nog eens minder gewaardeerd bij Exploreren.

CONTEXT

Elk consult speelt zich af binnen een bepaalde context. Die context wordt o.a. bepaald door factoren die aan de patiënt, de arts en/of het consult gerelateerd zijn¹⁹. Deze contextfactoren kunnen worden herkend aan (non-)verbale gedragingen van de arts en de patiënt, zoals een verwijzing door de patiënt of de arts naar een voorafgaand consult. Sommige contextfactoren zijn gemakkelijk te herkennen (bv. meer personen in het consult aanwezig, patiënten met een migrantenachtergrond), andere lastiger (bv. of er sprake is van een preventieconsult). Contextfactoren zijn van invloed op de communicatie in het consult. Een voorbeeld hiervan is dat de arts bij een spoedeisende klacht met hoge urgentie niet zal doorvragen naar de hulpvraag, maar direct de klacht gaat behandelen. Een ander voorbeeld betreft patiënten die meerdere keren ter controle hetzelfde lichamelijk onderzoek hebben ondergaan. De arts zal in dat geval geen toelichting op het onderzoek hoeven te geven en zijn instructies tot het minimum kunnen beperken. Ook kunnen laaggeletterdheid, gebrekkige beheersing van het Nederlands of verschillen in culturele achtergrond de arts noodzaken de communicatie daarop aan te passen. Om de communicatie goed te kunnen beoordelen is het aan te bevelen dat de getoetste arts in een toelichting of reflectieverslag aangeeft welke contextfactoren naar zijn inzicht een rol hebben gespeeld in het consult.

WEGEN EN WAARDEREN VAN DE ITEMS

De MAAS 2.0 heeft een 4-puntsschaal gekregen: goed – voldoende – matig – onvoldoende. Per item is de kwaliteit beschreven op het niveau van 'uitstekend', dat wil zeggen: de bovenste rand van de score 'goed'. Voor de gradaties in de waardering, van 'goed' t/m 'onvoldoende' dient de observator zelf een afweging te maken binnen de interpretatieruimte die het criterium toelaat. Voor alle items geldt dat zowel de mate waarin het gedrag vertoond wordt of ontbreekt als de kwaliteit ervan in de waardering moet worden verrekend. Afhankelijk van de context waarin het consult zich afspeelt, kan een item (of deelaspecten daarvan) wel of niet van toepassing zijn en de waardering van het item verschuiven. Daarnaast kan een item 'niet van toepassing' zijn. Wanneer een heel item logischerwijs afwezig is in een bepaalde context, dan wordt dat item als 'niet van toepassing' genoteerd.

De praktiserende huisarts is het ijkpunt geweest voor de beschrijving van de criteria per item. Bij de toetsing in de huisartsopleiding dient een keuze gemaakt te worden in welke mate men rekening wil houden met het al dan niet in opleiding zijn van de huisarts of met de fase van de opleiding. De keuze dient helder te zijn voor zowel de toetsers als de aios.

WEGING DEELASPECTEN BINNEN HET ITEM

De deelaspecten (gedragscriteria) binnen het item zijn beschreven alsof aan elk een gelijk gewicht toegekend wordt. De toetser kan van oordeel zijn dat één deelaspect meer gewicht dient te krijgen, gegeven de context van en het verloop van het consult. In de feedback dient de toetser te expliciteren waarom hij aan een deelaspect meer gewicht heeft toegekend.

Het kan ook zijn dat bepaalde deelaspecten van een item niet van toepassing zijn binnen de context van het consult. In dat geval dienen alleen de overgebleven deelaspecten bij te dragen aan de waardering van het item.

MEDISCH HANDELEN

Het oordeel over het medisch handelen (sectie 3) dient enkel en alleen te worden beoordeeld bij items 14 t/m 17. Dat betekent dat wanneer de huisarts daar steken laat vallen of zich juist erg competent toont, dit uitsluitend in de items 14 t/m 17 tot uitdrukking mag komen. Deze laatste gaan immers over het 'hoe' en niet over het 'wat'.

Zaken die binnen het medisch-inhoudelijke domein vallen gelden wel vaak als een belangrijke contextfactor voor de communicatie, bijvoorbeeld wanneer een aandoening of medische handeling een ontsierend effect heeft op het uiterlijk van de patiënt, de patiënt veel pijn heeft of angstig is voor een ingreep. Dit dient dan niet bij medisch handelen meegewogen te worden, maar bij het communicatief handelen (bijvoorbeeld bij Empathie of Emoties).

CONTEXT 'VERREKENEN' IN DE WAARDERING

Wanneer de arts in een toelichting of reflectieverslag de relevante contextfactoren beschrijft (in aanvulling op wat uit het gesprek zelf duidelijk wordt), kan de toetser dit meenemen bij zijn waardering van de items. Indien dat er niet is, maakt de toetser een eigen inschatting daarvan. Dit zal hij in zijn feedback dienen toe te lichten. Het blijft te allen tijde ter beoordeling van de toetser of het afwezig zijn van bepaald communicatiegedrag in die context terecht is.

TWEE OF MEER KLACHTEN IN EEN CONSULT

Wanneer er twee (of meer) niet met elkaar samenhangende medische klachten of vragen in hetzelfde consult aan de orde komen, dienen de communicatie en het medisch handelen bij elke klacht c.q. vraag apart behandeld te worden. Bij toetsing dient één klacht als 'hoofdklacht' genomen te worden en de daarbij horende communicatie volgens de genoemde instructies te worden gewaardeerd. De communicatie, waarmee de arts zich oriënteert op het belang van de (verschillende) klachten en hulpvragen, dit ordent, prioriteert en de beschikbare tijd eventueel daartussen verdeelt, hoort daarbij. Het combineren of middelen van de waardering voor de items over de verschillende klachten is voor de toetsing niet toegestaan.

3 DEFINITIES VAN BEGRIPPEN

Teneinde de criteria voor de items van de MAAS 2.0 goed toe te kunnen passen, is kennis van enkele gebruikte begrippen noodzakelijk. Hieronder wordt een aantal belangrijke begrippen gedefinieerd en toegelicht.

Communicatievaardigheden

De communicatievaardigheden in deze handleiding betreffen gedragingen van de huisarts die bijdragen aan effectieve, patiëntgerichte communicatie. De genoemde vaardigheden in de MAAS 2.0 zijn overwegend verbale en in mindere mate non-verbale vaardigheden. Communicatie tussen huisarts en patiënt is effectief wanneer het bijdraagt aan het bereiken van de wederzijdse doelen en als beiden op de hoogte zijn van de betekenis van de uitgewisselde informatie.

Toelichting:

Wanneer we spreken over communicatievaardigheden gaat het niet alleen over wat gezegd wordt (de inhoud), maar ook over hoe het gezegd wordt: de vorm van de communicatie. Vaardigheden van de huisarts die hiertoe behoren zijn o.a. (door)vragen, exploreren, samenvatten, gevoelens reflecteren, structureren, (hulp) vraag verhelderen, informatie geven en overleggen. De precieze woorden die de huisarts gebruikt zijn echter ook van belang, bijvoorbeeld de juiste aard en intensiteit van een gevoelsreflectie of het herhalen van de woorden van de patiënt.

(Door-)vragen (item 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15)

Van '(door-)vragen' is sprake wanneer de huisarts de patiënt verbaal uitnodigt om (nadere) informatie te geven omtrent een onderwerp.

Toelichting:

Taalkundig gezien is een open vraag, bijvoorbeeld: "Hoe is dit voor u?", "Welke last heeft u ervan?" of "Wat is uw vraag aan mij?", de beste vorm om informatie in te winnen. Vaak voelt de ander zich met een toetsende zin ("Het is lastig?"), een uiting van empathie ("Vervelend.") of een letterlijke herhaling al voldoende uitgenodigd om door te praten. Of een bepaalde opmerking van de huisarts bedoeld is als uitnodiging om verder te vertellen, kan meestal ontleend worden aan de intonatie. Of een opmerking als uitnodigend wordt ervaren hangt ook af van de patiënt: de ene patiënt kan het als uitnodigend ervaren en de andere als een signaal dat het gezegde begrepen is. Om deze redenen kan 'vragen naar' worden gedaan bij een echte vraag, een toetsende zin of een letterlijke herhaling. Bij doorvragen bestaat de neiging om gesloten vragen te gebruiken in reactie op wat de patiënt heeft verteld, waar open vragen meer informatie zou opleveren. De MAAS 2.0 maakt geen onderscheid tussen open, gesloten en suggestieve vragen. Het uitnodigende en ruimte biedende effect dat een vraag op de patiënt kan hebben, hangt grotendeels af van de context waarin de vraag wordt gesteld. Zo kan ook een gesloten vraag, afhankelijk van de situatie, een uitnodigend effect hebben. Ook bij een suggestieve vraag bepaalt de context mede in hoeverre de ander zich door de suggestie belemmerd voelt.

Hulpvraagverheldering: exploreren (item 8) en hulpvragen (item 3)

Hulpvraagverheldering is het proces van exploreren (item 8) en benoemen (item 3) van (de antwoorden op) de volgende kernvragen:

- 1 Welke verandering wil de patiënt bereiken vanuit de huidige toestand?
- 2 Welke wensen en verwachtingen heeft patiënt over de manier waarop die verandering moet plaats vinden en de rol van de huisarts daarbij?

Het resultaat van 1 en 2 heet 'hulpvraag' of 'hulpvragen' en bepaalt de agenda van het consult.

Toelichting:

*In abstracte termen gezegd komt de patiënt bij de huisarts met lichamelijk en/of geestelijk ongemak of pijn. Dit ongemak of deze **klacht** kan al langer bestaan of recent zijn ontstaan. De reden dat de patiënt nu komt (en niet eerder of later) geeft informatie over het probleem dat hij bij het hebben van de klacht ervaart. Het **probleem** is hoe de patiënt de klacht ervaart en wat de dagelijkse hinder is die de patiënt ervaart door de klacht. Dit wordt sterk bepaald door de persoonlijke betekenis die de patiënt aan de klacht geeft. Daar heeft de patiënt een vraag bij.*

Kernvraag 1: De huidige toestand wordt door de patiënt als ongewenst ervaren, deze wordt niet geaccepteerd. Patiënt wil daar iets mee.

Kernvraag 2: De patiënt heeft wensen of verwachtingen over de manier waarop de arts kan helpen om van de huidige toestand naar de nieuwe toestand wordt gegaan. Deze wensen of verwachtingen kunnen ook uitgedrukt worden in wat de patiënt niet wil.

*Deze twee kernvragen vormen samen de **hulpvraag** van de patiënt. De hulpvraag gaat dus over WAT de patiënt wil en HOE de huisarts daarbij van dienst kan zijn.*

Deze wensen of verwachtingen kunnen vóór de komst bij de arts al duidelijk zijn, ze kunnen bij navraag door de arts duidelijk worden of ze worden gaandeweg na meer contacten duidelijker. De hulpvraag kan zowel gaan over de actie van de arts in de diagnostische fase (anamnese en onderzoek) als over het voorgestelde plan in de fase 'beleid' (spontaan beloop afwachten, therapie, verwijzing, enz.). Wensen of verwachtingen kunnen ook negatief zijn, bijvoorbeeld verwachten dat je niet wéér een recept krijgt, of geen verwijzing naar een specialist willen zoals de vorige keer.

Een aantal te exploreren onderwerpen kan met de twee kernvragen samenhangen, maar of dat zo is, zal van geval tot geval verschillen:

- *Welke overwegingen speelden bij de patiënt een rol om juist op dit moment bij de huisarts te komen?*
- *Welke gevoelens leven er bij de patiënt omtrent de klacht of het probleem?*
- *Welke vermoedens of ideeën heeft de patiënt over de oorzaak van de klacht of het probleem?*
- *Wat heeft de patiënt zelf al geprobeerd om van de ongewenste toestand af te komen?*

- Welke rol spelen belangrijke anderen of voor de patiënt belangrijke leefgebieden bij alle bovenstaande vragen? Te denken valt aan partner, familie, vrienden, werk, hobby, sport.*

De vraag “waarom komt de patiënt juist nu de huisarts?” is dermate vaak van betekenis voor de hulpvraag dat het sterk aangeraden wordt om deze vraag bij het exploreren (item 8, ‘exploreren van het referentiekader van de patiënt’) te stellen. In item 3 (benoemen van de hulpvraag) is dan ook expliciet ‘het benoemen van de aanleiding’ opgenomen. De aanleiding zal dikwijls achterhaald kunnen worden door te vragen naar de reden komt nu.

Wanneer de huisarts de bovenstaande onderwerpen ter sprake brengt, is dat niet automatisch hulpvraagverheldering. Dat hangt namelijk ook af van de precieze vraag die de huisarts stelt. Bijvoorbeeld op de vraag “Wat vindt uw man ervan?” kan de patiënt antwoorden “die interesseert zich alleen voor zijn postduiven”, maar ook “hij heeft me bang gemaakt met zijn opmerking over kanker”. Het eerste antwoord zal met de hulpvraag waarschijnlijk niets te maken hebben, het tweede antwoord kan een opstapje zijn naar de hulpvraag “ik wil gerustgesteld worden”.

Er zijn situaties die zich mindervoorvraagverheldering lenen en waar de huisarts deze bewust kan beperken of nalaten. Bijvoorbeeld bij een spoedgeval of een telefonisch consult. Er zijn ook situaties waarbij de vraagverheldering wordt bemoeilijkt, zoals bij grote taalproblemen of grote cultuurverschillen. De huisarts behoudt de taak om, ondanks de barrières, zoveel mogelijk te trachten de hulpvraag van de patiënt te verhelderen.

Referentiekader (item 8)

Een referentiekader is een geheel van gewoonten, een patroon van maatstaven, een perspectief van waaruit men de werkelijkheid benadert, een gekleurde bril waardoor men de wereld beziet.

Toelichting:

Het referentiekader van de patiënt is het geheel van diens opvattingen en belevingen rond de klacht of het probleem ofwel het perspectief van de patiënt. Dit is individueel bepaald en alleen aan de weet te komen door in te gaan op bepaalde uitspraken (“je hoort zoveel”, “ik maak me toch wel ongerust”, “zou er méér aan de hand zijn?”) of door rechtstreekse vragen van de arts (“bent u ongerust?”, “waar denkt u zelf aan?”). Bijvoorbeeld ouders met een migratie-achtergrond uit de (sub) tropen kunnen zich sterk ongerust maken over een doodziek kind, omdat dit in het land van herkomst nogal eens tot het verlies van een kind kan leiden.

* Deze vragen verwijzen ook naar het acroniem (S)CEGS: Cognities (overwegingen, ideeën, vermoedens); Emoties (gevoelens over de klacht of probleem); Gedrag (wat gedaan, zelf geprobeerd) en Sociaal (rol van belangrijke anderen of werk). De eerste S staat voor Somatisch en verwijst naar medisch-inhoudelijk.

Het referentiekader van de arts is het geheel van diens opvattingen en belevingen omtrent ziekte en gezondheid, de taakopvatting als huisarts en de manier waarop het beroep uitgeoefend dient te worden, ofwel het artsperspectief. Dit referentiekader bevat ook overtuigingen over het medische model van anamnese, onderzoek, diagnose en therapie, en de betekenis daarvan voor de uitoefening van het beroep.

(Gezamenlijke) Besluitvorming (item 6)

(Gezamenlijke) besluitvorming is het proces waarin de arts en de patiënt beslissingen nemen over verdere diagnostiek, behandelingen of begeleiding. Hierin worden zowel de kennis en ervaring van de arts als de voorkeuren en waarden van de patiënt mee genomen²². Het doel is het bieden van zorg die past bij déze patiënt, het doel is niet dat de patiënt per se zelf moet kiezen.

Toelichting:

Het woord ‘gezamenlijke’ is met opzet tussen haakjes gezet, omdat dit niet in alle gevallen van toepassing is. In sommige situaties kan het noemen van één optie – bijvoorbeeld wanneer deze medisch gezien evident het best of meest zinvol is - volstaan. Ook hierbij is het altijd belangrijk om na te gaan of het voorstel bij déze patiënt past (meenemen van persoonlijke context van de patiënt zoals leefsituatie, werk, zorgen die de patiënt heeft t.a.v. het beleid, etc.) én om naar een reactie te vragen. Wanneer blijkt dat de patiënt zich niet in het beleidsvoorstel kan vinden, zal de huisarts samen met de patiënt op zoek moeten naar een betere optie.

In verreweg de meeste gevallen zijn er twee (of meer) zinvolle opties (de zogenoemde preferentiegevoelige beslissingen). Dan start de arts met de opties neutraal aan de patiënt te presenteren. Er is veel vaker sprake van preferentiegevoelige beslissingen dan gedacht wordt. In de huisartsenpraktijk is afwachten bijvoorbeeld vaak een goede optie. In de praktijk leggen artsen lang niet altijd de patiënt een keuze voor²³⁻²⁶ waar die er wel is.

Het overgrote deel (70%) van de patiënten wil actief betrokken worden bij voor hen belangrijke medische beslissingen (bij de overige 30% stijgt de tevredenheid over het consult en over de arts, wanneer zij wel worden uitgenodigd om gezamenlijk te beslissen). Vooral relatief gezonde patiënten, patiënten met een actieve copingstijl en chronische patiënten willen graag actief meedenken in het besluitvormingsproces. Om tot een gezamenlijk besluit te komen over het te volgen beleid moet de arts de patiënt laten meedenken over wat voor hem de beste optie is in het licht van voorkeuren, leefsituatie, werk en andere voor de patiënt relevante factoren. Als de voorkeur van de patiënt is dat de arts beslist, is dat ook gezamenlijke besluitvorming. De vraag of de patiënt wil meebeslissen of dat hij deze aan de arts wil overlaten, kan ook in de laatste fase van de besluitvorming aan de orde komen. In het vigerende model van Elwyn voor Shared Decision Making (gezamenlijke besluitvorming) gaat het om 3 stappen: uitleggen dat er keuze is die afhangt van wat bij de patiënt past; voor- en nadelen bespreken van beide opties (zowel vanuit medisch perspectief als unieke situatie van de patiënt zoals uitvoerbaarheid); voorkeuren en waarden exploreren. Op basis van de afweging van voors en tegens komen arts en patiënt tot een besluit.²⁷

Gevoelsreflectie (item 9)

Een gevoelsreflectie is een verbale weergave door de arts van emoties die de patiënt (non-)verbaal kort tevoren en/of tijdens het consult heeft geuit. Hierbij dient de arts:

- de aard van het gevoel juist te benoemen
- de intensiteit van de emoties juist weer te geven.

Toelichting:

Voorbeeld: Een arts reageert op een patiënt die verteld heeft dat hij vreselijk opziet tegen een operatie met "Ik begrijp dat u zich wat bezwaard voelt". Weliswaar is dit een gevoelsreflectie, maar een matige, want aard noch intensiteit van het gevoel zijn juist benoemd. Een betere gevoelsreflectie zou in dit geval bijvoorbeeld zijn "U bent er erg bang voor".

*Nogal eens wordt een zin als "Dat kan ik mij goed voorstellen" gebruikt om aan te geven dat men meeleeft. Uit de bovenstaande definitie valt af te leiden dat zo'n opmerking **geen** gevoelsreflectie is. Op zijn best is het een teken van empathie (een verbale uiting van meeleven) die bij het item Empathie gewaardeerd kan worden, op zijn slechtst is het een gemeenplaats. Het wordt een gevoelsreflectie als erna concreet het gevoel wordt benoemd, bijvoorbeeld "Ik kan me goed voorstellen dat u gezien uw eerdere ervaring met pijnlijke ingrepen veel angst hebt voor een operatie".*

Het woord 'reflectie' heeft meerdere betekenissen. In de communicatie kan het ook de betekenis krijgen van het weergeven van een cognitie of gedachte van de patiënt, bijvoorbeeld: "Dus u bent ervan overtuigd dat vaccinaties schadelijk zijn voor uw kind". Hier gaat het niet over een gevoelsreflectie (hoewel de overtuiging wel gevoelens kan oproepen), maar de reflectie van een cognitie of overtuiging van de patiënt. Wij vatten dit laatste onder de noemer 'parafraseren' (zie onder Samenvatten).

Samenvatten (item 12)

Onder 'Samenvatten' verstaan we een aantal verschillende communicatieve activiteiten, nl. samenvatten, parafraseren en papegaaien. Samenvatten is het beknopt herformuleren door de arts van de belangrijkste onderwerpen die de patiënt in het voorafgaande deel van het consult aan de orde heeft gesteld. Parafraseren is het weergeven van de inhoud met andere woorden, zonder dat de inhoud, de betekenis of de boodschap van een tekst fundamenteel wijzigt. Papegaaien is het kort, letterlijk herhalen van de woorden van de patiënt. Vaak begint een samenvatting of parafrasering met: "Als ik u goed begrijp, dan zegt u ...".

Toelichting: bij goed samenvatten zijn de volgende voorwaarden van toepassing:

- *de inhoud: wat patiënt heeft gezegd moet correct in de samenvatting terugkeren.*
- *beknoptheid: wat de patiënt heeft gezegd dient in verkorte vorm te worden weergegeven.*
- *woordgebruik: het gebruik van de eigen woorden van de patiënt kan eraan bijdragen dat deze zich beter gehoord voelt. In andere gevallen kan juist het toevoegen van eigen woorden van de arts (parafraseren) meerwaarde hebben doordat het de arts en de patiënt kan helpen om tot een werkbare*

probleemdefinitie en hulpvraag te komen. Het heeft echter wel het risico dat de arts té snel de stap van het referentiekader van de patiënt naar het referentiekader van de arts maakt.

- *toetsend: dit wordt bereikt door het samenvatten op vragende toon uit te spreken, door naar een reactie te vragen en/of door ruimte voor een reactie te geven met een uitnodigende pauzering.*
- *papegaaien heeft vooral tot doel de patiënt te laten weten dat de arts aandachtig luistert en het verhaal volgt. Papegaaien heeft daardoor een beperktere functie dan een correcte samenvatting.*
- *het benoemen van een cognitie of overtuiging van de patiënt, bijvoorbeeld door een idee of denkbeeld over diens aandoening of over diagnostiek of behandelingsmogelijkheden, kan een parafrasering zijn van wat de patiënt heeft gezegd en wordt beschouwd als (onderdeel van) een samenvatting.*

4 COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN PER FASE

De items worden steeds van een criterium voorzien voor 'uitstekend', waarna een toelichting volgt.

1 OPENING

ruimte voor verhaal van patiënt
globale oriëntatie op reden van komst
vragen naar andere redenen van komst

Criterium voor 'uitstekend':

De arts oriënteert zich aan het begin van het consult open op de reden van komst door de patiënt ruimte te geven om op zijn eigen manier de klachten, problemen of vragen aan de orde te stellen en door de patiënt daartoe zo nodig met algemene vragen te stimuleren. De algemene vragen betreffen met name tijdsduur en ernst van de klachten of het probleem.

De arts gaat na of er nog andere redenen van komst zijn. Bij de waardering hiervan is het tijdstip doorslaggevend: vóór met de echte anamnese wordt begonnen.

Toelichting op criterium:

Onder 'reden voor komst' wordt hier verstaan: alles wat de patiënt in eerste instantie verwoordt, zoals klachten, problemen of vragen.

Het onderscheid tussen een oriëntatie op reden van komst en anamnese-vragen of vraagverheldering is soms moeilijk aan te geven. Essentieel is dat het bij de oriëntatie gaat om ruimte voor het verhaal van de patiënt in diens eigen referentiekader. De huisarts luistert vooral. Eventuele vragen van de huisarts dienen in dit verband algemeen te zijn en niet gedetailleerd, bijvoorbeeld: "Wat is de klacht?", "Hoe lang?", "Hoeveel last?". Hiermee krijgt de huisarts tevens een idee over de lijdensdruk en de ernst van de klacht. Naarmate het gesprek in de opening meer voortkomt uit het referentiekader van de arts, dus het karakter hebben van een anamnese, scoort de arts minder tot niet op dit deelaspect. Anamnesevragen worden gewaardeerd bij item 14 Anamnese. Het (door)vragen naar de achtergrond van de beleving of het probleem, en naar wensen en verwachtingen worden gewaardeerd onder het item Exploreren.

Uit onderzoek blijkt dat de patiënt in de opening vaak belangrijke informatie geeft^{10,28}. Het geven van ruimte bevordert de arts-patiëntrelatie (competentie 2.1).

Het empathische aspect van de opening wordt bij item Empathie gewaardeerd.

De openingsvraag ("Vertelt u het eens", "Wat kan ik voor u doen?"), zowel timing en intonatie ervan als de mate waarin deze uitnodigend is, wordt ook meegenomen in de waardering. De begroeting en eventuele kennismaking worden niet apart gewaardeerd. Een belangrijke reden is dat deze fenomenen zich in de praktijk vaak buiten het gezichtsveld van de observator of buiten bereik van de videoapparatuur afspelen. Daarnaast is een kennismaking in de dagelijkse praktijk vaak niet van toepassing.

Het vragen naar andere redenen voor komst dient uiteraard niet direct bij binnenkomst te geschieden, maar wel vroeg in het consult. Dit aspect is voor de overzichtelijkheid in het item 'opening' geplaatst. Deze vraag voorkomt dat andere redenen niet aan bod komen, helpt de patiënt om zijn verhaal te completeren en maakt het voor de arts mogelijk om zijn consult te plannen. Aan het einde van de openingsfase bepalen de arts en de patiënt met elkaar welke klacht(en) in het consult besproken worden.

2 OPENING (VERVOLGCONSULT)

(mogelijkerwijs n.v.t.)

noemen van voorgaande klachten,
hulpvragen en beleid
vragen naar uitvoering beleid
vragen naar beloop

Criterium voor 'uitstekend':

Bij een vervolgconsult legt de arts verband met het voorgaande consult door te noemen wat indertijd de klachten, hulpvragen en afspraken waren.

Verder gaat de arts na hoe de patiënt met het toen overeengekomen beleid is omgegaan.

Ook vraagt de arts naar het beloop en het effect van het beleid daarop.

Toelichting op criterium:

Een vervolgconsult is een vervolg op een voorgaand consult bij dezelfde huisarts aangaande hetzelfde onderwerp binnen eenzelfde ziekte-episode. Als niet duidelijk is of het dezelfde huisarts betreft, gaat de observator er van uit dat het dezelfde huisarts is.

Indien een huisarts eerdere diagnose(s) of uitslagen van andere behandelaar(s) noemt dezelfde ziekte-episode, wordt dit gewaardeerd bij het eerste sub-item. Dat geldt ook wanneer de huisarts afspraken met c.q. behandelingen door andere hulpverlener benoemt.

Als er geen sprake is van een vervolgconsult, dan wordt dit item met 'n.v.t.' gewaardeerd.

Als de huisarts aspecten samenvat uit een vorig consult, bijvoorbeeld al voorlezend uit de verslaglegging, dan wordt het noemen van deze aspecten hier gewaardeerd. Dit samenvatten wordt niet als samenvatting gewaardeerd, omdat het niet gaat om wat in het huidige gesprek door de patiënt aan de orde is gesteld (zie definitie). N.B. Een vervolgconsult komt voort uit afspraken die in een voorafgaand consult gemaakt zijn, vaak op verzoek van de huisarts. Dat vergroot de kans op een meer artsgericht dan patiëntgericht vervolgconsult. Juist daarom zijn de deelaspecten van item 1 bij een vervolgconsult ook van toepassing. De huisarts geeft de patiënt de ruimte om zijn verhaal te vertellen, oriënteert zich globaal op de reden van komst ("we hadden afgesproken het bloedonderzoek te herhalen, klopt dat?"). Tenslotte vraagt de huisarts naar andere redenen van komst. De mogelijkheid bestaat immers dat de patiënt nieuwe gespreksonderwerpen aan de orde wil stellen.

3 HULPVragen

noemen van aanleiding voor komst nu (klacht en/of probleem)

noemen van hulpvragen, wensen of verwachtingen

afronden van hulpvraagverheldering

Criterium voor 'uitstekend':

Tevens benoemt de huisarts de aanleiding voor komst nu zoals die door de patiënt is geuit.

De huisarts benoemt de hulpvragen, wensen of verwachtingen die door de patiënt zijn geuit.

De vraagverheldering wordt afgerond door met patiënt na te gaan of alle vragen, wensen of verwachtingen ter sprake zijn gekomen.

Toelichting op criterium:

*Met dit item wordt de **inhoud** van de hulpvraagverheldering gewaardeerd, dat wil zeggen de mate waarin de huisarts er blijk van geeft datgene wat de patiënt op zijn hart heeft, volledig gehoord en erkend te hebben. De huisarts die zich bij hulpvraagverheldering beperkt tot alleen het stellen van vragen en reacties van de patiënt niet opnieuw benoemt, verzuimt op de eerste 2 aspecten van dit item. Hier worden **niet** de vragen die de huisarts stelt en hun kwaliteit worden niet hier gewaardeerd, maar bij item 8 Exploreren.*

Met 'noemen van hulpvragen en de aanleiding voor komst nu' worden geen suggesties van de huisarts bedoeld die door de patiënt zelf niet zijn verwoord. Bijvoorbeeld in het volgende geval, als de huisarts zegt: "U wilt er zeker graag vanaf?", en de patiënt zei: "Nou, ik wil eigenlijk weten of het kwaad kan", is dat inhoudelijk onjuist. Het gaat erom dat de huisarts de hulpvragen, wensen of verwachtingen noemt die door de patiënt eerder zijn gezegd. Overigens kunnen dit soort vragen toch wel worden gewaardeerd, maar dan als een suggestieve manier van exploreren (item 8).

Afronding van de hulpvraagverheldering wordt ook wel genoemd 'agenda setting': het bereiken van een akkoord over wat arts en patiënt in het consult te doen staat. Het volledig afronden van het proces van hulpvraagverheldering kan bijvoorbeeld blijken uit een bevestigende reactie van de patiënt op een vraag als: "Dus doorslaggevend was .. en u verwacht van mij dat .. Is dat inderdaad wat u graag wilt dat we vandaag gaan doen?". Dit criterium is toegevoegd omdat huisartsen en artsen, als ze al aandacht besteden aan vraagverheldering, vaak snel 'tevreden' zijn als er een hulpvraag enigszins is verduidelijkt en daarna niet meer verder om bevestiging vragen.

*Hulpvraagverheldering kan om diverse redenen ook in andere fasen van het consult plaatsvinden of voortgezet worden²⁹. Bijvoorbeeld in de fase 'beleid' kan de huisarts, eventueel opnieuw, vragen naar verwachtingen van de patiënt omtrent de aanpak van de klacht. Daarom kan dit item 'hulpvragen' in elke fase van het consult gewaardeerd worden zolang er sprake is van het **noemen** van hulpvragen, wensen of verwachtingen. Ook hier geldt steeds dat het noemen hier, en het exploreren in item 8 wordt gewaardeerd.*

4 LICHAMELIJK ONDERZOEK

(mogelijkerwijs n.v.t./n.t.b.)

instrueren van patiënt

toelichten van onderzoek

zorgvuldig en respectvol bejegenen van patiënt

Criterium voor 'uitstekend':

De huisarts zegt de patiënt vóór het lichamelijk onderzoek waar dat plaats vindt, wat de patiënt dient te ontbloten en wat de patiënt moet doen (gaan liggen, zitten enz.).

De huisarts maakt duidelijk waaruit het onderzoek zal bestaan en licht haar werkwijze zo nodig tijdens het onderzoek verder toe.

De huisarts is in de omgang met de patiënt zorgvuldig en respectvol. Op eventuele reacties van de patiënt (bijvoorbeeld pijn) wordt geanticipeerd en ingegaan.

Toelichting op criterium:

Bij dit item dienen de inhoudelijke aspecten van het onderzoek niet verdisconteerd te worden en de juistheid van de informatie doet niet ter zake. Dit wordt gewaardeerd bij item 15.

De aankondiging van het lichamelijk onderzoek wordt bij het item Structureren (aankondigingen) gewaardeerd.

*Onder 'toelichten van onderzoek' wordt verstaan het geven van informatie over **wat** er wordt gedaan, **niet waarom**³⁰. Het gaat dus niet om een verantwoording of argumentatie. De huisarts geeft tijdens het onderzoek aanvullende informatie naarmate de handelingen complexer zijn, meer tijd vragen of meer invasief zijn, dus afhankelijk van de situatie en de aard van het onderzoek. Bij klein onderzoek, zoals ausculteren of bloeddruk meten, volstaat een toelichting vóór het onderzoek. Wanneer er geen lichamelijk onderzoek plaats vindt of wanneer de communicatie van de huisarts tijdens het LO niet goed te verstaan is, wordt 'niet van toepassing' of 'niet te beoordelen' (n.v.t./n.t.b.) omcirkeld.*

5 BEVINDINGEN

noemen van bevindingen, hypothese(n) en/of diagnose(s)

noemen oorzaken en/of verband tussen bevindingen en diagnose

noemen van prognose of te verwachten beloop

naar reactie vragen

Criterium voor 'uitstekend':

De huisarts noemt de belangrijkste bevindingen uit anamnese en onderzoek, gevolgd door een diagnose of werkhypothese.

Daarnaast geeft de huisarts informatie over de oorzaken van de klacht of aandoening, of geeft aan welk verband er te leggen is tussen bevindingen en diagnose.

Verder geeft de huisarts een concrete indicatie over de ernst, de te verwachten duur van de klachten en het beloop, hetzij zonder behandeling, hetzij op basis van een behandeling (en dan meestal tijdens de fase 'beleid').

Tenslotte vraagt de huisarts wat de besproken bevindingen, diagnose, prognose, enzovoorts bij de patiënt oproepen.

Toelichting op criterium:

Het kan ook gaan om negatieve bevindingen, zoals “ik kan niets afwijkends vinden”. Een (voorlopige) diagnose wordt ook gewaardeerd als de huisarts zegt nog geen conclusie te kunnen trekken of als de diagnose negatief wordt geformuleerd, bijvoorbeeld “het is beslist geen hernia”. Het gebruik van positieve termen in het verwoorden van de bevindingen (“Uw .. klinkt/voelt goed / regelmatig / ...”) werkt vaak beter dan negatieve termen³¹. Een bevinding kan ook zijn dat de therapie niet gewerkt heeft of (op betrekkingniveau) dat de patiënt zich niet kan vinden in het eerder ingezette of afgesproken beleid.

Bij het tweede sub-item gaat het erom dat de huisarts op één of andere manier een oorzakelijk verband aangeeft ten aanzien van de klacht of het probleem.

Als de huisarts uit zichzelf een aspect niet benoemt, maar wel op een vraag van patiënt, dan wordt dit gewaardeerd, tenzij evident is dat de huisarts dat niet uit zichzelf zou hebben gedaan, bijvoorbeeld een patiënt bij het afscheid: “Hoe lang gaat het nu duren?”.³²

Bij het vragen naar een reactie is één vraag meestal voldoende, bijvoorbeeld met een vraag als “Wat vindt u ervan?”, “Had u dit verwacht?”, “Schrikt u daarvan?” (is ook meteen vragen naar gevoelens) of “Valt dat mee?”. De kwaliteit van deze vraag en eventueel verder exploreren wordt gewaardeerd in item 8 (exploreren)³³.

Bij dit item dienen de inhoudelijke aspecten van de fase ‘diagnose’ niet meegewogen te worden. Deze worden gewaardeerd bij item 16.

6 (GEZAMENLIJKE) BESLUITVORMING

betrekken hulpvraag en wensen bij besluitvorming over beleid

benoemen en bespreken alle relevante optie(s)*

bespreken opvolgedrag

afspraken maken: wie, wat, wanneer

naar reactie vragen

Criterium voor ‘uitstekend’:

De huisarts betreft de hulpvraag van de patiënt bij de besluitvorming.

De huisarts geeft één of meerdere opties, afhankelijk van de situatie (zie definitie). In geval van preferentiegevoelige beslissingen, start de huisarts met het aangeven dat er een keuze is.

De huisarts bespreekt de voor- en nadelen van de optie(s) gebaseerd op kennis en ervaring. Daarnaast exploreert de huisarts de voorkeuren van de patiënt en uitvoerbaarheid, rekening houdend met de mogelijkheden van de patiënt, voordat een keuze gemaakt wordt.

De huisarts gaat na of en in hoeverre de patiënt de beleidsafspraken gaat opvolgen.

Er worden concrete afspraken gemaakt over de verdere voortgang in het medische circuit (wie, wat, wanneer).

Tenslotte vraagt de huisarts naar een reactie van de patiënt op het overleg en de gemaakte afspraken.

Toelichting op criterium:

Zie voor een nadere toelichting ook de definitie voor (gezamenlijke) besluitvorming

in het hoofdstuk Definities van begrippen. Hier wordt uitgebreider ingegaan op de situaties van één optie of meerdere gelijkwaardige opties, en op de 3 stappen bij preferentiegevoelige beslissingen.

De huisarts grijpt bij deze fase terug op de eerder genoemd hulpvraag en checkt of deze in tussentijd niet is veranderd. Afhankelijk daarvan kan de besluitvorming korter of langer duren. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld door de informatie over de bevindingen voldoende is gerustgesteld, kan de constatering daarvan volstaan. Het vragen naar de wens van patiënten om bij de besluitvorming betrokken te worden geeft bij alle patiënten een gevoel van erkenning en zal hun bereidheid om mee te werken vergroten³⁴.

Bij preferentiegevoelige beslissingen is het voor de patiënt belangrijk om te weten dat er een keuzemogelijkheid is en dus voor de arts om deze te benoemen^{22,23,34,35}. Wanneer de patiënt weet dat er iets te kiezen valt, zal hij anders luisteren naar de informatie over voor- en nadelen van elke optie.

Het bespreken van uitvoerbaarheid, opvolgedrag en het actief betrekken van patiënten bij de besluitvorming leidt veelal tot een betere therapietrouw^{36,37}.

Bij het vragen naar een reactie is één vraag meestal voldoende. De kwaliteit van deze vraag en eventueel verder exploreren wordt gewaardeerd in item 8 (exploreren).

Het gaat bij dit item (zoals steeds) om de uitnodiging van de huisarts, niet om de reactie van patiënt. Als de huisarts uit zichzelf een aspect niet benoemt, maar wel als reactie op een vraag van patiënt, dan wordt dit gewaardeerd, tenzij evident is dat de huisarts dat niet uit zichzelf zou hebben gedaan, bijvoorbeeld wanneer een patiënt bij het afscheid vraagt: "Moet ik nog terugkomen?".

Bij dit item dienen de inhoudelijke aspecten van de fase 'beleid' niet meegewogen te worden. Deze worden gewaardeerd bij item 17.

7 AFRONDING

algemene evaluatievraag

checken beantwoording hulpvragen

checken voorlopig perspectief

Criterium voor 'uitstekend':

De huisarts stelt aan het einde van het consult een algemene vraag naar de mening of het gevoel van de patiënt op dat moment over het consult. Uit de vraag hoeft niet duidelijk te zijn waarnaar precies gevraagd wordt.

De huisarts gaat aan het einde van het consult na of de hulpvragen van de patiënt voldoende zijn beantwoord.

De huisarts gaat na of de patiënt met het antwoord voorlopig voldoende perspectief heeft.

Toelichting op criterium:

Onder de titel 'Afronding' wordt een algemene evaluatieve vraag aan het einde van het consult ("O.k.", "Akkoord zo?", "Tevreden?") meegewogen. Zo'n vraag zal vaak terugslaan op hetgeen het laatst besproken is, meestal het beleid en de afspraken daarbij. Dat betekent dat zo'n vraag òf onder beleid (item 6) òf hier gewaardeerd wordt.

Het nagaan of de hulpvragen voldoende zijn beantwoord, kan alleen duidelijk worden als de huisarts aan de hulpvragen refereert, ofwel door de hulpvragen opnieuw te benoemen, of heel kort met 'de vragen die u had'.

Tenslotte vergewist de huisarts zich ervan of de patiënt voorlopig voort kan met de uitkomst van het consult (adviezen, medicatie e.d.).

Mocht de patiënt aangeven niet tevreden te zijn dan, besluiten huisarts en patiënt hoe daarmee verder te gaan.

5 ALGEMENE COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN

De items worden steeds van een criterium voorzien voor 'uitstekend', waarna een toelichting volgt.

8 EXPLOREREN

exploreren binnen het referentiekader van patiënt
 exploreren van hulpvragen, wensen of verwachtingen (beleving)
 exploreren van reactie op informatieoverdracht
 ingaan op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden

Criterium voor 'uitstekend':

Het exploreren gebeurt binnen het referentiekader van de patiënt.

De huisarts exploreert hulpvragen, wensen of verwachtingen van de patiënt d.m.v. doorvragen. Dit doorvragen dient een uitnodigend karakter te hebben.

De huisarts exploreert de reactie van de patiënt op informatieoverdracht (met name in de fasen 'diagnose' en 'beleid').

De huisarts gaat in op non-verbaal gedrag en op sleutelwoorden (cue's).

Toelichting op criterium:

Zie voor een nadere toelichting ook de definities van vraagverheldering en referentiekader in het hoofdstuk Definities van begrippen.

Het gaat in dit item om exploreren van belevingsaspecten van de patiënt, dus dient het te gaan om vragen binnen het referentiekader van de patiënt. Daarbij gaat het in eerste instantie om de reden dat de patiënt nu komt (en niet eerder of later) en om het probleem of dagelijkse hinder die hij erbij ervaart. Het exploreren van de cognities van de patiënt bij of over de klacht is daarbij belangrijk. Daaraan gekoppeld exploreert de huisarts wat de patiënt van haar en/of van het gesprek verwacht, en wat de hulpvraag is. Naarmate de huisarts er beter in slaagt binnen het referentiekader van de patiënt te blijven en reageert op de sleutelwoorden van de patiënt, zal zij op dit item hoger scoren^{10,11,38-44}.

*Met dit item wordt de **kwaliteit** gewaardeerd van de vragen waarmee de huisarts de beleving van de patiënt probeert te verhelderen. Deze beleving komt tot uiting in het probleem, de hulpvragen, wensen of verwachtingen van de patiënt aan het begin van het consult, maar ook in reacties van de patiënt op door de huisarts gegeven informatie.*

Exploreren vereist een uitnodigende, open en veilige gespreks sfeer. Als die sfeer er is, gaat exploreren het beste door middel van open vragen. Soms is het echter nodig om gesloten vragen te stellen. Om die reden is niet de aard van de vraag (open of gesloten) belangrijk, maar het uitnodigende in de vragen en de houding van de huisarts.

*Exploreren dient **relevant** te zijn in de context van de klacht, óf de relevantie voor de klacht dient door de huisarts duidelijk te zijn gemaakt. Zo kan de huisarts bijvoorbeeld uitgebreid in het referentiekader van de patiënt ingaan op persoonlijke of psychosociale omstandigheden, terwijl de patiënt daar niet voor komt of het*

hem niet duidelijk is waarom de huisarts erop ingaat. Anderzijds is het overbodig de hulpvraag, wensen of verwachtingen nog verder te exploreren, wanneer de patiënt deze klip en klaar en helder verwoordt. Het benoemen ervan is dan wel een must. Bij patiënten met een migratieachtergrond is het soms nodig om uitgebreider stil te staan hun referentiekader en dit te exploreren, ook om de vertrouwensrelatie verder op te bouwen.

De huisarts kan zich makkelijk bezondigen aan exploreren in het eigen, medische referentiekader. Dat levert echter geen bijdrage aan de waardering bij dit item. (wel bij item 14 Anamnese)

*Bij item 3 (hulpvragen) wordt alleen het **noemen** van hulpvragen, wensen of verwachtingen gewaardeerd. Bij item 5 Bevindingen en item 6 Besluitvorming wordt enkel gewaardeerd **òf** de huisarts naar een reactie vraagt, niet hoe zij dat doet.*

Exploreren kan dus in elke fase van het consult nodig zijn, maar is toch vooral van toepassing tijdens vraagverheldering, diagnose en beleid⁴¹. In deze fasen moet de observator dus extra alert zijn om zowel de betreffende items (3, 5 en 6) te coderen, als het onderhavige item.

9 EMOTIES

(door)vragen naar gevoelens
gevoelsreflecties (inclusief aard en intensiteit)

Criterium voor 'uitstekend':

De huisarts vraagt naar gevoelens en/of vraagt door bij gevoelsuitingen van de patiënt.

Getoonde en geuite gevoelens worden naar aard en intensiteit goed gereflecteerd.

De aandacht van de huisarts voor gevoelens van de patiënt is door het gehele consult heen voldoende.

Toelichting op criterium:

Zie voor een nadere toelichting ook de definitie voor gevoelsreflectie in het hoofdstuk Definities van begrippen.

*Bij emoties gaat het er **niet** om of het gesprek als 'koud' of 'warm' te kwalificeren is, ook niet of de patiënt erg emotioneel is of de huisarts een begripvolle indruk maakt. Al dit soort, vaak non-verbale, aspecten kunnen indien van toepassing bij Empathie gewaardeerd worden (item 10). Het gaat er bij dit item om in hoeverre de huisarts **verbaal** ingaat op geuite emoties.*

Bij gevoelens en gevoelsreflecties gaat het om emoties of belevingsaspecten van de patiënt rond de klacht⁴⁵. Het gaat niet om gevoelens die de klacht direct zelf betreffen, bijvoorbeeld pijn of ongemak. Meestal komen deze aan de orde binnen het kader van een anamnese. Uiteraard gaat het niet om de gevoelens van de huisarts zelf.

De aandacht van de huisarts voor gevoelens van de patiënt dient in evenwicht te zijn met de aandacht voor andere aspecten van de reden van komst. Dus niet te veel en niet te weinig. Bijvoorbeeld bij een heel simpele klacht kan het vragen naar gevoelens als overdreven worden ervaren door de patiënt. Het niet vragen naar

emoties is dan voldoende.

Indien gevoelens van de patiënt zijn opgenomen in een samenvatting, dienen ze apart als gevoelsreflectie gehonoreerd te worden en dus te worden verdisconteerd in dit item.

10 EMPATHIE

non-verbaal: blijk geven van betrokkenheid in houding, oogcontact en gezichtsuitdrukking

non-verbaal: uitnodigend en oprecht meevoelend in intonatie, gebaren en oogcontact

verbaal: van meeleven getuigende korte verbale reacties

Criterium voor 'uitstekend':

De houding van de huisarts naar de patiënt toe is betrokken, uitnodigend en oprecht meevoelend, blijkens gebaren, oogcontact en intonatie.

De huisarts getuigt van meeleven blijkens korte verbale reacties.

Toelichting op criterium:

Onder empathie wordt betrokkenheid of inlevingsvermogen verstaan, dat zich zowel verbaal als non-verbaal kan uiten⁴⁶⁻⁴⁸. Empathie is dus het vermogen om het perspectief van een ander aan te nemen en door zijn of haar ogen naar de situatie te kijken. Door empathie is de mens in staat met de ander mee te voelen.*

Non-verbaal komt empathie tot uiting in een gerichtheid op de patiënt en een intonatie die echt meegevoel suggereert, ondersteund door daarbij behorende gebaren, oogcontact, etc.. Alle non-verbale uitingen van empathie worden in dit item gewaardeerd. De observator kan daartoe niet volstaan met alleen luisteren, maar ook moet kijken.

Verbaal wordt empathie uitgedrukt in gedrag dat voor een deel reeds in andere items wordt gewaardeerd, zoals item 4 (bejegening tijdens onderzoek), item 8 (exploreren van beleving) en item 9 (doorvragen naar gevoelens, geven van gevoelsreflecties). Verbaal gedrag dat in dit item moet worden verrekend, zijn de korte herhalingen om aan te geven dat de huisarts luistert of de korte woordjes "ja, ja" of "hm, hm", met hetzelfde doel of ter stimulatie. Ook korte uitlatingen als "ach jee", "nou, nou" of "wat erg" die duidelijk bedoeld zijn als meeleven, worden in dit item gewaardeerd.

Andere blijken van empathie:

- *de patiënt niet onnodig in de rede vallen*
 - *rust scheppen in het gesprek door storende onderbrekingen zoveel mogelijk te vermijden (telefoon gesprekken, in- en uitlopende personen)*
 - *geen storende stiltes laten vallen*
 - *niet uitgebreid in gesprek gaan met een patiënt die ontkleed is of zich omkleedt.*
- Empathie is iets dat moet blijken uit het gedrag van de **huisarts**. Empathie kan niet enkel blijken uit het feit dat de **patiënt** zich op zijn gemak voelt.*

* Sympathie vertrekt steeds vanuit het eigen perspectief ('Ik voel je pijn'), legt de nadruk op wat de ik-persoon voelt en verwijst naar wat deze belangrijk vindt. Empathie legt daarentegen de nadruk op het erkennen wat voor een ander belangrijk is; zelf hoeft je dat niet even belangrijk te vinden of goed te keuren.

Bij het scoren van empathie moet een veelheid van gedrag verdisconteerd worden. Het directe oogcontact kan bij observeren van een video-opname moeilijk te beoordelen zijn. In dat geval kan men volstaan met de mate waarin lichaam en hoofd van de huisarts naar de patiënt zijn gekeerd en de huisarts niet, al pratend, bezig is met schrijven, computerwerk en dergelijke.

Toegeeflijkheid van de huisarts op medisch inhoudelijk terrein is geen kenmerk van empathie. De consequenties ervan dienen bij de inhoudelijke aspecten van het beleid (item 17) te worden verrekend.

11 INFORMATIEOVERDRACHT

geeft informatie binnen het referentiekader van de patiënt

kleine hoeveelheden, concrete uitleg

gebruik maken van computer of beeldmateriaal

meegeven schriftelijke informatie

controleren begrip

Criterium voor 'uitstekend':

De manier waarop en de woorden waarmee de huisarts informatie geeft sluit aan bij het referentiekader en het begripsniveau van de patiënt.

De informatie wordt in kleine hoeveelheden gegeven en de huisarts licht details concreet toe.

De huisarts maakt gebruik van beeldmateriaal of van zijn computer om de gegeven informatie te onderbouwen.

De huisarts geeft schriftelijke informatie mee over de aandoening of vraag van de patiënt.

De huisarts controleert het begrip van de gegeven informatie door daar naar te vragen.

Toelichting op criterium:

Indien de huisarts haar taalgebruik afstemt op dat van de patiënt, kan dat gewaardeerd worden als 'informerend binnen het referentiekader van de patiënt'⁴⁹. Op basis van een reeds langer bestaande relatie met en kennis over de patiënt kan huisarts weten dat zij ook jargon kan gebruiken.

Met 'kleine hoeveelheden' wordt bedoeld dat de huisarts niet een heleboel informatie achter elkaar geeft¹⁰, bijvoorbeeld door tussen de informatiefragmenten pauzes in te lassen die de patiënt gelegenheid geven tot verwerken of een vraag om verduidelijking.

Het gebruik van beeldmateriaal (hetzij digitaal, op papier of middels modellen) of het meegeven van schriftelijke informatie kan een meerwaarde geven bij de informatieoverdracht, omdat dit het begrip en het onthouden bij de patiënt bevordert^{50,51}. Wanneer het echter niet past in de context van het consult of bij de aard van de klacht, kan het beschouwd worden als 'niet van toepassing' en telt het niet mee bij de waardering van het item.

Artsen controleren of de gegeven informatie begrepen wordt door de patiënt het best met de vraag "Kunt u mij nog eens vertellen wat u nu van mij gehoord heeft?". De vraag "begrijpt u wat ik u heb verteld?" zal door de patiënt vaak en om verschillende (sociaal wenselijke) redenen meestal met "Ja" beantwoord worden⁵².

Het controleren van het begrip is iets anders dan het vragen naar een reactie op de gegeven informatie, al kan het één het ander wel beïnvloeden.

De informatieoverdracht betreft alleen de diagnose- en beleidsfasen. In deze fasen moet de observator dus extra alert zijn om zowel de inhoud van de informatie (item 5 en 6) als de wijze waarop die gegeven wordt (dit item) te scoren.

12 SAMENVATTEN

inhoudelijk correct, volledig
gebruikt woorden van patiënt
beknopt
toetsend

Criterium voor 'uitstekend':

De huisarts geeft in het hele consult voldoende en evenwichtig aan dat de informatie van de patiënt is overgekomen door deze met samenvattingen te verwoorden. Deze verwoordingen zijn beknopt, in eigen woorden gegeven, inhoudelijk correct en bieden ruimte voor een reactie.

Toelichting op criterium:

Zie voor een nadere toelichting ook de definitie voor samenvatten in het hoofdstuk Definities van begrippen.

De waardering 'uitstekend' wordt alleen gegeven als samenvattingen op evenwichtige wijze geïntegreerd zijn in het gehele consult, nergens gemist worden en van goede kwaliteit zijn^{53,54}. Het toetsende aspect kan tot uiting komen in een pauze die de huisarts laat vallen, een vragende intonatie of het stellen van een vraag (bijv. "klopt dat zo?").

Als de huisarts zaken samenvat uit een vorig consult, dan wordt dat hier niet gewaardeerd, maar in item 2.

13 STRUCTURERING

logische volgorde van fasen
evenwichtige tijdsbesteding (over fasen, klachten, personen)
aankondigingen (anamnese, onderzoek, andere fasen)
verduidelijkt rol van aanwezige personen

Criterium voor 'uitstekend':

De huisarts geeft leiding aan het consult door fasen logisch op elkaar te laten aansluiten. Achtereenvolgens: opening, (evt. vervolgsconsult), vraagverheldering, anamnese, onderzoek, bevindingen, besluitvorming en afronding.

Ook verdeelt de huisarts de tijd die zij neemt evenwichtig over de door haar gehanteerde fasen en evt. meerdere gepresenteerde ingangsklachten.

Verder structureert de huisarts door de gehanteerde fasen aan te kondigen.

Zij benoemt de aanwezigheid van anderen in het consult (indien van toepassing) en stelt vast welke rol zij in het consult vervullen. Op geleide daarvan verdeelt zij de tijd tussen de aanwezigen.

Toelichting op criterium:

Met opzet wordt bij tijdsverdeling gesproken over ‘gehanteerde’ fasen, zodat fasen die door de huisarts worden overgeslagen niet hier opnieuw negatief worden gewaardeerd. De beleidsfase dient plaats te vinden na de diagnosefase.

Bij een breedsprakige patiënt kan tactisch onderbreken functioneel zijn. Niet onderbreken kan leiden tot een onevenwichtige verdeling van de tijd.

Het stellen van prioriteiten voor het bespreken van klachten binnen het consult in de openingsfase kan bij dit sub-item ook meegerekend worden.

De huisarts kan een beperkt deel van de anamnese tijdens het onderzoek of daarna afnemen als dat maar op ordelijke wijze gebeurt, bijvoorbeeld door een aankondiging of uitleg^{10, 55}.

Indien de huisarts instemming vraagt van de patiënt om bepaalde fases in het consult te gaan doen, kan dat ook gewaardeerd worden onder dit item. De frase “zullen we daar dan eens naar gaan kijken?” of “zullen we eerst even kijken?” heeft het hetzelfde effect als een aankondiging.

De rol van anderen naast de patiënt kan variëren van een toehoorder tot een voogd of iemand die actief dient mee te denken over de gepresenteerde klacht of probleem. Afhankelijk daarvan betreft de huisarts de ander(en) bij het consult, bijvoorbeeld bij de gedeelde besluitvorming of bij de anamnese. Het is aan de patiënt om aan te geven in welke rol hij de ander heeft meegenomen of aan de huisarts om daarnaar te vragen⁵⁶. Wanneer een klein kind met (één van) haar ouder(s) op het spreekuur komt, hoeft dit niet gevraagd te worden. Indien de patiënt alleen is, zijn deze sub-items niet van toepassing en telt het niet mee bij de waardering van het item.

6 MEDISCH INHOUDELIJK HANDELEN

MEDISCHE ASPECTEN

Bij de items in deze sectie dient het medisch handelen c.q. de medische aspecten van het gedrag van de huisarts gewaardeerd te worden. Ging het bij de items 1 tot en met 13 om de communicatie van de huisarts, hier gaat het om de inhoud van wat de huisarts als medische deskundige zegt en doet. Steeds moet worden beoordeeld wat de geneeskundige competentie is. Stelt de huisarts de juiste vragen in voldoende mate? Vraagt de huisarts naar alarmsymptomen? Is het onderzoek adequaat? Betreft de huisarts contextuele factoren bij werkhypothese en beleid? Legt de huisarts voldoende en juist aan de patiënt uit wat er aan de hand is? Is de inhoud van het beleidsplan conform de aanbevelingen van de beroepsgroep?

In Nederland zijn aanbevelingen voor huisartsen voor veel aandoeningen beschreven in NHG-standaarden (zie <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>). Consulten gerelateerd aan deze aandoeningen dienen inhoudelijk gewaardeerd te worden volgens de in deze standaarden vermelde richtlijnen. Consulten waarin aandoeningen aan de orde zijn waarvoor geen NHG-standaarden zijn ontwikkeld, dienen volgens de heersende opvattingen in de beroepsgroep gewaardeerd te worden of naar beste weten.

De medische items hebben geen sub-items zoals bij de items voor communicatievaardigheden vanwege het specifieke karakter van een casus: wat bij de ene casus oblikaat is, zoals de aard van de anamnesevraag, het onderzoeksaspect of de beleidsvorm, kan bij een andere casus irrelevant zijn.

Bij toetsing van consulten is het nuttig om bij overige feedback aan te geven welke medische aspecten de score in sterke mate (positief of negatief) hebben beïnvloed, bijvoorbeeld bij anamnese: “somatische, psychische en sociale aspecten evenwichtig aan de orde gesteld”. Of bij beleid: “medicamenteuze therapie niet geïndiceerd volgens richtlijn”.

De observator betreft bij het waarderen van het medisch handelen van de huisarts – voor zover mogelijk – het proces van medisch redeneren, dus de kwaliteit van de risico-inschatting, vroeg-signalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Het medisch redeneren wordt beter toetsbaar naarmate de huisarts haar diagnostische en therapeutische overwegingen in het consult kenbaar maakt aan de patiënt. Vaak is dat niet het geval en zal de observator dat uit het geheel van het medisch handelen moeten opmaken.

TOELICHTING PER ITEM

14 ANAMNESE

(mogelijkerwijs n.v.t.)

Met dit item worden, indien van toepassing, de somatische, psychiatrische, psychische en sociale (contextuele) aspecten van de anamnese gewaardeerd. Ook de impact van de klachten op het dagelijks functioneren (contextueel handelen) wordt hier gewaardeerd.

Algemene toelichting:

Dit item is niet van toepassing wanneer de diagnose genoegzaam bekend is bij zowel de huisarts als de patiënt en het consult alleen gaat over beleid.

15 ONDERZOEK

(mogelijkerwijs n.v.t.)

Met dit item worden, indien van toepassing, het lichamelijk en aanvullend onderzoek tijdens het consult gewaardeerd.

Algemene toelichting:

Het gaat hier om lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek dat direct tijdens het consult plaatsvinden. Aanvullend onderzoek dat na het consult plaatsvindt, dient te worden gewaardeerd bij beleid (item 17).

Onderzoeken die niet worden aanbevolen in een standaard of richtlijn, gelden als overbodig en de waardering dient daardoor in negatieve zin beïnvloed te worden. Echter, soms kan het doen van onderzoek voor de patiënt een geruststellend effect hebben, terwijl de huisarts weet dat het niet nuttig (noch bedoeld is) is voor het opsporen van een afwijking.

Het is mogelijk dat op grond van de gegevens verkregen uit de anamnese of op grond van gegevens verkregen in voorafgaande consulten, het lichamelijk onderzoek in zijn geheel niet geïndiceerd is. De observator noteert dan 'nvt'.

16 DIAGNOSE / WERKHYPOTHESE

(mogelijkerwijs n.v.t.)

Met dit item wordt de diagnose of werkhypothese gewaardeerd.

Algemene toelichting:

De observator scoort de medische kwaliteit van de fase 'diagnose' aan de hand van de informatie die de huisarts hierover aan de patiënt geeft. Het is de fase van diagnosestelling door de huisarts. Op basis van de bevindingen bij anamnese en onderzoek, waarschijnlijkheden en andere overwegingen besluit de huisarts wat hij als diagnose of werkhypothese zal hanteren, of dat hij het niet weet. Dit alles geschiedt in het hoofd van de huisarts en het wordt voor patiënt en observator pas kenbaar door wat de huisarts vertelt over bevindingen, overwegingen, diagnose, oorzaken, prognose en beloop. Het gaat bij dit item over de inhoudelijke kwaliteit daarvan.

Dit item kan niet van toepassing zijn wanneer de diagnose genoegzaam bekend is bij zowel de huisarts als de patiënt en het consult alleen gaat over beleid.

17 BELEID

Met dit item kunnen, indien van toepassing, de volgende aspecten worden gewaardeerd:

- afwachten
- voorlichting (mondeling en schriftelijk)
- niet-medicamenteuze therapie (adviezen, aanpak contextuele factoren)
- medicamenteuze therapie
- aanvullend onderzoek
- verwijzing

Algemene toelichting:

Eventuele verwijzingen en verdere diagnostiek worden in de score verdisconteerd. Een geïndiceerde verwijzing (raadpleeg standaard of protocol) beïnvloedt de score in positieve zin. Een overbodige, dus niet geïndiceerde, verwijzing beïnvloedt de score in negatieve zin.

De inbreng van de patiënt, die bij alle NHG-standaarden in een kader is vermeld, kan mede bepalend zijn voor het beleid. De observator weegt deze factor als de huisarts afwijkt van het in een standaard voorgestelde beleid. Indien de huisarts richtlijnen uit een standaard enkel omwille van relationele argumenten niet nakomt, bijvoorbeeld bij conflictvermijding, dient dit de score in negatieve zin te beïnvloeden. Het verdient aanbeveling de weging van deze factor bij overig feedback te vermelden.

7 OVERIGE FEEDBACK

Onder 'overige feedback' is ruimte gecreëerd om feedback te geven die nergens in de items is onder te brengen, of om bepaald belangrijk gedrag nog eens extra te accentueren.

Toelichting:

Geen enkele lijst is compleet, dat geldt ook voor de MAAS 2.0.

Dat betekent dat een observator gedrag kan tegenkomen dat hij graag bij de score zou willen betrekken, maar waarvoor geen item beschikbaar is. Probeer dit niet in één of ander item te verrekenen, maar benut dan de ruimte onder 'overige feedback' om een opmerking erover aan betrokkene over te brengen.

8 LITERATUUR

- ¹ Dielissen PW, van der Jagt EJ, Timmerman AA. Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk. Prelum, Houten/Utrecht 2016.
- ² Competentieprofiel van de huisarts. Huisartsopleiding Nederland. Utrecht, 2016.
- ³ Messick S. The Interplay of Evidence and Consequences in the Validation of Performance Assessments. *Educational Researcher* 1994; 23(2), 13–23.
- ⁴ Cook DA, Kuper A, Hatala R, Ginsburg S. When assessment data are words: validity evidence for qualitative educational assessments. *Acad Med* 2016; doi: 10.1097/ACM.0000000000001175.
- ⁵ Ram P, Comprehensive assessment of general practitioners, a study on validity, reliability and feasibility. Maastricht, *Unigraphic*, 1998:114-7.
- ⁶ Thiel J van, Kraan H, Vleuten C van der. Reliability and feasibility in measuring medical interviewing skills with the revised Maastricht history-taking and advice checklist (MAAS-R). In: Bender W, Hiemstra R, Scherpbier A, Zwierstra R, Teaching and assessing clinical competence. Groningen: Boekwerk Publications, 1990:390-396
- ⁷ Thiel J van, Kraan H, Vleuten C van der. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-taking and Advice Checklist. *Med Educ* 1991;25:224-9.
- ⁸ Thiel J van, Vleuten C van der, Kraan H. Assessment of medical interviewing skills: generalizability of scores using successive MAAS-versions. In: Harden R, Hart I, Mulholland H, eds. Approaches to the assessment of clinical competence. Proceedings of the fifth Ottawa conference, Centre for Medical Education, University of Dundee, Scotland, 1992.
- ⁹ Ram P, Thiel J van. Representatie van items uit de MAAS-Globaal in de eindtermen van het hulpverleningsproces. Universiteit Maastricht, Huishuisartsopleiding, juni 2000.
- ¹⁰ Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg (3e druk). 2014 BoomLemma, Den Haag.
- ¹¹ Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.
- ¹² Timmerman A, Rietmeijer C, Essers G, Dielissen P, Ouwerkerk B, Nijveldt M. Eindrapportage APC-project. Huisartsopleiding Nederland, Utrecht, 2014.
- ¹³ Boerebach BCM, Onyebuchi A, Heineman MJ, Lombarts MJMH. Embracing the Complexity of Valid Assessments of Clinicians' Performance: A Call for In-Depth Examination of Methodological and Statistical Contexts That Affect the Measurement of Change. *Acad Med*. 2016;91:215–220.
- ¹⁴ Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT, Scheele F, Driessen EW, Hodges B. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2010, 1-17. doi:10.1016/j.bpobgyn.2010.04.001
- ¹⁵ Govaerts M, van der Vleuten C. Validity in work-based assessment: expanding our horizons. *Med. Educ*. 2013;47:1164-74.

- ¹⁶ Yeates P, O'Neill P, Mann K, Eva K. Seeing the same thing differently. Mechanisms that contribute to assessor differences in directly-observed performance assessments. *Adv Health Sci Educ* 2013;18(3):325-341.
- ¹⁷ Durning S, Artino AR Jr., Pangaro L, Van der Vleuten CPM, Schuwirth L. Context and clinical reasoning: understanding the perspective of the expert's voice. *Med Educ* 2011;45:927-38.
- ¹⁸ Kogan JR, Conforti L, Bernabeo E, Iobst W, Holmboe E. Opening the black box of clinical skills assessment via observation: a conceptual model. *Med Educ* 2011;45:1048-60.
- ¹⁹ Essers G, van Dulmen S, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice *BMC Fam Pract* 2011;12:138.
- ²⁰ Essers G. De communicatietoets en de context van het consult. *Huisarts Wet* 2015;58(4):186-90.
- ²¹ Crossley J, Johnson G, Booth J, Wade W. Good questions, good answers: construct alignment improves the performance of workplace-based assessment scales. *Medical Education* 2011; 45: 560–569.
- ²² Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med* 2012;27,10:1361-7.
- ²³ Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A et al., Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument, *Health Expect.* 2013.
- ²⁴ Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014; Sep;96(3):281-6.
- ²⁵ Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, van Dulmen S. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expect.* 2014 May 12.
- ²⁶ Harnas, S, van der Kraan, J, Knops, A, de Groot, J. Samen beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past. Rapport meldactie, augustus 2017. Patiëntenfederatie Nederland.
- ²⁷ Elwyn G et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017;359:j4891.
- ²⁸ Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Pat Educ Couns.* 2001;45(1):23-34.
- ²⁹ Mol SSL, Rutten GEHM. Van klacht naar probleem. In: Grundmeijer HGLM, Reenders Ken Rutten GEHM Het geneeskundig proces. Elsevier Gezondheidszorg Maarssen 2009.
- ³⁰ De Jongh TOH, de Voogd AY, Silvius AM. Diagnostiek in de praktijk. In: Grundmeijer HGLM, Reenders K & Rutten GEHM. Het Geneeskundig Proces. Elsevier Gezondheidszorg Maarssen 2009 (3^e druk).
- ³¹ Van Dulmen S, Fassaert T, Van der Jagt L, Schellevis F. De relatie tussen positieve communicatiestrategieën en het beloop van alledaagse klachten. *Huisarts Wet* 2010;53(5):265-71.

- 32 Mitchison D, Bulow P, Sze M, Aldridge L, Hui R, Vardy J et al. Prognostic communication preferences of migrant patients and their relatives. *Psychooncology* 2012;21(5):496-504.
- 33 Lang F, Floyd MR, Beine KL. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction and time expenditure. *Fam Med* 2002;34(5):325-30.
- 34 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley, P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. 1999 *Br J Gen Pract*. 49(443):477-82.
- 35 Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004;291(19):2359-66.
- 36 Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009; 47:826-34.
- 37 Martijn C, Alberts H, Sheeran P. Van vage voornemens naar concreet gedrag. *De Psycholoog, Wetenschap*. 2009;1:7-11.
- 38 Robinson J. Soliciting parents' presenting concerns. In: J. Heritage and D Maynard (eds) *Practicing Medicine: structure and process in primary care encounters*. Cambridge University Press, Cambridge 2001
- 39 Launer J *Narrative based primary care: a practical guide*. Radcliffe Medical Press, Oxford 2002.
- 40 Takemura Y, Atsumi R, Tsuda T. Identifying medical interview behaviours that best elicit information from patients in clinical practice. *Tohoku J Exp Med* 2007;213(2):121-7.
- 41 Cegala DJ, Post DM. The impact of patients' participation on physician's patient-centered communication. *Pat Educ Couns* 2009;77(2):202-8.
- 42 Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284(8):1021-7.
- 43 Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54(500):171-6.
- 44 Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med* 2008;168(13):1387-95.
- 45 Finset A. "I'm worried, doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. *Pat Educ Couns* 2012;88:359-63.
- 46 Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, van Vliet L, Van Bogaert M, Rimondini M. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? *Pat Educ Couns* 2011;84(3):287-93.
- 47 Hoffer Gittel J et al Impact of relational coordination on quality of care, post-operative pain and functioning in the length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 2000;38(8):807-19.
- 48 Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the 'nature' and 'specific effectiveness' of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Pat Educ Couns* 2009;74(3):339-46.
- 49 Barbour A. Making contact or making sense: functional and dysfunctional ways of relating. Humanities Institute Lecture 1999-2000 Series, University of Denver, Denver CO, 2000)

- ⁵⁰ Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Pat Educ Couns* 2005;61(2),173-90.
- ⁵¹ Frisch AL, Camerini L, Schulz PJ. The impact of presentation style on the retention of online health information: a randomized control experiment. *Health Communication* 2013;28(3):286-93.
- ⁵² Kemp EC, Floyd MR, McCord-Duncan E, Lang F. Patients prefer the method of 'tell back-collaborative inquiry' to assess understanding of medical information. *J Am Board Fam Med* 2008;21(1):24-30.
- ⁵³ Scott JT, Entwistle VA, Sowden AJ, Watt I. Giving tape recorders or written summaries of consultations to people with cancer: a systematic review. *Health Expect.* 2011;4(3):162-9.
- ⁵⁴ Quilligan S, Silverman J. The skill of summary in clinician-patient communication: a case study. *Pat Educ Couns* 2012;86:354-9.
- ⁵⁵ Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinician's communication behaviour. *Patient Educ Couns* 2006;62(1):38-45.
- ⁵⁶ Platt FW & Gordon GH. Field Guide to the Difficult Patient Interview. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins: 2006 (2nd ed).
- ⁵⁷ Van der Post C, van de Vijver P, Reinders M, Nijveldt M. Landelijk opleidingsplan voor de Huishuisartsopleiding. Utrecht: Huishuisartsopleiding Nederland, 2016.
- ⁵⁸ Ram P, Thiel J van. Representatie van items uit de MAAS-Globaal in de eindtermen van het hulpverleningsproces. Universiteit Maastricht, Huishuisartsopleiding, juni 2000.

Bijlage 1 Wijzigingen ten opzichte van de MAAS-Globaal 2000

De Handleiding van de MAAS 2.0 is meer dan voorheen beschreven vanuit het perspectief van onderwijs en toetsing van werkplekleren. Daarom is de tekst van de Handleiding over het gebruik van deze communicatievaardighedenlijst uitgebreid. De tekst over de achtergrond en totstandkoming van de MAAS-Globaal is er grotendeels uit gehaald.

De algemene tekst (Hoofdstuk 1) sluit nu beter aan bij de landelijke onderwijskaders voor de huisartsopleiding, in het bijzonder bij het landelijk gedragen onderwijskader voor APC. Concreet:

- de relatie met het consultmodel van Silverman is expliciet beschreven
- de items zijn beter geclusterd rond de taken uit het consultmodel van Silverman en de competenties Arts-patiëntcommunicatie. Hierdoor is de volgorde en nummering van de Algemene Communicatievaardigheden enigszins aangepast.

In Hoofdstuk 2 zijn de instructies voor hoe de items gewaardeerd kunnen worden, gegeven de geobserveerde context, veel uitgebreider beschreven. Hier kwamen tijdens bijeenkomsten met toetsers vaak veel vragen over. Meer eenduidigheid daarin leidt tot betrouwbaardere resultaten. Met datzelfde doel zijn in het hoofdstuk 3 (Definities van begrippen) de teksten over Samenvatten en Hulpvraagverheldering uitgebreid en een duidelijke tekst over (Gezamenlijke) Besluitvorming toegevoegd.

In Hoofdstuk 4 en 5 zijn de namen van enkele communicatievaardigheden (items) aangepast, waardoor deze beter aansluiten bij het procesmatige karakter van de communicatie en minder verwarring geven met de inhoudelijke aspecten. Concreet:

- item 2: is geconcretiseerd als **Opening in een vervolgconsult**.
- Item 5: heet nu '**Bevindingen**' in plaats van 'Diagnose' om het onderscheid met het inhoudelijke item 'Diagnose' (item 15) duidelijker te maken.
- Item 6: heet nu '**(Gezamenlijke) Besluitvorming**' in plaats van 'Beleid' wanneer het gaat om het proces van besluitvorming, om het duidelijker te onderscheiden van het inhoudelijke item 'Beleid' (item 16).
- Item 7 heet nu '**Afronding**' in plaats van 'Consultevaluatie', omdat dit laatste voor veel verwarring zorgde en een ongewenste betekenis gaf aan het item.

Daarnaast zijn sub-items aangepast op basis van de reacties van docenten en beoordelaars over het gebruik van de MAAS verwerkt. Sommige sub-items zijn verwijderd, andere zijn toegevoegd of ietsjes aangepast. Concreet gaat het om:

- Aan (Gezamenlijk) Besluitvorming is het sub-item '**betreft hulpvragen / wensen bij de besluitvorming**' toegevoegd waardoor de relatie met de hulpvraag beter tot zijn recht komt.
- Bij (Gezamenlijke) Besluitvorming is het oorspronkelijk eerste sub-item taalkundig meer in overeenstemming gebracht met de laatste inzichten over SDM. Het heet nu '**benoemen en bespreken alle relevante optie(s)**'.
- Bij Informatieoverdracht is het sub-item '**aankondigen en categoriseren**

van informatie' eruit gehaald, omdat het als overbodig gedetailleerd werd ervaren in de huisartscontext.

- Bij Informatieoverdracht zijn 2 nieuwe sub-items toegevoegd, nl. **'gebruik maken van computer of beeldmateriaal'** en **'gebruiken schriftelijk materiaal'**, waarvan de waarde bij informatieoverdracht is aangetoond en die relevant zijn in de huisartspraktijk.
- Bij Informatieoverdracht is het sub-item 'naar begrijpen vragen' vervangen door **'controleren begrip'**. Op deze manier wordt gestimuleerd dat de arts niet alleen maar een gesloten vraag stelt en de patiënt kan vermijden zijn onbegrip te verwoorden, maar de arts met een open houding het begrip bij de patiënt controleert.
- Bij Structureren zijn twee nieuwe sub-items toegevoegd voor die consulten, waarbij meerdere personen aanwezig zijn. Deze zijn **'rol van aanwezige personen verduidelijken'** en **'tijd verdelen tussen aanwezige personen'**.
- Bij Emoties en Samenvatten is het sub-item 'voldoende in het hele gesprek' eruit gehaald, omdat dit sub-item feitelijk een criterium is van de gebruikte waarderingsschaal.
- Bij Samenvatten is het sub-item 'in eigen woorden' vervangen door **'woorden van patiënt gebruiken'**, omdat uit onderzoek is gebleken dat dit een effectievere en meer patiëntgerichte handelwijze is.

Bij de toelichtingen van de sub-items zijn literatuurverwijzingen toegevoegd, die aangeven waarop de betreffende gedragscriteria zijn gebaseerd.

Tevens heeft de waarderingsschaal een meer kwalitatief karakter gekregen. De 7 punt-schaal is verlaten en in plaats daarvan heeft de MAAS 2.0 vier kwalitatieve waarderingcodes gekregen in plaats van kwantitatieve scores. Dat betekent ook dat de cijfermatige normering niet meer kan gelden. Deze verandering stimuleert de narratieve waardering, hetgeen beter aansluit bij de wens van velen voor 'assessment for learning' in plaats van 'assessment of learning'.

T.b.v. de inhoudsvaliditeit is de relatie met de Eindtermen Huisartsopleiding 2000 en het Competentieprofiel van de Huisarts (2016) en daarmee met de CanMEDS benadrukt⁵⁷. Voor de communicatiecompetentie 2.1 ('Relatie opbouwen') zijn de items Exploreren (8), Emoties (9) en Empathie (10) geclusterd⁵⁸. De items Informatieoverdracht (11), Samenvatten (12) en Structureren (13) behoren bij competentie 2.2 ('Doelgericht communiceren')⁵⁸.

Bijlage 2 PSYCHOMETRISCHE KENMERKEN

VALIDITEIT MAAS 2.0 en MAAS-Globaal

De validiteit van een instrument is de mate waarin het meet wat het beoogt te meten. Er wordt onderscheid gemaakt in onder andere inhouds- en constructvaliditeit. De inhoudsvaliditeit is de mate waarin de toetsing representatief is voor datgene wat getoetst wordt. Constructvaliditeit gaat over de mate waarin een bepaalde hypothese met het instrument kan worden bevestigd of gefalsifieerd. De inhouds- en constructvaliditeit van de MAAS-Globaal worden door een aantal onderzoeken ondersteund.⁵⁻⁸ Commentaar van experts en gebruikers is consistent verwerkt in de MAAS 2.0. Hun acceptatie ervan is groot. Aan de validiteit van de MAAS 2.0 is derhalve op velerlei manieren aandacht besteed. De communicatie-items van de MAAS 2.0 zijn inhoudelijk gebaseerd op literatuur over arts-patiënt communicatie of vinden daar aansluiting bij.¹⁰⁻⁵⁶ Tevens is de inhoud van de MAAS 2.0 en de MAAS-Globaal in grote mate terug te vinden in het Beroepsprofiel Huisarts (V&V2020, deel4, Utrecht 2012) en in de eindtermen voor het hulpverleningsproces door de huisarts.⁵⁸ In de huisartsopleiding worden de MAAS-Globaal items beschouwd als gedragsindicatoren voor de competentiegebieden medisch handelen en arts-patiënt communicatie^{5,8}. Zie voor de uitgebreide beschrijving Bijlage 1.

De MAAS 2.0 is daarmee een geschikt middel voor feedback op en toetsing van de *consultvoering* van de huisarts. Consultvoering betreft immers het geïntegreerd toepassen van communicatieve vaardigheden en medisch handelen. Met de MAAS 2.0 wordt het medisch handelen en de mate waarin de communicatie daarop en op andere aspecten van de context is afgestemd, gewaardeerd (= geïntegreerd toetsen, zie paragraaf CONTEXT).

Voor de medisch-inhoudelijke items dient per casus de inhoud en de instructie te worden afgeleid uit bestaande richtlijnen of consensus binnen de beroepsgroep, zoals bijvoorbeeld NHG-standaarden.

BETROUWBAARHEID

Betrouwbaarheid verwijst naar de nauwkeurigheid van gegevens verkregen door de meting. Een meting is betrouwbaar als bij herhaling bij dezelfde deelnemers dezelfde resultaten worden verkregen. Men spreekt dan van reproduceerbaarheid. Deze is afhankelijk van de interne consistentie van het instrument en de invloed van allerlei variantiebronnen op de meting. De interne consistentie (Cronbach's alpha) en de reproduceerbaarheid (generaliseerbaarheidscoëfficiënt) van de MAAS-Globaal zijn overwegend goed.^{5-7,20}

Bijlage 3 BESPREEKFORMAT CONSULTVOERING

Korte Handleiding voor het houden van een nabespreking over een consult op video met behulp van het 'nabespreekformat'.

1. Observeer een gedeelte van het consult waar de aijs vragen over heeft.
2. Bij het bespreken zijn de volgende vragen behulpzaam:
 - Wat was (waren) in dit gedeelte je doel(en)?
 - Welke contextfactoren speelden een rol? (medisch inhoudelijke -, patiënt- en artsfactoren)
 - Welke communicatietaken waren in dit gedeelte van belang? (zie consultmodel)
 - Hoe effectief was je met de communicatie die je hebt toegepast?
 - Waren er andere mogelijkheden om het gewenste effect te bereiken? Wat zegt de theorie daarover?
 - Welk alternatief gedrag zou je hier hebben kunnen toepassen zodat je effectiviteit hoger was?

Tips:

- Het werkt vaak goed om naar aanleiding van geobserveerd gedrag naar het doel te vragen en van daaruit te bespreken welke contextfactoren tot dat doel hebben geleid.
- Houd het klein! ("Wat was op dit moment in het consult je doel? Wat zei/deed je om dat te bereiken? Hoe effectief was dat?")
- Gebruik het communicatiewiel* eventueel om bij het bespreken van deze vragen op ideeën te komen, om blinde vlekken op te sporen. De vragen van het besprekformat zijn het belangrijkste.
- Gebruik het communicatiewiel luchtig ("zullen we 's kijken of het wiel hier nog extra ideeën geeft?").
- Het communicatiewiel is niet bedoeld als een puzzel die moet worden opgelost!

* Zie link naar Communicatiewiel op Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=DwBaEDoheXc>

Bijlage 4 FORMULIER MAAS 2.0

MAAS 2.0 VOOR TOETSEN CONSULTVOERING - 2020

Huisartsopleiding Nederland

arts:

casus:

observerator:

SECTIE 1: COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN PER FASE

		Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	N.v.t.
1. OPENING						
ruimte voor verhaal van de patiënt		☐	☐	☐	☐	☐
globale oriëntatie op reden van komst						
vragen naar andere redenen van komst						
2. OPENING (VERVOLGCONSULT)						
noemen van voorgaande klachten, hulpvragen en beleid		☐	☐	☐	☐	☐
vragen naar uitvoering beleid						
vragen naar beloop						
3. HULPVVRAGEN						
noemen van de aanleiding van komst		☐	☐	☐	☐	☐
noemen van de hulpvra(a)g(en), wensen of verwachtingen						
afsluiten van hulp vraagverheldering						
4. LICHAMELIJK ONDERZOEK						
instrueren patiënt		☐	☐	☐	☐	☐
toelichten van het onderzoek						
patiënt respectvol en zorgvuldig bejegenen						
5. BEVINDINGEN						
noemen bevindingen, hypothesen en/of diagnose(s)		☐	☐	☐	☐	☐
noemen van oorzaken of verband tussen bevindingen						
noemen van prognose of te verwachten beloop naar reactie vragen						
6. (GEZAMENLIJKE) BESLUITVORMING						
betrekken hulpvraag en wensen bij besluitvorming		☐	☐	☐	☐	☐
benoemen en bespreken alle relevante optie(s)						
bespreken uitvoerbaarheid en opvolgedrag						
afspraken maken: wie, wat, wanneer naar reactie vragen						
7. AFRONDING						
algemene evaluatievraag		☐	☐	☐	☐	☐
checken beantwoording hulpvraag						
checken voorlopig perspectief						

OVERIGE FEEDBACK

SECTIE 2: ALGEMENE COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN**8. EXPLOREREN**

exploreren binnen referentiekader van de patiënt
 exploreren hulpvragen, wensen of verwachtingen
 exploreren van reactie op informatieoverdracht
 ingaan op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. EMOTIES

(door)vragen naar gevoelens
 geven van gevoelsreflecties (aard en intensiteit)

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. EMPATHIE

non-verbaal: blijk geven van betrokken houding
 non-verbaal: uitnodigend en oprecht meelevend in
 intonatie, gebaren en oogcontact
 verbaal: van meeleven getuigende korte reacties

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. INFORMATIEOVERDRACHT

binnen het referentiekader van de patiënt
 kleine hoeveelheden, concrete uitleg
 gebruik maken van computer of beeldmateriaal
 meegeven schriftelijke informatie
 controleren begrip

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. SAMENVATTEN

inhoudelijk correct, volledig
 gebruikt woorden van patiënt
 beknopt
 toetsend

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. STRUCTUREREN

logische volgorde van fases
 evenwichtige tijdsbesteding (fases, klachten,
 personen)
 rol van aanwezige personen verduidelijken
 aankondigingen (anamnese, onderzoek, andere
 fases)

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SECTIE 3: MEDISCH-INHOUDELIJKE ASPECTEN**14. ANAMNESE**

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. DIAGNOSE

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17. BELEID

Onvoldoende Matig Voldoende Goed N.v.t.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

POSTADRES
Postbus 20072
3502 LB Utrecht

BEZOEKADRES
Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht

CONTACT
T. 030 22 72 800
secretariaat@huisartsopleiding.nl

© 2020 - HUISARTSOPLEIDING NEDERLAND