

STAND VAN ZAKEN

Supervisie volgens de STAMPPOT-methode: efficiënte integratie van patiëntenzorg en klinisch onderwijs*

Paul L.P. Brand, Peter M. Boendermaker, Ruud Venekamp en Jos W. Snoek

- Bij het superviseren van een coassistent of assistent in opleiding die bij een patiënt anamnese en lichamelijk onderzoek heeft verricht, moeten optimale patiëntenzorg en onderwijs efficiënt geïntegreerd worden.
- De 'one minute preceptor method' is een al eerder beschreven werkwijze die hiervoor geschikt is. Wij ontwierpen een uitbreiding hierop.
- De stappen van deze nieuwe methode kunnen worden onthouden met het acronym 'STAMPPOT': Samenvatten van de ziektegeschiedenis, Toespitsen en Analyseren van de differentiaaldiagnose, aan de hand van Medische vragen Pareltsjes meegeven, Plan maken voor de patiënt, Opdracht voor verdere studie maken en deze vervolgens Toetsen.
- Deze STAMPPOT-methode is eenvoudig te leren en toe te passen door de opleider; de werkwijze wordt door (co-)assistenten zeer gewaardeerd, en helpt hen grip te krijgen op hun eigen diagnostisch proces, en hun diagnostische vaardigheden te verbeteren.

Stel een coassistent loopt stage in uw praktijk. U heeft met haar afgesproken dat zij zelfstandig anamnese en lichamelijk onderzoek zal uitvoeren bij een nieuwe patiënt die komt met klachten van hardnekkig hoesten, en dat ze die daarna met u zal bespreken. Na afloop van het consult bespreekt u met de coassistent haar bevindingen. Zo'n gesprek kan op verschillende manieren verlopen, afhankelijk van de methode die wordt gehanteerd bij de supervisie.

Dit superviseren van een coassistent of aios (hierna te noemen (co-)assistent) die zelf een patiënt gezien heeft, dient 2 doelen: optimale medische zorg voor de patiënt, en onderwijs voor de (co-)assistent.¹ In dit artikel bespreken we, na een beknopte samenvatting van de literatuur over het klinisch redeneren van artsen, een manier van supervisie die integratie van deze beide doelen mogelijk maakt. De techniek om patiëntenzorg en klinisch onderwijs in de praktijk te integreren staat in de literatuur bekend als de 'one minute preceptor method' (één-minuut-leermeester-methode).^{2,3} In dit artikel hanteren wij hiervoor het acronym 'STAMPPOT', waarvan de betekenis verderop wordt uitgelegd.

GEBRUIKELIJKE SUPERVISIE

Bij de supervisie van een (co-)assistent heeft de opleider door patroonherkenning meestal snel een hypothese over het probleem van de patiënt; vervolgens zal hij nagaan of deze hypothese klopt.^{4,5} Als de (co-)assistent bepaalde informatie niet vermeldt bij de presentatie van de patiënt zal de opleider hiernaar gericht vragen. Bij een patiënt met hoesten kan dit bijvoorbeeld zijn: 'Bestaat er ook

* Gedeelten van de tekst uit dit artikel zijn eerder gepubliceerd in het boek *Klinisch onderwijs en opleiding in de praktijk* van P.L.P. Brand, P.M.

Boendermaker en R. Venekamp (Houten:

Prelum; 2010). Overgenomen met

toestemming van de uitgever.

Universitair Medisch Centrum Groningen.

UMCG Postgraduate School of Medicine:

prof.dr. P.L.P. Brand, kinderarts

(tevens: Amalia kinderafdeling, Isala klinieken

Zwolle) en dr. P.M. Boendermaker, huisarts n.p.

Onderwijsinstituut: prof.dr. J.W. Snoek, neuroloog

(tevens: afd. Neurologie, Martini Ziekenhuis

Groningen).

Seneca Advies-Begeleiding-Training, Haren.

Drs. R. Venekamp, arts n.p.

Contactpersoon: prof.dr. P.L.P. Brand

(p.l.p.brand@isala.nl).

dyspneu?', 'Heb je bij onderzoek van de thorax gedempte percussie gehoord?' Deze vragen zijn volstrekt logisch voor de opleider zelf, maar kunnen zonder verdere duiding of uitleg verwarrend zijn voor de (co-)assistent. Die kan het – grotendeels onbewuste – initiële denkproces van de opleider immers niet volgen.

Het is ook gebruikelijk om de (co-)assistent vragen te stellen om diens kennis te toetsen. Doorgaans zijn dit gesloten kennisvragen, bijvoorbeeld: 'Hoe vaak is een longontsteking de oorzaak van hoesten bij volwassenen?', of: 'Wat zijn de kernsymptomen van COPD?' Ook hier dreigt een discrepantie tussen het nut van deze vragen voor de opleider ('basiskennis, dat moeten ze toch weten om dit probleem op te kunnen lossen') en de (co-)assistent, die nog niet heeft meegemaakt hoe dergelijke kennis gebruikt kan worden bij het diagnostisch redeneren.

Zodoende is de traditionele manier van supervisie van patiëntcontacten van een (co-)assistent vooral gericht op patiëntenzorg. Ze wordt vooral gestuurd door het deels onbewuste denkproces van de ervaren opleider, en veel minder door het denkproces van de (co-)assistent zelf. Voor de (co-)assistent is dit van beperkte waarde, zeker als die vooral het diagnostisch redeneren dient te leren.

HET DENKEN VAN ARTSEN

De rol van klinische ervaring bij succesvol diagnostisch redeneren is aanzienlijk: de kans op diagnostisch succes is groter door het benutten van ziektescenario's of door patroonherkenning.^{6,7} Ervaring is een onafhankelijke determinant van het komen tot de juiste diagnose.⁸

Door hun bagage komen ervaren klinici al snel in het consult tot een omschrijving van het klinische probleem van de patiënt (probleemstelling), meestal onmiddellijk gevolgd door een of meer eerste hypothesen over de diagnose (figuur 1).^{4,7} Door kennis en ervaring kan de arts de verdere anamnese en het lichamelijk onderzoek sturen en efficiënt gegevens verzamelen.⁸

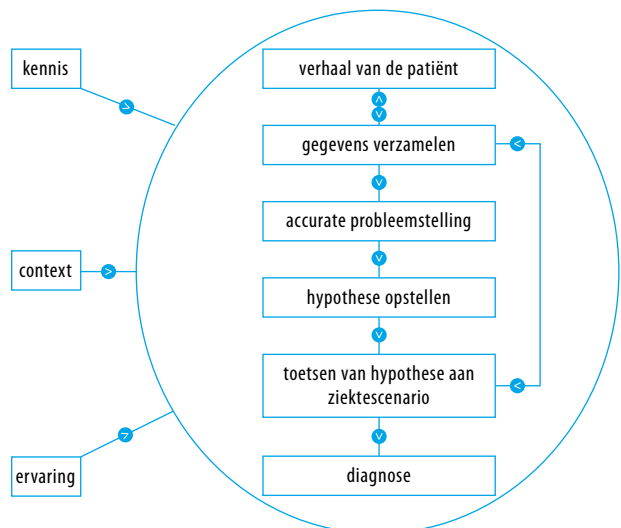
De meeste (co-)assistenten zullen het grootste deel van de benodigde informatie wel verzamelen, want ze hebben geleerd hoe ze een complete anamnese moeten afnemen en een volledig lichamelijk onderzoek moeten uitvoeren. Dit kost hen vanzelfsprekend aanzienlijk meer tijd. Belangrijker is echter dat zij de kennis en ervaring missen om orde te scheppen in de verzamelde gegevens, om deze te structureren en te analyseren op de manier waarop de ervaren clinicus dat doet (zie figuur 1).

De accurate probleemstelling is een onmisbare stap in het diagnostisch redeneren en precies daarin onderscheiden ervaren klinici zich van beginnelingen.⁴ Uit onderzoek blijkt dat diagnostisch succes (ofwel, het stellen van de juiste diagnose) groter is bij het herkennen van een patroon gevolgd door gerichte toetsing, dan bij het verzamelen van alle gegevens en van daaruit hypothetisch-

deductief te redeneren.⁸⁻¹⁰ Een ervaren clinicus zal bijvoorbeeld bij een klacht als 'hoesten' het onderscheid kunnen maken tussen: 'toename van al langer bestaande chronische hoestklachten' en 'acuut optredende hoestklachten'. Hij doet dat door middel van ziektescenario's, beelden van patiënten die hij eerder heeft gezien en waar hij de diagnose en de uitkomst van kent.¹¹ De (co-)assistent heeft veel minder van dergelijke 'illness scripts' in zijn hoofd. Op grond van deze ziektescenario's genereert en toetst de ervaren clinicus razendsnel allerlei hypothesen omtrent mogelijke oorzaken.

Bovendien weet de ervaren clinicus welke ziektescenario's bij welke probleemstelling horen. COPD hoort bijvoorbeeld niet bij de ziektescenario's voor acuut optredende hoest. Ook weet hij bij welke context ze horen (iemand die langdurig heeft gerookt maakt beduidend meer kans op COPD dan een incidentele gezelligheidsrooker). Zo kan hij de enorme differentiaaldiagnose van hoestklachten tot hanteerbare proporties terugbrengen en er een rangorde in aanbrengen, en is de kans groter dat hij essentiële klinische symptomen herkent en op waarde weet te schatten.¹²

Bewustwording van deze kennis en contextuele factoren maakt het gemakkelijker om ervan te profiteren. Het is bovendien een verklaring voor de expertise van de ervaren arts.^{13,14} Pas bij ongebruikelijke, onverwachte of complexe patiëntenproblemen, of als het klinisch beeld van de patiënt niet helemaal past bij het gebruikelijke of klassieke plaatje, schakelen ervaren artsen over op uitgebreide gegevensverzameling en een analytische benadering van de differentiaaldiagnose.¹⁵



FIGUUR Schematische weergave van het diagnostisch redeneren door ervaren klinici.⁴

VAN TRADITIONELE SUPERVISIE NAAR EEN ANDERE AANPAK

De twee cruciale stappen in het diagnostisch redeneren van ervaren klinici zijn dus het formuleren van een accurate probleemstelling aan de hand van het verhaal van de patiënt en het toetsen van hypothesen hierover aan in het geheugen opgeslagen ziektescenario's.⁴ Bij het oefenen van het diagnostisch redeneren door een (co-)assistent zullen deze twee denkstappen dus aandacht moeten krijgen. De traditionele manier van supervisie richt zich hier niet op en zal daarom weinig bijdragen aan de ontwikkeling van het diagnostisch redeneren. De 'one minute preceptor method' daarentegen, is een manier van supervisie die zich richt op het expliciteren van de 2 essentiële stappen in het proces van diagnostisch redeneren.

De 'one minute preceptor method' Allereerst vraagt de opleider de (co-)assistent om het probleem van de patiënt in één zin samen te vatten. Dit is voor de meeste (co-)assistenten niet eenvoudig en de opleider kan de (co-)assistent aanmoedigen en helpen om te komen tot een accurate probleemstelling. Een beginnende (co-)assistent zal vaak komen met een omslachtige herhaling van alle relevante gegevens in plaats van een probleemstelling. Voorbeelden van een goede probleemstelling bij de patiënt uit de casus zouden kunnen zijn 'toename van al langer bestaande hoestklachten bij een niet-rokende verder gezonde 42-jarige vrouw' of 'plotseling ontstane hoestklachten bij een 42-jarige vrouw met algehele malaise en koorts'. Het is voor de ervaren clinicus onmiddellijk duidelijk dat deze verschillende probleemstellingen wijzen op andere mogelijke oorzaken; dit geeft aan hoe belangrijk deze stap is. De uitdaging bij de supervisie is om de (co-)assistent te helpen om deze eerste probleemstelling zorgvuldig onder woorden te brengen.⁵

Als er overeenstemming is over de probleemstelling, dan kan deze worden geanalyseerd met 3 'WAT-vragen', zoals in tabel 1 staat weergegeven.² De eerste is: 'Wat denk je dat deze patiënt heeft?' Hiermee wordt de (co-)assistent uitgedaagd tot het omschrijven van een werkhypothese, de meest waarschijnlijke oorzaak van de klachten. De

tweede vraag is: 'Wat waren de belangrijkste bevindingen die je daaraan deden denken?' Deze vraag richt zich op het expliciteren van de klinische gegevens die de leerling tot deze werkhypothese hebben gebracht, en biedt de opleider de kans om in te schatten hoe de (co-)assistent verschillende gegevens heeft gewogen en geanalyseerd. De derde vraag is: 'Wat heb je nog meer overwogen?' Hiermee krijgt de opleider inzicht in de ziektescenario's bij de (co-)assistent. Deze manier van vragen stellen helpt dus om de kwaliteit van het diagnostisch redeneren van de (co-)assistent te toetsen en te stimuleren. Uit onderzoek is gebleken dat (co-)assistenten deze wijze van supervisie waarderen, en dat het hen helpt om de vaardigheid van het klinisch redeneren onder de knie te krijgen.^{2,17}

Tijdens het stellen en beantwoorden van de drie WAT-vragen komt de (co-)assistent er meestal zelf achter welke gegevens nog ontbreken in de ziektegeschiedenis. Op deze wijze leert de (co-)assistent haar anamnese- en onderzoekstechniek bij te stellen. De opleider kan tijdens de supervisie zijn eigen ziektescenario's toevoegen, hetgeen de (co-)assistent helpt om daar in de toekomst zelf aan te denken. De one minute preceptor method dient zodoende zowel de patiëntenzorg als de ontwikkeling van de vaardigheid van het diagnostisch redeneren bij de (co-)assistent.

De STAMPPOT-methode Om het onthouden van de principes van de one minute preceptor method te bevorderen, en om het proces af te sluiten met het zelf verwerken van aanvullende kennis door de (co-)assistent hebben wij de one minute preceptor method uitgebreid tot de STAMPPOT-methode. In tabel 2 staan de stappen van deze werkwijze opgesomd, waarmee tevens het acronym duidelijk wordt.

De STAMPPOT-methode begint met het samenvatten van de ziektegeschiedenis tot een accurate probleemstelling, en het toespitsen en analyseren van de differentiaaldiag-

TABEL 1 Stappen in de 'one minute preceptor method', een methode voor supervisie van (co-)assistenten^{1,2}

stappen

laat de (co-)assistent het probleem van de patiënt in één zin samenvatten om te komen tot een accurate probleemstelling
stel de drie WAT-vragen

Wat denk je dat deze patiënt heeft?

Wat zijn de belangrijkste gegevens waardoor je tot deze werkhypothese bent gekomen?

Wat heb je nog meer overwogen?

TABEL 2 Stappen in de STAMPPOT-methode, een nieuwe methode voor supervisie van (co-)assistenten

stappen

Samenvatten van ziektegeschiedenis*

Toespitsen van differentiaaldiagnose†

Analyse van differentiaaldiagnose‡

Medische vragen stellen aan supervisor; deze kan als antwoord Paretjes meegeven

Plan maken voor patiënt

Opdracht voor zelfstudie naar aanleiding van patiënt formuleren

Toetsen

* Vergelijkbaar met de accurate probleemstelling uit tabel 1.

† Vergelijkbaar met de eerste WAT-vraag uit tabel 1.

‡ Vergelijkbaar met de tweede en derde WAT-vraag uit tabel 1.

LEERPUNTEN

- De STAMPPOT-methode is een simpele manier om bij de supervisie van een (co-)assistent patiëntenzorg en onderwijs efficiënt te integreren.
- De twee basisstappen van de methode zijn het samenvatten van de ziektegeschiedenis van de patiënt in een korte probleemstelling, en het stellen van 3 WAT-vragen (wat denk je dat deze patiënt heeft, wat zijn de belangrijkste gegevens waardoor je tot deze werkhypothese bent gekomen, en wat heb je nog meer overwogen).
- De STAMPPOT-methode helpt om het klinisch redeneren van ervaren klinici inzichtelijk te maken voor en over te dragen aan jonge dokters.

nose met de drie WAT-vragen die hierboven zijn beschreven.

Tijdens dit proces wordt de (co-)assistent in staat gesteld om medische vragen te stellen aan de supervisor. Dit is een omkering van de traditionele manier van supervisie en eigenlijk veel logischer. De ervaren clinicus is immers degene die heeft geleerd hoe de kennis te gebruiken en kan hierover klinische 'pareltjes' meegeven (bijvoorbeeld: 'Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn net zo betrouwbaar om een pneumonie vast te stellen als een thoraxfoto'). De kans dat een dergelijk pareltje beklijft is groot omdat het opgehangen is aan de eigen actuele ervaring van de (co-)assistent.

Vervolgens moet er natuurlijk een diagnostisch en therapeutisch plan voor de patiënt gemaakt worden. Vrijwel altijd zal de (co-)assistent na deze ervaring nog met vragen zitten. Dit is dan ook het moment om de (co-)assistent te helpen een opdracht voor zelfstudie naar aanleiding van deze patiënt te formuleren, bijvoorbeeld: 'Lees dit overzichtsartikel over richtlijnen voor de diagnostiek van community acquired pneumonie en vat voor jezelf

de 3 belangrijkste leerpunten daarvan samen.' De cyclus wordt vervolgens gecombineerd door het toetsen van deze leeropdracht bij een volgende ontmoeting tussen (co-)assistent en opleider.

In de praktijk Hoe verloopt nu het gesprek met de coassistent in uw praktijk die we aan het begin van dit artikel introduceerden? U laat haar eerst het probleem in 1 of 2 zinnen samenvatten. Vervolgens doorloopt u met haar de drie WAT-vragen en kunt u haar pareltjes meegeven waardoor ze de recente hoestklachten leert te onderscheiden van een toename van chronisch recidiverende hoest. In het bijzijn van de coassistent bespreekt u uw beleid met de patiënt. U vraagt de coassistent om de standaard 'Acuut hoesten' van het Nederlands Huisarts-genootschap na te lezen, en daar volgende week voor de andere coassistenten een korte presentatie over te houden.

CONCLUSIE

De STAMPPOT-methode is een manier om bij de supervisie de zorg voor de patiënt te integreren met het expliciet oefenen van het diagnostisch redeneren door de (co-)assistent. Zowel uit onze eigen ervaring als uit onderzoek blijkt dat deze werkwijze eenvoudig aan te leren en toe te passen is door opleiders.¹⁷ (Co-)assistenten waarderen de methode, en deze helpt hen grip te krijgen op hun eigen diagnostisch proces, en hun diagnostische vaardigheden te verbeteren.³

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 16 november 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2702

[Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- 1 Van Herwaarden CLA, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan artsopleiding 2009. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU); 2009.
- 2 Aagaard E, Teherani A, Irby DM. Effectiveness of the one-minute preceptor model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Acad Med* 2004;79:42-9.
- 3 Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med* 2003;78:893-8.
- 4 Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006;355:2217-25.
- 5 Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Acad Med* 2010; 85:1118-24.
- 6 Snoek JW. 'Pluis/niet pluis': een valide denkmethode. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2010;154:A1766.
- 7 Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ* 2005;39:98-106.
- 8 Coderre S, Mandin H, Harasym PH, Fick GH. Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success. *Med Educ* 2003;37:695-703.
- 9 Groves M, O'Rourke P, Alexander H. The clinical reasoning characteristics of diagnostic experts. *Med Teach* 2003;25:308-13.
- 10 Norman GR, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ* 2010;44:94-100.
- 11 Schmidt HG, Rikers RM. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Med Educ* 2007;41:1133-9.

- 12 Brooks LR, LeBlanc VR, Norman GR. On the difficulty of noticing obvious features in patient appearance. *Psychol Sci* 2000;11:112-7.
- 13 Mamede S, Schmidt HG, Rikers RM, Penaforte JC, Coelho-Filho JM. Influence of perceived difficulty of cases on physicians' diagnostic reasoning. *Acad Med* 2008;83:1210-6.
- 14 Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ* 2007;41:1140-5.
- 15 Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ* 2009;338:b1860.
- 16 Brand PLP, Boendermaker PM, Venekamp R. Kennistoetsing. In: Brand PLP, Boendermaker PM, Venekamp R, editors. *Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk*. Houten: Prelum; 2010. p. 112-8.
- 17 Furney SL, Orsini AN, Orsetti KE, Stern DT, Gruppen LD, Irby DM. Teaching the one-minute preceptor. A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2001;16:620-4.