Opleiding communicatie in de opleidingspraktijk: observatie, videoconsultatie, patiëntenfeedback

Patrick Holla, KU Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Opleiding communicatie in de opleidingspraktijk: Observatie, videoconsultatie, patiëntenfeedback.

Achtergrond: Goede communicatie wordt beschreven als een van de zeven CanMEDS rollen en is een essentiële vaardigheid voor artsen. In de opleiding geneeskunde wordt reeds veel tijd besteed aan communicatietraining met lessen, trainingssessies en praktische examens. Tijdens de huisartsopleiding wordt de communicatievaardigheid verder ontwikkeld via praktijk gebaseerd leren.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek wordt nagegaan hoe de training van communicatievaardigheden van huisartsen in opleiding wordt georganiseerd in de opleidingspraktijk. Hoe wordt observatie ervaren en hoe wordt er omgegaan met feedback? Wat zijn de meningen en bedenkingen over videoconsultaties? Wordt er gebruik gemaakt van patiëntenfeedback, en op welke manier?

Methode: Er werd een exploratief kwalitatief onderzoek opgezet met als deelnemers Vlaamse huisartsen in opleiding. Er werden 4 semi-gestructureerde interviews en een focusgroep met 8 deelnemers georganiseerd. De resultaten werden volgens de ‘grounded theory’ methode geanalyseerd en vergeleken met de literatuur.

Resultaten: Uit het onderzoek vloeien een aantal aanbevelingen voor de praktijk voort. Om de opbrengst van videoconsultaties te optimaliseren moet gestreefd worden naar een praktische en veilige omgeving voor HAIO en patiënt, en moet feedback op de video’s vanuit verschillende bronnen en gefocust op het functioneren van de HAIO worden aangeboden. Om patiëntenfeedback op een nuttige manier te kunnen gebruiken zou een gevalideerde tool ontwikkeld moeten worden. Er is interesse voor en nood aan bijkomende gestructureerde communicatietraining, wat in de seminaries zou kunnen worden ingebed.

Inhoudsopgave

1. Inleiding ……..……5
2. Methode ……..……6
    2.1. Opzet onderzoek ……..……6
    2.2. Literatuuronderzoek ……..……..6
    2.3. ‘Veldonderzoek’ ……..……..6
3. Resultaten ……..……8
    3.1. Opleiding communicatie tijdens de opleiding geneeskunde ……..……8
    3.2. Directe observatie ……..……..8
    3.3. Videoconsultaties ……..……9
        3.3.1. Algemene bemerkingen over videoconsultaties ……..……9
        3.3.2. Voor- en nadelen van videoconsultaties ……10
        3.3.3. Praktische bedenkingen bij videoconsultaties ……..10
        3.3.4. Patiënten selecteren voor videoconsultaties ……..11
        3.3.5. Effecten van camera op HAIO’s ……..11
        3.3.6. Effecten van camera op patiënten ……..12
        3.3.7. Feedback op videoconsultaties ……..12
    3.4. Feedback ……13
        3.4.1. Het geven van feedback ……..13
        3.4.2. Opmerkingen i.v.m. feedback van HAIO’s ……13
        3.4.3. Opmerkingen i.v.m. feedback van PO ……..14
        3.4.4. Feedback van patiënten ……..14
        3.4.5. Feedback toepassen ……15
    3.5. Leerproces ……15
4. Discussie ……16
    4.1. Analyse van de resultaten en vergelijking met de literatuur ……..16
    4.2. Aanbevelingen voor de praktijk ……..18
    4.3. Sterktes ……..19
    4.4. Zwaktes ……..19
5. Conclusie ……20
6. Referentielijst ……21
7. Bijlagen ……22
    7.1. Protocol interviews ……22
    7.2. Protocol focusgroep ……..23
    7.3. Protocol thesis ……24
    7.4. Ethische goedkeuring ……27

1 Inleiding

Goede communicatie is een essentieel onderdeel van een goede consultatie, evenwichtige arts-patiëntrelatie en uiteindelijk een tevreden patiënt. Zoals beschreven in de CanMEDS dient de arts een goede communicator te zijn, en zowel de informatiestroom van patiënt naar arts als andersom te kunnen faciliteren. (1)

De opleiding tot communicator begint in het eerste jaar geneeskunde, en duurt de hele carrière. Tijdens de laatste jaren geneeskunde worden meerdere specifieke lessen gewijd aan communicatietraining en worden enkele klinische examens (OSCE's) georganiseerd ter evaluatie van de communicatievaardigheden. (2)

Wat volgt zijn twee jaren als huisarts in opleiding (HAIO), waar de theoretische en praktische oefeningen worden omgezet in full-time praktijk gebaseerd leren. Het aanleren van competente communicatie verloopt in meerdere fases, waarbij men eerst geconfronteerd wordt met de uitkomst van het eigen handelen, zich bewust moet worden van het eigen handelen en onderliggend referentiekader. Vervolgens moet er gezocht worden naar alternatief gedrag, wat zich door oefening eigen gemaakt moet worden. Tenslotte wordt dit eigen gemaakte gedrag deel van het communicatieve repertoire. (3)
Om dit proces van 'werkplekleren' vlot te laten verlopen zijn veiligheid en cognitieve en emotionele ruimte voor de HAIO essentieel. (3) (4) Feedback krijgen op het communicatief functioneren is van een niet te onderschatten belang. Bovendien moet deze feedback afgestemd zijn op de educatieve noden van de HAIO (learner-centred) (5)(6), concrete informatie bevatten, en zo snel mogelijk op de werkvloer in de praktijk gebracht kunnen worden. (5)

In dit onderzoek focus ik mij op HAIO's in België, en tracht ik te onderzoeken hoe de training van communicatievaardigheden in de huisartsopleiding georganiseerd wordt. Hoe wordt directe observatie en feedback ervaren? Wat zijn de meningen over videoconsultaties? Wat te doen met patiëntenfeedback?

2 Methode

2.1 Opzet onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel de opleiding tot communicator tijdens de 2-jarige HAIO opleiding in kaart te brengen, en de uitkomsten hiervan te vergelijken met de beschikbare literatuur over het onderwerp.
Hiervoor werden semi-gestructureerde interviews met HAIO's georganiseerd. Later in het onderzoek vond nog een focusgroep gesprek onder HAIO's plaats. In deze gesprekken was het de bedoeling de meningen en ideeën over communicatietraining, observatie, videoconsultaties en feedback van huidige HAIO's te onderzoeken.

2.2 Literatuuronderzoek

Er werd een literatuuronderzoek gedaan waarbij naar relevante publicaties werd gezocht op verschillende databases via Limo. Hierbij werden de volgende zoektermen gebruikt: 'GP communication skills AND teaching', 'GP communication skills AND feedback', 'GP communication skills AND video-tape'. Na het lezen van titels en abstracts werden uiteindelijk 18 relevante artikels weerhouden.

2.3 'Veldonderzoek'

Voor het onderzoek werden eerst HAIO's uit de regio Oost-Vlaanderen aangeschreven en uitgenodigd om deel te nemen aan een interview. Er werden interviews georganiseerd tot een aantal waarna er saturatie van de data leek op te treden, en er dus geen nieuwe thema's of inzichten aangesneden werden, ofwel tot er geen verdere HAIO's bereid werden gevonden deel te nemen. Er werd diversiteit onder de deelnemers nagestreefd (moment in opleiding, soort praktijk, soort patiëntenpopulatie). Uiteindelijk konden er vier interviews plaatsvinden.

Het betrof semi-gestructureerde interviews. Dit wil zeggen dat er vooraf een topic-lijst

werd opgesteld met alle onderwerpen die zeker aan bod moesten komen. Tijdens de interviews werd aan de geïnterviewden de ruimte gelaten zelf onderwerpen ter sprake te brengen.

Op basis van de interviews werd een iets aangepaste topic-lijst samengesteld. Er werd tijdens een seminarie een groep HAIO's bereid gevonden deel te nemen aan een focusgroep-gesprek. Dit betrof een gesprek met 8 deelnemers. Voorafgaand aan de focusgroep werd uitleg en duiding gegeven over het onderzoek en werden de thema's die aan bod dienden te komen kort toegelicht. Elke deelnemer werd gestimuleerd om aan het woord te komen. Door de mogelijkheid van interactie tijdens het gesprek konden de besproken thema's verder uitgediept worden.

Alle gesprekken werden opgenomen op audiotape en nadien letterlijk uitgeschreven. De teksten werden volledig gecodeerd, waarbij er voor elke uitspraak relevante woorden of uitdrukkingen werden neergeschreven. Zo werd er een 160-tal codes weerhouden. Tenslotte werden deze codes gegroepeerd in thema's en subthema's. Er werd ook gekeken naar onderlingen verbanden tussen verschillende codes.

3 Resultaten

Wat volgt zijn de onderzoeksresultaten besproken per thema. Waar mogelijk wordt de uitkomst verduidelijkt met een citaat uit de interviews.

3.1 Opleiding communicatie tijdens de opleiding geneeskunde

Wat betreft theoretische achtergrond over communicatievaardigheden is de algemene consensus dat dit voldoende aan bod kwam. Hoewel HAIO's het idee dat veel theorie en technieken onbewust worden aangeleerd onderschrijven, overheerst het gevoel dat het moeilijk is theorie in praktijk om te zetten: *"concreet, eigenlijk ben je niet echt voorbereid, maar je wordt een beetje in het diepe gegooid en je zwemt verder"*.

Het gebruik van rollenspellen en simulaties met echte patiënten wordt over het algemeen positief geëvalueerd. HAIO's hebben het gevoel hier zeer veel uit geleerd te hebben. Wel komen er een aantal voorwaarden naar boven: de groep mag niet te groot zijn, er moet een vaardige 'spelleider' zijn en constructieve feedback is belangrijk.
Sommigen vonden een rollenspel te kunstmatig en gaven daarom de voorkeur aan echte simulatiepatiënten, anderen vonden het moeilijk om zelf een patiënt te spelen: *"dikwijls had ik het gevoel dat het heel kunstmatige situaties waren […] zeker in de lessen als we onder elkaar moesten oefenen […] het voelt zo onwennig, vooraan voor gans de groep met twee een consult gaan doen"*

3.2 Directe observatie

Mee volgen met de consultatie van praktijkopleider (PO) wordt niet veel gedaan en ook niet nuttig gevonden, vooral door contextuele factoren: *"geconcludeerd dat dat niet zo nuttig was voor mij omdat PO heel andere manier van communiceren heeft […] vaak al een band met de patiënt heeft […] en helemaal niet zo'n communicatiemodel volgt".*

Over directe observatie (waarbij PO mee volgt met het consult van de HAIO) zijn de meningen wat meer verdeeld. Het feit dat de PO een compleet beeld van de consultatie heeft en direct feedback kan geven wordt als positief aangehaald. Ook vonden sommige HAIO's dit minder artificieel aanvoelen dan een videoconsultatie. Toch blijkt deze manier van beoordeling van communicatievaardigheden in de praktijk weinig toegepast. Hiervoor worden uiteenlopende redenen gegeven:
- Tijdsgebrek: *"mijn PO heeft er echt geen tijd voor".*
- Effect op HAIO: *"zelf heb je meer stress, en volgt misschien je consultatiemodel strikter".*
- Effect op patiënt: *"Ik denk dat het ook raar is voor een patiënt die u altijd alleen ziet, en dan zit er plots iemand naast" "misschien is dat ook wel slecht qua vertrouwensrelatie" "volgens mij gaan heel veel patiënten op den duur tegen mijn PO praten ipv tegen mij".*

HAIO's ervaren moeilijkheden met feedback na directe observatie omwille van structurele factoren: *"als ze zeggen je doet dat niet goed, kun je niet zoals bij een video terugspoelen en jezelf zien" ,* alsook beoordelaar gerelateerde factoren: *"natuurlijk is het soms moeilijk aan te nemen […] relatie HAIO - opleider is niet volledig gelijk […] dan ga ik minder de neiging hebben te zeggen 'nee daar ben ik het niet mee eens'"*.
Feedback wordt het best geapprecieerd als het concreet is en alternatieven biedt.

3.3 Videoconsultaties

3.3.1 Algemene bemerkingen over videoconsultaties

De eigen consultatie wordt opgenomen op video en nadien zowel door de HAIO zelf bekeken als door collega HAIO's, soms de PO of nog andere beoordelaar. Over het algemeen wordt dit beschouwd als zeer nuttig, en een goede manier om beter te leren communiceren.

Sommige HAIO's maken (veel) meer dan de voor de opleiding verplichte 3 video's: *"ja ik probeer er wel meer te doen, je haalt er zoveel uit, ik vind dat een van de beste manieren van lesgeven".*
Er wordt schroom en terughoudendheid om eraan te beginnen ervaren, vooral omdat het als confronterend wordt gezien jezelf bezig te zien op video. Hoewel dit als vervelend wordt ervaren, vermindert dit gevoel snel na meerdere video's op te nemen door een soort gewenning: *"het is wel zo dat als je meerdere video's achter elkaar opneemt […] het naar de laatste consulten toe veel beter is. Ik begon de camera zelfs een beetje te vergeten".*

3.3.2 Voor- en nadelen van videoconsultaties

Het voordeel dat tijdens de gesprekken telkens naar de voorgrond kwam was het jezelf kunnen bezig zien, waardoor de communicatievaardigheden kunnen bijgestuurd worden. Dit ook wat betreft kleine details van non-verbale communicatie die enkel opvallen in een video. Er werd meermaals aangehaald dat videoconsultaties de nuttigste 'opleidingstaak' is en er veel uit geleerd wordt.

Er werd een aantal problemen in verband met video's aangehaald. Het feit dat er uitdrukkelijk informed consent van de patiënt moet zijn werd als storend ervaren: *"als je een video opneemt moet je al eerst vragen of dat mag, en het ontvangen van de patiënt kan ook niet beoordeeld worden".*
Een video opnemen vergt toch een inspanning, ook qua tijdsinvestering. Didactisch minder nuttige consultaties opnemen geeft dan ook frustratie: *"ik denk dat video's voor mijzelf niet zoveel meerwaarde hebben […] ik denk dat je gewoon af en toe moet reflecteren […] dan zou je al toevallig een consultatie moeten opgenomen hebben waarover je wilde reflecteren".*

3.3.3 Praktische bedenkingen bij videoconsultaties

Wat betreft praktische zaken wordt vooral gepoogd de video's tijdens een rustig moment op te nemen, wordt er gevraagd geen telefoons door te schakelen, en worden andere 'stoorzenders' zoals spelende kinderen zoveel mogelijk vermeden.

Er wordt zowel gebruik gemaakt van GSM, webcam als cameratoestel. Het toestel goed kennen voorkomt veel technische problemen. HAIO's proberen het toestel zo veel mogelijk uit het zicht te plaatsen om minder interferentie met de consultatie te veroorzaken: *"ik zeg tegen de secretaresse om geen telefoons door te schakelen […] ik zorg ook dat het goed verlicht is, dat patiënt niet maar ik wel in beeld ben […] ik doe het gewoon met GSM, dat is het gemakkelijkst".*
De meerderheid van de HAIO's geeft er de voorkeur aan meerdere consultaties achter elkaar op te nemen, om in een soort flow te komen en een bepaalde gewenning te bekomen.

3.3.4 Patiënten selecteren voor videoconsultaties

Vanuit de opleiding wordt geadviseerd voor een videoconsultatie een pathologie te kiezen waarmee je vertrouwd bent, zodat je jezelf niet vastrijdt. Situaties waarbij HAIO's vermijden een video op te nemen zijn onder andere nieuwe ongekende patiënten, slechtnieuwsgesprekken en psychologisch georiënteerde gesprekken. Er wordt vooral geselecteerd op aanmeldingsklacht, en op patiënten die 'sympathiek' zijn: *"ik denk dat iedereen wel mensen zoekt die sympathiek zijn of die je goed kent."*

Toch komt meermaals naar voren dat het wel nuttig zou zijn ook consultaties die minder vlot verlopen, of een moeilijk gesprek bevatten, op te nemen op video, omdat hierover meer nuttige feedback kan gegeven worden dan over een perfecte consultatie: *"alhoewel, ik zou juist consultaties kiezen waarover veel te zeggen is wat fout is gelopen, een perfecte consultatie kan je niks uit leren".*

3.3.5 Effecten van camera op HAIO's

Veel HAIO's gaven in de gesprekken aan een negatief effect van de camera op het eigen functioneren te merken. Vaak voelt het geforceerd en komt het ook zo over. Anderen voelen zich 'in de war', zijn te gefocust op het medische vlak, om niets te vergeten te vragen, dat er niet goed wordt geluisterd naar de patiënt: *"ik merk […] dat ik compleet anders ben tegenover patiënten dan anders […] vanaf dat die camera*

aangaat ben ik zelfs een beetje in de war, van alles aan het overlopen in m'n hoofd, waar dat normaal veel vlotter gaat".
Soms geeft de aanwezigheid van een camera ook een negatief affect. De HAIO is zich bewust van de camera, wat confronterend kan voelen: *"ik vind het confronterend"* en *"het blijft wel in uw hoofd zitten, van 'dit wordt opgenomen en mijn PO gaat ernaar kijken'".*

3.3.6 Effecten van camera op patiënten

Zo nu en dan zijn er patiënten die zich anders dan anders gedragen als er een video opgenomen wordt. Sommige patiënten proberen te 'acteren', anderen zijn misschien niet zo openhartig als eigenlijk gewenst: *"de patiënt doet op een of andere manier ook geforceerd, en durft misschien niet over zaken te spreken waar hij anders wel over wou beginnen".*
Echter bij de meeste patiënten is dit makkelijk te verhelpen door goede uitleg vooraf en het plaatsen van de camera uit het zicht. Bij een klein percentage van patiënten gaat het gewoon niet, een video opnemen.

3.3.7 Feedback op videoconsultaties

Bij het kijken naar en beoordelen van eigen video's wordt vooral subjectief gekeken: zit de structuur van het consult goed? Heb ik een goede klik met de patiënt? Met welk gevoel kom ik uit dat consult? Voelt de patiënt zich geholpen? Hoe zit het met de non-verbale communicatie? Viel me iets op? *"voor het evalueren van anderen gebruik ik de 'common ground tool'. Voor mezelf ben ik daar niet zo voor. Ik zet in op persoonlijke communicatie, een goede klik met de patiënt, probeer een connectie te maken met mijn patiënt. Met zo'n formulier lukt dat niet zo goed".*

Bij het beoordelen van video's van anderen wordt er enerzijds ook subjectief gekeken, en daar waar er zaken opvallen commentaar gegeven. Door enkele HAIO's worden hulpmiddelen gebruikt, zoals de 'common ground tool', of een zelf samengesteld hulpmiddel.

Er wordt tegelijkertijd ook veel geleerd door het bekijken van de video's van collega-HAIO's: *"uit video's van anderen leer ik ook veel, en pas het ook zelf toe soms".*

Feedback van anderen wordt zeer nuttig geacht en ook veel toegepast op het eigen functioneren. Feedback vanuit verschillende bronnen (collega-HAIO, PO) wordt geapprecieerd, hoewel sommige HAIO's aangeven dat hun PO weinig tijd heeft om video's te bekijken en bespreken: *"Ik denk dat veel mensen zullen zeggen dat hun PO's minder naar video's gekeken hebben wegens tijdsgebrek".*

3.4 Feedback

3.4.1 Het geven van feedback

In de gesprekken ging het vooral over het geven van feedback over videoconsultaties. In sommige seminariegroepen wordt verwacht 3 video's van telkens 3 collega-HAIO's te beoordelen (9 in totaal). Dit wordt beschouwd als een vrij hoge werklast, maar toch ook als een nuttige taak: *"video's van anderen bekijken en feedback geven leer ik zelf ook veel uit".*

3.4.2 Opmerkingen i.v.m. feedback van HAIO's

Bij het bekijken van video's via het videoplatform ontbreekt er soms wat duiding ivm contextuele factoren, waardoor de relevantie van het commentaar in gevaar komt: *"soms vond ik de feedback van collega's niet zo relevant […] in onze praktijk komen veel taal- en culturele problemen, waarmee zij niet bekend zijn, waardoor het commentaar daarover minder relevant was".*
Door meerdere HAIO's werd voorgesteld videoconsultaties samen te bekijken en te bespreken, bijvoorbeeld in de seminariegroep: *"samen kijken in groep en discussiëren, ik vind dat nuttiger dan iets typen op dat platform".*

3.4.3 Opmerkingen i.v.m. feedback van PO

Terugkerend thema is het tijdsgebrek bij PO's, en meer algemeen de beperkte tijd beschikbaar voor overleg en teaching, waarbij er anderzijds veel andere overlegprioriteiten bestaan naast communicatievaardigheden: *"meer aandacht voor communicatievaardigheden lijkt in eerste plaats nuttig […] denk dat het moeilijk te realiseren is in opleidingspraktijk […] er is al weinig tijd voor overleg […] eerder tijd gemaakt voor een onderwerp wat uit te diepen, dat was denk ik veel interessanter".*

Wanneer er samen met PO naar de video's gekeken wordt en het besproken wordt, wordt dat wel als nuttig en waardevol beschouwd.

3.4.4 Feedback van patiënten

Feedback van patiënten op het functioneren van de arts wordt, zeker in de opleidingsjaren, waardevol en nuttig gevonden. Tijdens de interviews zijn er verschillende manieren om feedback van patiënten te verzamelen besproken.

- Via de PO: *"of soms zegt mijn PO: er is een patiënt bij mij geweest die de vorige keer heel tevreden was van u".*
- Onrechtstreeks: patiënten die bij de HAIO blijven komen, patiënten die goed het advies van HAIO opvolgen, patiënten die later in de opleiding positief commentaar geven over de HAIO.
- Direct: *"soms heb je gewoon patiënten die u bedanken en zeggen je hebt dat goed uitgelegd en nu snap ik het tenminste, of 'ik voel me goed bij u' of 'ik kom liever bij u dan bij de collega'".*

Tijdens het focusgroep gesprek zijn er voorstellen gedaan voor manieren om meer patiëntenfeedback te kunnen verzamelen, onder andere een kleine bevraging bij het buiten komen, of een vragenlijst laten invullen. Op de vraag hoe zoiets praktisch te organiseren of hoe zo'n lijsten correct te interpreteren werden nog geen antwoorden geformuleerd.

3.4.5 Feedback toepassen

HAIO's hebben over het algemeen het gevoel de gekregen feedback goed te kunnen toepassen.
Anderen vinden beoordelingscriteria soms te strikt en hebben moeite hun eigen communicatiestijl hierin te passen: *"aan de ene kant heb je je eigen stijl, maar aan de andere kant ben je geneigd die overboord te gooien omdat je dat formulier hebt waarop staat wat er zeker in (de consultatie) moet zitten".*
Een laatste vorm van feedback is deze verkregen na het stationsexamen (OSCE), welke moeilijk toe te passen blijkt: *" daarvan is de feedback wat te beperkt vind ik, en natuurlijk kun je ook niet terugkijken".*

3.5 Leerproces

Wat betreft vooruitgang in communicatievaardigheden wordt door iedereen een geleidelijke positieve evolutie doorheen de opleidingsjaren gezien. Waar men in het eerste jaar vooral bezig is pathologieën, diagnostiek en behandelingsbeleid aan te leren, verschuift de focus in het tweede jaar meer en meer naar communicatievaardigheden, en het aanpassen van de communicatie aan de soort patiënt die voor je zit.
Moeilijke gesprekken zoals slechtnieuwsgesprekken verlopen aan de start van de opleiding stroef en ongemakkelijk, waar het later veel beter gaat door meer routine, zelfzekerheid en meer kennis: *"uiteraard gaat uw zelfvertrouwen erop vooruit, waardoor uw consultaties ook vlotter gaan, en er zit meer routine in".*

Als belangrijkste factoren in deze vooruitgang wordt vooral routine en natuurlijke evolutie genoemd, maar ook het krijgen van feedback en zelfreflectie zijn belangrijk: *"ik denk dat je naar jezelf moet durven kijken en reflecteren".*

4 Discussie

4.1 Analyse van de resultaten en vergelijking met de literatuur

Er wordt tegenwoordig tijdens de opleiding geneeskunde meer de nadruk gelegd op het vak ‘communicatievaardigheden’, waarbij er vanaf de eerste jaren trainingen worden georganiseerd met groepjes studenten, rollenspellen en simulatiepatiënten. Voor het ontwikkelen van een uitgebreid ‘communicatierepertoire’ is het van belang dat er in een veilige omgeving geoefend kan worden waarin alternatieven kunnen worden geprobeerd, en er ruimte is voor reflectie (7). Wat dat betreft lijkt de opleiding geneeskunde de ideale plaats hiervoor. Van belang om de oefensessies zo effectief mogelijk te maken, is het klein houden van de groepen, een actieve rol door de studenten en het direct krijgen van feedback. (2) Dit wordt bevestigd door de HAIO’s uit deze studie. Een belangrijke stap om voortgang te maken in communicatievaardigheden is regelmatig geëvalueerd worden (7). Gedurende de opleiding geneeskunde wordt er op verschillende momenten een stationsproef (OSCE) georganiseerd. De feedback op deze toetsen wordt nuttiger gevonden naarmate deze uitgebreider en concreter wordt aangeboden.

Directe observatie tijdens de huisartsenopleiding (waarbij PO meekijkt met de consultatie van HAIO) wordt gezien als een van de mogelijke manieren om feedback te verkrijgen op het communicatief functioneren. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat deze manier van feedback verzamelen niet veel wordt gebruikt omwille van uiteenlopende redenen. Enerzijds is het tijdsintensief voor de PO, waar er vaak al een zeer drukke agenda bestaat. Anderzijds geeft deze manier van beoordelen veel HAIO’s een minder goed gevoel, en wordt het ook minder nuttig gevonden dan bijvoorbeeld het gebruik van videoconsultaties. Uit studies komen aanwijzingen dat het zelf bekijken van eigen videoconsultaties gecombineerd met feedback inderdaad superieur is aan enkel mondelinge feedback op het vlak van aanleren en bijsturen van communicatievaardigheden (8).

Wat betreft het gebruik van videoconsultaties vallen er een aantal dingen op in deze studie.

Er heerst onder HAIO's een positieve attitude over het opnemen van de eigen consultatie en HAIO's hebben het gevoel dat het nuttig is voor de eigen progressie in communicatievaardigheden. Dit komt overeen met de bevindingen in een studie specifiek over videoconsultaties onder HAIO's, waar 90% van de ondervraagden progressie van het eigen functioneren merkte (9).
Feedback van opleiders en mede-HAIO's is van groot belang. Uit enkele studies blijkt dat een videoconsult pas nuttig is als het vergezeld wordt van feedback, terwijl een video die enkel door de HAIO zelf bekeken wordt minder opbrengt. (10) (11). Bovendien moet de feedback gericht zijn op het functioneren van de HAIO en constructief zijn (learner-centred) (5).
Beoordeling van meer dan één video geeft een juister beeld van de competenties van de HAIO omdat het progressie laat zien en de HAIO de kans geeft feedback en nieuwe kennis te integreren. (12) Één van de HAIO's in het onderzoek had het gevoel minder relevante feedback te krijgen omdat de contextuele factoren van de consultatie niet gekend waren. Uit onderzoek blijkt dat er inderdaad een impact van contextuele factoren op de beoordeling van communicatie is, omdat de arts zijn of haar communicatie aanpast aan de context. Wanneer de context mee in rekening genomen werd, werd de communicatie positiever beoordeeld (op de MAAS-global scale). (13) (14)
Meerdere HAIO's uit de studie zaten voor en tijdens de video-opnames met een eerder negatief gevoel. Het werd geforceerd, onnatuurlijk, confronterend genoemd. Uit ander focusgroep onderzoek onder studenten geneeskunde (15) blijkt dat deze emotionele stress tijdens het opnemen van videoconsultaties veel voorkomt, maar dat de ervaring desalniettemin positief en nuttig wordt gewaardeerd. Van belang is een veilige omgeving (7), geruststelling en support tijdens het proces van het opnemen van video's.

Tijdens de gesprekken kwam er een opmerkelijke discrepantie naar boven. Enerzijds worden er meestal 'makkelijke' consultaties gekozen om op te nemen, terwijl er anderzijds verwacht wordt dat moeilijkere consultaties veel meer opbrengen wat betreft leermogelijkheden. Een mogelijke oplossing is het opnemen van enkele consultaties op rij op een vooraf afgesproken tijdstip, zonder vooraf te selecteren op patiënt of probleem.

HAIO's blijken geïnteresseerd te zijn in feedback van patiënten op hun functioneren. Deze feedback wordt vooral indirect verzameld en blijft meestal een zeer oppervlakkige indicatie van patiënttevredenheid. Uit onderzoek blijkt dat patiëntenfeedback maar een invloed op het functioneren van dokters heeft als het aan een aantal voorwaarden voldoet (16). Zo moet het specifieke, beschrijvende informatie bevatten, via een betrouwbare methode verzameld zijn, en op zo'n manier naar de dokters teruggekoppeld worden dat het een reflectieve discussie en het formuleren van haalbare gedragsveranderingen bevordert (16). Onderzoek in een ziekenhuissetting toonde ook aan dat hoe meer dokters zich bewust waren van patiëntenfeedback, hoe hoger de patiënttevredenheid was (17). Mogelijke risico's zijn zowel onbewust als bewust misbruik door de patiënt (bijvoorbeeld negatieve feedback geven wegens te lange wachttijd, verschil in agenda van dokter en patiënt…) (18). Om de feedback zoveel mogelijk te sturen werd een vragenlijst ontwikkeld (Doctor's inter-personal skills questionnaire) (18). Voor het gebruik van zo'n vragenlijst als HAIO, zou deze aangepast en afgestemd moeten worden op de specifieke context van huisartsen in opleiding en gevalideerd moeten worden voor het gebruik in de opleiding.

4.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Videoconsultaties blijken een zeer effectieve manier te zijn voor zelfevaluatie en het verkrijgen van feedback op de eigen communicatievaardigheden. Voor het beste resultaat is het enerzijds van belang dat zowel de patiënt als de HAIO zich op het gemak en veilig voelt bij de opnames. Anderzijds moet de feedback op de video's idealiter vanuit verschillende bronnen komen, en op het functioneren van de HAIO afgestemd aangeboden worden.

Een bron van feedback op de communicatie die in de huisartsopleiding nog niet veel aangeboord wordt is patiëntenfeedback. Om dit op de juiste manier te organiseren zou er meer onderzoek moet gebeuren en daaropvolgend een tool of vragenlijst ontwikkeld moeten worden specifiek voor de context van huisartsen in opleiding.

Uit onderzoek (bij specialisten interne geneeskunde in opleiding) blijkt het in kleine groep bekijken van videoconsultaties, met daarbij interactieve feedback naar de mening van de studenten een positieve invloed te hebben op de professionele ontwikkeling en de communicatievaardigheden te verbeteren. (19)
De seminaries lijken een ideale plaats om tijdens de huisartsopleiding nog een praktijkles communicatievaardigheden te organiseren. Bijvoorbeeld via het interactief bekijken en bespreken van videoconsultaties, of via het organiseren van rollenspellen. Het lijkt dan ook aangewezen om te bekijken of zoiets standaard in het curriculum van de seminariegroepen kan worden ingebed.

4.3 Sterktes

Een sterkte van dit onderzoek was het gebruik van zowel persoonlijke interviews als een focusgroep waardoor er op verschillende manieren data verzameld werd. Zowel de interviews als de focusgroep werden op een semi-gestructureerde manier gevoerd, waardoor er enerzijds geen belangrijke onderwerpen vergeten werden, maar anderzijds de deelnemers de ruimte kregen voor het aanbrengen van eigen thema's.
Er was toch een vrij grote diversiteit onder de deelnemende HAIO's met een goede balans tussen 1e- en 2e-jaars HAIO's en tussen de soort praktijken waar zij stage liepen (solopraktijken, groepspraktijken, wijkgezondheidscentra).

4.4 Zwaktes

Een zwakte van dit onderzoek is het beperkt aantal interviews. Hoewel er tijdens de laatste interviews en focusgroep gesprek geen geheel nieuwe thema's meer bovenkwamen, is het niet zeker dat de bekomen resultaten representatief zijn voor alle HAIO's in Vlaanderen. Bovendien werden de interviews, codering en data-analyse door één enkele onderzoeker uitgevoerd waardoor bias niet uit te sluiten is.

5 Conclusie

In dit onderzoek werd er gezocht naar de mening van huidige HAIO's over communicatietraining tijdens de huisartsen opleiding. Met name werd er gepeild naar de mening over observatie, videoconsultaties en feedback met betrekking tot de vorderingen in communicatievaardigheden. Er werd gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews en een focusgroep. Er werd gezocht naar verbanden tussen de besproken onderwerpen onderling en met de literatuur.

Met videoconsultaties overheerst een haat-liefde verhouding, waarbij er onder veel HAIO's een terughoudendheid en schroom is om eraan te beginnen, terwijl het achteraf gezien als zeer nuttig leerinstrument wordt beschouwd. Belangrijk is om het proces om video's op te nemen praktisch zo veel mogelijk te faciliteren en te zorgen voor een kader en omgeving waarin zowel HAIO als patiënt zich veilig kan voelen. Daarnaast is het belangrijk de feedback op de video's zoveel mogelijk af te stemmen op de noden van de HAIO (learner-centred), en feedback te verzamelen vanuit verschillende bronnen (PO, collega-HAIO's, stagecoördinator).

Wat betreft feedback kwam er tijdens de gesprekken een hiaat naar boven. Waar er interesse voor en behoefte aan patiëntenfeedback is, blijkt dit in de praktijk moeilijk te organiseren en te interpreteren. Hieromtrent werd de aanbeveling gedaan een voor de huisartssetting gevalideerde tool te ontwikkelen.

Een andere aanbeveling die vanuit dit onderzoek naar voren kwam, is om een gestructureerde communicatieles te organiseren tijdens de seminaries. Dit kan in de vorm van bijvoorbeeld het interactief bespreken van videoconsultaties of het spelen van rollenspellen georganiseerd worden.

De grootste zwakte van dit onderzoek is het beperkt aantal interviews. Desalniettemin lijken de resultaten grotendeels in lijn met de bevindingen uit de literatuur. Het lijkt nuttig om in aansluitend onderzoek te zoeken naar valabele praktische implementaties om het luik 'training van de communicatievaardigheden' tijdens de huisartsopleiding nog verder te verbeteren.

6 Referentielijst

1. http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-e
2. Vermander, Van Nuland, Goedhuys. (2013). Feedback in de opleiding communicatievaardigheden in het zevende jaar huisartsgeneeskunde. *Database masterproeven huisartsgeneeskunde KU Leuven.*
3. Valerie van Den Eertwegh, Cees van Der Vleuten, Renée Stalmeijer, Jan van Dalen, Albert Scherpbier, & Sandra van Dulmen. (2015). Exploring residents' communication learning process in the workplace: A five-phase model. *PLoS ONE, 10*(5), E0125958.
4. Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal, 325*(7366), 697.
5. Van Nuland, Thijs, Van Royen, Van Den Noortgate, & Goedhuys. (2010). Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. *Patient Education and Counseling, 78*(1), 65-71.
6. Pinsky, L., & Wipf, J. (2000). A picture is worth a thousand words. *Journal of General Internal Medicine, 15*(11), 805-810.
7. Giroldi, Esther, Veldhuijzen, Wemke, Geelen, Kristel, Muris, Jean, Bareman, Frits, Bueving, Herman, . . . Van der Vleuten, Cees. (2017). Developing Skilled Doctor-Patient Communication in the Workplace: A Qualitative Study of the Experiences of Trainees and Clinical Supervisors. *Advances in Health Sciences Education, 22*(5), 1263-1278.
8. Ozcakar, N., Mevsim, V., Guldal, D., Gunvar, T., Yildirim, E., Sisli, Z., & Semin, I. (2009). Is the use of videotape recording superior to verbal feedback alone in the teaching of clinical skills? *BMC Public Health, 9*, 474.
9. Eeckhout, T., Gerits, M., Bouquillon, D., & Schoenmakers, B. (2016). Video training with peer feedback in real-time consultation: Acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgraduate Medical Journal, 92*(1090), 431-435.
10. Hammoud, M., Morgan, H., Edwards, M., Lyon, J., & White, C. (2012). Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning? A review of the literature. *Advances in Medical Education and Practice, 3*, 19-30.
11. Gillis, A., Morris, M., & Ridgway, P. (2015). Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: A systematic review. *Postgraduate Medical Journal, 91*(1071), 13-21.
12. Oerlemans, M., Dielissen, P., Timmerman, A., Ram, P., Maiburg, B., Muris, J., & Van Der Vleuten, C. (2017). Should we assess clinical performance in single patient encounters or consistent behaviors of clinical performance over a series of encounters? A qualitative exploration of narrative trainee profiles. *Medical Teacher, 39*(3), 300-307.
13. Essers, Van Dulmen, Van Es, Van Weel, Van Der Vleuten, & Kramer. (2013). Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. *Patient Education and Counseling, 93*(3), 567-572.
14. Essers, G., Kramer, A., Andriesse, B., Van Weel, C., Van der Vleuten, C., & Van Dulmen, S. (2013). Context factors in general practitioner - patient encounters and their impact on assessing communication skills - an exploratory study. *BMC Family Practice, 14*(1), 65.
15. Baerheim Anders, & Nilsen Stein. (2005). Feedback on video recorded consultations in medical teaching: Why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Medical Education, 5*(1), 28.
16. Baines, R., Stevens, S., Read, J., Marshall, M., Lalani, M., Bryce, M., & Archer, J. (2018). The impact of patient feedback on the medical performance of qualified doctors: A systematic review. *BMC Medical Education, 18*(1), 1-12.
17. Murante, Vainieri, Rojas, & Nuti. (2014). Does feedback influence patient - professional communication? Empirical evidence from Italy. *Health Policy, 116*(2-3), 273-280.
18. Burford, Greco, Bedi, Kergon, Morrow, Livingston, & Illing. (2011). Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks. *Patient Education and Counseling, 84*(2), E28-E36.
19. Chou, C., & Lee, K. (2002). Improving Residents' Interviewing Skills by Group Videotape Review. *Academic Medicine, 77*(7), 744.

Bijlage 1: Protocol interviews

- informatie over studie geven + laten tekenen consent
- Theorie communicatievaardigheden
  - tijdens opleiding: hoe verlopen?
  - gebruikte bronnen? boeken? websites? tools?
  - gevoel voorbereid te zijn bij start als HAIO?
- Praktijk
  - Directe observatie
    - Laten vertellen hoe en wanneer gebruikt
    - effect op verloop consult?
    - hoe verliep bespreking en feedback?
    - hoe ziet dit er idealiter uit?
  - videoconsultatie
    - mening over videoconsultaties: te veel/weinig/nuttig/andere/doorvragen
    - verloop gebruik van video's
      - praktisch? apparatuur? problemen?
      - welk soort consult volgens u meest geschikt?
      - effect op consult, op patiënt, op eigen functioneren?
      - feedback op video's: zelf bekeken? door PO? besproken? door mede-HAIO's? mening over de feedback? gebruikte tools?
- progressie in het eigen functioneren? waaraan gemerkt?
- feedback van patiënten? hoe?
- Ideeën om opleiding communicatie te verbeteren?

Bijlage 2: Protocol focusgroepgesprek

- informatie over studie en verloop gesprek geven
- iedereen standpunt laten opschrijven over:
  - hoe organiseer jij je opleiding tot communicator?
  - hoe gebruik jij video-opnamen van je eigen consultaties?
  - hoe verzamel je feedback over je communicatievaardigheden?
- iedereen vanuit hier aan het woord laten komen, discussie en opmerkingen van de groep bevorderen
- thema's die zeker aan bod dienen te komen:
  - opleiding communicatie tijdens opleiding geneeskunde
  - directe observatie
  - videoconsultaties
  - feedback: zelffeedback, door PO, door medestudenten, door patiënten

Bijlage 3: Protocol thesis

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title

Opleiding communicatie in de opleidingspraktijk: observatie, videoconsultatie, patiëntenfeedback.

Version 1: Date submission

Date: 23/02/2018

Principal Investigator – Promoter

Name: Jo Goedhuys

Telephone:

E-mail:

The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES

NO □

Sub-investigator – Student(s)

Name: Patrick Holla

Student number: S0217447

Telephone: 0032468309035

E-mail: patrick.holla1@gmail.com

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Er wordt in de opleiding geneeskunde en vervolgopleiding huisartsgeneeskunde reeds veel aandacht besteed aan het aanleren van communicatievaardigheden.
Onder andere specifieke lessen communicatievaardigheden, en het verplicht opnemen van enkele videoconsultaties, die in de seminariegroepen beoordeeld worden. Uit onderzoek blijkt dat studenten de voorkeur geven aan directe feedback op hun prestaties om de kwaliteit van hun communicatievaardigheden te verbeteren. Het doel van deze studie is om in kaart te brengen hoe de opleiding in communicatievaardigheden in de opleidingspraktijken in Vlaanderen georganiseerd is, waar de HAIO's en praktijkopleiders nood aan hebben, en hoe dit te mogelijks te verbeteren valt.

STUDY OBJECTIVES

Hoe gebeurt het inoefenen van communicatievaardigheden in de opleidingspraktijken in vlaanderen? Welke instrumenten worden gebruikt? In hoeverre wordt de praktijkopleider betrokken? Wat is de meest ideale manier, en welk instrument best te gebruiken? Wordt de consultatie zelf door observatiemethoden beinvloed?

4. RESEARCH METHOD

Het onderzoek zal bestaan uit een grondige literatuurstudie, aangevuld met een veldonderzoek. Deze zal bestaan uit semi-gestructureerde interviews met HAIO's en eventueel praktijkopleiders.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

. 5.1. Inclusion and exclusion criteria

Om geïncludeerd te worden moeten de deelnemers eerste- of tweedejaars HAIO of praktijkopleider zijn. Zij zullen uitgenodigd worden voor deelname aan een interview, welke zal plaatsvinden na afname van de geïnformeerde toestemming.

. 5.2. Expected duration

De studie zal lopen van 01/05/2018 t/m 31/08/2019.

5.3. Recruitment

De student zal de HAIO's en/of opleiders uitnodigen tot deelname tot de studie via een brief waarbij (zie annex) de doelstelling van het onderzoek wordt uitgelegd. Wanneer deze personen toezeggen zal een moment gepland worden waarbij het interview zal plaatsvinden. Bij de start van het interview zal de onderzoeker een geïnfomeerde toestemming afnemen waarbij duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling van het onderzoek. Enkel wanneer de deelnemer instemt en de geïnformeerde toestemming ondertekent, zal het interview van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van het interview wordt duidelijk vermeld dat de HAIO/opleider niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek, zijn er geen negatieve gevolgen voor de HAIO/opleider. Daarbij kan het interview op elk moment op vraag van de HAIO/ opleider worden beëindigd. De data van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

6. ANALYSIS

Doel is ten minimaal 20 geincludeerde interviews met HAIO's. De interviews zullen worden opgenomen via geluidsrecorder, letterlijk uitgetypt, gecodeerd en ingedeeld naar aangebracht thema. Verwacht wordt dat een sample grootte van 20 HAIO's voldoende is om saturatie te bereiken, zodat er bij bijkomende interviews geen nieuwe thema's of trends zullen worden aangebracht.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1. Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. Alles wat de respondenten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopname worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. Bijkomend zullen de opgenomen interviews enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker. Transcripts van de interviews zullen volledig geanonimiseerd worden. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een volledig anonieme wijze. Tijdens het onderzoek zullen de geluidsopnames en de transcripts op een beveiligde manier bewaard worden. De student zal deze bestanden bewaren op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles. Na het afronden van de data-analyse zullen de opnames van interviews, de dagboekgegevens en de persoonlijke notities van de interviewer worden vernietigd. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripts aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2. Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In het kader van zijn masterproef krijgt student toegang tot allerhande gegevens, informatie, resultaten en documenten, met inbegrip van persoonsgegevens, al dan niet van patiënten ("Informatie"). Om de vertrouwelijkheid van deze Informatie en de privacy van betrokkenen te waarborgen, dient de student binnen het kader van zijn masterproef altijd met de grootste zorg en discretie om te gaan met Informatie. Onderzoek met mensen, en in het bijzonder patiënten, inclusief het verzamelen en analyseren van persoonsgegevens in het kader van onderzoek vereist inderdaad bijzondere discretie en zorgvuldigheid. De student dient daarom te allen tijde volledige geheimhouding in acht te nemen wat betreft de Informatie waarvan hij bij de uitvoering van zijn masterproef kennis heeft genomen. Bij het uitvoeren van dit onderzoek verbindt de student zich dan ook tot volgende geheimhoudingsplicht:

•
strikt in acht te nemen met betrekking tot de Informatie die hij verzameld heeft en de activiteiten waaraan hij heeft deelgenomen, en met betrekking tot de patiënten, gezonde vrijwilligers en de personeelsleden met wie hij in contact komt;

• hij zal enkel gegevens verwerken en verzamelen die relevant en noodzakelijk zijn voor zijn masterproef;

• hij zal geen gegevens delen met personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij zijn onderzoek;

• hij zal alle nodige maatregelen nemen om de vertrouwelijkheid van Informatie en de privacy van betrokkenen te beschermen;

• hij zal zorgvuldig en verantwoord omgaan met de Informatie en met de verleende toegang tot informatiesystemen en digitale gegevensdragers.

Alle onderzoekers zullen de Informatie vertrouwelijk behandelen en niet delen met derden of gebruiken voor een andere doelstelling dan dit onderzoek. De verzameling, verwerking en uitwisseling van persoonlijke data, zoals gezondheidsinformatie en medische informatie, is onderhevig aan dataprotectie wetgeving.

8. Assessment of RISKS and Safety

Er worden geen specifieke risico's verbonden aan de studie verwacht.

hij aanvaardt, gedurende en na de beëindiging van de masterproef, de discretieplicht

9. APPROVAL
10. PUBLICATION POLICY
11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS 12. REFERENCES
13. ANNEXES

Bijlage 4: ethische goedkeuring

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP004432
Uw kenmerk: Masterproef studie: Opleiding communicatie in de opleidingspraktijk: observatie, videoconsultatie, patiëntenfeedback.
Leuven, 23-04-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Patrick Holla

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 23-04-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed. Nog een noodzakelijk aanvulling: de onderzoeker moet kunnen ondertekenen op het formulier informed consent, dit moet toegevoegd worden.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 08-04-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven