DE STAGEBEGELEIDER ALS COACH VOOR HUISARTSEN-IN-OPLEIDING BIJ HET VOEREN VAN SLECHTNIEUWSGESPREKKEN:

EVALUATIE VAN HET EFFECT VAN EEN TRAIN-DE-TRAINER OPLEIDINGSPROGRAMMA OP DE VAARDIGHEDEN, ATTITUDE EN KENNIS VAN PRAKTIJKOPLEIDERS IN VLAANDEREN

Vissenaekens-Schraepen Kaatje, Universiteit Gent

Promotor: Van den Block Lieve, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren: De Vleminck Aline, Statema Else Gien en Van Rickstal Romy, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2018-2019

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 zich 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

CONTEXT: In Vlaanderen is er binnen de huisartsenopleiding ruimte om de slechtnieuwscommunicatie van jonge huisartsen te verbeteren. Eén van de belangrijkste personen die de huisarts-in-opleiding (HAIO) hierbij kan coachen is de praktijkopleider (PO). Er is volgens een rapport van Kom op tegen Kanker echter nog nood aan verbetering van zowel de slechtnieuwscommunicatie van PO's als van hun coachingvaardigheden rond dit thema. Daarom werd in een groter project een volledig nieuwe 'train-de-trainer' opleidingsmodule ontwikkeld met de focus op het verbeteren van de vaardigheden en kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en het coachen van de HAIO hierbij. De training zal op verschillende vlakken geëvalueerd worden, om deze nadien te implementeren in de opleiding van PO's. In deze masterproef wordt reeds een deel van deze evaluatie beschreven.

ONDERZOEKSVRAAG: Wat is het effect van een 'train-de-trainer' opleidingsmodule rond het coachen van de HAIO bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken op de self-efficacy van PO's omtrent hun coachingvaardigheden, hun attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining en het coachen van de HAIO hierin, hun kennis rond slechtnieuwscommunicatie en het coachen van de HAIO hierin en op het concreet gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden?

METHODEN: De opleidingsmodule bestond uit een online tool en een live trainingssessie van vier uur en werd tot nu toe gevolgd door 78 PO's. Het effect ervan werd ingeschat via een pre-test/post-test design. Er werd door de deelnemers zelfstandig een vragenlijst ingevuld vóór (T0, N=52), vlak na (T1, N=78) en 3 maand na (T2, N=33) de training. De self-efficacy en attitude werden ingeschat aan de hand van een Likertschaal van respectievelijk 10 en 5 punten en hun kennis werd gemeten via 10 juist/fout-vragen. Gemiddelde scores per meetmoment werden vergeleken via een linear mixed method analyse. Voor vier deelnemers werden vaardigheden in het coachen van slechtnieuwscommunicatie gescoord in video's van concrete leergesprekken opgenomen vóór en na de training.

RESULTATEN: De self-efficacy van de PO's in onze studie was significant hoger ($p < 0.001$) op beide meetmomenten na de training: 6.68 op T1 en 7.02 op T2 tegenover 5.80 op T0. De attitude was positief, met een score van 4.28 op 5 vóór de training (T0) die niet-significant steeg na de training (4.30 op T1 en 4.35 op T2). De kennisscore verbeterde significant ($p < 0.001$) vlak na de training (7.30 op T1) vergeleken met voordien (5.14 op T0). Niettegenstaande er met een score van 6.52 op T2 tussen beide nametingen een significante daling in kennis werd gezien ($p = 0.021$), bleef de score op T2 vergeleken met die op T0 significant hoger ($p < 0.001$). De geobserveerde coachingvaardigheden in de video's kenden een lichte toename. Er werden hier geen statistische analyses gedaan omwille van de te kleine steekproef.

CONCLUSIE: Deze studie toont aan dat een relatief eenvoudig op te zetten en korte trainingsmodule een toename van de self-efficacy en kennis van de PO's kan opleveren. Om deze trainingsmodule nog te verbeteren, moet worden nagegaan hoe het effect op de kennis kan worden behouden en hoe het gebruik van concrete coachingvaardigheden kan verbeteren, bijvoorbeeld door een extra live training. Er is dus verder onderzoek nodig naar het concreet gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden, naar de effecten van deze training op de lange termijn en de eventuele plaats van herhaalde training hierin, naar de gevolgen voor de slechtnieuwscommunicatie van de HAIO's zelf en uiteindelijk naar een mogelijke verbetering van de tevredenheid en gezondheidsuitkomsten van patiënten.

Inhoudsopgave

Abstract i
Inhoudsopgave ii
1 Inleiding 1
1.1 Een brede definitie van slecht nieuws 1
1.2 Het belang van slechtnieuwscommunicatie voor de patiënt 1
1.3 Slecht nieuws brengen gebeurt vaak door de huisarts 2
1.4 Slechtnieuwscommunicatie vormt een uitdaging voor (huis)artsen 2
1.5 Huidige slechtnieuwscommunicatietraining van huisartsen-in-opleiding 3
1.6 Praktijkopleiders opleiden tot coaches in slechtnieuwscommunicatie 4
1.7 Hoe kunnen we een goede opleiding voor opleiders organiseren? 5
1.7.1 Theorie van een goed slechtnieuwsgesprek aanbieden 5
1.7.2 Trainen in communicatie 6
1.7.3 Nood aan een train-de-trainer opleidingsprogramma 7
1.8 Onderzoeksvraag 7
2 Methoden 9
2.1 Materiaal: 'train-de-trainer opleidingsmodule' 9
2.1.1 Online training 9
2.1.2 Live training 9
2.2 Deelnemers en setting 10
2.3 Onderzoeksdesign 10
2.4 Dataverzameling 10
2.4.1 Vragenlijst 10
2.4.2 Video-opnames van leergesprekken 11
2.5 Data-analyse 13
2.6 Ethiek 13
3 Resultaten 14
3.1 Socio-demografische karakteristieken 14
3.2 Slechtnieuwsgesprekken voeren en coachen hierin 14
3.3 Self-efficacy omtrent coachingvaardigheden bij slechtnieuwsgesprekken 15
3.4 Attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining en coachen van de HAIO 16
3.5 Kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en coachen hierin 17
3.6 Coachingvaardigheden in video's van opgenomen leergesprekken 18
4 Discussie 19
4.1 Plaats van de opleidingsmodule 19
4.2 Self-efficacy en vaardigheden rond het coachen van de HAIO bij slechtnieuwsgesprekken 19
4.2.1 Self-efficacy op vlak van coachingvaardigheden 20
4.2.2 Concreet gebruik van coachingvaardigheden 20
4.3 Attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining en coachen van de HAIO 21
4.4 Kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en coachen hierin 21
4.5 Sterktes van dit onderzoek 22
4.6 Beperkingen van dit onderzoek 22

4.7 Betekenis voor de praktijk 24
5 Conclusie 26
Literatuur 27
Lijst van figuren en tabellen 31
Bijlagen B1

1 Inleiding

1.1 Een brede definitie van slecht nieuws

Als er binnen de gezondheidszorg over 'slecht nieuws' gesproken wordt, zal dit door velen geassocieerd worden met een 'kankerdiagnose'(1). 'Slecht nieuws' kan echter een veel bredere waaier aan boodschappen behelzen. Een algemene definitie van slecht nieuws is '*elke informatie die het beeld of de verwachting van de patiënt over zijn of haar heden of toekomst in negatieve zin wijzigt*' (2). Met deze definitie in het achterhoofd kunnen we heel wat andere voorbeelden van slecht nieuws bedenken: een diagnose van diabetes, een ongewenste zwangerschap, een verergering van het stadium van chronische obstructieve longziekte (COPD), het falen van een behandeling voor reumatoïde artritis, … Door twee verschillende patiënten zal hetzelfde nieuws als meer of minder 'slecht' worden geïnterpreteerd op basis van individuele psychosociale, emotionele, familiale en beroepsgerelateerde factoren. Soms kan bepaalde informatie ook slecht nieuws inhouden voor de familie van de patiënt (2,3). Dagelijks komen in gesprekken tussen artsen en patiënten onderwerpen aan bod die aan bovenstaande definitie van slecht nieuws voldoen. Artsen zullen dus heel frequent slecht nieuws brengen. Af en toe doen ze dit zelfs onbewust, wanneer de boodschap niet als 'slecht' wordt ervaren door de arts, maar voor de patiënt toch 'slecht nieuws' betekent (4,5). Gesprekken rond slecht nieuws hebben een grote invloed op zowel patiënt als arts en op de arts-patiënt relatie (2,6,7).

1.2 Het belang van slechtnieuwscommunicatie voor de patiënt

Kom op tegen Kanker (voorheen 'Vlaamse Liga tegen Kanker') ondervond dat slechtnieuwsgesprekken vaak een bron van frustratie zijn voor patiënten en hun naasten. Uit hun onderzoek naar ervaringen van kankerpatiënten met slechtnieuwsgesprekken bleek dat patiënten en hun familie de communicatie erg belangrijk vonden (8). Desondanks kwamen er frequent negatieve ervaringen naar boven, wat werd bevestigd in andere, gelijkaardige studies (2,9). De patiënt kan verward, angstig, gestresseerd en ontevreden achterblijven na een 'slecht' verlopen gesprek (2,10,11). Een negatieve psychologische status kan er op zijn beurt voor zorgen dat de patiënt een minder effectieve coping stijl zal hanteren, minder gemotiveerd zal zijn rond zijn of haar behandeling en hierdoor ook minder therapietrouw zal vertonen (9–12). Een door de patiënt als negatief ervaren slechtnieuwsgesprek kan het vertrouwen tussen arts en patiënt schaden. Weinig vertrouwen in de arts-patiëntrelatie kan negatieve gevolgen hebben naar verdere opvolging en behandeling toe (8). Uiteindelijk kan dit alles leiden tot slechtere uitkomsten op gezondheidsvlak. Zo kan stress op zich zorgen voor slaapstoornissen, vermoeidheid en pijn. Een slechte coping stijl kan betekenen dat mensen juist meer ongezond gedrag gaan vertonen zoals roken, meer alcohol drinken, minder bewegen, … (9). Het niet opvolgen van behandelregimes of het uitstellen van controle-afspraken kan leiden tot ziekteprogressie of complicaties die mogelijk ook nog laattijdig opgemerkt worden.

Veel artsen zijn zich bewust van deze potentiële gevolgen van slechtnieuwscommunicatie. Doordat artsen hun patiënten niet alle 'hoop' willen ontnemen en hen soms liefst zouden willen beschermen tegen het slechte nieuws, kunnen ze de neiging hebben om de zaken te rooskleurig voor te stellen (1,5,13,14). Een te optimistische boodschap kan leiden tot meer therapeutische hardnekkigheid: doordat de patiënt onrealistische verwachtingen heeft naar prognose toe, zal hij of zij geneigd zijn te kiezen voor meer agressieve behandelingen (13,14) met het risico op bijwerkingen en complicaties. Het alternatief voor te veel optimisme, hoeft niet 'alle hoop opgeven' te zijn. Indien het wegnemen

van het probleem (bv. volledige genezing) niet tot de mogelijkheden behoort, kan de hoop verlegd worden naar andere doelen of wensen van de patiënt zoals een bepaalde reis nog kunnen doen of het lijden beperken (8).

Een empathische, patiëntgerichte communicatie waarbij wordt ingegaan op bezorgdheden en emoties zorgt bij mensen met kanker voor een verhoogde self-efficacy[1], wat op zijn beurt kan zorgen voor betere aanpassing, levenskwaliteit en minder onzekerheid, angst en distress (10,15–18). Er is een positieve invloed gevonden van goede communicatie op het begrip, de aanvaarding, tevredenheid, de psychologische en zelfs fysieke gezondheid en therapietrouw van patiënten (2,4,11,17–21).

1.3 Slecht nieuws brengen gebeurt vaak door de huisarts

In de dagelijkse praktijk zal een 'slechtnieuwsgesprek' vaak verder lopen over meerdere arts-patiënt contacten waardoor de informatie in verschillende 'slechtnieuwsboodschappen' op de patiënt afkomt (8,22). Hiervoor zijn verschillende redenen. Vaak komt er na een eerste slechtnieuwsgesprek nog nieuwe informatie naar boven, bijvoorbeeld vanuit aanvullend onderzoek of door een reactie van de patiënt op een voorgestelde behandeling. Deze nieuwe informatie zal door de arts geanalyseerd en geïnterpreteerd moeten worden en geeft aanleiding tot een volgend gesprek met de patiënt. Bovendien kan het dat in een eerste gesprek, bijvoorbeeld omwille van oplopende emoties, nog niet alle belangrijke zaken aan bod konden komen (8).

Er zal frequent meer dan één arts betrokken zijn bij een volledige 'slechtnieuwsepisode'. Onderzoeken kunnen worden gedaan, diagnoses gesteld en behandelingen opgestart bij de huisarts of bij één of meerdere specialisten. Huisartsen en specialisten kunnen onderling doorverwijzen voor (delen van) de verdere uitwerking van een diagnose of voor de opvolging ervan. Zo zal bij een nieuwe diagnose van kanker vaak het verdere onderzoek naar lymfeklieraantasting en uitzaaiingen en de opstart van een behandeling bij de specialist gebeuren, maar kan de patiënt zich bijvoorbeeld met mogelijke bijwerkingen en voor tussentijdse bloedafnames tot de huisarts richten. Het is dan ook erg waarschijnlijk dat een groot aantal patiënten voor ten minste een deel van de 'slechtnieuwsboodschappen' bij de huisarts zal terechtkomen (8). In de situatie waarin de patiënt bepaalde informatie van de specialist onvoldoende heeft begrepen of nog met onbeantwoorde vragen zit, zal dit betekenen dat de huisarts (opnieuw) slecht nieuws moet brengen.

De huisarts is dus een belangrijke zorgverlener in een 'slechtnieuwsepisode'. In België bezoekt het merendeel van de patiënten regelmatig zijn vaste huisarts. De huisarts heeft zo de kans om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt en vaak ook met diens familie. Waarschijnlijk zullen patiënten zich dankzij deze vertrouwensband meer op hun gemak voelen om bepaalde vragen te stellen of onderwerpen te bespreken. De huisarts kan in de slechtnieuwsepisode fungeren als een laagdrempelig te contacteren 'steunfiguur', op wie patiënten steeds kunnen terugvallen voor verdere uitleg en advies (8,23).

1.4 Slechtnieuwscommunicatie vormt een uitdaging voor (huis)artsen

In verschillende onderzoeken geven artsen aan dat ze het brengen van slecht nieuws moeilijk, onaangenaam of stresserend vinden (1,2,4,5,7,8,18,24–27). Ze noemen hier een aantal redenen voor: ze voelen zich niet vertrouwd met het brengen van slecht nieuws, ze vinden dat ze onvoldoende

[1] Self-efficacy: het vertrouwen in de eigen bekwaamheid om een bepaalde taak succesvol te volbrengen(61)

communicatietraining hebben gekregen, ze hebben te weinig tijd of er is geen geschikte locatie ter beschikking. Artsen moeten in dergelijke gesprekken niet enkel communiceren rond het medische aspect van de aandoening, maar moeten nog meer dan op andere momenten rekening houden met de voorkennis en het begripsvermogen van de patiënt en met diens emoties die vrijwel altijd een grote rol spelen. Dat dergelijke conversaties vaak niet met één persoon maar ook met diens naasten worden gevoerd, maakt alles nog ingewikkelder (1,2,8,12,24).

Het brengen van slecht nieuws zal bij de arts zelf ook emoties naar boven brengen die hij of zij moet weten te plaatsen. Artsen geven bijvoorbeeld aan dat ze gevoelens van schuld en machteloosheid ervaren of beschrijven het gevoel 'te falen' (2,5,14). Gebrekkige (slechtnieuws)communicatie en slechte communicatieskills kunnen leiden tot meer stress, ontevredenheid, minder voldoening van de job en meer emotionele burn-out bij zorgverleners (2,11,18,28). Vlaamse huisartsenopleiders gaven in een bevraging aan dat de emotionele belasting van het beroep en hiermee gepaard ook de nauwe betrokkenheid van de huisarts bij problemen van patiënten mogelijke risicofactoren zijn voor burn-out. Een grote emotionele betrokkenheid kan zeker in de context van een slechtnieuwsgesprek een knelpunt zijn. De geïnterviewde opleiders zagen (slechtnieuws)communicatietraining dan ook als mogelijke preventiestrategie voor burn-out (29).

1.5 Huidige slechtnieuwscommunicatietraining van huisartsen-in-opleiding

Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) in Vlaanderen doorlopen vandaag een basisopleiding van 6 of 7 jaar, waarin training in slechtnieuwscommunicatie vervat zit. Deze training bestaat meestal uit een theoretische achtergrond, waarna de studenten in kleine groepen en aan de hand van rollenspellen en/of gesprekken met simulatiepatiënten hun vaardigheden inoefenen. Tijdens de basisstages kan de slechtnieuwscommunicatie van jonge artsen zich verder ontwikkelen door contacten met reële patiënten. Op dat moment ligt de eindverantwoordelijkheid wel bij de stagemeester die hierdoor geneigd kan zijn de overdracht van slecht nieuws of de bespreking van diagnoses en behandelplannen in eigen handen te houden. Hierdoor zal het concreet oefenen van slechtnieuwscommunicatie door de stagiair in deze setting eerder beperkt blijven. In de buitenlandse literatuur wordt eveneens beschreven hoe studenten tijdens de basisopleiding zelden zelf slecht nieuws brengen (7).

Na de basisopleiding zullen de studenten huisartsgeneeskunde in Vlaanderen nog twee of drie jaar hun master-na-master voltooien met een praktijkstage. In deze periode voeren zij grotendeels zelfstandig alle taken van een huisarts uit. Zij worden hierbij ondersteund door een erkende praktijkopleider (PO). Binnen het vernieuwde curriculum van de opleiding geneeskunde zullen HAIO's na zes jaar basisopleiding een driejarige master-na-masteropleiding volgen met 12 en 18 maanden stage bij twee verschillende huisarts-PO's, onderbroken door 6 maanden ziekenhuisstage bij een ziekenhuis-PO (in deze of omgekeerde volgorde). De HAIO's van het uitdovende curriculum lopen twee jaar stage bij één of twee huisarts-PO's. In de eindtermen van de huisartsenopleiding, opgesteld door het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) vzw, is adequate slechtnieuwscommunicatie opgenomen met een expliciete beschrijving van de te verwerven vaardigheden (30). Hiervoor moet dus de nodige aandacht zijn tijdens de vervolgopleiding tot huisarts. De bedoeling is namelijk om aan het eind van de opleiding alle beschreven kennis en skills te bezitten op basis van lessen, studie, praktijkervaring, intervisies tijdens seminaries en leergesprekken met de

PO. De verantwoordelijkheid voor het behalen van deze eindtermen ligt dus voornamelijk bij de HAIO's en hun PO's.

Tijdens de jaren praktijkstage zullen HAIO's ongetwijfeld ervaring opdoen in het brengen van slecht nieuws. Hoewel vroeger frequent werd gedacht dat communicatie grotendeels op ervaring berust, wordt dit in verschillende onderzoeken tegengesproken (2,7,11,18,25). Binnen de literatuur bestaat de overtuiging dat communicatie, en dus ook slechtnieuwscommunicatie, vooral verbetert door middel van training (6,8,10,11,18,25,28,31,32). In verschillende settingen werd duidelijk dat zowel ervaren artsen als artsen in alle fases van hun opleiding slechtnieuwscommunicatietraining belangrijk vonden, maar de training die ze hadden gekregen als ontoereikend beschouwden (2,21,33). Over het algemeen is er weinig literatuur beschikbaar rond slechtnieuwscommunicatietraining in de eerste lijn. In een Amerikaanse studie naar het communiceren van een positieve screeningstest op mucoviscidose door artsen werkzaam in de eerste lijn gaven de artsen aan dat ze zich hierin onzeker voelden en dat slechtnieuwscommunicatietraining daarvoor een oplossing kon bieden (34). In een bevraging bij Nederlandse HAIO's vond meer dan drie vierde dat hun PO hen effectieve communicatievaardigheden aanleerde (35). Hier werd enkel communicatie in het algemeen nagevraagd en werd niet concreet ingegaan op slechtnieuwscommunicatie. Er werd ook niet getest of de HAIO's ook effectief de nodige vaardigheden konden gebruiken in de praktijk. We hebben geen informatie kunnen terugvinden over de concrete manier van trainen van slechtnieuwscommunicatie in de dagelijkse praktijk tijdens de Vlaamse master-na-masteropleiding voor huisartsen. Ook is er, voor zover bij de auteurs bekend, nog geen onderzoek gebeurd naar het concreet gebruik van slechtnieuwscommunicatievaardigheden door HAIO's.

Kom op tegen Kanker deed de aanbeveling om de slechtnieuwscommunicatietraining van álle artsen in opleiding te verbeteren. Een methode die bij huisartsen aantrekkelijk blijkt, is het 'werkplekleren' onder begeleiding van een 'coach'. Dit zorgt ervoor dat men leert van de concrete en reële situaties die men dagdagelijks meemaakt en vraagt niet de extra inspanningen van het inschrijven, tijd vrijmaken en verplaatsen zoals bij een externe opleiding. De stageperiode na de basisopleiding werd als de ideale gelegenheid hiervoor gezien (8). Ook andere auteurs steunen de aanbeveling om artsen in zowel de basis- als de vervolgopleiding de juiste skills aan te leren om deze verder te kunnen ontwikkelen in het werkveld (2,9,36,37). Tijdens de klinische stages worden artsen in opleiding namelijk geconfronteerd met concrete situaties waarin de nood aan betere communicatie duidelijk zal worden, wat hen kan motiveren om zich hierin te trainen (38,39).

1.6 Praktijkopleiders opleiden tot coaches in slechtnieuwscommunicatie

De PO is diegene die de HAIO begeleidt en ondersteunt in zijn/haar leerproces en fungeert dus reeds op verschillende vlakken als coach voor HAIO's. Op de website van ICHO vzw staan de voorwaarden beschreven waaraan PO's moeten voldoen om erkend te kunnen worden. Zo moeten ze al minstens zeven jaar als huisarts werken en moeten ze een specifieke training volgen. Men mag er immers niet zomaar van uitgaan dat een gemotiveerde huisarts daarom ook de nodige opleidersvaardigheden bezit (40). Nieuwe PO's krijgen een opleiding van in totaal 15 uur bestaande uit drie agogische basistrainingen. Hierin worden onder andere handvatten aangereikt voor het voeren van leergesprekken in het algemeen. Dit wordt nog aangevuld met jaarlijks twee halve dagen verdere bijscholing om de erkenning als PO te behouden. Deze bijscholing kan, afhankelijk van de voorkeur van

de PO, ingevuld worden met werkwinkels, observator zijn tijdens de examens, regionale intervisies, … De onderwerpen van elk van deze activiteiten kunnen erg uiteenlopend zijn (41).

Het specifiek coachen van de HAIO in slechtnieuwscommunicatie was, vóór het begin van deze studie, nog geen onderdeel van de opleiding tot PO. Toch moet de PO volgens de eindtermen jonge artsen wel de nodige skills kunnen aanleren om zelfstandig slechtnieuwsgesprekken te voeren. Hij of zij heeft hierbij ook de taak om als rolmodel zelf het goede voorbeeld te geven (8,42). Gezien een aanzienlijk deel van de huisartsen en PO's in Vlaanderen heel wat jaren geleden afstudeerde als arts, kregen veel van hen een basisopleiding die erg verschilt van de huidige opleiding. Voor de invoering van de wet op de patiëntenrechten in 2002 werd er namelijk veel minder aandacht besteed aan communicatie (8). Ook tijdens regionale bijscholingen georganiseerd door lokale artsenkringen of ziekenhuizen, is communicatietraining een minder vaak voorkomend onderwerp (8). Hierdoor kan het dat de slechtnieuwscommunicatieskills van sommige PO's niet aan de hedendaagse standaarden voldoen. Om de opleiding van jonge artsen te verbeteren, is het dan ook aangewezen dat de eigen communicatieskills van PO's worden bijgeschaafd en dat ze opgeleid worden in het begeleiden van hun HAIO bij slechtnieuwscommunicatie. Het aanleren van concrete richtlijnen voor het verloop van leergesprekken rond (slechtnieuws)communicatie kan hierbij helpen. Idealiter wordt deze opleiding geïntegreerd in de bestaande opleiding van PO's en wordt de begeleiding door PO's geëvalueerd ter verbetering van de kwaliteit van de opleiding (8). ICHO vzw ontwikkelde in het verleden reeds een agogische vaardigheidstoets om de algemene opleidersvaardigheden van PO's te testen aan de hand van stations met simulatie-HAIO's. Een leergesprek rond slechtnieuwscommunicatie kwam niet voor in deze toets. Dergelijke testen ontwikkelen vergt uiteraard veel tijd en voldoende financiering (40).

Een vrees die bij PO's zou kunnen ontstaan is dat het hen te veel tijd zou kosten om de aangeleerde vaardigheden in de drukke praktijk te gebruiken. Tijdsdruk is immers een frequent aangehaalde barrière onder deelnemers aan communicatietrainingen. Toch werd in onderzoek naar de tijdsduur van consultaties vóór en na een training geen significant verschil gevonden, ook al werden er meer skills gebruikt. Onderzoekers vermoedden dat de reden hiervoor is dat het gebruik van de juiste skills het gesprek tussen arts en patiënt juist vlotter laat verlopen (43). Dit zou voor leergesprekken ook het geval kunnen zijn. Verschillende onderzoekers spreken ervaren artsen en opleiders/supervisoren aan om te zorgen dat zij de juiste technieken gebruiken, alsook gestimuleerd worden om goede teaching methodes aan te leren (28,31,43,44). In Nederland werden bij de meerderheid van de HAIO's wekelijks leergesprekken gevoerd, maar gebeurde het observeren van consultaties en het bespreken van opgenomen consultaties heel wat minder frequent (35).

1.7 Hoe kunnen we een goede opleiding voor opleiders organiseren?

PO's kunnen nog beter ondersteund worden bij het trainen van HAIO's in slechtnieuwscommunicatie door hun eigen vaardigheden en kennis hierrond bij te schaven en door training rond het concreet coachen van hun HAIO hierin.

1.7.1 Theorie van een goed slechtnieuwsgesprek aanbieden

Het doel van elke opleiding rond slechtnieuwscommunicatie is om de artsen die getraind worden te leren om 'goede' slechtnieuwsgesprekken te voeren. Het doel dat de arts tijdens een slechtnieuwsgesprek voor ogen kan houden is om '*voor de patiënt bedreigende informatie op zo'n manier te brengen dat de patiënt deze kan begrijpen, zich zal herinneren en het gevoel heeft hierin*

gesteund te worden' (6). Hiervoor kan een opfrissing rond de aanbevolen strategieën voor slechtnieuwscommunicatie aan de orde zijn. In de literatuur werden een groot aantal aanbevelingen rond goede slechtnieuwscommunicatie gedaan, waarin globaal gezien dezelfde belangrijke concepten terugkeren (2,4,5,8,45,46). Slechtnieuwsgesprekken worden in de mate van het mogelijke op voorhand gepland (8). Standaardprotocollen ondersteunen hulpverleners om voldoende aandacht te besteden aan alle cruciale fasen van het slechtnieuwsgesprek en kunnen de stress bij artsen verminderen (2,8). Een voorbeeld hiervan is het veelgebruikte SPIKES-protocol, dat staat voor de opeenvolging van volgende stappen: ***S**etting van het gesprek, **P**erceptie van de patiënt nagaan, **I**nvitatie verkrijgen voor het overbrengen van de boodschap, **K**ennis- en informatieoverdracht, **E**mpathisch reageren op de emoties van de patiënt, **S**trategie en samenvatting* (45). Een persoonlijk gesprek met de patiënt, de aanwezigheid van zijn/haar naasten, voldoende tijd en privacy zijn basisvoorwaarden voor een slechtnieuwsgesprek (2,8). Over het algemeen verwachten patiënten tijdens een slechtnieuwsgesprek de waarheid te horen (1,2,47). Toch gebeurt er best eerst een grondige exploratie naar wat de patiënt al weet en wat hij of zij al dan niet wil weten, vooraleer verdere informatie te geven (7). De slechtnieuwsboodschap brengen gebeurt op zo'n manier dat de ernst van de situatie voor de patiënt duidelijk is (8,24). Best kan dit kort, patiëntgericht, empathisch en in taalgebruik afgestemd op de patiënt. Tijdens het volledige gesprek is voldoende erkenning van en ondersteuning bij de emoties van de patiënt noodzakelijk (2,5,8,13,20,47–49). Een opvolggesprek om te herhalen wat werd besproken en voor het geven van verdere informatie is aan te bevelen. In dit gesprek zal de arts voldoende aandacht schenken aan het begrip en de coping van de patiënt (8,24). Het kennen van een richtlijn of protocol rond slechtnieuwscommunicatie is een basisvoorwaarde voor goede communicatie, maar blijkt zonder verdere training hierin onvoldoende voor het effectief verbeteren van de communicatie (2).

1.7.2 Trainen in communicatie

Om de genoemde richtlijnen in concrete communicatievaardigheden te kunnen omzetten, is training dus noodzakelijk (2). In wat volgt worden dan ook enkele basisprincipes van communicatietraining besproken, die toepasbaar zijn op zowel het trainen van nieuwe (huis)artsen in slechtnieuwscommunicatie als op het aanleren van communicatievaardigheden aan degenen die deze artsen zullen trainen. Recent ontwikkelde communicatietrainingen baseren zich op het aanleren van 'communicatieskills' als beste methode voor het verbeteren van communicatie (11). Communicatieskills zijn concrete en duidelijk afgebakende 'acties' die in een gesprek gebruikt kunnen worden om een bepaald effect te bekomen. Het uiteindelijke doel dat de communicator voor ogen heeft, kan dankzij verschillende mogelijke combinaties van skills bereikt worden. Op deze manier gedefinieerd zijn communicatieskills dus heel concreet, leerbaar en meetbaar door middel van observatie (6). Dit wil ook zeggen dat het aanleren van communicatie aan de hand van skills niet rigide is, maar aangepast kan worden aan de noden van het moment en aan de persoonlijke stijl van degene die ze gebruikt (4–6,38).

Er zijn veel verschillende vormen van communicatietraining beschreven in de literatuur. Bepaalde elementen komen in verschillende onderzoeken en aanbevelingen terug. De training bevat doorgaans een didactisch deel met het theoretisch kader, eventueel met voorbeelden van de aan te leren skills (al dan niet op video). De training vraagt een actieve deelname, is praktijkgericht, afgestemd op de leernoden van de deelnemers en focust op vaardigheden inoefenen, observeren, feedback geven en

krijgen (4,11,18,28,31,50). Dankzij het oefenen wordt ook de attitude en het zelfbewustzijn van participanten beïnvloed. Zelfreflectie levert hieraan een belangrijke bijdrage (5,11,28,32,51,52). Het aanleren van een zelfkritische houding kan het leren van nieuwe skills en het verbeteren van gekende skills stimuleren (52).

Slechtnieuwscommunicatietraining wordt best formeel georganiseerd. Het leren beperken tot spontane leermomenten in de dagelijkse praktijk zorgt namelijk voor onvoldoende kans tot onmiddellijke reflectie en feedback (53). Rollenspellen onder participanten of met simulatiepatiënten (getrainde acteurs) zijn in dat opzicht een veelgebruikte methode (6,21,27,38,43). Dit gebeurt best in kleine groepen waarin feedback kan worden gegeven door de peers en een ervaren trainer (28,31,43). Een training die aan deze voorwaarden voldoet is volgens sommige onderzoekers de enige manier om attitudes én communicatievaardigheden te veranderen en om de overdracht van de geleerde zaken naar de drukke praktijk te verzekeren, maar kan erg tijds- en arbeidsintensief zijn (52).

1.7.3 Nood aan een train-de-trainer opleidingsprogramma

Bij het onderwijzen van teaching methodes aan opleiders van onervaren (huis)artsen, moet rekening worden gehouden met de beperkte tijd in de praktijk, de vaak korte contacten met de supervisor (31) en met de energie die het opleiders kost om pas afgestudeerde (huis)artsen te trainen (54). Aan de hand van de besproken hedendaagse kennis rond goede slechtnieuwscommunicatie en recente aanbevelingen rond het organiseren van trainingen, werd in samenwerking met Kom op tegen Kanker en ICHO vzw door de End-of-Life Care Research Group van de Vrije Universiteit Brussel en Universiteit Gent een ‘train-de-trainer’-sessie ontwikkeld met als doel PO’s de nodige vaardigheden bij te brengen om hun HAIO te coachen in het voeren van slechtnieuwsgesprekken. Om een praktisch haalbare manier van slechtnieuwscommunicatietraining in de huisartsenopleiding te integreren, werd gekozen voor een aanpak waarbij de HAIO op de werkplek, aan de hand van concrete casussen, door de PO ondersteund wordt bij het integreren van goede communicatieskills in de dagelijkse praktijk. De inhoud van de sessie wordt in de methodensectie meer uitgebreid beschreven. De recente en nog lopende hervorming van het curriculum voor HAIO’s en PO’s via ICHO vzw vormt de perfecte gelegenheid om deze nieuwe training in te voeren. Door deze trainingsmodule binnen het nieuwe curriculum aan te bieden aan praktijkopleiders kunnen zowel huisarts-PO’s als ziekenhuis-PO’s worden getraind.

1.8 Onderzoeksvraag

In de geraadpleegde literatuur werd een groot aantal studies rond het aanleren van slechtnieuwscommunicatie beschreven. Het merendeel van deze studies werd uitgevoerd in ziekenhuizen en dan veelal in een oncologische of palliatieve en recenter ook in een pediatrische setting (3). Er werden weinig gegevens gevonden rond slechtnieuwscommunicatietraining in de eerste lijn. Voor zover ons bekend is de opzet van het ontwikkelde trainingsprogramma dan ook volledig nieuw. Tegemoetkomen aan de reeds aangehaalde trainingsnoden van (huis)artsen is een van de doelstelling van het grotere onderzoek waaraan deze masterproef verbonden is. Binnen het grotere project zal de trainingsmodule op verschillende vlakken geëvalueerd worden, om deze nadien te kunnen implementeren in de opleiding van PO’s.

In deze masterproef wordt al een voorlopig gedeelte van de evaluatie beschreven. Het gaat concreet over volgende onderzoeksvraag: “Wat is het effect van de ontwikkelde ‘train-de-trainer’

opleidingsmodule rond het coachen van de HAIO in slechtnieuwscommunicatie op het vertrouwen in het eigen kunnen (self-efficacy) van PO's omtrent het coachen in slechtnieuwscommunicatie, hun attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining in het algemeen en rond het coachen van de HAIO specifiek, hun kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en de bijbehorende coachingvaardigheden en op het concreet gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden?"

Naar analogie met de effecten van gelijkaardige trainingen in andere settingen is onze hypothese dat de self-efficacy en kennis van PO's zullen verbeteren na de training en dat ook de attitude van de PO's positiever wordt. Bijkomend verwachten we een toename in het aantal gebruikte coachingvaardigheden.

2 Methoden

Deze masterproef maakt deel uit van een breder studieopzet met de steun van Kom op tegen Kanker en ICHO vzw. Daarin wordt het effect van de 'train-de-trainer' opleidingsmodule rond het coachen van de HAIO bij slechtnieuwscommunicatie op de coachingvaardigheden van PO's en op de slechtnieuwscommunicatievaardigheden van HAIO's onderzocht. In dit deel van de studie werd aan PO's in Vlaanderen de opleidingsmodule aangeboden en onderzoeken we het effect op hun self-efficacy omtrent het coachen in slechtnieuwscommunicatie, attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining in het algemeen en rond het coachen van de HAIO specifiek, kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en de bijbehorende coachingvaardigheden en tenslotte het concreet gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden. In wat volgt gaat het om een eerste analyse van de onderzoeksresultaten tot en met maart 2019. De beschrijving van de totstandkoming van het grotere project, de ontwikkeling en pilot testing van de opleidingsmodule, de volledige resultaten van de analyses op PO's en de resultaten van de effecten op HAIO's zullen later gepubliceerd worden.

2.1 Materiaal: 'train-de-trainer opleidingsmodule'

De opleidingsmodule bestaat uit twee componenten: een online module en een live training. Beide onderdelen worden hieronder beschreven.

2.1.1 Online training

Bij de inschrijving voor het opleidingsprogramma kregen de PO's een link toegestuurd naar de online tool en werd hen gevraagd deze vóór deelname aan de live sessie te doorlopen. De tool doorlopen duurde tussen 45 en 90 minuten en had als doel de basisvaardigheden van PO's rond slechtnieuwscommunicatie, zoals beschreven in het rapport van Kom op tegen Kanker (8), op te frissen. Qua vorm was er een afwisseling tussen theoretische informatie, quizvragen, video's ter ondersteuning van de theorie en om reflectie en vaardigheden in te oefenen en reflectieopdrachten rond de eigen slechtnieuwscommunicatie.

2.1.2 Live training

De interactieve werkwinkel van vier uur werd voorzien voor groepen van maximaal twaalf tot vijftien deelnemers en was gestoeld op recente didactische methoden (53). De training werd geleid door een ervaren trainer op vlak van slechtnieuwscommunicatie. Om PO's te ondersteunen in het organiseren en structureren van leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie werden drie fasen binnen het leergesprek uitvoerig besproken en ingeoefend:

1. de eerste fase bestaat uit het definiëren van het probleem: hierin komt liefst één verbeterpunt of subthema naar voren vanuit de ervaring van de HAIO;
2. in de tweede fase wordt dit probleem verder geëxploreerd en geanalyseerd en komen eventuele alternatieve wijzen van aanpak aan bod;
3. als afsluitende fase worden concrete leerdoelen rond het geïdentificeerde probleem geformuleerd en afspraken gemaakt voor de evaluatie hiervan.

Enkele voorbeelden van de aangeleerde vaardigheden zijn: zorgen dat het gesprek beperkt blijft tot maximaal twee verbeterpunten en tijdsgebonden afspraken maken aan het eind van het gesprek. Tijdens de volledige sessie lag de nadruk op het zo specifiek mogelijk formuleren en het zo veel

mogelijk door de HAIO zelf laten aanbrengen van problemen, redeneringen en oplossingen. Dit werd aangeleerd door het aanbieden van een kort theoretisch kader, concrete voorbeelden, rollenspellen, het bespreken van video's waarin door acteurs een leergesprek werd gesimuleerd en frequente feedback door de trainer. Aan het eind van de sessie werd de voorgestelde structuur van het leergesprek als hand-out op één A4 overhandigd aan elke deelnemer.

2.2 Deelnemers en setting

De doelgroep van deze studie bestond uit alle huisarts- en ziekenhuis-PO's in Vlaanderen. Alle in 2018 actieve PO's en PO's die in academiejaar 2018-19 voor het eerst aangesteld zouden worden, konden deelnemen. Tijdens het academiejaar 2017-18 waren er 967 aangestelde PO's en in 2018-19 waren dit er 1293. Zij werden via de website en nieuwsbrief van ICHO vzw geïnformeerd over de opleiding. Een extra motivatie om zich in te schrijven kon zijn dat de werkwinkel meetelde voor de verplichte uren bijscholing als PO. Onmiddellijk na hun inschrijving werden zij door de onderzoekers via mail gecontacteerd met de vraag om deel te nemen aan deze studie. Deelname was volledig vrijwillig, er werd geen compensatie of beloning voorzien. Verspreid over 2018 werden er op verschillende locaties in Vlaanderen acht werkwinkels georganiseerd. In totaal volgden tot nu toe 78 PO's deze opleiding, per sessie waren er minimaal 6 en maximaal 13 deelnemers aanwezig. Omdat het grotere project waaraan deze masterproef verbonden is nog verder liep na de analyses in deze masterproef, worden nog bijkomende data verwacht van de twee laatste werkwinkels die doorgingen in maart 2019.

2.3 Onderzoeksdesign

Er werd gekozen om een pre-test/post-test design te gebruiken om potentiële veranderingen in de self-efficacy, attitude, kennis en vaardigheden van de deelnemers na te gaan (55). We vergelijken de data van de deelnemende PO's van vóór (pre-test) en na (post-test) de training. Omwille van een beperkt tijdskader en budget behoorde het opzetten van een gerandomiseerde, gecontroleerde studie niet tot de mogelijkheden (56–59). Desondanks zal het gekozen onderzoeksopzet ons inzicht kunnen bieden in het succes van onze trainingsmodule (6).

2.4 Dataverzameling

Onze primaire uitkomstmaten zijn vertrouwen in het eigen kunnen (self-efficacy) omtrent vaardigheden rond het coachen in slechtnieuwscommunicatie, attitude van de PO omtrent slechtnieuwscommunicatietraining en coaching van de HAIO hierin en kennis omtrent slechtnieuwsgesprekken en coaching hierin. Een secundaire uitkomstmaat is het gebruik van concrete coachingvaardigheden rond slechtnieuwscommunicatie. Om een praktisch haalbare inschatting te maken van het effect van de opleidingsmodule werden de data op twee manieren bekomen: via een vragenlijst en via video-opnames van concrete leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie. De dataverzameling liep van mei 2018 tot en met maart 2019 voor dit deel van de studie en zal voor het grotere project nog verder lopen tot juni 2019.

2.4.1 Vragenlijst

Er werd een vragenlijst ontwikkeld om te peilen naar de self-efficacy, attitude en kennis van de PO's (Bijlage 1: Vragenlijst). Op drie momenten (T0, T1 en T2) werd aan de deelnemers gevraagd om dezelfde vragen te beantwoorden. Voor de basismeting (T0) werd een link naar een online vragenlijst getoond op het introductiescherm van de online tool. Deze lijst werd ingevuld vóór het doorlopen van onze opleidingsmodule. Onmiddellijk na de live training (T1) werd de vragenlijst op papier ingevuld.

Ter evaluatie van het aangehouden effect werd drie maanden na de live training (T2) een mail verstuurd naar de deelnemers met een link om een laatste keer online de vragen te beantwoorden. Om de maximale deelname te bekomen werd tot tweemaal een herinneringsmail gestuurd rond het invullen van de eerste en derde vragenlijst.

De vragenlijst (Bijlage 1: Vragenlijst) bestaat uit vier luiken:

1. **Self-efficacy** op vlak van coachingvaardigheden in slechtnieuwscommunicatie. Voor het opstellen van de stellingen in dit luik werden gegevens uit de literatuur rond self-efficacyvragenlijsten en rond het beoordelen van (slechtnieuws)communicatievaardigheden (3,21,32,33,45,57,60,61) toegespitst op de aangeleerde vaardigheden in onze trainingsmodule. De respondenten beantwoordden stellingen op een Likertschaal van 1 (helemaal niet waar) tot 10 (helemaal waar). Een voorbeeld van dergelijke stelling is: 'Wanneer ik een slechtnieuwsgesprek observeer, zie ik onmiddellijk wat er beter kan.' Aan de PO's die op het moment van invullen geen HAIO hadden, werd gevraagd zich in te beelden hoe ze de voorgestelde situatie zouden aanpakken met een HAIO en toch een poging te doen hun eigen kunnen in te schatten.
2. **Kennis**. Op basis van de theorie in de online tool en in de live trainingssessie werden enkele kennisvragen opgesteld. In deze vragen werd gepeild naar de manier waarop een slechtnieuwsboodschap volgens de geldende aanbevelingen zou moeten worden gebracht, naar hoe er met emoties van de patiënt moet worden omgegaan en naar aanbevolen strategieën voor een leergesprek rond slechtnieuwscommunicatie. Deze werden geformuleerd als stellingen die te beantwoorden waren met 'juist', 'niet juist' of 'ik ben niet zeker'. Een van de gebruikte stellingen is: 'PO zegt tegen HAIO: "Toen de patiënt begon te wenen, reageerde je niet empathisch". Dit is een goed voorbeeld van het benoemen van gedrag van de HAIO.'
3. **Attitude**. Om de attitude van de PO's in te schatten werd gewerkt met stellingen rond slechtnieuwscommunicatietraining en het coachen van de HAIO bij slechtnieuwsgesprekken, zoals: 'Het is zinvol dat artsen tijdens de stage verder getraind worden in het voeren van slechtnieuwsgesprekken'. De stellingen werden opgesteld door consensus tussen de onderzoekers (ADV, ES, LVdB en KV) en werden beantwoord op een Likertschaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens).
4. **Algemene gegevens**: demografische gegevens, vragen rond vooropleiding en rond de frequentie van leergesprekken en slechtnieuwsgesprekken.

De eerste versie van de vragenlijst werd na overleg tussen de onderzoekers nog bijgewerkt, beoordeeld door een medewerkende professor van ICHO vzw en aangepast naar een werkbare versie. Deze werd als proef ingevuld door drie PO's met een verschillend aantal jaren ervaring en verschillende leeftijden. Rekening houdend met hun opmerkingen rond lengte, tijdsduur, duidelijkheid en leesbaarheid werd de finale versie bekomen.

2.4.2 Video-opnames van leergesprekken

Gezien een vragenlijst geen volledig zicht kan bieden op het gedrag in een reële situatie (57,62,63), werden deelnemers ook gevraagd twee video's van een leergesprek rond slechtnieuwscommunicatie op te nemen (6). Het ging om een video vóór het doorlopen van het trainingsprogramma en een video

nadien. Dit onderdeel van het onderzoek werd reeds in de eerste mail naar de PO's uitgelegd. Gezien het meer intensieve en tijdrovende karakter van deze opdracht werd er ook telefonisch contact opgenomen met alle participanten van de werkwinkel om hen te motiveren en zo nodig extra uitleg en ondersteuning te kunnen bieden, zowel vóór als na de training. Als extra motivatie werd persoonlijke feedback op de ingestuurde video's door de trainer van de opleidingsmodule aangeboden. Indien een PO toestemde voor dit onderdeel van het onderzoek en we twee weken vóór de werkwinkel nog geen video hadden ontvangen, werd er opnieuw contact genomen ter herinnering en om hulp te bieden bij ondervonden barrières. Ongeveer drie maanden na de sessie ontvingen zij die een eerste video hadden ingestuurd een herinneringsmail rond het opnemen van de tweede video. Door de verscheidenheid aan mogelijke situaties (PO met een HAIO op dit moment, PO zonder HAIO op dit moment, solo-arts die nu voor het eerst de opleiding tot PO volgt, toekomstige PO die de HAIO van een collega mee opleidt, ziekenhuis-PO, …), werden er geen strikte voorwaarden gesteld aan de video-opnames. Het opgenomen gesprek mocht gaan over eender welke concreet meegemaakte situatie waarop de brede definitie van slecht nieuws van toepassing was. Aan PO's die geen HAIO hadden, werd gevraagd een collega de rol van HAIO op zich te laten nemen in een rollenspel. De video's konden op een eenvoudige manier worden geüpload via OneDrive.

Voor het beoordelen van de vaardigheden in de video's gebruikten we inhoudsanalyse (62,64,65). Er bestaan reeds gevalideerde beoordelingsschalen voor de arts-patiënt interactie (43), maar voor zover bij de onderzoekers bekend, bestaan er geen dergelijke schalen voor het beoordelen van leergesprekken. Er werd inspiratie gezocht bij eerdere studies, waar vaak ook studie-specifieke schalen werden ontwikkeld (6,40,43,66)**.** Uiteindelijk stelden we een beoordelingsschaal op met 21 concrete, observeerbare vaardigheden die aan bod kwamen in de training (Bijlage 2: Beoordelingsschaal video's). Elke vaardigheid kon worden gescoord met 0 (afwezig) of 1 (aanwezig). De schaal werd opgesteld aan de hand van de voorgestelde structuur van een leergesprek rond slechtnieuwscommunicatie. Achteraf werden vaardigheden uit verschillende fases van het gesprek gecombineerd tot vijf ruimere deelvaardigheden (zie ook Bijlage 2: Beoordelingsschaal video's):

1. Algemene opleidersvaardigheden: vaardigheden die bij leergesprekken over eender welk onderwerp kunnen gebruikt worden, bijvoorbeeld 'PO gebruikt vooral open vragen'.
2. Empathie: vaardigheden die het erkennen en verwerken van emoties bij de HAIO bevorderen, bijvoorbeeld: 'PO zet HAIO aan tot reflectie over de eigen emoties'.
3. Structuur: vaardigheden die zorgen dat alle belangrijke onderdelen van het leergesprek rond slechtnieuwscommunicatie aan bod komen, dat er zo goed mogelijk op een deelonderwerp wordt toegespitst en dat de zaken die aan bod komen concreet benoemd worden. Een voorbeeld hiervan is: 'PO stuurt aan op concreet benoemen subthema/verbeterpunt of benoemt het zelf concreet'.
4. Exploreren: vaardigheden die bijdragen aan een grondige inschatting van de situatie, van de redenering van zowel patiënt als HAIO en van het probleem of verbeterpunt. Een voorbeeld van een concreet geobserveerde vaardigheid is: 'PO expliciteert redenering HAIO'.
5. Oplossingen en afspraken: vaardigheden om het leerproces in de toekomst te bevorderen, zoals 'PO helpt HAIO bij het alternatieven bedenken voor gedrag, passend bij de richtlijnen'.

De onderzoeker die de video's scoorde (KV) was geblindeerd voor het moment van opname. Zij wist dus niet of de video die ze te zien kreeg, werd opgenomen vóór of na de trainingssessie. Nadien werden

steekproefsgewijs enkele video's bekeken door een andere onderzoeker (ES) om mogelijke inter-observator variatie te verminderen. Zij scoorde van elke PO één van beide video's. Nadien werden de scores van beide onderzoekers vergeleken. Over eventuele verschillen werd een consensus bereikt. Bijkomend werd de tijdsduur van de leergesprekken als parameter weerhouden.

2.5 Data-analyse

Alle vragenlijsten en beoordelingsformulieren werden initieel verwerkt door een onafhankelijke onderzoeker. De statistische verwerking gebeurde door een andere onderzoeker via SPSS versie 25. Voor het vergelijken van de demografische gegevens gebruikten we de chi kwadraattest en ANOVA. De interne consistentie van de opgestelde schalen werd bepaald aan de hand van de Cronbach's alpha score. Voor de onderdelen self-efficacy en attitude werden de gemiddelde scores van de groepen berekend per meetmoment. Voor de kennisvragen werd een gemiddelde totaalscore op de 10 vragen weerhouden. De scores op de onderdelen 'self-efficacy', 'attitude' en 'kennis' op de verschillende meetmomenten werden vergeleken via een linear mixed model analyse. Een p-waarde kleiner dan 0.05 werd als significant beschouwd. Om geen data te verliezen werden onvolledig ingevulde vragenlijsten toch meegenomen in de analyses. Enkel voor de onderdelen met te veel ontbrekende waarden (meer dan 25% van de vragen niet beantwoord) werd de betreffende respondent uitgesloten. De geobserveerde vaardigheden in de video-opnames werden verwerkt tot somscores per deelvaardigheid en een totaalscore. Ook hier werd een gemiddelde score van alle deelnemers vóór en na de training en het verschil ertussen berekend. Op de data uit de video's werden verder geen statistische testen uitgevoerd gezien de steekproef hiervoor te klein was.

2.6 Ethiek

Vóór de start van de studie werd een onderzoeksprotocol opgesteld (Bijlage 3: Studieprotocol). Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Vrije Universiteit Brussel onder het B.U.N. 143201836417 (Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Commissie).

Bij het begin van het onderzoek werden de deelnemers uitgebreid geïnformeerd rond het doel en het verloop van de studie. Er werd vóór het invullen van de vragenlijst een informatie- en toestemmingsformulier (Bijlage 5: Informatie- en toestemmingsformulier) aangeboden en aan de deelnemers na het doornemen ervan hun geïnformeerde toestemming gevraagd. Alle data van de vragenlijsten werden gecodeerd om de anonimiteit van de deelnemers te bewaren. Dit gebeurde door de deelnemers zelf hun identificatiecode te laten creëren en te laten herhalen bij de volgende meetmomenten. Deze code bestond uit de eerste twee letters van de familienaam van hun moeder en de laatste twee cijfers van het geboortejaar van de deelnemers (zie ook Bijlage 1: Vragenlijst).

Voor het opladen van de video's werd ook aan de HAIO die in beeld kwam, een geïnformeerde toestemming gevraagd. De video's werden opgeladen via een persoonlijke map in OneDrive. De video's werden vertrouwelijk behandeld doordat enkel de betreffende PO en de onderzoekers toegang hadden tot deze map. Ze worden bewaard tot na afloop van de grotere studie en zullen nadien worden verwijderd.

3 Resultaten

De resultaten die hieronder worden besproken, zijn verkregen door een preliminaire analyse van de data die tot nu toe werden verkregen binnen het grotere onderzoek waar deze masterproef aan verbonden is. De data uit de vragenlijsten tonen de effecten van de 'train-de-trainer' opleidingsmodule op de self-efficacy, attitude en kennis van de PO's op vlak van zowel slechtnieuwscommunicatievaardigheden als het coachen van hun HAIO hierbij. De analyse van enkele video's van concrete leergesprekken geven een idee van het gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden in reële leergesprekken met de HAIO.

3.1 Socio-demografische karakteristieken

Er werden vóór de training (T0) 52 vragenlijsten ingevuld, vlak na de training (T1) 78 en drie maanden na de training (T2) 33. Op T0 en T2 vervolledigde dus respectievelijk 66% en 42% van de deelnemers aan de opleidingsmodule de vragenlijsten. In de sessies die tot op het moment van de data-analyse werden georganiseerd, waren alle deelnemers *huisartsen*-praktijkopleiders. De steekproef bestond niet uit exact dezelfde deelnemers op de drie meetmomenten. Omwille van ontbrekende of incorrect ingevulde identificatiecodes konden we de gegevens van de drie meetmomenten ook niet altijd aan elkaar linken per deelnemer. Echter, de karakteristieken van de groepen werden op de drie meetmomenten vergeleken en bleken niet significant te verschillen (Tabel 1).

De groep bestond op elk moment uit ongeveer de helft mannen en de helft vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 49 jaar op T0 en 48 jaar op T1 en T2. De leeftijden van de respondenten lagen gespreid tussen 32 en 66 jaar. De PO's uit Oost-Vlaanderen maakten telkens meer dan 40% uit van de deelnemers op de vragenlijsten, voor diegenen uit West-Vlaanderen was dit steeds meer dan 20%. De regio's Brussel en Limburg waren het minst vertegenwoordigd. Op elk tijdsmoment zei meer dan 75% van de deelnemers in een groepspraktijk te werken, de overige deelnemers waren solo-artsen en slechts één deelnemer werkte in een netwerkpraktijk[2]. Minder dan de helft van de PO's had tijdens zijn basisopleiding tot arts een training in slechtnieuwscommunicatie gekregen. De frequentie van het volgen van dergelijke opleiding ná de basisopleiding werd niet berekend, gezien verschillende PO's daar onze eigen training als antwoord invulden. Bij PO's die toch een andere opleiding beschreven, ging het meestal om slechtnieuwscommunicatie als onderdeel van een opleiding rond palliatieve zorgen. De opleiderservaring van onze deelnemers varieerde met een gemiddelde van 5 jaar op T0, 6 jaar op T1 en 6.5 jaar op T2. Er waren deelnemers die nog geen enkele ervaring hadden met het opleiden van een HAIO. Aan het andere uiterste was er een deelnemer met reeds 35 jaar ervaring. Het gemiddeld aantal HAIO's dat de PO's begeleid hadden met inbegrip van de HAIO op dat moment was 2.9 op T0, 4 op T1 en 4.2 op T2. De stijging kan verklaard worden door het feit dat er enkele maanden verstreken tussen de opleiding en het invullen van de laatste vragenlijst waardoor een nieuwe HAIO kon gestart zijn.

3.2 Slechtnieuwsgesprekken voeren en coachen hierin

Over de drie momenten gaf gemiddeld 68% van de deelnemers aan minstens eens per maand een slechtnieuwsgesprek te voeren. Binnen deze groep deed een derde van de respondenten dit zelfs

[2] Netwerkpraktijk: samenwerkingsverband tussen huisartsen van twee of meer praktijken, vaak met een gedeeld medisch patiëntendossier en eventueel ook een gedeeld secretariaat.

minstens eens per week. Voor de HAIO's schatten de PO's deze frequentie lager in. Het grootste deel (74%) van de HAIO's zou volgens hun PO minder dan één slechtnieuwsgesprek per maand voeren. Bij 54% van de deelnemers werden wekelijks leergesprekken gevoerd met de HAIO, bij 78% was dit minstens maandelijks. Leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie kwamen bij 82% van de deelnemers minder dan eens per maand voor.

Tabel 1: Socio-demografische karakteristieken van de deelnemende praktijkopleiders

		T0	T1	T2	p-waarde
Deelnemers, N		52	78	33	
Geslacht, N (%)	Man	24 (46.2)	34 (50.7)	15 (45.5)	0.836
	Vrouw	28 (53.8)	33 (49.3)	18 (54.5)	
	Totaal	52	67	30	
Leeftijd, in jaren	Gemiddeld	49	48	48	0.734
	Range	32-64	32-66	33-66	
Regio, N (%)	Antwerpen	10 (19.2)	10 (15.2)	3 (9.4)	0.711
	Brussel	1 (1.9)	3 (4.5)	0	
	Limburg	4 (7.7)	3 (4.5)	0	
	Oost-Vlaanderen	22 (42.3)	28 (42.4)	15 (46.9)	
	Vlaams-Brabant	4 (7.7)	7 (10.6)	4 (12.5)	
	West-Vlaanderen	11 (21.2)	15 (22.7)	10 (31.3)	
	Totaal	52	66	32	
Praktijkvorm, N (%)	Solo	11 (21.2)	9 (13.6)	3 (9.4)	0.380
	Groep	40 (76.9)	57 (86.4)	28 (87.5)	
	Netwerk[2]	1 (1.9)	0	1 (3.1)	
	Totaal	52	66	32	
Vooropleiding, N (%)	Ja	23 (46)	32 (41)	12 (38.7)	
	Nee	27 (54)	46 (59)	19 (61.3)	
	Totaal	50	78	31	
Aantal jaar PO, in jaren	Gemiddeld	5	6	6.5	0.602
	Range	0-24	0-35	1-33	
Aantal HAIO's, N	Gemiddeld	2.9	4	4.2	0.273
	Range	0-14	0-20	0-30	

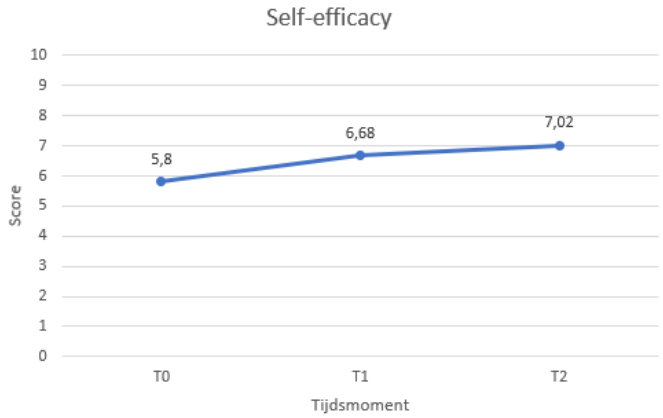
Socio-demografische karakteristieken van de groepen praktijkopleiders op de drie meetmomenten. T0: vóór de training, T1: vlak na de training, T2: drie maanden na de training. De p-waarden voor verschillen tussen groepen zijn bekomen door een chi kwadraattest of ANOVA en zijn significant indien <0.05.

3.3 Self-efficacy omtrent coachingvaardigheden bij slechtnieuwsgesprekken

De self-efficacy van de PO's op vlak van het coachen van hun HAIO in slechtnieuwscommunicatie werd gemeten aan de hand van achttien items. Elk item werd gescoord op een Likertschaal van 1 tot 10, waarbij 10 staat voor de hoogste self-efficacy (zie ook Bijlage 1: Vragenlijst). Met een Cronbach's alpha van 0.952 bleek de interne consistentie van de vragenlijst goed. De deelnemers scoorden op de self-efficacyvragen (Tabel 2 en Figuur 1) gemiddeld 5.80 (standaarddeviatie, SD 1.180) op T0, 6.68 (SD 0.956) op T1 en 7.02 (SD 0.977) op T2.

De resultaten van de vergelijking van de self-efficacyscores tussen de meetmomenten zijn te zien in Tabel 3. De self-efficacy steeg significant tussen T0 en T1 met gemiddeld 0.882 (95% betrouwbaarheidsinterval BI [0.512,1.251], p-waarde <0.001). Ook de self-efficacyscore op T2 ten opzichte van T0 toonde een significante stijging van gemiddeld 1.221 (95% BI [0.754,1.687], p <0.001). Tussen nametingen T1 en T2 was er een stijging van de gemiddelde score met 0.339, maar deze bleek niet significant (95% BI [-0.096,0.775], p = 0.126). Er werd dus een significante stijging van de self-

efficacyscore gevonden op beide nametingen vergeleken met de basismeting. Tussen beide nametingen was er een verdere, niet-significante stijging.

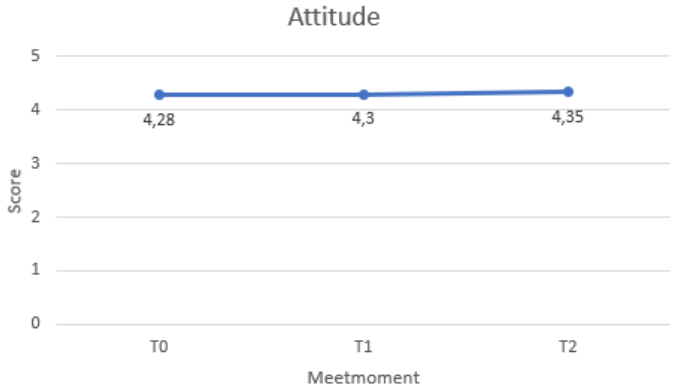


Figuur 1: Evolutie van de gemiddelde self-efficacyscore tussen de drie meetmomenten

3.4 Attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining en coachen van de HAIO

De bevraging van de attitude van PO's rond training in slechtnieuwscommunicatie en rond het coachen van hun HAIO hierin gebeurde via zeven items. De PO's antwoordden op een Likertschaal van 1 tot 5 waarbij 5 de meest positieve attitude vertegenwoordigt (Bijlage 1: Vragenlijst). Deze schaal had een Cronbach's alpha van 0.904, wat wijst op een goede betrouwbaarheid. De gemiddelde attitudescores (Tabel 2 en Figuur 2) waren 4.28 (SD 0.489) op T0, 4.30 (SD 0.683) op T1 en 4.35 (SD 0.417) op T2.

De vergelijking van de scores tussen de meetmomenten wordt weergegeven in Tabel 3. Tussen de opeenvolgende meetmomenten was er telkens een lichte stijging van de attitudescore. Van T0 naar T1 was deze 0.018 (95% BI [-0.191,0.226], p = 0.868), tussen T0 en T2 was de stijging 0.072 (95% BI [-0.191,0.335], p = 0.589) en tussen T1 en T2 0.054 (95% BI [-0.299,0.190], p = 0.660). Op geen van de meetmomenten werd de stijging significant bevonden.



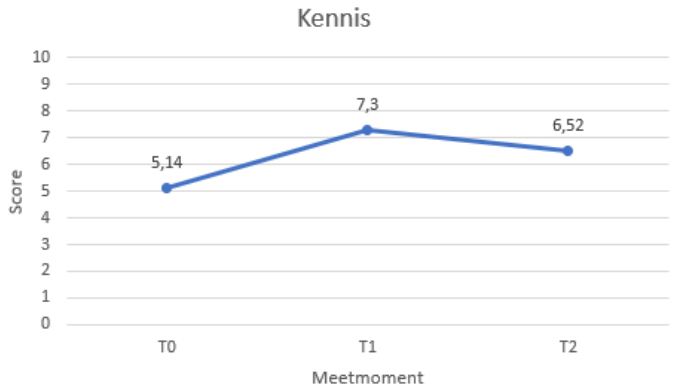
Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde attitudescore tussen de drie meetmomenten

Op de meeste stellingen rond attitude gaf op elk meetmoment meer dan 90% van de respondenten aan het hiermee 'eerder eens' of 'helemaal eens' te zijn. Deze groep gaf onder meer aan dat het zinvol was om artsen tijdens de stage verder te trainen in slechtnieuwscommunicatie, dat ze slechtnieuwscommunicatie een belangrijk thema vonden bij het opleiden van hun HAIO én dat ze een opleiding voor PO's een nuttige aanvulling vonden op het basiscurriculum. Er waren twee

uitzonderingen. Met de stelling 'Ik vind dat ik veel kan bijleren rond het coachen van de HAIO over slechtnieuwsgesprekken' waren op T0 86% van de respondenten het 'eerder eens' of 'eens'. De stelling 'Het is praktisch haalbaar om regelmatig aandacht te besteden aan slechtnieuwsgesprekken bij het opleiden van mijn HAIO' kreeg de minste positieve antwoorden. Op T0 reageerde 68% van de respondenten hierop met 'eerder eens' of 'helemaal eens', op T1 was dit 73% en op T2 61%.

3.5 Kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en coachen hierin

De tien kennisvragen rond goede slechtnieuwscommunicatie en rond het coachen van de HAIO hierin werden door respondenten beantwoord met 'juist', 'niet juist' of 'ik ben niet zeker'. Ze kregen 1 punt voor een goed antwoord en 0 punten voor een fout of onzeker antwoord. De maximaal te behalen score was dan ook 10 punten. De gemiddelde score (Tabel 2 en Figuur 3) op T0 was 5.14 (SD 0.220), op T1 7.30 (SD 0.178) en op T2 6.52 (SD 0.282). Eerst zagen we dus een toename in kennis met nadien opnieuw een afname.



Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde kennisscore tussen de drie meetmomenten

De vergelijkingen tussen de meetmomenten zijn terug te vinden in Tabel 3. De kennisscore steeg significant tussen T0 en T1 met gemiddeld 2.158 punten (95% BI [1.598, 2.717], p <0.001). Ook tussen T0 en T2 was de stijging significant: de gemiddelde score nam toe met 1.379 punten (95% BI [0.672,2.086], p <0.001). Tussen T1 en T2 daalde de kennisscore met gemiddeld 0.779, wat een significante daling bleek te zijn (95% BI [-1.438,-0.199], p = 0.021). Samenvattend was er voor de kennisscores van de nametingen vergeleken met de vóórmeting een significante toename en tussen beide nametingen een significante afname.

Tabel 2: Gemiddelde scores van self-efficacy, attitude en kennis op de drie meetmomenten

	Gem. score T0 (SD)	Gem. score T1 (SD)	Gem. score T2 (SD)
Self-efficacy	5.80 (1.180)	6.68 (0.956)	7.02 (0.977)
Attitude	4.28 (0.489)	4.30 (0.683)	4.35 (0.417)
Kennis	5.14 (0.220)	7.30 (0.178)	6.52 (0.282)

Hier worden de gemiddelde scores op self-efficacy, attitude en kennis weergegeven per meetmoment. De maximale scores waren resp. 10, 5 en 10. T0: vóór de training, T1: vlak na de training, T2: drie maanden na de training. SD: standaarddeviatie.

Tabel 3: Verschillen in gemiddelde scores tussen de meetmomenten

		Gem. verschil	95% BI	p-waarde
T1-T0	Self-efficacy	0.882	[0.512,1.251]	**<0.001**
	Attitude	0.018	[-0.191,0.226]	0.868
	Kennis	2.158	[1.598, 2.717]	**<0.001**
T2-T0	Self-efficacy	1.221	[0.754,1.687]	**<0.001**
	Attitude	0.072	[-0.191,0.335]	0.589
	Kennis	1.379	[0.672,2.086]	**<0.001**
T2-T1	Self-efficacy	0.339	[-0.096,0.775]	0.126
	Attitude	0.054	[-0.299,0.190]	0.660
	Kennis	-0.779	[-1.438,-0.199]	**0.021**

Het verschil tussen duo's van meetmomenten werd berekend door de gemiddelde score op het vroegere meetmoment af te trekken van die op het latere meetmoment. T0: vóór de training, T1: vlak na de training, T2: drie maanden na de training. 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. De p-waarden, bekomen via linear mixed model analyse, staan vetgedrukt indien significant (<0.05).

3.6 Coachingvaardigheden in video's van opgenomen leergesprekken

Er waren vier PO's die zowel een vóór- als een na-video instuurden, waardoor er in totaal acht video's werden beoordeeld. De gemiddelde duur van de leergesprekken was 11 minuten en 42 seconden vóór de training en 10 minuten en 8 seconden na de training, wat dus 1 minuut en 34 seconden korter was. De besproken onderwerpen waren onder andere: een positief resultaat op de screeningstest voor dikke darmkanker, het nader verklaren van een afwijkend uitstrijkje, de nood aan een ziekenhuisopname en het weigeren van een antibioticavoorschrift. In de eerste video's gebruikten de PO's gemiddeld 6.25 (SD 3.096) van de 21 beoordeelde skills omtrent het coachen van hun HAIO bij slechtnieuwsgesprekken (zie Bijlage 2: Beoordelingsschaal video's). Na de training werden er 8.50 (SD 2.517) skills geobserveerd (Tabel 4). De toename in het totaal aantal gebruikte skills was gemiddeld 2.25. Voor alle deelvaardigheden behalve 'empathie' werd een toename in het aantal gebruikte skills gevonden. Voor 'algemene opleidersvaardigheden', 'structuur', 'exploreren' en 'oplossingen en afspraken' was de toename respectievelijk 0.75, 1.00, 0.25 en 0.50. De score op 'empathie' daalde met gemiddeld 0.25 vaardigheden na de training. Deze data suggereren dus een globale toename in het gebruik van vaardigheden, maar werden omwille van de kleine steekproef niet verder geanalyseerd.

Tabel 4: Scores op deelvaardigheden beoordeeld in video-opnames van leergesprekken

Deelvaardigheid	**Gem. score vóór (SD)**	**Gem. score na (SD)**	**Gem. verschil (na-voor)**	**95% BI**
Algemene opleidersvaardigheden	1.25 (0.500)	2.00 (0.816)	0.75	[-0.046, 1.546]
Empathie	2.00 (1.155)	1.75 (0.957)	-0.25	[-1.046, 0.546]
Structuur	1.50 (1.000)	2.50 (0.577)	1.00	[-0.299, 2.299]
Exploreren	0.75 (1.500)	1.00 (0.816)	0.25	[-1.273, 1.773]
Oplossingen en afspraken	0.75 (0.957)	1.25 (0.957)	0.50	[-1.554, 2.554]
Totaalscore	6.25 (3.096)	8.50 (2.517)	2.25	[-1.278, 5.778]

Scores van de deelvaardigheden en totaalscore vergeleken tussen vóór en na de training. Gem.: gemiddelde, SD: standaarddeviatie, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval.

4 Discussie

In dit onderzoek werd gepeild naar het effect van een trainingsprogramma rond het coachen van de HAIO bij slechtnieuwsgesprekken op een aantal uitkomstmaten bij PO's in Vlaanderen: vertrouwen in het eigen kunnen (self-efficacy) omtrent het coachen in slechtnieuwscommunicatie, attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining in het algemeen en rond het coachen van de HAIO specifiek, kennis rond slechtnieuwscommunicatie en de bijbehorende coachingvaardigheden en ten slotte ook het concreet gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden. Deze masterproef bespreekt reeds enkele preliminaire resultaten van een groter project, waarvan de data-verzameling nog verder loopt en de resultaten later gepubliceerd zullen worden.

Voor zover ons bekend is dit het eerste onderzoek in de eerste lijn dat de effecten van het opleiden van opleiders rond het coachen in slechtnieuwscommunicatie bestudeert. Het achterliggende idee van het project is om, via het verbeteren van slechtnieuwscommunicatievaardigheden van zowel HAIO's als PO's, op termijn de tevredenheid en gezondheidsuitkomsten van patiënten positief te kunnen beïnvloeden (2,4,11,17–21). Tijdens dit proces kan de verbeterde slechtnieuwscommunicatie waarschijnlijk ook gunstige gevolgen hebben voor de artsen zelf, zoals minder stress en ontevredenheid, meer voldoening in hun job en minder burn-out (2,5,11,14,18,28,29). Om reeds een eerste inschatting te maken van de doeltreffendheid van de trainingsmodule, waren de PO's het onderwerp van deze masterproef. Zij vormen namelijk een eerste en belangrijke schakel bij het verbeteren van slechtnieuwscommunicatievaardigheden.

4.1 Plaats van de opleidingsmodule

Dat slecht nieuws brengen ook in de eerste lijn regelmatig gebeurt, wordt door de resultaten van deze studie ondersteund. Meer dan twee derden van onze deelnemers deed dit minstens eenmaal per maand. Toch had een belangrijk deel van de respondenten nooit training gekregen in slechtnieuwscommunicatie. Deze artsen zullen hun slechtnieuwscommunicatie vermoedelijk hebben geleerd op basis van ervaring of zelfstudie. Ervaring is volgens de literatuur nochtans onvoldoende voor goede communicatie (2,7,11,18,25). Training daarentegen wordt naar voren geschoven als belangrijkste methode om communicatie te verbeteren (6,8,10,11,18,25,28,31,32).

Zoals we hadden verwacht kwamen concrete leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie weinig voor in de praktijk, bij de meeste deelnemers was dit minder dan eens per maand. De overgrote meerderheid van de PO's vond een training in slechtnieuwscommunicatie na de basisopleiding wel belangrijk, nuttig en zinvol en gaf aan dat er veel bij te leren was rond het coachen van de HAIO hierin. Dit stemt overeen met eerder besproken resultaten uit de literatuur (2,21,33). Op basis van deze bevindingen zou de aangeboden opleidingsmodule in de toekomst alvast een belangrijke plaats kunnen innemen in de huisartsenopleiding.

4.2 Self-efficacy en vaardigheden rond het coachen van de HAIO bij slechtnieuwsgesprekken

Als eerste hypothese stelden we dat de self-efficacy van PO's omtrent het coachen bij slechtnieuwsgesprekken zou verbeteren na het doorlopen van de training. Bijkomend analyseerden we het gebruik van de aangeleerde coachingvaardigheden in enkele video's van concrete leergesprekken. We verwachtten hier een toename in het gebruik van deze skills.

4.2.1 Self-efficacy op vlak van coachingvaardigheden

In deze studie werd een significante stijging van de self-efficacy op vlak van coachingvaardigheden van de PO's gevonden. We kunnen stellen dat de deelnemers zich na de opleiding zekerder voelen in het voeren van leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie. Dit stemt overeen met de verwachte effecten van de trainingsmodule. Ook in eerder onderzoek vertoonden participanten na training hogere self-efficacyscores op vlak van communicatie- en coachingvaardigheden (2,3,22,32,33,39,45,60,67). Een geruststellende bevinding in onze studie is dat bij de follow-up na drie maanden de self-efficacy nog was toegenomen, hoewel niet significant. Ook elders werd 3 maanden na een training een toename en 15 maanden erna een behoud van skills en het gebruik van nieuwe skills gevonden ondanks dat er geen bijkomende training was gegeven (52).

Self-efficacy werd hier gebruikt omwille van het verwachte positieve effect van het aanleren van vaardigheden op de self-efficacy van onze deelnemers en omdat deze parameter snel en eenvoudig kon gemeten worden via een vragenlijst. Een kanttekening hierbij is dat we via self-efficacy meten wat participanten inschatten dat ze zullen of kunnen doen. Dit blijkt niet steeds te correleren met de werkelijkheid (37,57,59,63). Mogelijk overschatten deelnemers hun eigen kunnen óf zijn ze net te kritisch voor zichzelf. Een betere self-efficacy zou volgens bepaalde auteurs toch een duidelijk effect hebben op concreet gedrag en meer aanleiding geven tot het gaan vertonen en blijven vertonen van het betreffende gedrag (52,61). Dat 15 maanden na een communicatietraining het gebruik van nieuwe skills werd geobserveerd, verklaart een auteur doordat het gebruiken van de geleerde skills het vertrouwen van de participant nog vergroot, waardoor op termijn ook andere en moeilijkere vaardigheden geprobeerd worden (52). Dat er inderdaad een concrete gedragsverandering verbonden is aan een hogere self-efficacyscore werd elders nog gesuggereerd via een correlatie tussen self-efficacyscores en patiëntenuitkomsten. Patiënten van artsen met een hogere self-efficacyscore toonden namelijk meer tevredenheid over het contact met de arts, wat enkel kan verklaard worden doordat de participanten effecten op het concrete gedrag van de arts ervaarden (3). Omdat we bij onze deelnemers een hogere self-efficacy op vlak van de coachingvaardigheden in slechtnieuwscommunicatie zagen, is het dus waarschijnlijk dat zij hierdoor deze vaardigheden meer zullen toepassen in leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie. Eenmaal ze een aantal vaardigheden onder de knie hebben, kan de self-efficacy nog vergroten en zouden ze, zelfs zonder bijkomende training, ook de andere skills kunnen beginnen toepassen. In ons onderzoek zagen we dat de self-efficacyscore inderdaad na drie maanden nog iets hoger was dan vlak na de training, hoewel niet-significant. Deze nieuwe hypothese zou kunnen onderzocht worden door een bijkomende meting van zowel self-efficacy als skills op nog langere termijn.

4.2.2 Concreet gebruik van coachingvaardigheden

Door leergesprekken op video te analyseren, hoopten we de aangeleerde coachingvaardigheden concreet te kunnen observeren aan de hand van de ontwikkelde beoordelingsschaal. In de literatuur worden directe observaties of video-opnames inderdaad aanbevolen voor het beoordelen van vaardigheden (6,57). De resultaten van de analyse van acht opgenomen video's van vier deelnemers suggereren dat de PO's de aangeleerde coachingvaardigheden meer gebruiken in leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie na de training. Omwille van de kleine dataset, werden geen verdere analyses uitgevoerd voor deze resultaten en kunnen er hierrond geen conclusies geformuleerd worden. Er zijn in de literatuur veel studies waarin geen harde bewijzen voor het effect van

communicatietrainingen konden gevonden worden. Toch zijn er enkele hoopgevende effecten gerapporteerd van interactieve face-to-face trainingssessies. Auteurs beschrijven dat de geobserveerde skills na training verbeterden (2) en dat het gedrag van hulpverleners positief werd beïnvloed (11). In onze studie was er voor de empathische vaardigheden een lichte afname na de training. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat het aanleren van empathie moeilijker is dan het leren van andere vaardigheden (3) of dat PO's na de training meer sturende vaardigheden gebruikten waardoor de empathische vaardigheden minder (duidelijk) te observeren waren. Mogelijk hadden we bij een grotere dataset een ander effect op empathische vaardigheden gevonden.

In de inleiding werd reeds aangehaald dat deelnemers aan communicatietraining de tijdsdruk in de dagelijkse praktijk als barrière kunnen ervaren om nieuwe vaardigheden ook effectief te gaan gebruiken. Er heerst blijkbaar onder sommigen het idee dat hun gesprekken juist langer zullen duren door meer vaardigheden te gaan gebruiken. In een onderzoek naar de tijdsduur van consultaties vóór en na een training werd echter, ondanks een toename in gebruikte skills, geen significant verschil gevonden. De onderzoekers schreven dit toe aan een toegenomen efficiëntie door het gebruik van de juiste vaardigheden (43). De bevinding bij de video-opnames in onze studie is dat de geobserveerde leergesprekken iets korter duurden na de training. Op basis van deze data kunnen we enkel een vermoeden uitspreken dat de PO's niet méér (en mogelijk zelfs minder) tijd nodig hebben voor leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie door het gebruik van de aangeleerde skills. Om PO's nog meer te motiveren en om hen te kunnen bewijzen dat het gebruik van skills de leergesprekken efficiënter doet verlopen, zou dit in de toekomst op grotere schaal kunnen onderzocht worden.

4.3 Attitude rond slechtnieuwscommunicatietraining en coachen van de HAIO

Onze tweede hypothese was dat de attitude van PO's ten opzichte van slechtnieuwscommunicatietraining (van HAIO's) positiever zou worden. De attitude was in onze studie reeds vanaf het begin positief en werd nog iets positiever na de training. Dit was echter geen significante stijging. Dit wil zeggen dat de participanten ook na de training het nut en belang ervan bleven inzien. We hoopten dan ook dat de PO's door het volgen van de module meer geneigd zouden zijn om leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie te integreren in de opleiding van hun HAIO. De stelling rond de praktische haalbaarheid hiervan scoorde echter slechter drie maanden na de training vergeleken met de eerste meting en de meting vlak na de training. Een mogelijke verklaring is dat PO's vlak na de training de voorgestelde aanpak nog vers in het geheugen hadden en meer gemotiveerd waren om dit effectief in de praktijk om te zetten, maar dat ze na drie maanden toch merkten dat dit moeilijk in te plannen was in hun drukke agenda. Andere verklaringen zijn dat de HAIO niet frequent genoeg een slechtnieuwsgesprek voerde of dat er voor de HAIO andere leerdoelen waren om prioritair aan te pakken.

4.4 Kennis omtrent slechtnieuwscommunicatie en coachen hierin

Op vlak van kennis rond slechtnieuwscommunicatie en het coachen hierin zagen we zoals verwacht een significante stijging vlak na het doorlopen van de module. Tijdens de drie maanden na de training daalde de kennisscore echter significant. Dit is vermoedelijk te wijten aan het feit dat de tweede vragenlijst onmiddellijk aan het eind van de training werd ingevuld, wanneer alle informatie nog heel recent was geleerd en dat er geen opfrissing gebeurde in de maanden nadien. Desalniettemin bleef de

kennis op drie maanden significant beter vergeleken met de kennis op de basismeting, dus alleszins een deel van de opgedane kennis bleef behouden, een geruststellende bevinding.

4.5 Sterktes van dit onderzoek

Voor zover bij de auteurs bekend, is dit het eerste onderzoek naar het effect van een training op de coachingvaardigheden rond slechtnieuwscommunicatie van opleiders in de eerste lijn. Door meetinstrumenten te gebruiken die specifiek werden opgesteld voor dit onderzoek, konden we exact die skills meten die in de opleidingsmodule aangeleerd werden. Omdat we de respondenten driemaal dezelfde vragenlijst zelfstandig lieten invullen, werden de data gestandaardiseerd verkregen. We vergeleken dus met zekerheid dezelfde data vóór en na de training. Dit alles, in combinatie met het pre-test/post-test design, zorgt ervoor dat we toch een sterk vermoeden kunnen uitdrukken dat de gemeten toename in self-efficacy en kennis effectief toegeschreven kunnen worden aan de gevolgde training.

Door deelnemers te rekruteren onder alle PO's in Vlaanderen werd een steekproef bekomen die representatief is voor de volledige populatie PO's. Onder onze deelnemers waren mannen en vrouwen gelijk vertegenwoordigd en was er een grote spreiding aan leeftijden. Deelnemers kwamen uit regio's verspreid over heel Vlaanderen. We bereikten zowel totaal onervaren PO's als PO's met vele jaren ervaring in het opleiden van HAIO's.

Ondanks dat er enkele ontbrekende waarden voorkwamen in onze dataset en dat de data niet voor alle deelnemers gepaard konden worden, werd geen enkele case volledig uitgesloten. Respondenten werden enkel uitgesloten voor die analyses van de onderdelen waarvoor ze meer dan 25% van de vragen niet beantwoord hadden. Hierdoor werden zoveel mogelijk van de verzamelde data geanalyseerd, wat potentiële vertekening door over- of onderschatting van het effect beperkt.

Hoewel onze studie gericht was op opleiders binnen de huisartsgeneeskunde, geldt dit niet voor de inhoud van de trainingsmodule. De gebruikte opleidingsmodule zou met beperkte aanpassingen ook in de tweede lijn en in buitenlandse setting kunnen gebruikt worden.

4.6 Beperkingen van dit onderzoek

Een beperking van deze studie is dat we, hoewel we onze vooropgestelde hypotheses onderzochten aan de hand van een pre-test/post-test design, geen harde bewijzen voor het oorzakelijke effect van onze training naar voor kunnen brengen. Bij gebrek aan controlegroep kan er namelijk geen causaliteit aangetoond worden (11,15).

Ook bestond onze studiepopulatie uit een relatief kleine steekproef. Binnen deze steekproef was de respons op de eerste en laatste vragenlijst en vooral op de video-opdracht lager dan gehoopt. De lagere respons op de eerste en laatste vragenlijst valt te verklaren doordat deze via e-mail werden bezorgd aan de deelnemers en ze zich hierdoor vermoedelijk minder persoonlijk aangesproken voelden. Voor de video's was de uiteindelijke steekproef zelfs te klein om statistische analyses te kunnen uitvoeren, gezien slechts vier PO's tijdig een vóór- én een na-video instuurden. Door de brede definitie van slecht nieuws te hanteren, hoopten we nochtans dat HAIO's voldoende kans hadden om in een 'geschikte' situatie terecht te komen. We vroegen PO's ook niet om een 'extra' leergesprek te houden, maar om hun vast opleidingsmoment aan slechtnieuwscommunicatie te wijden. Verder raadden we PO's die geen HAIO hadden aan om het leergesprek met een collega te voeren. Voor het

analyseren van de gebruikte coachingvaardigheden in de reële praktijk lijken de video-opnames van leergesprekken desalniettemin een interessante bron van informatie. Om hieruit in de toekomst conclusies te kunnen trekken, zal het echter nodig zijn om manieren te zoeken om de PO's nog meer te ondersteunen en te motiveren voor het opnemen en insturen van video's, zodat er een grotere dataset kan gegeneerd en geanalyseerd worden. Een andere optie, die echter meer tijd en een groter budget zal vergen, is om de vaardigheden te toetsen aan de hand van simulaties met gestandaardiseerde HAIO's, zoals in het verleden reeds werd gedaan voor andere opleidersvaardigheden (40).

Sommige van onze resultaten werden mogelijk door andere factoren dan enkel door het effect van onze training mee beïnvloed. Ten eerste is er een potentiële invloed van het enthousiasme van deelnemers op de evolutie van hun vaardigheden, zoals ook in de literatuur wordt aangehaald (11). In onze studie kan het vrijblijvende karakter van zowel deelname aan de opleiding als aan de studie zelf aan de basis hiervan liggen. Hierdoor werden er vermoedelijk PO's gerekruteerd die reeds gemotiveerd waren voor het verbeteren van hun skills. We hebben geen informatie over de PO's die niet deelnamen aan de opleiding of over degenen die de eerste en laatste vragenlijsten niet invulden, maar mogelijk is er in deze groepen minder motivatie. Het zou dan ook kunnen dat we kleinere effecten op self-efficacy en kennis hadden gevonden, mocht deelname aan onze training voor álle PO's verplicht zijn geweest. Bij een verplichte deelname hadden om dezelfde redenen ook de attitudescores lager kunnen zijn. Ten tweede kunnen de antwoordschalen van de vragenlijsten ook een invloed hebben gehad op de resultaten. Alle stellingen van de self-efficacyvragenlijst en van de attitudevragenlijst werden namelijk op dezelfde manier beantwoord: hoe positiever, hoe meer naar rechts op de Likertschaal. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat deelnemers die vanuit hun persoonlijkheid sneller geneigd zijn om 'ja' te antwoorden een algemeen hogere score bekomen (57), waardoor we het effect kunnen overschatten. Doordat de stellingen voor attitude op een Likertschaal van slechts vijf punten werden beantwoord, kan het daarbij nog dat we subtiele verschillen in attitude gemist hebben.

Ondanks dat we geen subgroepanalyses uitvoerden, hadden we hieruit mogelijk interessante informatie kunnen verkrijgen. In een ander onderzoek bleken vrouwelijke deelnemers de aangeleerde vaardigheden bijvoorbeeld driemaal vaker te gebruiken dan hun mannelijke collega's (43). Een eventuele correlatie van scores met de leeftijd, aantal jaren ervaring of vooropleiding van deelnemers werd ook niet nagegaan. PO's die aan het begin van de studie aangaven een HAIO te hebben, hadden mogelijk meer kansen om de vaardigheden in te oefenen, wat tot betere scores kon leiden. Omwille van het beperkt aantal video's en de moeilijkheden met identificatie van de deelnemers, werd ook het eventuele verband tussen antwoorden op de vragenlijst en prestaties in de video's niet onderzocht.

Er werd geen studie gedaan naar de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de opleidingsmodule en het onderzoek. Een procesevaluatie had ons verdere inzichten kunnen bieden in eventuele barrières voor deelname en in andere factoren die de studie mogelijk hebben beïnvloed (59).

Het blijkt niet altijd eenvoudig om de aangeleerde skills uit een training naar de dagelijkse praktijk over te brengen en ze effectief toe te passen in deze andere context (10,68). In dit onderzoek was de tijd die verstreek tussen de start van de training en het invullen van de laatste vragenlijst meer dan drie maanden. Hoewel de hogere self-efficacy alsook een deel van de kennis behouden bleven, is deze tijdsperiode te kort om uitspraken te doen over het aangehouden effect van onze trainingsmodule op

de lange termijn. Ook is er in deze studie nog geen onderzoek gedaan naar het effect van de training van PO's op de vaardigheden van de HAIO's en op de gevolgen voor patiënten.

4.7 Betekenis voor de praktijk

Dat onze opleidingsmodule zorgde voor een significante stijging in de self-efficacy en kennis van PO's kan een belangrijke betekenis hebben voor de verdere ontwikkeling van gelijkaardige trainingsmodules in de toekomst. Voor het verder verbeteren van de gebruikte module zijn er in dit onderzoek enkele punten naar voren gekomen die aangepakt kunnen worden. Er moet onder meer bekeken worden hoe de toegenomen kennis beter kan behouden blijven op de lange termijn en of het gebruik van de coachingvaardigheden verbetert. Op basis van aanbevelingen uit de literatuur is er mogelijk nood aan een bijkomende live trainingssessie, moeten de groepen kleiner worden gehouden of moeten er nog aanpassingen gebeuren aan de inhoud en de vorm van de trainingssessie om het leereffect te vergroten. Er wordt door bepaalde onderzoekers namelijk gesteld dat voor het aanleren van communicatieskills elke deelnemer een bepaalde vaardigheid moet kunnen uitproberen en dat er een 'veilige leeromgeving' moet worden gecreëerd. Hiervoor worden groepen van 4 à 5 personen het meest geschikt geacht (28,32,51,60). In onze training namen aan elke sessie tussen 6 en 13 PO's deel. Dit suggereert dat trainingen ook bij ietwat grotere groepen effectief kunnen zijn, hoewel we in deze studie geen vergelijkingen deden van de evolutie van de scores bij PO's uit kleinere versus grotere groepen. Bepaalde onderzoekers beweren dat langere of herhaalde trainingen een beter effect geven (11,43,50,52). Ook kan een beter leereffect worden verwacht door het gebruiken van acteurs voor de simulatie van een leergesprek of door het opnemen van reële leergesprekken om ze nadien in groep te bespreken (25). Daarentegen konden recente kortere live trainingen rond het brengen van slecht nieuws en trainingen gebaseerd op een zelfgestuurde interactieve sessie via de computer toch ook zorgen voor significant betere skills of self-efficacy bij participanten (3,69).

Onze module bestond uit een online tool en slechts één live trainingssessie met theorie, opgenomen video's en rollenspellen tussen de participanten zelf. Deze aanpak toont een veelbelovend effect door de gemeten toename in self-efficacy en kennis en gaat vrijwel zeker gepaard met een minder grote tijdsinvestering en een lagere kost dan wanneer extra trainingssessies, kleinere groepen of simulatie gebruikt zouden worden (25,32,69–72). Dat in onze studie ook de attitude van PO's tegenover het coachen en trainen in slechtnieuwscommunicatie positief was en positief bleef, bevestigt dat er weldegelijk een plaats is voor dergelijke trainingsmodules in de opleiding van opleiders.

Door PO's te trainen in het coachen bij slechtnieuwsgesprekken kan een soort watervaleffect ontstaan. PO's krijgen namelijk ongeveer jaarlijks een nieuwe HAIO en verzorgen eventueel ook de opleiding van stagiairs. Ziekenhuis-PO's kunnen deel uitmaken van de opleiding van HAIO's, arts-specialisten in opleiding (ASO's) en stagiairs. De basiskennis en vaardigheden van PO's rond slechtnieuwscommunicatie bijschaven draagt bij tot het verbeteren van hun eigen skills en zorgt dat ze een goed rolmodel kunnen zijn voor jonge artsen. De aangeleerde coachingvaardigheden kunnen worden aangewend bij het trainen van de slechtnieuwscommunicatie van verschillende HAIO's en andere jonge artsen in alle fasen van hun opleiding. In de aangeboden trainingsmodule werden vaardigheden aangeleerd om bij HAIO's zelfreflectie en een zelfkritische houding te stimuleren. De PO's werden getraind om voornamelijk sturende en explorerende vragen te stellen waardoor de HAIO grotendeels zelf verbeterpunten, mogelijke redeneringen van de patiënt en oplossingen kon aanhalen.

Zoals in de inleiding beschreven kan een zelfkritische houding zorgen voor een verdere verbetering van skills en voor het bevorderen van het aanleren van nieuwe skills (52). Op deze manier wordt een groot aantal jonge artsen bereikt en kan een cultuur van zelfreflectie en aanhoudende communicatietraining gecreëerd worden.

5 Conclusie

In deze pre-test/post-test studie naar het effect van een 'train-de-trainer' opleidingsmodule rond het coachen van de HAIO bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken werden enkele veelbelovende resultaten gevonden. De opleidingsmodule die werd geëvalueerd is minder tijds- en arbeidsintensief en vraagt minder financiering dan veel van de voorgestelde trainingsprogramma's uit andere studies. Desondanks steeg de self-efficacy omtrent coachingvaardigheden in slechtnieuwscommunicatie van de participanten significant na het doorlopen van de training en bleef deze significant verhoogd na drie maanden. Ook de kennis van participanten rond slechtnieuwscommunicatie en de aanbevolen manier om HAIO's hierbij te coachen kende een significante stijging. De attitude van de participanten tegenover slechtnieuwscommunicatietraining en het concreet coachen van de HAIO hierin bleef over de hele studie positief. Dankzij enkele video-analyses van leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie kunnen we een eerste suggestie doen dat onze training ook het gebruik van coachingvaardigheden in de reële situatie doet toenemen, hoewel we hieruit op dit moment nog geen verdere conclusies kunnen trekken, omwille van de kleine dataset.

Door een betere self-efficacy en kennis, een positieve attitude en een toegenomen gebruik van effectieve coachingvaardigheden, kunnen PO's betere rolmodellen zijn en hun HAIO's op een goede manier ondersteunen in het verbeteren van slechtnieuwscommunicatievaardigheden. Uiteindelijk kan de slechtnieuwscommunicatie van artsen naar de toekomst toe verbeteren waardoor positieve effecten op patiëntentevredenheid en waarschijnlijk op termijn zelfs ook op klinische uitkomsten verwacht kunnen worden (2,4,11,17–21). Verder vallen ook op vlak van stress, tevredenheid, voldoening in de job en burn-out risico positieve effecten voor artsen zelf te verwachten (2,5,11,14,18,28,29).

Deze masterproef maakt deel uit van een groter, nog lopend project waarvan de resultaten later gepubliceerd zullen worden. De besproken preliminaire resultaten leveren reeds een bijdrage aan inzichten omtrent het organiseren van communicatietrainingen en het trainen van opleiders in het coachen van communicatie. Het onderzoek naar effecten van het opleiden van opleiders in het coachen van (slechtnieuws)communicatie is tot nog toe vrij schaars, zeker in de eerste lijn. Vandaar dat het opzetten, evalueren en valideren van gelijkaardige trainingsprogramma's zowel in de eerste lijn als in andere settingen heel wat bijkomende informatie kan opleveren. Er is onder meer nood aan onderzoek naar de effecten van dergelijke training op de vaardigheden van artsen in opleiding zelf en idealiter ook naar de gevolgen voor patiëntenuitkomsten (38). Om de training verder te verbeteren kan bijkomend naar een manier gezocht worden om de praktische haalbaarheid van slechtnieuwscommunicatietraining in de dagelijkse praktijk te vergroten. Een studie naar het effect op langere termijn en naar de eventuele nood aan en beste timing voor het opfrissen van de aangeleerde skills, kan een verdere aanpassing van de trainingsmodule ondersteunen. Een van de mogelijkheden is om bijvoorbeeld een extra live training aan de module toe te voegen.

Het einddoel van de grotere studie waarmee deze masterproef verbonden is, is om de trainingsmodule te integreren in het vaste opleidingsprogramma voor PO's. Op die manier kan de training nog meer huisarts-PO's en ziekenhuis-PO's bereiken en kan het effect op PO's, HAIO's, ASO's en patiënten op grotere schaal en op langere termijn worden bestudeerd.

Literatuur

1. Imran Abdul Hafidz M, Diana Zainudin L. Breaking Bad News: An essential skill for doctors. Med J Malaysia. 2016;71(1):26–7.
2. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004;363:312–9.
3. Wolfe AD, Frierdich SA, Wish J, Kilgore-Carlin J, Plotkin JA, Hoover-Regan M. Sharing life-altering information: development of pediatric hospital guidelines and team training. J Palliat Med. 2014;17(9):1011–8.
4. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering. Tweede dru. Van Dalen J, editor. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2006. 342 p.
5. Wouda J, van de Wiel H, van Vliet K. Medische communicatie. Gespreksvaardigheden voor de arts. Tweede dru. Utrecht: De Tijdstroom; 2006. 356 p.
6. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. Acad Med. 2008;83(1):37–44.
7. Kiluk J V., Dessureault S, Quinn G. Teaching Medical Students How to Break Bad News with Standardized Patients. J Cancer Educ. 2012;27(2):277–80.
8. Vlaamse Liga tegen Kanker. Slechtnieuwsgesprekken: aanbevelingen voor een betere communicatie met de kankerpatiënt en zijn naasten. Brussel; 2014.
9. Institute of Medicine. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Adler NE, Page AEK, editors. Washington DC: The National Academies Press; 2008. 456 p.
10. Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PHM, Van Achterberg T. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. Eur J Cancer Care (Engl). 2010;19:442–57.
11. Moore PM, Wilkinson SS, Rivera Mercado S. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):Art No CD003751.
12. Holland JC. How's your distress. A simple intervention addressing the emotional impact of cancer can help put the "care" back in caregiving. Oncology. 2007;21:530.
13. Tulsky JA. Beyond Advance Directives. JAMA. 2005;294(3):359–65.
14. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA. 2008;300(14):1665–73.
15. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von Der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. Br J Cancer. 2003;88:658–65.
16. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Marchal S, Boniver J, et al. Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. Ann Oncol. 2006;17:1450–8.
17. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. J Clin Oncol. 2012;30(11):1242–7.
18. Arnold SJ, Koczwara B. Breaking Bad News: Learning Through Experience. J Clin Oncol. 2006 Nov;24(31):5098–100.
19. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J. 1995;152:1423–33.
20. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, et al. Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol. 2007;25:5748–52.
21. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A Failing Medical Educational Model: A Self-Assessment by Physicians at All Levels of Training of Ability and Comfort to Deliver Bad News. J Palliat Med. 2010 Jun;13(6):677–83.
22. Schildmann J, Härlein J, Burchardi N, Schlögl M, Vollmann J. Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. Support Care Cancer. 2006;14(11):1157–61.

23. De Vleminck A, Pardon K, Roelands M, Houttekier D, Van den Block L, Vander Stichele R, et al. Information preferences of the general population when faced with life-limiting illness. Eur J Public Health. 2014;1–7.
24. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Walder SM, Butow PN, Carrick S, et al. Discrepant perceptions about end-of-Life communication: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007;34(2):190–200.
25. Morgan ER, Winter RJ. Teaching Communication Skills. An essential part of residency training. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996;150(6):638–42.
26. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer. 1995;71:1263–9.
27. Decaporale-Ryan LN, Dadiz R, Peyre SE. Simulation-Based Learning: From Theory to Practice. Fam Syst 1 Heal. 2016;34(2):159–62.
28. Baile WF. Training oncology practitioners in communication skills. J Pediatr Hematol Oncol. 2011 Oct;33:S115-22.
29. Deroost A, Braeckman L, Remmen R. Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding. Een beschrijvend en kwalitatief onderzoek. Huisarts Nu. 2016;45:112–9.
30. ICHO vzw. Wegwijzers voor HAIO's: Toetslijst [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 25]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/content/page/168
31. Downar J. Resources for Educating, Training, and Mentoring All Physicians Providing Palliative Care. J Palliat Med. 2018;21(S1):S57–62.
32. Fallowfield L, Saul J, Gilligan B. Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. Cancer Nurs. 2001;24(3):185–91.
33. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. Can Med Assoc J. 1997;156(8):1159–64.
34. Finan C, Nasr SZ, Rothwell E, Tarini BA. Primary Care Providers' Experiences Notifying Parents of Cystic Fibrosis Newborn Screening Results. Clin Pediatr (Phila). 2015 Jan 6;54(1):67–75.
35. Heiligers PJM, Van Der Velden LFJ, Batenburg RS. De opleiding tot huisarts opnieuw beoordeeld in 2014 Een onderzoek onder huisartsen in opleiding en alumni. Utrecht; 2014.
36. Institute of Medicine and. Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations. Foley KM, Gelband H, editors. Washington DC: National academy press; 2001. 79 p.
37. Pham AK, Bauer MT, Balan S. Closing the Patient–Oncologist Communication Gap: A Review of Historic and Current Efforts. J Cancer Educ. 2014;29(1):106–13.
38. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structured training for family medicine residents. Patient Educ Couns. 2002 Sep 1;48(1):63–8.
39. Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. Acad Med. 2004 Aug;79(8):737–43.
40. Schol S. Een agogische vaardigheidstoets voor huisartsenpraktijkopleiders: beschrijving van een nieuw toetsinstrument. Tijdschr voor Med Onderwijs. 2000;19(5):179–86.
41. Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding. ICHO vzw: Word praktijkopleider! [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 24]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/content/page/35
42. Van den Block L, Stubbe C, Gielis G. A description of training of GP trainers in Flanders, Belgium. EURACT Newsl. 2011;2(1):5–8.
43. Bylund CL, Brown R, Gueguen JA, Diamond C, Bianculli J, Kissane DW. The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. Psychooncology. 2010;19:583–93.
44. op 't Root JMH. Aard en Opzet van de stage Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk. Bull Med Onderwijs. 1990;9:4–12.
45. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5:302–11.
46. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol. 1995;13(9):2449–56.
47. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. J Clin Oncol. 2005;23(6):1278–88.
48. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for

patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363:733–75.

49. Walczak A, Butow PN, Davidson PM, Bellemore FA, Tattersall MHN, Clayton JM, et al. Patient perspectives regarding communication about prognosis and end-of-life issues: How can it be optimised? Patient Educ Couns. 2013;90(3):307–14.
50. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditonal continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA. 1999;282(9):867.
51. Back AL, Arnold RM, Tulsky JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching Communication Skills to Medical Oncology Fellows. J Clin Oncol. 2003;21(12):2433–6.
52. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. Br J Cancer. 2003;89(8):1445–9.
53. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Barley GE, Pea RD, et al. Faculty development to change the paradigm of communication skills teaching in oncology. J Clin Oncol. 2009;27(7):1137–41.
54. Jackson B, Marshall M, Schofield S. Barriers and facilitators to integration of physician associates into the general practice workforce: a grounded theory approach. Br J Gen Pract. 2017 Nov;67(664):e785–91.
55. Dimitrov DM, Rumrill PD. Pretest-posttest designs and measurement of change. Work. 2003;20:159–65.
56. Baarda D, de Goede M. Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2006.
57. Greenhalgh T. How to read a paper : the basics of evidence-based medicine. 4e editie. Londen: Wiley-Blackwell; 2010. 238 p.
58. De Moor G, Van Maele G. Inleiding tot de biomedische statistiek. derde druk. Leuven: Acco; 2011.
59. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655.
60. Parle M, Maguire P, Heaven C. The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. Soc Sci Med. 1997;44(2):231–40.
61. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Self-efficacy beliefs of adolescents. Information Age Publishing; 2006. p. 307–37.
62. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care. Arch Intern Med. 2007;167:453–60.
63. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence. JAMA. 2006;296(9):1094–102.
64. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of Communication Skills Training Program for Oncologists Based on Patient Preferences for Communication When Receiving Bad News: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2014;32(20):2166–72.
65. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. Br J Cancer. 2010;103(2):171–7.
66. Fryer-Edwards K, Arnold RM, Baile W, Tulsky JA, Petracca F, Back A. Reflective teaching practices: an approach to teaching communication skills in a small-group setting. Acad Med. 2006;81(7):638–44.
67. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physician's to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention. Patient Educ Couns. 2006 Jan;60(1):10–5.
68. Kron FW, Fetters MD, Scerbo MW, White CB, Lypson ML, Padilla MA, et al. Using a computer simulation for teaching communication skills: A blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2017;100(4):748–59.
69. Gorniewicz J, Floyd M, Krishnan K, Bishop TW, Tudiver F, Lang F. Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. Patient Educ Couns. 2017;100(4):655–66.
70. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Penn S, Gallegos TE, Zaider T, et al. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. Transl Behav Med. 2017;7:615–23.
71. Koropchak CM, Pollak KI, Arnold RM, Alexander SC, Skinner CS, Olsen MK, et al. Studying communication

in oncologist-patient encounters: The SCOPE Trial. Palliat Med. 2006;20:813–9.

72. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. J Educ Health Promot. 2014;3:51.

Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1: Evolutie van de gemiddelde self-efficacyscore tussen de drie meetmomenten 16

Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde attitudescore tussen de drie meetmomenten 16

Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde kennisscore tussen de drie meetmomenten 17

Tabel 1: Socio-demografische karakteristieken van de deelnemende praktijkopleiders 15

Tabel 2: Gemiddelde scores van self-efficacy, attitude en kennis op de drie meetmomenten 17

Tabel 3: Verschillen in gemiddelde scores tussen de meetmomenten 18

Tabel 4: Scores op deelvaardigheden beoordeeld in video-opnames van leergesprekken..... 18

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

Bijlage 2: Beoordelingsschaal video's

Bijlage 3: Studieprotocol

Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Commissie

Bijlage 5: Informatie- en toestemmingsformulier

Bijlage 1: Vragenlijst

Geachte Praktijkopleider,

Alvast bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. Vandaag krijgt u de tweede van drie vragenlijsten.

In wat volgt zal gepeild worden naar uw ervaring, kennis, attitudes en vaardigheden rond het coachen van uw HAIO in het voeren van slechtnieuwsgesprekken. Lees goed de instructies bij elk item. Voor een optimaal verloop van het onderzoek vragen wij u de vragen zo volledig mogelijk in te vullen. Graag herinneren wij u er nu al aan om onmiddellijk na het doorlopen van de training en ongeveer 3 maanden na de training de vervolgvragenlijsten in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal slechts 5 à 10 minuten in beslag nemen. Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden verwerkt. Uw naam zal in geen geval aan de antwoorden gekoppeld worden.

Alvast bedankt!

Kaatje Vissenaekens-Schraepen

Huisarts-in-opleiding, onderzoek in het kader van de masterproef Manama huisarts

Afkortingen en gebruikte termen

Slecht nieuws: 'elke informatie die het beeld of de verwachting van de patiënt over zijn/haar toekomst drastisch en negatief wijzigt'

!!! Let op de gebruikte definitie van slecht nieuws. Een slechtnieuwsgesprek hoeft dus niet over het aankondigen van een terminale fase of de diagnose van kanker te gaan, ook de diagnose van bijvoorbeeld diabetes kan hieronder vallen.

PO = praktijkopleider
HAIO = huisarts-in-opleiding

Om uw antwoorden aan elkaar te kunnen koppelen, vragen we u een identificatiecode te creëren bestaande uit de twee eerste letters van de familienaam van uw moeder en de twee laatste cijfers van uw geboortejaar. Deze moet u bij volgende vragenlijsten opnieuw gebruiken. **Bijvoorbeeld: Uw moeder heet Maria Jansen en u bent geboren in 1968. De code die u invult, is: JA68**

Identificatiecode: ☐

Vertrouwen in het eigen kunnen betreffende uw onderwijsvaardigheden

	Helemaal niet waar									Helemaal waar
Geef aan in hoeverre de volgende stellingen voor u gelden op een schaal van 1 tot 10: (1= Helemaal niet waar, 10= Helemaal waar)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a. Wanneer ik een slechtnieuwsgesprek observeer, zie ik onmiddelijk wat er beter kan										
b. Na het observeren van een slechtnieuwsgesprek kan ik gemakkelijk benoemen wat er beter kan										
c. Het lukt mij bijna altijd om een HAIO zelf bruikbare leerdoelen te doen benoemen n.a.v. een slechtnieuwsgesprek										
d. Het is voor mij gemakkelijk om de HAIO aan te zetten tot (zelf-)reflectie m.b.t. een slechtnieuwsgesprek										
e. Ik weet de HAIO te verwijzen naar wetenschappelijke literatuur en bestaande strategieën rond slechtnieuwsgesprekken										
f. Ik ben in staat om feedback over slechtnieuwsgesprekken van de HAIO te doseren in leerbare hoeveelheden										
g. Ik vind het gemakkelijk om op een constructieve manier feedback te geven wanneer het slechtnieuwsgesprek tussen de HAIO en de patiënt niet goed is verlopen										
h. Ik kan meestal de 4Gs (Gedrag, gevolg, gevoel, gewenst gedrag) juist benoemen bij het geven van feedback over een slechtnieuwsgesprek met de HAIO										
i. Ik kan een leergesprek over slecht nieuws altijd op een gestructureerde manier voeren										
j. Ik kan de HAIO tijdens een leergesprek concrete handvatten/tips bieden die aansluiten bij zijn of haar verbeterpunten m.b.t. slechtnieuwsgesprekken										
k. Het lukt mij goed om de HAIO te coachen zodanig dat hij/zij zelf op zoek gaat naar nieuwe strategieën voor het voeren van slechtnieuwsgesprekken										
l. Ik ben zeker dat ik de HAIO adequaat kan coachen in de volgende facetten van het slechtnieuwsgesprek:										
Patiëntgerichte communicatie										
Omgaan met emoties										
Voorbereiden van het gesprek										
Brengen van de boodschap										
Informeren op maat										
Non-verbaal gedrag										
Spreken over onzekerheid										

Ervaringen als PO

Geef aan of u vindt dat de volgende uitspraken juist of niet juist zijn.	Juist	Niet juist	Ik ben niet zeker
a. Bij het mededelen van een eerste diagnose van kanker, moet - volgens de aanbevelingen van Kom Op Tegen Kanker- het woord 'kanker' zeker 1 keer vermeld worden tijdens dat gesprek			
b. Bij ernstig slecht nieuws (bv. een diagnose van kanker) breng je als arts best direct de boodschap, zonder eerst te vragen naar de verwachtingen of voorkennis van de patiënt			
c. Specifieke informatie over prognose of behandelingen werkt angstverminderend voor alle patiënten			
d. Als een patiënt emotioneel wordt, dan kan je die meestal geruststellen door meer uitleg en informatie te geven (bv. over behandelingopties)			
e. Wanneer je als PO tegen je HAIO zegt: *"De patiënt viel stil en was duidelijk emotioneel. Je had misschien wat langer kunnen wachten met verder spreken"* dan is de kans dat de HAIO dit advies gaat toepassen kleiner dan wanneer de HAIO dit zelf als een verbeterpunt formuleert.			
f. PO zegt tegen HAIO: *"Toen de patiënt begon te wenen, reageerde je niet empathisch."* **Dit is een goed voorbeeld van het benoemen van gedrag van de HAIO.**			
g. PO zegt tegen HAIO: *"We gaan het vandaag hebben over jouw communicatie met de patiënt. Ik wil het graag hebben over twee zaken: 1) hoe je de boodschap hebt verwoord en of de patiënt dat heeft begrepen, en 2) hoe je bent omgegaan met de emoties van de patiënt."* **Dit is een goede start van een leergesprek.**			
h. HAIO zegt tegen PO: *"Ik heb het gevoel dat de patiënt mijn boodschap niet begreep. Volgende keer zal ik er op letten dat ik mijn informatie doseer en dat ik achteraf toets wat de patiënt begrepen heeft."* **Dit is een bruikbaar leerdoel.**			
i. HAIO zegt tegen PO tijdens een leergesprek: "Ik ga er tijdens een volgend slechtnieuwsgesprek op letten dat ik meer helder communiceer met de patiënt." **Dit is een bruikbaar leerdoel.**			
j. Ik vind dat tijdens ieder leergesprek met de HAIO n.a.v. een slechtnieuwsgesprek alle geobserveerde verbeterpunten benoemd moeten worden			

Uw eigen mening als PO

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen.

		Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
a.	Ik vind een opleiding in het coachen van de HAIO bij slechtnieuwsgesprekken een nuttige aanvulling in het curriculum van POs	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Ik vind dat ik veel kan bijleren rond het coachen van de HAIO over slechtnieuwsgesprekken	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Ik vind het belangrijk om regelmatig aandacht te besteden aan slechtnieuwsgesprekken bij het opleiden van mijn HAIO	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Het is praktisch haalbaar om regelmatig aandacht te besteden aan slechtnieuwsgesprekken bij het opleiden van mijn HAIO	☐	☐	☐	☐	☐
e.	Ik vind dat het voeren van de leergesprekken over slecht nieuws de communicatievaardigheden van de HAIO merkbaar kan verbeteren	☐	☐	☐	☐	☐
f.	Het is zinvol dat artsen tijdens de stage verder getraind worden in het voeren van slechtnieuwsgesprekken	☐	☐	☐	☐	☐
g.	Het is voor mij als PO steeds leerzaam om met mijn HAIO te spreken over slechtnieuwsgesprekken	☐	☐	☐	☐	☐

Frequentie slechtnieuwsgesprekken en leergesprekken

Definitie Slecht nieuws: 'elke informatie die het beeld of de verwachting van de patiënt over zijn/haar toekomst drastisch en negatief wijzigt'

		Minder dan 1 keer per maand	1 tot 3 keer per maand	Wekelijks	Meer dan 1 keer per week	Ik weet het niet
a.	Hoe vaak voerde u gemiddeld in het afgelopen jaar een slechtnieuwsgesprek	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Hoe vaak voerde uw HAIO gemiddeld in het afgelopen jaar zelf een slechtnieuwsgesprek?	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Hoe vaak voerde u in het afgelopen jaar gemiddeld een leergesprek met uw HAIO?	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Hoe vaak voerde u het afgelopen jaar gemiddeld een leergesprek rond slechtnieuwsgesprekken met uw HAIO?	☐	☐	☐	☐	☐

Vooropleiding slechtnieuwscommunicatie

		Ja	Nee	Ik weet het niet
a.	Heeft u tijdens uw opleiding tot arts een opleiding rond slechtnieuws-communicatie gekregen?	☐	☐	☐
b.	Heeft u na uw opleiding tot arts nog een opleiding rond slechtnieuws-communicatie gevolgd? Zo ja, dewelke?	☐	☐	☐
c.	Gebruikt u momenteel een bepaalde communicatietool of een theoretisch model bij het voeren van een slechtnieuwsgesprek met patiënten (bvb SPIKES)? Zo ja, dewelke?.....	☐	☐	☐
d.	Volgt uw HAIO momenteel een bepaalde communicatietool of een theoretisch model bij het voeren van een slechtnieuwsgesprek met patiënten (bvb SPIKES)? Zo ja, dewelke?.....	☐	☐	☐

Persoonlijke gegevens

	Man	Vrouw
Geslacht	☐	☐

Leeftijd	.....

	Huisarts	Ziekenhuisarts
Huidig beroep	☐	☐

	Solo	Groep	Netwerk	Ziekenhuis
Praktijkvorm	☐	☐	☐	☐

Aantal jaar ervaring als PO	.....
Totaal aantal HAIO's begeleid (huidige HAIO inbegrepen)	.....

Opleidingsregio:

- o Aalst-Oudenaarde
- o Antwerpen
- o Brugge
- o Brussel
- o Genk
- o Gent
- o Halle-Vilvoorde
- o Hasselt
- o Kempen
- o Kortrijk
- o Leuven
- o Mechelen
- o Roeselare
- o Sint-Niklaas/Dendermonde

Bijlage 2: Beoordelingsschaal video's

VIDEO SCORES: Aanwezig: 1, afwezig: 0

Houding PO	**Score**	**Nota**
PO geeft HAIO ruimte om te ventileren over emoties[3]		
Empathische, luisterende houding van PO[3]		
Deel 1: Probleemdefinitie	**Score**	
PO laat subthema aanbrengen door HAIO[4] *Voorbeelden: Vertel eens iets meer? Wat vind je daar precies moeilijk aan? Wat maakt dat je dit hier brengt? Wat zou je willen veranderen? Zijn er situaties geweest waarin je dit makkelijker vond? Waaraan merk je dat dit beter kan / wat geeft jou het idee dat dit beter kan?*		
PO brengt zelf bedacht verbeterpunt op een goede manier aan[4]		
PO stuurt aan op concreet benoemen subthema/verbeterpunt of benoemt het zelf concreet[4]		
PO zorgt dat gesprek beperkt blijft tot maximaal 2 deelonderwerpen[4]		
PO heeft nog geen oplossingsstrategieën aan bod laten komen[5]		
Deel 2: Probleem exploreren/analyseren	**Score**	**Nota**
PO expliciteert concrete observaties/gedrag (feiten)[6]		
PO expliciteert drijfveren-interpretatie-effect[6] (evt adhv 4 G's (gedrag, gevoel, gevolg, gewenst gedrag) of concrete vragen naar HAIO toe) Voorbeelden: *Wat wou je bereiken? Wat denk je dat de patiënt wilde bereiken/verwachtte?*		
PO expliciteert redenering HAIO[6]		
PO zet HAIO aan tot reflectie over de eigen emoties[3]		
PO zet HAIO aan tot reflectie over emoties patiënt[6]		
PO helpt HAIO bij het alternatieven bedenken voor gedrag, passend bij richtlijnen[7]		
PO verwijst naar bestaande literatuur/theorie[7]		
Deel 3: Oplossing kiezen	**Score**	**Nota**
Concrete doelen worden benoemd door PO of HAIO[7]		
Concrete afspraken rond hoe toetsing/evaluatie zal verlopen[7]		
Afspraken zijn tijdsgebonden[7]		
HAIO vat zelf samen[5]		
Verloop gesprek	**Score**	**Nota**
Structuur van het gesprek wordt behouden door PO[4] *(3 delen aan bod gekomen in juiste volgorde)*		
HAIO is het grootste deel van de tijd aan het woord[5]		
PO gebruikt vooral open vragen[5]		
Totaal algemeen op 21 skills		

[3] Overkoepelende vaardigheid: Empathie
[4] Overkoepelende vaardigheid: Structuur
[5] Overkoepelende vaardigheid: Algemene opleidersvaardigheden
[6] Overkoepelende vaardigheid: Exploreren
[7] Overkoepelende vaardigheid: Oplossingen en afspraken

Bijlage 3: Studieprotocol

Onderzoeksprotocol

De stagebegeleider als coach voor huisartsen-in-opleiding bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken: Evaluatie van het effect van een train-de-trainer opleidingsprogramma op de kennis, attitude en vaardigheden van praktijkopleiders in Vlaanderen.

Achtergrond

Deze masterproef maakt deel uit van een groter project met als titel 'De stagebegeleider als coach voor artsen-in-opleiding bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken: De ontwikkeling van een train-de-trainer opleidingsprogramma voor huisartsopleiders'. Het oorspronkelijke protocol van dit onderzoek werd bijgevoegd. Dit project is opgestart in samenwerking met het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) en Kom op tegen Kanker (KOTK) en wordt door KOTK gefinancierd. De aanleiding hiervoor was een rapport van de Vlaamse Liga tegen Kanker rond slechtnieuwscommunicatie waarin aanbevelingen werden gedaan voor het trainen van hulpverleners hierin[1]. In het rapport werd de stageperiode, naast de trainingen in de basisopleiding, als de ideale gelegenheid hiervoor gezien omdat de vaardigheden onmiddellijk kunnen geoefend en gebruikt worden in reële situaties. Ook de functie van de stagemeester als rolmodel werd in het rapport benadrukt. Gezien in Vlaanderen de opleiding van startende huisartsen (huisartsen in opleiding of HAIO's) grotendeels gebeurt door middel van een praktijkstage bij een erkende praktijkopleider (PO), werd de opleiding van deze PO's als aangrijpingspunt voor het project gekozen. Binnen het vernieuwde curriculum van de opleiding geneeskunde in Vlaanderen, zullen HAIO's na 6 jaar basisopleiding een driejarige master-na-masteropleiding volgen met stage bij een erkende huisarts, maar ook minstens 6 maanden ziekenhuisstage. Er zullen dus zowel huisarts-praktijkopleiders als ziekenhuisarts-praktijkopleiders getraind worden. Het doel van de oorspronkelijke studie is dan ook om artsen in heel Vlaanderen te bereiken door het ontwikkelen, uitvoeren, evalueren en implementeren van een opleidingsprogramma voor het coachen van HAIO's in het voeren van slechtnieuwsgesprekken.

Er werd een module ontwikkeld om de communicatievaardigheden van PO en HAIO te verbeteren en te bestendigen en om de PO's specifieke coachingvaardigheden rond het thema 'slechtnieuwscommunicatie' aan te leren. De oorspronkelijke module wordt beschreven in het bijgevoegde onderzoeksprotocol. Hiervan werd een pilot testing gedaan bij 2 groepen van 12 praktijkopleiders. Met de feedback die hier ontvangen werd, werd de trainingssessie aangepast en verbeterd tot de huidige opleidingsmodule.
Het doel van deze masterproef is om het opleidingsprogramma op grotere schaal aan te bieden en te evalueren op vlak van effectiviteit, haalbaarheid en aanvaardbaarheid. Uiteindelijk kan het opleidingsprogramma dan geïntegreerd worden in de basisopleiding van nieuwe PO's en in de bijscholingen voor bestaande PO's.

Doelgroep en rekrutering

Via het opleidingsaanbod van het ICHO kunnen PO's zich vrijwillig inschrijven voor de herwerkte opleidingsmodule die in deze masterproef zal geëvalueerd worden. De uitnodiging voor de trainingssessie zal via het secretariaat van het ICHO worden verspreid onder alle Vlaamse praktijkopleiders. Zij zullen onmiddellijk na hun inschrijving worden gevraagd om deel te nemen aan deze studie en de informatie rond het onderzoeksopzet ontvangen. In deze masterproef wordt enkel data van de PO's zelf verzameld. Binnen het volledige project zal ook het effect van de training op de HAIO's worden geëvalueerd.

Aangeboden opleidingsprogramma

De opleidingsmodule bestaat op dit moment uit twee grote onderdelen: enerzijds een online trainingsmodule over de theorie van slechtnieuwscommunicatie en anderzijds een live training waarin de focus ligt op de coachingvaardigheden. Beide onderdelen worden hieronder meer uitgebreid beschreven.

1. **Online training**

   Bij inschrijving voor het opleidingsprogramma zullen PO's een link krijgen naar een online opleiding die ook door hun HAIO's kan gevolgd worden. De online opleiding is samengesteld aan de hand van recent onderzoek rond slechtnieuwscommunicatie. Het internationaal gebruikte SPIKES-model[2] levert handvaten voor de opbouw van een patiëntgericht slechtnieuwsgesprek en wordt in deze tool gebruikt. SPIKES staat voor de opeenvolging van volgende stappen: Setting, Perceptie, Invitatie, Kennisoverdracht, Empathie, Strategie en Samenvatting. Verder werden andere bekende do's en don'ts bij slechtnieuwscommunicatie, zoals onder andere beschreven in het rapport van de Vlaamse Liga tegen Kanker[1] in de tool verwerkt. De bedoeling is om de praktijkopleiders opnieuw bewust te maken van de essentiële stappen binnen slechtnieuwscommunicatie: het creëren van een rustige situatie met aanwezigheid van de nodige steunfiguren voor de patiënt, aandacht hebben voor ideeën en verwachtingen van de patiënt rond zijn medische situatie en reeds verkregen informatie, het mandaat of de uitnodiging van de patiënt krijgen om verdere informatie te brengen en dit dan ook op een eerlijke en voor de patiënt duidelijk te begrijpen manier te doen. Op elk moment van het gesprek wordt rekening gehouden met de emoties van de patiënt en wordt hier empathisch op gereageerd. Het gesprek wordt steeds afgesloten met een samenvatting en op het tempo van de patiënt wordt ook de verdere planning/strategie besproken. Door het volgen van deze training werken PO's dus aan hun eigen patiëntgerichte communicatievaardigheden met het oog op hun functie als rolmodel en coach voor de HAIO.

2. **Live training**

   De live training is omwille van haalbaarheid in het drukke werkschema van PO's herwerkt van twee afzonderlijke trainingssessies naar één langere sessie van vier uur. Deze live training wordt nog steeds gegeven door een ervaren trainer aan kleine groepen van 10 à 12 deelnemers. Er zal gewerkt worden met rollenspellen van gesprekken tussen PO's en HAIO's, video's en feedback door de trainer en de groep. De sessies werden opgebouwd aan de hand van recente didactische technieken. De sessie bestaat inhoudelijk enerzijds uit het leren organiseren van leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie met aandacht voor het opstellen van leerdoelen, het geven van feedback en het stimuleren van reflectie bij de HAIO. Anderzijds worden de PO's begeleid in het coachen van hun HAIO in het omgaan met emotie en patiëntgericht communiceren.

Methoden

De evaluatie van het opleidingsprogramma zal verschillende aspecten kennen waarvoor zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden worden gebruikt. Voor een meer uitgebreide beschrijving en verwijzingen naar de literatuur rond de gebruikte methodes, wordt opnieuw verwezen naar bijgevoegd protocol van de volledige studie.

- Allereerst wordt het effect van de training op de kennis, attitude en vaardigheden van de PO's nagegaan door middel van een pretest/posttest design.
  - Zij zullen op 3 verschillende momenten (T0, T1 en T2) een **vragenlijst** invullen die peilt naar enkele demografische kenmerken, hun theoretische kennis rond slechtnieuwsgesprekken, hun eigen vaardigheden binnen slechtnieuwscommunicatie en de didactische vaardigheden naar hun HAIO's toe. De vragenlijsten zullen een code krijgen per deelnemer om nadien de evolutie te vergelijken. Uiteraard worden persoonsgegevens steeds vertrouwelijk behandeld. Door deze online vragenlijst te laten invullen vlak voor het doorlopen van de online trainingsmodule (T0), wordt een

basismeting bekomen. Vervolgens zal de deelnemers worden gevraagd om onmiddellijk na de live training dezelfde vragenlijst opnieuw te vervolledigen (T1) om zo het effect van de training op korte termijn in te schatten. Ten slotte wordt drie maanden na de live training (T2) een vragenlijst via mail verstuurd naar de deelnemers en een laatste keer ingevuld om het aangehouden effect te evalueren. Ook voor het invullen van de eerste vragenlijsten zullen zo nodig via mail herinneringen gestuurd worden naar de PO's die ingeschreven zijn voor de opleiding om zo een maximale deelname te bekomen.

  - Gezien een vragenlijst geen volledig zicht kan bieden op het gedrag in een reële situatie, zullen deelnemers ook gevraagd worden twee video's van een leergesprek rond slechtnieuwscommunicatie tussen PO en HAIO op te nemen. Opnieuw gaat het om een video voor het doorlopen van het trainingsprogramma en een video nadien. Deze zullen worden geüpload in een beveiligd videoplatform voorzien door het ICHO. De analyse van de video's gebeurt aan de hand van een inhoudsanalyse. Er worden vooraf een aantal specifieke uitkomstmaten opgesteld aan de hand van de reeds beschreven inhoud van de trainingen. Het zal hier dus gaan over de concrete vaardigheden die werden getraind voor het identificeren van leerdoelen, het geven van feedback, het aanleren van patiëntgerichte communicatie en het leren omgaan met emoties. Aan de hand van de opgestelde lijst zal in de video's door de onderzoeker systematisch gescreend worden naar het voorkomen van deze uitkomstmaten. De onderzoeker zal hierbij geblindeerd zijn voor het moment waarop deze video werd opgenomen, namelijk voor of na het doorlopen van de trainingssessie.
  - In de oorspronkelijke studie werd naar analogie met de bestaande literatuur een verdubbeling van de onderzochte uitkomstmaten als hypothese voor het verwachte effect van de sessie aangehouden. Het minimum aantal rekruten dat nodig is om deze verdubbeling te bekomen is 55, berekend op basis van een power van 80% en alpha van 0.5%. Om eventueel nog subgroepen van beginnende versus ervaren PO's en ziekenhuis- en huisartsen-PO's te kunnen vergelijken, wordt als doel gesteld om minstens 100 PO's te bereiken.
- Om een zicht te krijgen op de haalbaarheid van de studie, zal bekeken worden in welke mate de PO's gerekruteerd kunnen worden en hoeveel uitval er is, of de vragenlijsten werden ingevuld en de video's geüpload en in welke mate het voeren van leergesprekken aan de hand van de aangeleerde vaardigheden toepasbaar is in de praktijk.
- Voor het onderzoeken van de aanvaardbaarheid zullen in de laatste vragenlijst enkele vragen toegevoegd worden die peilen naar de mening van de deelnemers over het gevolgde opleidingsprogramma. Er zal onder andere gevraagd worden naar hun ideeën en eventuele suggesties rond de organisatie, inhoud, tijdsduur, aanpak van de trainer en concrete toepasbaarheid van de geleerde vaardigheden in de praktijk. Hier zullen eventuele belemmerende of juist bevorderende factoren voor het duurzaam implementeren van de opleiding kunnen geïdentificeerd worden aan de hand van kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Aan de hand van de resultaten van deze studie en na het bestuderen van de effecten op de HAIO's in de grotere studie, kunnen de opleidingsprogramma's verder aangepast worden met het oog op het implementeren in de basisopleiding van zowel nieuwe als bestaande PO's.

Concrete planning

De live trainingen werden gepland van mei 2018 tot en met november 2018. Het verzamelen van data kan dus vanaf april 2018, het moment waarop de eerste vragenlijsten en video's worden aangeleverd door de eerste groep PO's tot februari 2019, wanneer de laatste vragenlijsten 3 maanden na de opleiding worden ingevuld. De data-analyse is gepland voor eind 2018-begin 2019 en de resultaten worden beschreven voor 1 mei 2019, de deadline voor het indienen van de masterproef.

Referenties

[1] Vlaamse Liga tegen Kanker (2014). Slechtnieuwsgesprekken: aanbevelingen voor een betere communicatie met *de kankerpatiënt en zijn naasten*. Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.

[2] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964998.

Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. L. VAN DEN BLOCK
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 30-05-2018

Ons Kenmerk: **2018/213**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De stagebegeleider als coach voor huisartsen-in-opleiding bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken : evaluatie van het effect van een train-de-trainer opleidingsprogramma op de kennis, attitude en vaardigheden van praktijkopleiders in Vlaanderen
B.U.N. 143201836417

Na goedkeuring van het bovenvermelde project tijdens de vergadering van 30 mei 2018, en na kennis genomen te hebben van de definitieve vragenlijst, ontvangen op 4 juni 2018, besluit de Commissie Medische Ethiek

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,



prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

154_01

Bijlage 5: Informatie- en toestemmingsformulier

Informatie- en toestemmingsformulier

Titel: De stagebegeleider als coach voor huisartsen-in-opleiding bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken: evaluatie van het effect van een train-de-trainer opleidingsprogramma op de kennis, attitude en vaardigheden van praktijkopleiders in Vlaanderen.

Informatie voor praktijkopleiders

Geachte praktijkopleider

Bedankt voor uw interesse in de opleiding rond het coachen van uw HAIO bij het voeren van slechtnieuwsgesprekken. Deze opleiding bestaat uit een online leermodule voor het opfrissen van de basisvaardigheden rond slechtnieuwscommunicatie en een live trainingssessie waarin u de nodige coachingsvaardigheden zal aanleren. Aan deze opleiding is een studie gekoppeld in het kader van de master-na-masteropleiding van Dr. Kaatje Vissenaekens-Schraepen. Deze studie zal peilen naar het effect van de opleiding op de coachingsvaardigheden van praktijkopleiders. De studie loopt van april 2018 tot en met mei 2019, staat onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel en maakt deel uit van een groter project dat wordt gesponsord door Kom op Tegen Kanker.

Slechtnieuwscommunicatie blijft een moeilijk onderwerp voor vele artsen en de beste manier om dit aan te leren wordt nog steeds onderzocht. De trainingsmodule die u zal volgen werd recent ontwikkeld en aangepast na een pilot testing op een kleine groep praktijkopleiders. Om de training in slechtnieuwscommunicatie van toekomstige artsen verder op punt te kunnen stellen en na te gaan op welke manier de opleiding duurzaam kan geïmplementeerd worden in de basisopleiding van praktijkopleiders, willen we de opleiding verder evalueren bij ongeveer 100 PO's. Het **doel** is om via het verbeteren van de vaardigheden van PO's de training van huisartsen-in-opleiding te optimaliseren en uiteindelijk de communicatie met de patiënt te verbeteren.

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, zullen volgende zaken gevraagd worden:

1. **Vragenlijsten** invullen op 3 verschillende momenten, namelijk vóór het doorlopen van beide onderdelen van de opleiding, vlak na de live trainingssessie en 3 maanden na de live trainingssessie. Om uiteindelijk het effect van de training te kunnen evalueren, is het van groot belang om alle drie de vragenlijsten in te vullen.

2. Enkelen van u zullen ook **video's** opnemen van leergesprekken rond slechtnieuwscommunicatie tussen u en uw HAIO. Dit gaat over een eerste video voor de start van de opleiding en een tweede in de maand na de live trainingssessie. Deze video's zal u kunnen uploaden in het beveiligd online videoplatform van het ICHO. Voor het onderzoek zijn de videogesprekken erg belangrijk om de evolutie in het gebruik van de aangeleerde vaardigheden in een reële situatie te kunnen beoordelen.

Uw deelname aan de studie is vrijwillig. Dit betekent dat u op elk moment kan beslissen om niet langer deel te nemen aan de studie, zonder dat dit consequenties voor u persoonlijk of voor uw deelname aan de opleiding zal hebben. Alle data die we over u verkrijgen in deze studie, zal enkel beschikbaar worden gesteld voor de onderzoekers en vertrouwelijk worden behandeld. Uiteraard wordt er bij publicatie op de anonimiteit van uw gegevens toegezien. De studie kreeg een goedkeuring van de Commissie voor Medische Ethiek en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en de verklaring van Helsinki.

Een mogelijk voordeel van deelname aan deze studie is dat u, indien u dit wenst, gepersonaliseerde feedback op uw video's kan krijgen van de trainer die de werkwinkel begeleidt om uw vaardigheden nog verder te verbeteren. Voor zover de onderzoekers kunnen inschatten, zijn er geen nadelen of risico's aan de studie verbonden.

Bij vragen of indien u meer informatie wil, neem gerust contact op via kaatjevissenaekens@gmail.com.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Kaatje Vissenaekens-Schraepen, HAIO

Toestemmingsformulier

Ik verklaar dat ik schriftelijk geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb het informatiedocument gelezen.

Ik verklaar dat de gekregen informatie duidelijk was en dat ik deze goed heb begrepen.

Het is mij duidelijk dat de deelname aan deze studie volledig vrijwillig is en dat ik op elk moment uit de studie kan stappen, zonder dat dit voor mij nadelige gevolgen heeft op welk vlak dan ook.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens garanderen overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.

Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de Vrije Universiteit Brussel toestemming voor inzage in mijn persoonlijke gegevens om te controleren of bij het uitvoeren het onderzoek de nodige wetten en voorschriften werden nageleefd.

Hoewel de risico's van dit onderzoek als verwaarloosbaar werden ingeschat, werd er, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten voor dit onderzoek.

Ik bevestig dat ik op geen enkel moment onder druk werd gezet om deel te nemen aan het onderzoek.

Ik geef hierbij dan ook mijn toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek.