Arts-patiënt communicatie bij ziekenhuis-opleiders van huisartsen in opleiding in Vlaanderen: een pilootstudie

Jasper Broothaerts, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2018 – 2020]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Doelstelling. Te weten komen hoe ziekenhuis praktijkopleiders communiceren met hun patiënten en wat zij als barrières ervaren tot goede communicatie. Op basis van de verkregen resultaten werd er getracht enkele praktische adviezen te geven betreffende de communicatietraining van huisartsen in opleiding tijdens de ziekenhuisstage.

Methode. Er werd eerst een verkennende literatuurstudie uitgevoerd met als onderwerp arts-patiënt communicatie in het ziekenhuis. Vervolgens werden ziekenhuis praktijkopleiders ondervraagd door middel van semigestructureerde interviews. De interviews maakten gebruik van open vragen en casusbeschrijvingen waarbij de deelnemer moest beschrijven hoe hij of zij de communicatie in deze casus zou aanpakken. De interviews werden gecodeerd en geanalyseerd door middel van de grounded theory.

Resultaten. De studie identificeerde vier categorieën van barrières tot communicatie: patiënt gebonden, patiënt én arts gebonden, arts gebonden en omgeving gebonden factoren. Tevens resulteerde de analyse in enkele streefdoelen die specialisten hanteerden tijdens het communiceren: respect voor de patiënt, professionalisme, goed communiceren an sich, humor in het consult en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Sterke punten in hun communicatie waren het gesprek starten met een open vraag en informeren met gebruik van externe hulpmiddelen en communicatietechnieken. Tevens waren zijn duidelijk bedreven in het uitleggen van de verschillende behandelingsopties met hun voor- en nadelen, verwachte effecten en mogelijke complicaties. Ondanks dat het bevragen van de perspectieven van de patiënt (visies/emoties/verwachtingen) in verschillende gesprekken aan bod kwam lag de nadruk van de meeste artsen op het verzamelen van objectieve informatie met betrekking tot de aanmeldingsklacht. Ook het bespreken van en ruimte laten voor emoties, toetsen naar begrip en shared decision making kwamen weinig aan bod tijdens de interviews.

Conclusies. De toestand van de arts-patiënt communicatie van de geïnterviewde ziekenhuis praktijkopleiders werd in beeld gebracht, samen met de ervaren obstakels en streefdoelen. Enkele adviezen voor de communicatietraining tijdens de ziekenhuisstage van de huisartsen in opleiding konden geformuleerd worden.

Adviezen voor in de praktijk. De huisartsen in opleiding zullen voldoende mogelijkheden hebben om de anamnese en het informeren van de patiënt te kunnen oefenen. Hoewel verschillende ziekenhuis praktijkopleiders aangaven aandacht te hebben voor subjectieve informatie van de patiënt lag de nadruk dikwijls echter op verzamelen van objectieve klinische informatie. Het is belangrijk dat de huisarts in opleiding dit onderdeel van de anamnese echter niet uit het oog verliest tijdens de ziekenhuisstage. De huisarts in opleiding moet proberen actief informatie in te zamelen over het perspectief van de patiënt en attent te zijn voor emoties. Tijdsdruk kan hier een mogelijk obstakel voor vormen. Rechtstreekse observatie van de huisarts in opleiding tijdens het consulteren zou een geschikte manier kunnen zijn om communicatie vaardigheden te gaan evalueren. Het gebruik van een gevalideerd meetinstrument kan nuttig zijn bij het geven van zinvolle feedback achteraf.

Inhoudstafel

Abstract **3**

Inhoudstafel **4**

1. Inleiding **5**

2. Onderzoeksmethodes **5**

2.1 Oriënterend literatuuronderzoek *5*

2.2 Kwalitatief explorerend onderzoek *5*

3. Resultaten **8**

3.1 Oriënterend literatuuronderzoek *8*

3.1.1 Zoekresultaten 8

3.1.2 Patiënt centered communication 8

3.1.3 Patient-centered communication en Communication skills training 11

3.1.4 Communicatie en outcomes 11

3.1.5. Huidige toestand bij specialisten en barrières tot PCC/SDM 13

3.2 Kwalitatief onderzoek *15*

4. Discussie **23**

4.1 Voornaamste resultaten *23*

4.2 Sterktes en zwaktes van de studie *24*

4.3 Conclusies *25*

4.4 Adviezen voor in de praktijk *25*

Referenties **27**

DANKWOORD **29**

Bijlage 1: Interviews **30**

Bijlage 2: Schematische boomstructuur **38**

Bijlage 3: Codeboek **47**

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol **49**

1. Inleiding

Arts-patiënt communicatie is een intensief onderzocht onderwerp binnen de geneeskunde. Ondanks een steeds breder gamma van technische onderzoeken blijft communicatie essentieel voor het stellen van de diagnose (1). Tevens beschrijft de literatuur een positief effect van goede communicatie op therapietrouw en patiënt tevredenheid (2,3). Communicatie behoort dan ook tot één van de zeven kerntaken van een arts zoals beschreven door de CANMEDS-rollen (4).

Sedert 2019 loopt een Vlaamse huisarts in opleiding (HAIO) gedurende 6 maanden stage in het ziekenhuis. Daar worden zij opgeleid door ziekenhuis praktijkopleiders (ZIPO's). Vlaamse ziekenhuisartsen van diverse specialismen nemen deze taak op zich. Deze specialisten kunnen een belangrijke rol spelen in de communicatietraining van deze nieuwe groep HAIO's (5,6). Onderzoek naar de specifieke kenmerken en uitdagingen op het vlak van de arts-patient communicatie bij deze groep artsen is echter nog niet voorhanden gezien de opleiding maar recent aangepast is.

De onderzoeksvraag van deze thesis luidt: Hoe communiceren ZIPO's met hun patiënten en wat ervaren ze als barrières? Om op deze vraag een antwoord te formuleren werd eerst een verkennende literatuurstudie uitgevoerd met als onderwerp arts-patiënt communicatie in het ziekenhuis. Vervolgens werden ZIPO's ondervraagd door middel van semigestructureerde interviews. Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek zal de thesis ten slotte trachtten enkele praktische adviezen voor de HAIO's en ZIPO's te geven betreffende communicatietraining tijdens de ziekenhuisstage.

2. Onderzoeksmethodes

2.1 Oriënterend literatuuronderzoek

De bestaande gepubliceerde literatuur omtrent communicatie werd doorzocht met als doel het vinden van recente studies met betrekking tot arts-patiënt communicatie in het ziekenhuis. Om de literatuur te doorzoeken werd gebruik gemaakt van de zoekmotor PubMed met verschillende combinaties van volgende MeSH termen of gewone zoektermen indien er geen corresponderende MeSH term in de database opgenomen was: communication, doctor patient relation, patient provider communication, communication barriers, specialists, physicians, hospital, patient-centered communication, patient-centredness, shared decision making, medical history, anamnesis, communication skills training en patient outcomes. Tevens werd de databank van masterproeven van het ICHO en Patient Education and Counseling doorzocht met dezelfde zoektermen. Er werd ook gebruik gemaakt van naslagwerken en literatuur aangereikt door de promotor van deze thesis. Door gebruik te maken van filters werd een zoekopdracht steeds verfijnd tot er een 200-tal resultaten overbleven. Er werd gefilterd op publicaties van de laatste 15 jaar, systematische reviews, overzichtsartikelen, retrospectieve crosssectionele trials en prospectieve onderzoeken. Indien de titel en abstract van de gevonden resultaten relevant werden bevonden, werden zij verder volledig doorgenomen en al dan niet geïncludeerd in de studie. Volgende onderwerpen werden als relevant beschouwd: huidige toestand van de arts-patiënt communicatie in het ziekenhuis, verband tussen goede communicatie en outcomes, verband tussen communication skills training en PCC en tot slot barrières tot goede communicatie. Relevante referenties van de weerhouden artikels werden op dezelfde manier doorgenomen en al dan niet geïncludeerd.

2.2 Kwalitatief explorerend onderzoek

Het tweede deel van deze studie betrof een kwalitatief explorerend onderzoek. Specialisten die in 2019 van start gingen als ziekenhuis-opleider in Vlaanderen kwamen in aanmerking om deel te nemen

aan deze studie. Zij werden ondervraagd door middel van semigestructureerde interviews. De artsen werden gerekruteerd op verschillende manieren. Er werd een bericht gelanceerd via de ICHO actua met oproep tot deelname. Tevens werden ziekenhuis-opleiders op een bijscholing gevraagd hun contactgegevens achter te laten indien zij geïnteresseerd waren in deelname aan de studie. Vervolgens werden deze artsen op basis van de verkregen contactgegevens gecontacteerd met vraag tot deelname.

Het doel van de interviews was een representatief beeld te krijgen van hoe de geïnterviewde arts communiceerde met zijn of haar patiënten tijdens een consultatie. Wat vond de geïnterviewde belangrijk in het communiceren met patiënten? Tevens peilde het interview naar barrières tot goede communicatie. Het interview bestond enerzijds uit open vragen en anderzijds uit fictieve casussen waarbij de deelnemer moest aangeven hoe hij of zij de communicatie betreffende de specifieke casus zou aanpakken. Er werd gepoogd te achterhalen of de verschillende onderdelen van een goede communicatie aanwezig waren in zeer diverse situaties en onderdelen van het consult (i.e. anamnese, klinisch onderzoek, besluitvorming, informeren, slechtnieuwsgesprek en consult afsluiten).

De casussen werden opgesteld met in het achterhoofd richtlijnen omtrent goede communicatie en tevens gevalideerde meetinstrumenten voor communicatievaardigheden (7–10). De eerste casussen trachtten in beeld te brengen in welke mate de arts het perspectief van de patiënt aan bod liet komen. Om deze informatie te verkrijgen werd een casus geconstrueerd die ging over een patiënt die voor het eerst bij de betreffende arts consulteerde. De pathologie waarvoor de patiënt langs kwam was voor de specialist in kwestie veel voorkomend en dus goed gekend. Het doel was te weten te komen of de arts geïnteresseerd was in de ideeën die achter de aanmeldingsklacht van een nieuwe patiënt zaten. Eénzelfde situatie werd voorgesteld met een patiënt die reeds gekend was bij de specialist. Daarnaast werd er steeds een casus voorgesteld waarbij de patiënt duidelijk een ongerustheid uitte in zijn aanmeldingsklacht (bijvoorbeeld een fictieve casus met een patiënt die komt consulteren omwille van een aanslepende hoest en meteen vertelt dat zijn moeder gestorven is aan longkanker). Zo kon nagegaan worden of deze ongerustheid besproken werd tijdens de anamnese. Tot slot werd er een situatie voorgesteld waarbij een patiënt met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (bijvoorbeeld chronische vermoeiheidssyndroom) herhaaldelijk kwam consulteren op zoek naar een oplossing. De casus trachtte te peilen naar het bespreken van verwachtingen in de anamnese. De voorgaande casussen trachtten tevens een beeld te krijgen van de inhoud van de gestelde vragen tijdens de medische anamnese.
Communicatie tijdens het klinisch onderzoek werd kort besproken door een casus voor te stellen waarbij de arts in kwestie onverwacht een nieuwe bevinding vaststelde tijdens het onderzoek. De ondervraagde moest schetsen hoe en wanneer hij deze bevinding ging overbrengen naar de patiënt.
In de volgende casuïstiek van het interview werden informeren, besluitvorming en afsluiten van het consult belicht. Om te weten te komen hoe een arts informeerde werd voort gegaan op de reeds besproken casuïstiek. De ondervraagde specialist moest uitleggen hoe hij de diagnose die gesteld werd na anamnese, klinisch onderzoek en technische onderzoeken zou overbrengen naar de patiënt. Het betrof hier steeds diagnoses die goed gekend waren voor de arts en die hij in realiteit dagelijks schetste aan patiënten. Voor een cardioloog kon dit bijvoorbeeld gaan over het uitleggen van angor pectoris.
In een andere casus werd na onderzoeken een diagnose gesteld met een slechte prognose zoals bijvoorbeeld longkanker. De taak van de arts was dan te illustreren hoe hij of zij dit slecht nieuws ging overbrengen. Ook hier betrof het steeds pathologie waarmee de specialist in realiteit vaak mee in

aanraking kwam. Om een beeld te krijgen over de medische besluitvorming en al dan niet gebruik van shared decision making (SDM) moest de arts schetsen hoe hij beleidsvorming ging bespreken met een patiënt. Het ging hier over diagnoses waarbij verschillende gelijkwaardige behandelingsopties mogelijk waren en SDM aldus mogelijk was.
Een laatste casus werd geschetst waarbij het informeren en de besluitvorming reeds gebeurd was en de arts moest aangeven hoe het afsluiten in zijn werk ging.
Om de relevantie van de antwoorden te garanderen werden de casussen aangepast naargelang de specialisatie van de arts. Een pneumoloog kreeg andere casussen voorgeschoteld dan een orthopedist. Het type van informatie waar naar gepeild werd bleef echter steeds hetzelfde door bijvoorbeeld de diagnose van longkanker in een casus te veranderen naar de zieke van Alzheimer.

Open vragen werden geconstrueerd om algemene visies of ervaringen met betrekking tot communicatie te bevragen zoals bijvoorbeeld obstakels tot communicatie of het begroeten van de patiënt. Tevens werd gebruik gemaakt van open vragen indien interessante zaken aan bod kwamen bij de casuïstiek die onvoldoende toegelicht werden. Ook in het geval dat de geïnterviewde naast de kwestie antwoordde werden open vragen gebruikt om toch de gewenste informatie betreffende een specifiek onderdeel in het consult te bekomen. Als een arts bijvoorbeeld antwoordde met het diagnostische denkproces dat hij of zij maakte, werd de vraag hersteld om de focus te verleggen naar de desbetreffende communicatie in een casus. De laatste 5 interviews werden afgesloten met de vraag of de arts al dan niet had kunnen bespreken wat hij/zij belangrijk vond in arts-patiënt communicatie. De hierboven beschreven methodiek resulteerde tot de interviews in bijlage 1.

De interviews werden afgenomen door de open vraag of casus voor te lezen en vervolgens de ondervraagde arts de ruimte te geven zijn antwoord volledig te formuleren. Zoals hierboven vermeld konden extra bijvragen gesteld worden vooraleer over werd gegaan naar de volgende casus. De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd door middel van de Grounded Theory. De data analyse volgde stappen zoals beschreven in de QUAGOL-methode (11). Door de antwoorden van de verschillende deelnemers op een vraag met elkaar te gaan vergelijken werd er getracht categorieën en vervolgens theorieën te creëren in de verkregen data. De interviews werden eerst een aantal keer gelezen waardoor de onderzoeker vertrouwd raakte met de transcripten en de achterliggende boodschappen ervan. Tijdens het lezen werden opvallende zinnen of stukken tekst onderlijnd en werden deze samengevat in één omvattende zin of woord. Vervolgens werd het antwoord van een specialist op de eerste vraag of casus gecodeerd. Elk stukje tekst of verhaal of geuite emotie werd beschreven aan de hand van een code. Vervolgens werd dit proces herhaald voor het antwoord van de volgende geïnterviewde. Codes waartussen verbanden bestonden werden samen gezet onder 1 overkoepelende categorie. Doorheen het coderen ontstonden nieuwe codes of werden bestaande codes veranderd door een meer passende/omvattende beschrijving. Door het ontstaan van nieuwe codes of de rangschikking ervan aan te passen veranderden ook de namen van de categorieën doorheen het coderingsproces. De verschillende codes en categorieën werden geplaatst onder de verschillende onderdelen van een consult (i.e. begroeting, opening, anamnese,…) of onder algemene opmerkingen met betrekking tot communiceren. Op deze manier ontstond de boomstructuur in bijlage 2. Definities van de gecreëerde categorieën zijn terug te vinden in een codeboek in bijlage 3. Indien een andere onderzoeker bij het coderen gebruik zou maken van de definities in dit codeboek zou een sterk gelijkaardige boomstructuur moeten ontstaan. Zodus werden categorieën kritisch bekeken en hun inhoud zo goed mogelijk gedefinieerd.

3. Resultaten

3.1 Oriënterend literatuuronderzoek

3.1.1 Zoekresultaten

De hierboven genoemde zoekstrategie leverde 33 artikels, 1 naslagwerk en 1 doctoraatsthesis op. Uit de databank van masterpapers van het ICHO werd geen relevante masterthesis met betrekking tot arts-patiënt communicatie in het ziekenhuis weerhouden.

3.1.2 Patiënt centered communication

Communicatie met de patiënt is een essentiële klinische vaardigheid die elke arts goed onder de knie zou moeten hebben. Eén van de zeven rollen die een arts volgens de CanMEDS rollen moet bekleden is 'communicator' (4). In 1999 werd op een internationale conferentie in The Kalamazoo Consensus Statement beschreven welke essentiële aspecten een goede arts-patiënt communicatie zou moeten bekleden (7). De 21 schrijvers kwamen tot 7 elementen: het opbouwen van een sterke arts-patiënt relatie, het volledig (i.e. volledig laten uitspreken, bezorgdheden laten uiten) horen van de patiënt, het inzamelen van informatie, het begrijpen van het perspectief van de patiënt, het delen van informatie, het tot een overeenkomst komen met de patiënt en het afsluiten op een correcte manier. Ondanks de sterke toename van technische onderzoeken in het ziekenhuis, blijft een goede anamnese een hoeksteen in het diagnostisch proces (1).

In de laatste decennia is er een duidelijke evolutie van een paternalistische arts-patiënt communicatie naar een communicatie waarin de patiënt centraal staat, de patient-centered communication (PCC) (12). In het paternalistisch model is het voornamelijk de arts die de richting van de communicatie bepaalt en beslissingen maakt omtrent de behandeling en diagnose. In patient-centered communication zal de arts zich mede laten leiden door de patiënt. Hierin is het belangrijk dat de waarden, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt aan bod komen en dat er aandacht is voor de emotionele toestand van de patiënt (bv. bezorgdheid, gevoelens van hopeloosheid,…). Daarnaast wordt er gepoogd de patiënt te motiveren om deel te nemen aan het beslissingsproces omtrent zijn of haar medische zorg naar gelang hij of zij dat wenst (13). In dit proces wordt er rekening gehouden met de behandelingsdoelen van de patiënt. Deze gedeelde besluitvorming wordt in de Engelstalige literatuur shared decision making (SDM) genoemd. De eigenschappen van de twee communicatiestijlen worden samengevat in tabel 1.

Paternalistische arts-patiënt communicatie	**Patient-centered communication**
-Inhoud van het consult wordt bepaald door de dokter op basis van de pathologie -Er wordt verondersteld dat gedachten van de patiënt wel geuit zullen worden als ze belangrijk zijn -Het bespreken van emoties wordt vermeden -Medische besluitvorming is een taak voor de dokter	-Inhoud van het consult wordt mede bepaald door de patiënt -De ideeën en bezorgdheden van de patiënt worden expliciet bevraagd -Het uiten van emoties wordt aangemoedigd -Patiënten worden gemotiveerd tot actieve deelname in de besluitvorming

Tabel 1 Vergelijking van communicatiestijlen

In de volgende paragrafen worden richtlijnen beschreven tot goede communicatie tijdens het consulteren. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op het Common Ground Instrument, de MAAS-Globaal, de Kalamazoo Consensus Statement en het handboek 'Aan Weerszijden van de Stethoscoop' (7,9,14,15).

Begroeting en openingszin. De arts stelt zich voor op een uitnodigende en duidelijke manier om het consult goed te beginnen (9,14,15). Vervolgens wordt het gesprek geopend met een adequate openingszin. Deze is zo open mogelijk en zo weinig mogelijk suggestief (9,14,15).

Visies, emoties, verwachtingen. Vooraleer we als medisch hulpverlener meteen doorvragen naar de medisch en klinische aspecten van de aanmeldingsklacht is het belangrijk om eerst het perspectief van de patiënt te begrijpen (7,9,14,15). Dit betekent hetzelfde als te weten komen welke contextuele factoren, ideeën, bezorgdheden en verwachtingen achter de aanmeldingsklacht van de patiënt zitten. Het is essentieel om als arts te peilen naar emoties of hierop in te gaan als de patiënt (non-)verbaal gevoelens uit. Als deze zaken voor een bepaalde klacht verduidelijkt zijn, is het nuttig om reeds een samenvatting of hypothese te verwoorden naar de patiënt toe en deze te toetsen (7,9,15). Van dit moment kan dan gebruik gemaakt worden om te vragen naar andere aanmeldingsklachten op de agenda van de patiënt. Vervolgens kan hier op dezelfde manier weer op ingegaan worden.

Medische anamnese. Na deze fase in de anamnese start het medisch objectiveren van de aanmeldingsklacht van de patiënt. Het is nuttig deze fase aan te kondigen (15). Het verkrijgen van objectieve gegevens over de klacht kan door het gebruik van drie verschillende soorten vragen: open vragen, gesloten vragen en suggestieve vragen (15). Een open vraag geeft de patiënt meer ruimte om zaken te verwoorden en geeft dikwijls meer betrouwbare informatie. Gesloten vragen hebben het risico informatie te gaan vervormen door de beperkte antwoordmogelijkheden. Hetzelfde geldt voor suggestieve vragen, waar het antwoord vervat zit in de vraagstelling. Deze vragen kunnen wel nuttig zijn om moeilijke onderwerpen ter sprake te brengen (15). Om een persoonlijk contact te realiseren en belangstelling voor de patiënt uit te stralen is het belangrijk om een uitnodigende houding aan te nemen en oogcontact te maken tijdens de anamnese (15). Te veel bezig zijn op het computerscherm kan de anamnese negatief beïnvloeden. Ook nu is het aangewezen om deze gegevens samen te vatten naar de patiënt toe om na te gaan of de verkregen interpretatie van de klacht overeenstemt met die van de patiënt (7,9,15).

Klinisch onderzoek. Na de anamnese volgt het klinisch onderzoek. Het geven van duidelijke instructies en toelichten wat en waarom je iets gaat doen is essentieel om dit goed te laten verlopen (9,15) . Voor meer intieme zaken is het aangewezen toestemming te vragen. Tijdens het klinisch onderzoek kunnen eventueel nog bijkomende vragen gesteld worden als het onderzoek nieuwe vragen oproept. Tevens wordt er getracht kort in te gaan op eventuele reacties of emoties van de patiënt (9,15). Deze fase kan afgesloten worden door te zeggen aan de patiënt dat hij/zij zich mag aankleden en dat het klinisch onderzoek is afgelopen. Men tracht best te vermijden het beleid reeds te bespreken als de patiënt nog niet aangekleed is (9,15).

Beleidsfase. Vervolgens start de beleidsfase. Deze start met het rapporteren van de bevindingen van het klinisch onderzoek (9,15). Belangrijk hierbij is vaststellingen objectief te weergeven en te laten

aansluiten op de eerder verduidelijkte perspectieven van de patiënt. Vervolgens wordt de veronderstelde diagnose en voorstel van behandeling gecommuniceerd (9,15). The Kalamazoo Consensus Statement stelde reeds in 1999 dat het essentieel is de patiënt te motiveren om deel te nemen aan de besluitvorming naar gelang hij of zij dat wenst. Het uiteindelijke doel hiervan is het verhogen van de therapietrouw (15). Ondanks dat SDM tot op heden een veelbesproken onderwerp is binnen de arts-patiënt communicatie, ontbreekt er een éénduidige internationale definitie. Dit probleem leidde tot enkele systematische reviews die de kern concepten van SDM identificeerden en beschreven (16,17). Eerst en vooral is het belangrijk dat de arts de patiënt inlicht dat er een beslissing genomen moet worden en dat zijn of haar mening hierin belangrijk is. Vervolgens moeten de verschillende opties met hun voor- en nadelen op een objectieve manier uitgelegd worden. Dit kan gaan over de kosten, nevenwerkingen, risico's,…Belangrijk hierbij is dat de voorkeur van de arts niet naar voor komt. Vervolgens worden de persoonlijke voorkeuren en de verwachtingen van de patiënt besproken. Ten slotte wordt er een beslissing gemaakt die aansluit bij de eerder verduidelijkte persoonlijke voorkeuren van de patiënt of wordt er besloten de beslissing uit te stellen en een opvolgmoment te plannen. Het is essentieel om te bevragen in welke mate de patiënt betrokken wenst te worden bij het beslissingsproces.

SDM en PCC zijn onlosmakelijk verbonden met de evidence-based medicine (EBM) (13) (18). Het aan de patiënt voorstellen van de verschillende opties met hun risico's, outcomes en complicaties moet gebaseerd zijn op de laatste wetenschappelijke evidentie. Zo niet, is het onmogelijk om samen een beslissing te nemen in functie van de voorkeuren van de patiënt. Het zou ook kunnen leiden tot overbodige en soms zelfs schadelijke behandelingen. Het omgekeerde geldt ook: zonder rekening te houden met de waarden en geïnformeerde voorkeuren van de patiënt is er geen geneeskunde met respect voor de autonomie van de patiënt mogelijk.

Informeren. Eén van de zeven kernelementen in de Kalamazoo statement is het delen van informatie. Bij het delen van informatie zijn er een aantal belangrijke aandachtspunten (7,9,14,15). Ten eerste is het belangrijk om rekening te houden met de informatie behoefte en eventuele voorkennis over een bepaald onderwerp (15). Gebruik van medisch jargon wordt best zoveel mogelijk vermeden (9,15). Informatie wordt door de patiënt het beste opgeslagen door je als arts te beperken tot de essentie en de informatie onder te brengen in categorieën (diagnose, behandeling,…) (9,15). Tijdens en op het einde van de uitleg is het aangewezen te toetsen naar begrip en bijkomende vragen. Ook hier is aandacht voor emoties belangrijk omdat deze een belangrijke impact kunnen hebben op wat de patiënt onthoudt. Artsen kunnen beroep doen op hulpmiddelen en communicatietechnieken (15). Deze hebben allemaal als doel het onthouden van de informatie bij de patiënt te bevorderen. Voorbeelden van hulpmiddelen zijn patiëntenfolders, tekeningen of neergeschreven informatie. Communicatietechnieken kunnen zijn: herhalen van informatie, de patiënt vragen om te herhalen, eenvoudige zinsconstructies gebruiken of gebruik van metaforen.
Het brengen van slecht nieuws is een van de moeilijkste uitdagingen in informeren. Het volledig illustreren van de richtlijnen tot deze delicate taak behoort niet tot de doelen van deze thesis. De belangrijkste kernpunten worden hierna bondig beschreven (15). De arts start met het slechte nieuws onmiddellijk en op een korte en bondige manier te verkondigen. Vervolgens wordt er ruimte gelaten aan de patiënt om zijn of haar emoties te ventileren. Er worden afspraken gemaakt voor de toekomst en samengevat. Het is belangrijk deze zaken pas te bespreken als de patiënt hier klaar voor is in het gesprek.

Afsluiten. Ook voor het beëindigen van het consult zijn er een aantal aandachtspunten. Het afsluiten is een moment om samen te vatten en afspraken te maken rond het verder verloop. Eventuele vragen of problemen worden nog bevraagd (7,9,15).

3.1.3 Patient-centered communication en Communication skills training

Studies uit het verleden toonden reeds aan dat CST (communication skills training) een positief effect heeft op de attitude van studenten geneeskunde ten aanzien van PCC (19,20). Een prospectieve cohort studie uitgevoerd bij geneeskunde studenten van de universiteit van Antwerpen toonde echter aan dat deze positieve impact van CST op de attitude ten aanzien van PCC verval kent (21). Het onderzoek volgde twee cohortes van een 50-tal studenten op: één die gedurende de eerste vijf jaar van de opleiding CST had gekregen en één cohorte die dit niet had gekregen. Met behulp van vier verschillende gevalideerde meetinstrumenten werd deze attitude bij de studenten gemeten één week voor de aanvang van de ziekenhuisstage in het zesde jaar en vervolgens opnieuw op het einde van de ziekenhuisstage. De resultaten toonden een kleine, maar significante daling van PCC bij de cohorte die CST had gevolgd.
De onderzoekers stelden twee hypotheses voor die de daling zou kunnen verklaren: het grote verschil tussen de realiteit van het ziekenhuis en de artificiële omgeving van communicatie training enerzijds en het niet representatief zijn van de meetinstrumenten voor attitude ten aanzien van PCC anderzijds (21). De meetinstrumenten peilden naar de attitude tot PCC en niet naar effectief gedrag. Theoretische modellen wijzen op het verband tussen de twee, doch verschillende negatieve factoren kunnen ervoor zorgen dat een positieve attitude tot PCC niet altijd leidt tot het effectieve gebruik van PCC (5,21).

Dezelfde onderzoeksgroep exploreerde in een kwalitatieve studie welke factoren een mogelijke rol speelden in het ontwikkelen van 'patient-centredness' (i.e. de mate waarin een hulpverlener de patiënt als centraal beschouwd) bij geneeskunde studenten (5). Hiertoe werden er 11 groepsgesprekken gevoerd met arts-stagiaires en artsen. Eén van de factoren die invloed had op de houding tot patient-centredness was de omgeving van het ziekenhuis (5). Rolmodellen, bijvoorbeeld stagemeesters, en de manier waarop zij omgingen met hun patiënten beïnvloedden het vormen van de attitude tot patient-centredness bij stagiaires. De ondervraagden gaven aan dat CST hen echter handvaten bood om weerstand te bieden aan mogelijke negatieve sociale invloeden.

3.1.4 Communicatie en outcomes

Tal van wetenschappelijke studies proberen het verband tussen een goede arts-patiënt communicatie en verschillende soorten van outcomes te bestuderen. In dit onderzoeksgebied stellen zich steeds 2 methodologische problemen (13). Ten eerste hebben deze studies vaak een beperkte onderzoekspopulatie. Dit probleem kan omzeild worden door het combineren van verschillende studies tot één grote meta-analyse. Een tweede limitatie is het gebrek aan éénduidige definities van de verschillende variabelen die onderzocht worden, zoals bijvoorbeeld hierboven vermeld is in het geval van SDM. Een bijkomend probleem is dat het hier dikwijls crosssectionele studies betreft. Vaststellen van causale verbanden met dit soort studies is moeilijk. In het huidige klimaat waarin het grootste deel van de patiënten actief wil betrokken worden bij hun medische zorg is het dikwijls ethisch niet wenselijk patiënten te randomiseren aan communicatiestijlen waar zij geen inspraak hebben in de besluitvorming (22). Daarnaast zou er een ongewenst negatief effect kunnen zijn op de arts-patiënt relatie indien een patiënt bijvoorbeeld gerandomiseerd zou worden aan een paternalistische arts-

patiënt communicatie (22). Video-vignettes of interactie met 'virtuele' dokters kunnen een antwoord zijn op dit probleem. Een voorbeeld van elk zo een studie wordt gegeven hieronder (23,24). Het vaststellen van effecten van goede communicatie is des te meer relevant omdat studies aantonen dat communicatie een vaardigheid is die getraind kan worden en dat het effect van deze trainingen verschillende jaren blijft aanhouden (25).

Verschillende studies tonen een positief verband tussen PCC/SDM, patiënttevredenheid en therapietrouw. Patiënttevredenheid is op zijn beurt dan weer positief geassocieerd met bereidheid van patiënten tot deelname aan klinische studies en therapietrouw (13). Een grote systematische review uit 2015 onderzocht de relatie tussen SDM (patiënt-gerapporteerd, observeerder gerapporteerd of dokter gerapporteerd) en verschillende soorten van health outcomes (2). Er werd enkel een statistisch relevante relatie gevonden tussen patiënt-gerapporteerde SDM en affectief-cognitieve uitkomsten zoals patiënttevredenheid. Er werd geen verband gevonden tussen SDM en gezondheidsuitkomsten zoals bloeddruk en glycemie.
Wat is het verband tussen PCC en *satisfaction-like health outcomes?* Een meta-analyse uit 2009 in de oncologische setting biedt het antwoord. Er werd een positieve associatie gevonden tussen patiënttevredenheid en een vorm van communicatie waarbij *affective behavior* (bijv. geruststelling van de patiënt) en *participation behavior* (bijv. de patiënt motiveren om zijn bezorgdheden te uiten) essentiële elementen waren (13). Een recente review die de arts-patiënt communicatie in de reumatologie bestudeerde kwam tot een aantal interessante associaties met outcomes (26). Een meer actieve en positieve rol van de patiënt in de consultatie was geassocieerd met betere uitkomsten zoals minder orgaanschade, lagere ziekteactiviteit, zich begrepen voelen, minder neveneffecten van medicatie en hogere patiënttevredenheid. Een hoger niveau van vertrouwen in de dokter leidde tot betere algemene gezondheid, minder medicatie nevenwerkingen en minder ziekteactiviteit. Er kon geen causaliteit vastgesteld worden omdat het hier ook crosssectionele studies betrof. Het aantal studies en dus deelnemers was eerder beperkt.
Gelijkaardige resultaten werden gevonden door Ashraf AA et al. Deze observationele studie ondervroeg door middel van enquêtes 465 vrouwen 1 jaar na hun borstreconstructie die werd uitgevoerd na mastectomie. Er werd gepeild naar hun rol in de beslisvorming omtrent de reconstructie, patiënttevredenheid en quality of life. Naargelang de rol in beslisvorming werden ze ingedeeld in drie groepen: 'paternalistic', 'informed-consumerist' en 'SDM'. Deze twee laatste groepen, met een hogere patiënt participatie, bleken gecorreleerd te zijn met een hogere algemene patiënttevredenheid en quality of life 1 jaar na borstreconstructie.

Cousin et al gingen dieper in op het verband tussen de communicatiestijl van de arts, de geprefereerde communicatiestijl van de patiënt en patiënttevredenheid (24).
Hoe meer concordantie er was tussen de communicatiestijl van de arts en de geprefereerde communicatiestijl van de patiënt, hoe hoger de patiënttevredenheid. Specifiek werd hier ingegaan op 'caring' en 'sharing' als communicatiestijlen. 'Caring' was een communicatie die doelde op het scheppen en onderhouden van een goede relatie met de patiënt. Hierbij werd er gebruik gemaakt van empathie, vriendelijkheid, tonen van interesse en behulpzaamheid. 'Sharing' werd bereikt door SDM en het gesprek mede te laten leiden door de patiënt. Een communicatiestijl met aandacht voor 'caring' leidde echter steeds tot een hogere patiënttevredenheid in vergelijking met een communicatiestijl zonder aandacht voor 'caring', ongeacht de geprefereerde stijl van de patiënt. Dit was niet het geval voor 'sharing'. Patiënten die liever niet betrokken werden toonden hogere niveaus van

patiënttevredenheid indien de dokter een laag 'sharing' niveau had. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom SDM in communicatie onderzoek niet altijd leidt tot een hogere patiënttevredenheid (24). Met deze studie in het achterhoofd komen Herrmann et al tot een interessante conclusie in hun crosssectioneel onderzoek. Bij kanker patiënten die door hun arts niet bevraagd werden in welke mate zij betrokken wilden worden in de medische beslisvorming vond men een hogere discordantie tussen hun geprefereerde en de door hun zelf gerapporteerde rol in de beslisvorming (27). De meesten van de bevraagde patiënten (72%) die niet tevreden waren met hun rol in de medische beslisvorming gaven aan meer betrokken te willen worden. Het bevragen van deze rol is een essentiële stap van goede SDM (28).

Visser LNC et al onderzochten het effect van communicatie van oncologen met aandacht voor de emoties van de patiënt op het onthouden van informatie (23). Dit werd onderzocht door middel van video-vignettes. Deelnemers bekeken video's van gespeelde consulten waarbij oncologen op drie verschillende manieren reageerden op emotionele expressies van patiënten: 1) standaard communicatie, 2) emotie georiënteerde communicatie en 3) emotie georiënteerde stiltes. De participanten werden gevraagd zich in te leven in de situatie van de patiënt die zij zagen in de video. Vervolgens werd getest wat zij van de informatie gecommuniceerd door de arts in de video onthouden hadden, zowel het actief oproepen als het passief herkennen ervan. Er werd een positief verband gevonden tussen communicatiestijl 2) en 3) en het passief herkennen van informatie na het consult.

3.1.5. Huidige toestand bij specialisten en barrières tot PCC/SDM

Hierboven werd besproken wat goede communicatie zou moeten inhouden en waarom dit belangrijk is. De vraag stelt zich nu op welke manier er gecommuniceerd wordt in het ziekenhuis. Een scoping review uit 2016 nam de communicatie tussen spoedartsen en patiënten onder de loep (29). Twee derde van de spoedartsen stelde zichzelf voor als arts en begroette de patiënten. De meeste dokters begonnen het consult met open vragen zoals te verkiezen is bij PCC. De patiënt werd echter gemiddeld onderbroken na 12 seconden. Bij de helft van de dokters overlapten de anamnese en het klinisch onderzoek. Spoedartsen bleken over het algemeen meer aandacht te schenken aan het verzamelen van informatie dan het delen van informatie. De reden hiervoor was dat de focus van de communicatie van deze artsen lag op het snel komen tot een diagnose en een gepaste aanpak. Tevens bleek er soms vrees te zijn dat patiënten bepaalde onderzoeken (bv. een CT-scan) zouden kunnen weigeren door de risico's van bepaalde onderzoeken met hen te gaan bespreken. Ten slotte was er volgens de spoedartsen minder tijd voor patiënt educatie en rapportering omwille van hoge tijdsdruk. Hieruit volgde dat veel bezorgdheden van de patiënten niet besproken werden. Hoge werkdruk had ook een negatieve invloed op het uiten van empathie. Spoedartsen gaven aan moeilijkheden te ondervinden in de communicatie met geriatrische patiënten en zorgbehoevenden met gedaalde cognitieve vaardigheden (dementie, acute verwardheid, laag intelligentie niveau).
De perspectieven op communicatie bij ondervraagde patiënten in de spoedafdeling waren echter sterk verschillend. Patiënten gaven aan belang te hechten aan autonomie, meer educatie, empathie, eerlijkheid en het niet berokkenen van schade. Dit wijst op een duidelijke discrepantie tussen de perspectieven van artsen en patiënten op communicatie.

Ook in chirurgische disciplines is een goede arts-patiënt communicatie zeer belangrijk. Patiënten zitten vaak met angsten en een gebrek aan informatie omtrent de mogelijke operaties die ze moeten ondergaan (30). Zodus moeten chirurgen bekwaam zijn in het uitwisselen van informatie en het

adequaat reageren op de emoties van de patiënt. Al dan niet gedeelde besluitvorming behoort tot de dagelijkse bezigheden van een chirurg (30). Levinson et al beschrijven in een systematic review de sterktes en mogelijkheden tot verbetering in de communicatie tussen chirurg en patiënt. Ze baseerden zich enkel op studies die consultaties rechtstreeks observeerden. De helft van het gesprek bij orthopedisten en algemene chirurgen werd in beslag genomen door patiënt educatie en raadgeving. Gynaecologen, orthopedisten en algemeen chirurgen communiceerden tijdens de consultatie vooral over biomedische zaken. Hoogstens een klein deel van het gesprek ging over psychosociale zaken of levensstijl. Meestal werden er korte en gesloten vragen gebruikt. Ondanks patiënten dikwijls met bezorgdheden omtrent de medische ingreep zaten, werden deze bezorgdheden maar weinig geuit naar de chirurg toe. Opportuniteiten om adequaat te reageren op emoties en empathisch te zijn werden dikwijls gemist. Over het algemeen bleken chirurgen zeer goed te zijn in het beschrijven van de chirurgische procedure. Het toetsen naar begrip, voorstellen van risico's en het bespreken van onzekerheden bleek dan weer minder voor de hand liggend. Dit zouden opportuniteiten kunnen zijn voor verbetering die leiden tot betere gedeelde besluitvorming.

Is SDM al geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van specialisten? Deze vraag is moeilijk te beantwoorden omdat er geen standaard meetinstrument is om het gebruik van SDM te gaan meten (16). De studies die voorhanden zijn tonen dat SDM nog niet frequent gebruikt wordt, ondanks het toenemende belang van patiënt autonomie in de gezondheidszorg en de hierboven vermeldde verbanden met outcomes. In de hierboven vermeldde studie over het effect van de rol van de patiënt in de beslisvorming op de patiënttevredenheid na mastectomie bleek slechts 30,1% van de ondervraagden aan SDM gedaan te hebben (22). In een studie waarbij overlevenden van hematologische kankers bevraagd werden gaf 58% van hen aan een passieve rol in de beslisvorming gespeeld te hebben (31). Een Nederlandse enquête studie onderzocht de kennis en het gebruik omtrent gedeelde besluitvorming bij 112 trauma chirurgen (32). In Nederland staat SDM hoog op de agenda van de nationale gezondheidszorg. Het grootste deel van de chirurgen gaf aan positief te staan ten opzichte van SDM. Hier tegenover stond dat een kwart van hen echter een foute definitie hanteerde van SDM en dat twee derde aangaf problemen te ondervinden bij het uitvoeren ervan. Slechts een derde van de chirurgen gaf aan altijd SDM te gebruiken bij beslissingen die geschikt waren voor SDM (i.e. beslissingen met gelijkwaardige therapeutische opties). Verschillende barrières tot het gebruik van SDM werden geïdentificeerd. Het geloof dat patiënten de beslissing liever aan de dokter lieten was de meest frequent aangehaalde reden.

Een recente review onderzocht de huidige toestand van patient-centered communication bij hematologen inzake de behandeling van multiple myeloom en andere hematologische maligniteiten (33). Zij identificeerden enkele kritische, doch modificeerbare barrières voor communicatie en beslisvorming in deze tak van de geneeskunde. Hematologen bleken de nood aan informatie van de patiënt dikwijls te onderschatten. Ook het type van gewenste informatie werd vaak verkeerd ingeschat. Ten tweede bleken de behandelingsdoelen van dokter en patiënt vaak niet overeen te komen. De laatste barrière was de discordantie van patiënten tussen de geprefereerde rol en de rol die ze uiteindelijk hadden in de beslisvorming. Patiënten werden hier naar hun mening over het algemeen te weinig bij betrokken. Zoals ook beschreven bij de Nederlandse traumachirurgen, kon gebrek aan kennis en expertise omtrent SDM een barrière zijn tot een goede gedeelde besluitvorming. Naast de bovengenoemde barrières voor PCC en SDM, zijn er tal van andere barrières die het moeilijk maken om te communiceren. Twee veel voorkomende barrières in onze huidige multiculturele

samenleving zijn taal en cultuur. In taal spelen drie factoren een belangrijke rol (34). Ten eerste kan een verschil in moedertaal leiden tot onbegrip langs beide kanten. Dit onbegrip wordt vaak door beide partijen onderschat. Ten tweede hangt een taalverschil vaak samen met een cultuurverschil. Cultuur belichaamt ras, etniciteit, religie, familie, groepen,... Door verschil in cultuur tussen zorgverstrekker en zorgbehoevende kunnen percepties, waarden en verwachtingen sterk verschillen. Dit kan leiden tot misverstanden en ontevredenheid bij beide partijen (35). Anderzijds kan verschil in cultuur ook aanleiding geven tot stereotypering. Ten derde kan een taalbarrière samengaan met een lage kennis over gezondheid (in het Engels health literacy genoemd).

3.2 Kwalitatief onderzoek

Dit was de eerste studie die de arts-patiënt communicatie van ZIPO's onderzocht. Het rekruteren leverde 2 vrouwelijke en 7 mannelijke deelnemers op. Zij werkten in verschillende gemeentes van Oost-Vlaanderen, Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg. De artsen werden opgezocht in het desbetreffende ziekenhuis. De interviews vonden plaats in een voor hen vertrouwde consultatieruimte. De kenmerken van de artsen worden voorgesteld in tabel 2.

Specialisatie	**Geslacht**	**Aard hospitaal**	**Duur interview**
Pneumoloog (dokter 1)	Man	Middelgroot regionaal ziekenhuis	25 minuten
Cardioloog (dokter 2)	Man	Middelgroot Regionaal ziekenhuis	28 minuten
Geriater (dokter 3)	Vrouw	Klein Regionaal ziekenhuis	40 minuten
Fysisch geneesheer (dokter 4)	Man	Groot Universitair ziekenhuis	48 minuten
Pediater (dokter 5)	Vrouw	Middelgroot regionaal ziekenhuis	25 minuten
Neuroloog (dokter 6)	Man	Klein Regionaal ziekenhuis	31 minuten
Psychiater (dokter 7)	Man	Klein regionaal ziekenhuis	42 minuten
Spoedarts (dokter 8)	Man	Middelgroot Regionaal ziekenhuis	31 minuten
Orthopedist (dokter 9)	Man	Middelgroot Regionaal ziekenhuis	44 minuten

Tabel 2 Eigenschappen van de geïnterviewde artsen

De interviews werden afgenomen zoals beschreven in de methodiek. In de laatste vijf interviews werd één open vraag toegevoegd: de artsen moesten op het einde aangeven of ze hadden kunnen duiden wat zij belangrijk vonden in communicatie. Gezien de eerste interviews soms irrelevante antwoorden voor de onderzoeksvraag opleverden werd vanaf het 5^{e} gesprek expliciet vermeld dat de nadruk van het interview lag op het communiceren met de patiënt en niet op het klinisch denkproces van de casus. Indien tijdens het interview duidelijk werd dat het gesprek te veel tijd in beslag zou nemen werden sommige casussen overgeslagen en minder bijvragen gesteld. Het kortste interview nam 25 minuten in beslag, het langste 44 minuten.

Per vraag werden de antwoorden gecodeerd en gegroepeerd in verschillende categorieën. De volledige schematische boomstructuur is terug te vinden in bijlage 2. Tussen de haakjes naast een code wordt aangeven voor welke arts deze code toepasbaar was. Het codeboek met de definities van de belangrijkste categorieën wordt weergegeven in bijlage 3. Niet voor elke vraag werd data saturatie bereikt. Er boden zich echter geen bijkomende kandidaten aan voor de studie. De resultaten worden hieronder per thema besproken.

Communicatiebarrières. De eerste open vraag peilde naar communicatiebarrières tijdens de consultatie of op de afdeling. De verschillende barrières konden opgedeeld worden in vier categorieën: **patiënt gebonden**, **patiënt én arts gebonden**, **arts gebonden** en **omgeving gebonden** factoren. Tot de eerste categorie behoorden: cognitieve toestand, intelligentieniveau, ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt, pathologische toestand en psychosociale toestand van de patiënt. De orthopedist haalde bijvoorbeeld aan dat onrealistische verwachtingen van de patiënt een belangrijke barrière kunnen vormen in de communicatie. Taal, toestand van de arts-patiënt relatie, frequentieverschil tussen arts en patiënt, cultuur verschillen en het onderwerp van het gesprek waren zowel arts als patiënt gebonden. Alle artsen haalden taal als barrière aan in hun interview. De pneumoloog gaf wat meer uitleg bij frequentieverschil als barrière:

'Om je boodschap te kunnen overbrengen moet je soms zoeken naar de juiste frequentie van die patiënt, wat die patiënt belangrijk vindt. Daar komt eigenlijk alles op neer'.

Aan- of afwezigheid van familie en/of vrienden, tijd en gebrek aan privacy werden aangehaald als omgevingsfactoren met een mogelijk negatief effect op de communicatie. Slechts één arts legde de oorzaak van sommige communicatieproblemen volledig bij zichzelf. De pneumoloog en de geriater beschouwden elk obstakel als overbrugbaar.

Streefdoelen. Doorheen het coderen ontstond er een categorie met doelen of idealen die de artsen nastreefden in arts patiënt communicatie. Verschillende artsen vonden het belangrijk om een **respectvolle houding** aan te nemen ten opzichte van de patiënt. Zij probeerden respectvol te zijn door bijvoorbeeld oogcontact te maken, geen oordeel te vellen, de patiënt centraal te stellen en niet te culpabiliseren. De neuroloog haalde een tweede ideaal aan: **professionalisme**. Hij trachtte patiënten nooit te tutoyeren en steeds correct Nederlands te praten. De pneumoloog, fysisch geneesheer en neuroloog beschouwden **communicatie als een essentiële skill** om een goed arts te zijn. De psychiater probeerde **humor** in de consultatie te gebruiken en gaf volgend voorbeeld in verband met een angststoornis:

'Bij zo een casus moet je mensen snel duidelijk maken dat een herstelproces uit een depressie of een angststoornis soms jaren lang kan duren. Soms zeg ik al lachend: "het is gelijk een griepje, maar het duurt een jaar". Mensen duidelijk maken dat dit wel over gaat.'

Het laatste streefdoel dat aangehaald werd was het opbouwen van een **vertrouwensrelatie** tussen arts en patiënt. Slechts drie artsen gaven dit streefdoel aan in het interview. De fysisch geneesheer omschreef deze vertrouwensrelatie als volgt:

'Wat wij in de revalidatie heel veel moeten doen is de patiënt motiveren…Dit lukt moeilijk als je geen persoonlijk contact met de patiënt kan maken. Dit is dan ook een intrinsiek onderdeel van wat we proberen doen.'

Begroeting. Alle specialisten openden het consult door hun patiënten te begroeten. Zeven van hen stelden zich hierbij voor en drie van hen gaven steeds een hand. De fysisch geneesheer vond een hand geven essentieel:

'Het geeft mij ook een idee van het karakter'.

Opening van het gesprek. Er werd steeds bevraagd hoe de arts het gesprek opende. Alle artsen gaven aan het gesprek te starten met een open vraag. Soms verschilde de open vraag naargelang de patiënt reeds gekend was of het een nieuwe patiënt betrof. De inhoud van de open vraag verschilde sterk tussen de verschillende artsen. Vier artsen gebruikten regelmatig volgende openingszin: *'Hoe kan ik u helpen?*'. Zij peilden meteen naar de hulpvraag. Daartegenover probeerde de fysisch geneesheer dit te vermijden omwille van volgende reden: *'de nadruk ligt dan te veel op 'ik' en 'doen'*. Het gesprek startte niet bij iedereen met een vraag omtrent de medische pathologie. Twee van de ondervraagden probeerden eerst het ijs te breken door bijvoorbeeld een kort statement te maken met betrekking tot het weer. Een ander voorbeeld hiervan wordt gegeven in volgend citaat van de fysisch geneesheer:

'Als je bijvoorbeeld een moeder hebt die een kindje van vijf bij haar heeft, dan kan je zeggen: '"Hoe is jouw naam? Hoe oud ben je?". Dan ben je vaak al binnen bij de moeder, bij wijze van spreken'.

Daarna vervolgden zij met een open vraag. De psychiater probeerde zijn openingsvraag af te stellen op hoe het eerste contact verliep. Hij illustreert dit met volgend voorbeeld:

'Als mensen zeer zwijgzaam zijn vanaf het begin, dan ga je moeten vragen: "Is het goed dat ik wat vragen stel?"'.

De anamnese: het bepalen van de agenda. De orthopedist gaf aan volledig zelf de inhoud van het gesprek te bepalen. Dit wordt geïllustreerd met volgende quote:

'Als mensen al technische onderzoeken gehad hebben, dan beginnen ze meestal te vertellen over dat ze een scanner hebben gehad en dit en dat en dan vragen ze wat het resultaat van de scanner is. Dan moet je mensen dwingen van een stap terug te zetten en hen duidelijk te maken dat ik wil weten waarvan ze last hebben.'

Daarentegen vertelden vijf artsen dat ook de patiënt een rol speelt in het bepalen van de inhoud van het gesprek. De pneumoloog vermeldde dat de anamnese er anders aan toe zou gaan als de patiënt komt voor het bespreken van een resultaat van een technisch onderzoek.

De anamnese. Alle artsen gaven aan gebruik te maken van open en gesloten vragen. De informatie die zij anamnestisch trachtten te bekomen kon onderverdeeld worden in twee grote categorieën: **objectieve informatie** en **subjectieve informatie** (i.e. perspectieven van de patiënt). Elke arts trachtte objectieve informatie te weten te komen over de klacht van de patiënt. Vijf van hen gebruikten

hiervoor een denkbeeldige checklist in hun gedachten voor een specifieke klacht. Twee van hen gaven aan zich ook te baseren op de verwijsbrief van de huisarts. De geriater, psychiater en pediater gingen ook actief andere klachten bevragen die behoorden tot hun vakgebied. De geriater vertelde daarover dit:

'*Op een pneumologie consult zal de anamnese stoppen bij de bevraging van de hoofdklacht, bij ons wordt er natuurlijk veel algemener bevraagd, wij zijn heel holistisch.'*

De cardioloog daarentegen zou nooit dingen bevragen die niet tot zijn vakgebied behoren:

'Ik ga geen systeemanamnese doen naar diarree, daarvoor komen ze niet he'.

Twee derde van de artsen gingen tevens objectieve informatie verzamelen over de gevolgde behandeling. Twee van hen bevroegen ook de therapietrouw. Een laatste subcategorie van objectieve informatie was informatie over de patiënt zelf (bijvoorbeeld: de huisarts).
In de categorie subjectieve informatie tekenden zich volgende subcategorieën: welbevinden, visie/inzichten, verwachtingen/hulpvraag en emoties. Vier van hen peilden steeds naar het **welbevinden** van de patiënt door een eenvoudige vraag zoals: *'Hoe is het geweest?'*. De geriater, pediater, neuroloog, psychiater en spoedarts schonken vaak aandacht aan de **visies en inzichten** van de patiënt met betrekking tot zijn of haar klacht. De spoedarts verwoordde dit als volgt:

'Ik probeer na te gaan waarom de patiënt NU komt, wat heeft de patiënt de zaken plots ernstiger doen inschatten?'.

De cardioloog en fysisch geneesheer bevroegen dit enkel in bepaalde gevallen. De derde categorie bestond uit het bespreken van de **verwachtingen of hulpvraag** van de patiënt. Vier artsen, waaronder de psychiater, gaven aan dit vaak te bevragen. Deze laatste vertelde daarover dit:

'Wat de communicatie betreft op de consultatie is het een kwestie van zo snel mogelijk de hulpvraag te verduidelijken.'

Bij de cardioloog, pneumoloog en neuroloog kwam dit soms ter sprake. De orthopedist bevroeg nooit de verwachtingen in een eerste gesprek. De laatste subcategorie binnen subjectieve informatie betrof **emoties** (bijvoorbeeld: ongerustheid) van de patiënt. Eén derde van de artsen (geriater, pediater en psychiater) haalde aan ongerustheden steeds te exploreren. De pneumoloog, orthopedist en neuroloog zouden hier soms op ingaan. Alle artsen gaven aan steeds te proberen de patiënt gerust te stellen waar het kon. Om dit te bekomen maakten de fysisch geneesheer en psychiater wel eens gebruik van humor zoals aangegeven in het eerder genoemd voorbeeld van de psychiater. De cardioloog, pneumoloog, geriater en pediater gaven aan zich empathisch op te stellen waar nodig. Toch liet de pneumoloog verstaan liever niet met emoties geconfronteerd te worden. Als een patiënt huilde probeerde hij ruimte te geven door even iets anders te doen, bijvoorbeeld administratie. Hij zou stoppen met uitleg geven en dit uitstellen naar een ander moment.

Tijdens verschillende gesprekken kwam ter sprake hoe de aanwezigheid van eventuele begeleiding (familie/vrienden/begeleiders) effect had op de anamnese. Zo zouden de geriater, neuroloog, psychiater en spoedarts eventueel gezelschap ook ondervragen. De psychiater zei daarover dit:

'…daarom is het altijd leuk als mensen bijvoorbeeld een partner mee hebben. Dan kan ik dit snel toetsen: hoe reageert de context er op, wat doet die klacht in hun dagelijks leven,…'

De geriater en de neuroloog duidden in dit opzicht echter op het belang dat de patiënt eerst aan bod komt.

Verslaggeving van het consult. Door middel van een open vraag werd gepeild hoe artsen omgingen met de verslaggeving van de consultatie. Twee derde van de artsen vertelde te typen tijdens het consult. Enkelen van hen maakten hierbij enkele opmerkingen. De cardioloog en geriater trachtten het typen zo veel mogelijk te beperken. De geriater en fysisch geneesheer duidden steeds aan de patiënt waarom ze typten. Deze laatste duidde tevens wat hij aan het doen was. De helft van de artsen die typten tijdens het consult gaven aan dit te doen om te vermijden dat er informatie verloren ging. De twee artsen die niet typten tijdens het consult (de orthopedist en de pneumoloog) dicteerden steeds om verslag te geven. De orthopedist dicteerde met de patiënt erbij omdat de patiënt zo de informatie nog eens hoorde en eventueel kon corrigeren. De pneumoloog dicteerde als de patiënt reeds weg was.

Het beëindigen van de anamnese. Vervolgens focuste het interview op het beëindigen van de anamnese. Vier artsen deden dit door het klinisch onderzoek aan te kondigen of te beginnen. De pneumoloog, neuroloog en psychiater probeerden op het einde van de anamnese al eens samen te vatten. De psychiater formuleerde een werkhypothese en toetste deze bij de patiënt. Hij en de geriater vroegen in deze fase reeds of er nog vragen of opmerkingen waren. Na de anamnese richtte het interview zich kort op de **communicatie tijdens het klinisch onderzoek** (opmerking: de psychiater deed zelden een klinisch onderzoek)**.** Vier artsen kondigden het klinisch onderzoek aan. Alle artsen praatten tijdens het klinisch onderzoek. Dit betrof zowel uitleg geven als vragen stellen. De orthopedist legde op volgende manier aan de patiënt uit tijdens bepaalde manipulaties of klinische testen:

'Deze pijn hoort daarbij, deze pijn hoort daarbij,…'

De geriater en de fysisch geneesheer legden uit aan de patiënt waarom ze iets onderzochten. Enkel de fysisch geneesheer gaf aan expliciete instructies te geven aan de patiënt omtrent het uitkleden en dergelijke. De neuroloog stelde na het klinisch onderzoek eventueel nog bijkomende vragen.

Informeren. Nadien lag de nadruk van het interview op het informeren van de patiënt. Met betrekking tot de **inhoud** van de informatie die de artsen probeerden over te brengen ontstonden drie categorieën: de diagnose (alle artsen), de behandeling (alle artsen) en de waarheid (de geriater). De pneumoloog, fysisch geneesheer, psychiater en orthopedist gaven aan het belangrijk te vinden incorrecte ideeën met betrekking tot de diagnose bij te sturen. Informeren over de behandeling kon opgedeeld worden in enkele subcategorieën: het belang van de therapie, de verschillende behandelingsopties, de meest aangewezen behandelingsmogelijkheid, gevolgen/effecten/nevenwerkingen van de behandeling, grenzen van het eigen kunnen aangeven en tot slot het belang van technische onderzoeken. De geriater zei over dit laatste het volgende:

'Ik probeer echter voor de anamnese en het klinisch onderzoek van start gaan uit te leggen waarom ik dingen doe, waarom er een scan genomen moet worden, waarom deze testen gebeuren. Zo zijn patiënten van in het begin mee en weten ze waarom we bepaalde zaken doen.'

Duidelijk aangeven van de eigen grenzen werd op volgende manier door de pediater beschreven:

'Ik denk dat het belangrijk is dat je als arts kunt loslaten, je grens kent en dat je dit ook toegeeft… Ik heb het dit jaar al een paar keer gezegd tegen de ouders: "ik weet het niet"'

Ook de **intentie achter het informeren** kwam in verschillende gesprekken ter sprake. Alle artsen informeerden om de patiënt te motiveren om bijvoorbeeld bepaalde onderzoeken te laten doen of een voorgeschreven behandeling goed op te volgen. De geriater besprak een tweede intentie: het steeds overbrengen van de volledige waarheid.
Twee derde van de artsen gaf aan **externe hulpmiddelen** te gebruiken bij het informeren. Vijf artsen gingen zaken tekenen om dingen te verduidelijken. Vier maakten gebruik van hun computerscherm om afbeeldingen te tonen of om hen resultaten van technische onderzoeken te tonen. De pneumoloog gaf uitleg met behulp van anatomische 3D modelletjes. De pneumoloog, fysisch geneesheer, pediater en orthopedist schreven informatie nog eens op om mee te geven, enkel de pneumoloog gaf soms afgedrukte informatieboekjes mee. De pediater en pneumoloog gingen correcte inhalatietechnieken van inhalatoren aanleren aan de patiënt door deze voor te doen.
Naast hulpmiddelen werden ook **communicatietechnieken** toegepast om goed te informeren. Alle artsen behalve de spoedarts beoogden medisch jargon te vermijden. Tevens gaven zeven specialisten aan de uitleg aan te passen naargelang het ingeschatte intelligentieniveau van de patiënt. De psychiater veranderde de uitleg tevens in functie van het perspectief van de patiënt. De fysisch geneesheer maakte gebruik van metaforen om dingen te verduidelijken. Zo schetst hij aan patiënten hoe een depressie een ander ziektebeeld kan vertroebelen met volgende metafoor:

'De depressie creëert een mist, door die mist kunnen we niets meer zien, we willen dus eerst die mist weg krijgen en dan kunnen we aan het volgende beginnen.'

De cardioloog, geriater en orthopedist herhaalden informatie meermaals, soms over meerdere consulten, of vatten alles nog eens samen. De pediater nam altijd uitgebreid de tijd om zaken uit te leggen. Slechts een derde van artsen gaf aan achteraf expliciet te **toetsen naar begrip** (pneumoloog/geriater/fysisch geneesheer). De spoedarts maakte zelf een inschatting van het begrip van de patiënt zonder dit uitdrukkelijk te bevragen. De geriater toetste tevens naar emoties na het geven van uitleg.

Slechtnieuwsgesprek. Het brengen van slecht nieuws behoort ook tot informeren. Een eerste categorie tekende zich duidelijk in de interviews: de meeste ondervraagden gingen zeer **voorzichtig communiceren** en vermijden paniek te zaaien vooraleer de diagnose bekend was. De pneumoloog omschreef dit als volgt:

'ik ga in het begin niet meteen mijn vermoedens uitspreken, ik ga niet meteen zeggen: "oei, oei, dat kan longkanker zijn", dat is geen goede manier.'

Artsen probeerden dit tevens door het woord 'kanker' te vermijden en dit te vervangen door bijvoorbeeld 'een vlekje'. De pneumoloog en de geriater probeerden voorzichtig te communiceren door het slecht nieuws gradueel te brengen. Een tweede categorie die zich vormde bij zes artsen was het geven van **hoop** ondanks het slecht nieuws. De pediater hechtte hier veel belang aan:

'Je mag er niet in liegen natuurlijk, maar het is heel belangrijk denk ik. Gewoon zo van die onnozele zinnetjes daar kunnen mensen zich echt aan vasthouden, bijvoorbeeld: "hij is sterk, hij gaat dat kunnen"'.

De pediater en de pneumoloog benadrukten het belang van openheid en het nemen van voldoende tijd bij het brengen van slecht nieuws. De cardioloog, pneumoloog, pediater en geriater gaven aan ruimte te laten voor emoties en empathie te tonen. De cardioloog voorzag opvolging door een concreet schema mee te geven. De geriater deed dit met behulp van een palliatief support team dat na het slechtnieuwsgesprek de patiënt kwam ondersteunen.

Bespreken van aanpak/beslisvorming. Bij de volgende casussen moesten de artsen illustreren op welke manier ze de aanpak zouden bespreken en uitleggen aan de patiënt. Het informeren over de behandeling werd hierboven reeds besproken. De orthopedist vertelde het volgende over informeren met betrekking tot de behandeling:

'Ik vind het belangrijk dat mensen voor hun operatie een redelijk beeld en verwachtingen hebben van wat er gaat gebeuren.'.

De meerderheid van de specialisten nam zelf de leiding in het beslissingsproces. De spoedarts gaf aan dat de huidige medicolegale context een rol speelde in de beslisvorming. Daarentegen gaven de cardioloog, pneumoloog, neuroloog, orthopedist en psychiater tijdens het bespreken van de casussen aan rekening te houden met de verwachtingen en wensen van de patiënt bij de medische beslisvorming. De psychiater deed dit als volgt (betreffende het bespreken van de eventuele diagnostische uitwerking van dementie bij een patiënte):

'Mijn eerste vraag zou zijn of het haar interesseert om dit verder uit te zoeken'.

Bij de neuroloog was de mate waarin de patiënt deelneemt aan de beslissing afhankelijk van de problematiek en de cognitieve capaciteiten van de patiënt.
De ondervraagden probeerden de patiënten op verschillende manieren te motiveren om de behandeling goed op te volgen. Alle dokters gaven te kennen hiertoe de diagnose goed uit te leggen. De cardioloog probeerde te motiveren door de patiënt verantwoordelijkheidsgevoel te geven over zijn of haar behandeling:

'"Ik kan hier wel pilletjes voorschrijven, maar je moet zelf ook iets doen he", een beetje verantwoordelijkheidsgevoel geven.'

De fysisch geneesheer motiveerde door het vertrouwen van de patiënt te winnen. De neuroloog gaf expliciet aan in bepaalde gevallen de patiënt betrekken bij de beslisvorming om zo de motivatie te verhogen.

Het beëindigen van het consult. Zes artsen sloten af door informatie te herhalen. Dit kon gaan over de afgesproken aanpak, het nut van de aanpak, de diagnose, het te verwachten verloop en alarmsignalen. De pneumoloog schreef in deze fase alles neer met pen en papier. Tevens beëindigden zes artsen het consult door het maken van concrete afspraken met betrekking tot onder andere de opvolging in de toekomst. De fysisch geneesheer en pediater gingen in de eindfase naar begrip toetsen. De psychiater eindigde steeds met dezelfde grap:

'Het lijkt gratis, maar de rekening word je toegestuurd. De vertaling van het katholieke werk van barmhartigheid'.

Mening over het interview. Van de vijf artsen die gevraagd werden of ze in het interview hadden kunnen tonen wat zij belangrijk vonden bij arts-patiënt communicatie was het antwoord vier keer bevestigend. Eén arts antwoordde met een niet relevant antwoord.

4. Discussie

4.1 Voornaamste resultaten

De onderzoeksvraag van deze thesis luidt als volgt: hoe communiceren ziekenhuis praktijkopleiders met hun patiënten en wat ervaren ze als barrières? Het tweede deel van de vraag is het eenvoudigst om te beantwoorden. Vier categorieën van obstakels kwamen naar voor tijdens de interviews. Patiënt gebonden en patiënt én arts gebonden factoren waren de meest vermelde categorieën. Intelligentieniveau/cognitieve toestand van de patiënt, perspectieven van de patiënt en taal waren de meest vernoemde obstakels. Opvallend was dat slechts één arts zichzelf als obstakel tot goede communicatie beschouwde in sommige patiënt contacten.

Deze studie identificeerde een aantal streefdoelen in de communicatie van de artsen: respect voor de patiënt, professionalisme, goed communiceren an sich, humor in het consult en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Slechts bij één specialist was deze vertrouwensrelatie een doel, ondanks dat dit een van de kernelementen is van communicatie zoals beschreven in de Kalamazoo Consensus Statement (7).

Zoals aangeraden in de literatuur startten alle artsen het consult met een open vraag (7,9,15). Alle artsen maakten zowel gebruik van open vragen als van gesloten vragen. Naast het verzamelen van objectieve informatie met betrekking tot de medische toestand van de patiënt wil goed communiceren ook zeggen dat de arts aandacht heeft voor de ideeën, emoties en verwachtingen van de patiënt. Door deze elementen te exploreren kan hiermee rekening gehouden worden in de diagnostische workup en beslisvorming in zoverre de patiënt dat wenst (7,15). Ook de agenda van het consult wordt idealiter mede bepaald door de patiënt (7,9,14,15). Meer dan de helft van de artsen gaf in zijn of haar woorden aan dat de patiënt een rol speelde in het bepalen van de agenda voor het consult. Eén arts bepaalde de agenda volledig zelf. In verschillende interviews gaf de arts aan dat ideeën en visies van de patiënt tijdens het consult mogelijks ter sprake werden gebracht. Dit was ook het geval voor de verwachtingen van de patiënt. Slechts uit enkele interviews bleek dat de arts emoties actief ging exploreren. Enkel de geriater maakte gebruik van gevoelsreflecties. Door de onderzoeksopzet was het echter niet mogelijk te bepalen in hoeveel percent van de consultaties van een bepaalde arts dit al dan niet aan bod kwam. Bijna alle artsen gaven aan de patiënt gerust te stellen waar mogelijk. Eén arts gaf in het interview eerlijk toe niet graag geconfronteerd te worden met emoties.

Vijf artsen wezen op het belang van oogcontact, desondanks typten zes artsen tijdens het consult. Door op het einde van de anamnese samen te vatten kan de patiënt de reeds verkregen informatie bevestigen en eventueel nog dingen toevoegen. Slechts drie artsen illustreerden het gebruik van deze gesprekstechniek tijdens de interviews. Alle artsen stelden vragen of gaven uitleg tijdens het klinisch onderzoek. Louter één dokter gaf aan expliciete instructies te geven.

In alle gesprekken kwam het thema informeren van de patiënt aan bod. De ondervraagde artsen informeerden over verschillende zaken zoals de diagnose en de behandeling. Bij alle artsen was het motiveren van de patiënt een belangrijke reden om goed te informeren. De meeste artsen maakten gebruik van hulpmiddelen tijdens het informeren zoals afbeeldingen tonen, zaken neerschrijven en tekenen. Tevens gebruikten de artsen communicatietechnieken om de informatieoverdracht te

optimaliseren. De meest frequent gebruikte technieken waren het aanpassen van de uitleg aan het ingeschatte intelligentieniveau van de patiënt en het vermijden van medisch jargon. Geen enkele arts toetste actief naar voorkennis. Met deze voorkennis in het achterhoofd kan echter veel beter beantwoord worden aan de specifieke informatienood van de patiënt (15). Geen enkele arts liet de patiënt informatie herhalen ondanks dat dit een nuttige techniek is om het onthouden te verbeteren en naar begrip te toetsen (9,15). Daarnaast gaven slechts drie artsen aan expliciet te peilen naar begrip.

Tijdens het bespreken van het slechtnieuwsgesprek viel op dat de meeste artsen het moeilijk vonden om slecht nieuws te brengen. Ze probeerden dit dikwijls op een eufemistische manier over te brengen en meteen nadruk te leggen op de behandelingsmogelijkheden. Om duidelijkheid te scheppen naar de patiënt is het belangrijk om het slechte nieuws niet te verbloemen (15). Door meteen bijkomende uitleg te geven over bijvoorbeeld de mogelijke behandeling wordt de patiënt de kans ontnomen om zijn of haar emoties te uiten (15). Iets minder dan de helft van de artsen liet in deze gesprekken ruimte voor emoties. De klemtoon in de fictieve slechtnieuwsgesprekken lag bij de meeste artsen op het geven van hoop. Slechts bij twee artsen kwam het maken van concrete afspraken na het slechtnieuwsgesprek aan bod.

Betreffende de beslisvorming waren de meeste dokters duidelijk bedreven in het uitleggen van de verschillende behandelingsopties met hun voor- en nadelen, verwachtte effecten en complicaties. Hierbij gaven ze aan welke behandeling vanuit hun medisch standpunt de voorkeur genoot. De grote meerderheid van de artsen nam zelf het voortouw in de medische beslisvorming. In geen enkel van de interviews kwam het bevragen van de graad waarin de patiënt betrokken wilde worden bij het beslissingsproces aan bod. Dit is echter een essentiële stap tot shared decision making. Tevens werd de optie tot niets doen door geen enkele arts aangehaald. Toch gaf iets meer dan de helft van de artsen aan rekening te houden met de wensen en verwachtingen van de patiënt in sommige gevallen. Algemeen beschouwd leken de voorwaarden om tot een goede SDM te komen in de meeste gesprekken niet voldaan. De artsen probeerden de patiënten te motiveren om de behandeling goed op te volgen door middel van goed te informeren, het vertrouwen te winnen of de patiënt verantwoordelijkheidsgevoel te geven.

In het algemeen sloten de artsen af door de afgesproken aanpak samen te vatten en concrete afspraken te maken voor de toekomst. Slechts in drie interviews kwam het toetsen naar begrip op het einde van het consult duidelijk aan bod.

4.2 Sterktes en zwaktes van de studie

De grote sterkte van deze studie is dat de manier van communiceren mede werd bevraagd aan de hand van fictieve casuïstiek die aansloot bij het dagelijkse werk van de dokter. Dit zorgde ervoor dat de arts zich kon inleven in de situatie. Dit element in combinatie met de openheid van deze vraagstelling leidde vermoedelijk tot eerlijke en realistische antwoorden. Een tweede pluspunt is het breed spectrum van specialisaties. Hierdoor kwamen diverse communicatiestijlen aan bod. Door een codeboek op te stellen werd de onderzoeker verplicht de objectiviteit te bewaren en kritisch te zijn in het creëren van de (sub)categorieën. De rationale achter dit codeboek was dat door het volgen van de richtlijnen van het codeboek een andere onafhankelijke onderzoeker een gelijkaardige boomstructuur zou moeten bekomen.

Toch blijft interpretatie en het coderen van de interviews een deels subjectief gegeven en is het mogelijk dat een andere codeur tot licht andere categorieën zou kunnen komen. Het geruststellen van een patiënt zou bijvoorbeeld ook gecodeerd kunnen worden onder de categorie streefdoelen in communicatie. Dit zou kunnen leiden tot een andere weergave van de resultaten in vergelijking met deze thesis. De belangrijkste besluiten en thema's zouden echter moeten overeenstemmen ondanks deze verschillen in interpretatie.

Het valt niet uit te sluiten dat de geïnterviewden een meer sociaal wenselijk beeld schetsten van hun communicatie. Tevens is het niet omdat bepaalde elementen tijdens een interview niet aan bod kwamen bij een bepaalde arts dat deze nooit aan bod kwamen in de werkelijke arts-patiënt communicatie. De studieopzet liet zodus niet toe uitspraken te doen over bijvoorbeeld in hoeveel percent van de consultaties een arts het principe van SDM toepaste. Door het rekruteringsproces is het mogelijk dat de ondervraagde populatie een groep van artsen was die sterk geïnteresseerd was voor communicatie en daarom beter communiceerde dan een gemiddelde populatie. Non-verbale communicatie is een aspect van communiceren dat in deze studie door de methodiek slechts zeer beperkt aan bod kwam.

Videoconsultaties of observaties van echte consultaties door een onderzoeker zouden een nog meer realistisch beeld kunnen geven van arts-patiënt communicatie. Non-verbale communicatie zou op deze manier nog beter bestudeerd kunnen worden. Dit kan echter door onderzochte artsen als ongemakkelijk ervaren worden. Toekomstige anonieme enquête studies met een voldoende grote onderzoekspopulatie zouden toelaten om uitspraken te kunnen doen over frequentie van SDM, bevragen van perspectieven van de patiënt en andere elementen van goede communicatie. Anonimiteit zou een oplossing kunnen zijn tegen het geven van sociaal wenselijke antwoorden die niet overeenstemmen met de realiteit.

4.3 Conclusies

Ziekenhuis praktijkopleiders ervaren tal van barrières tot communicatie met de patiënt. Intelligentieniveau/cognitieve toestand van de patiënt, perspectieven van de patiënt en taal behoren tot meest genoemde obstakels. Tevens identificeerde deze studie een aantal streefdoelen in het communiceren van de artsen zoals professionalisme, respectvolle houding, goed communiceren, humor en het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

De ziekenhuisartsen illustreerden duidelijk elementen van goede communicatie in de interviews. Elementen voor verbetering zijn aandacht voor subjectieve informatie en emoties, het toetsen naar begrip en gebruik van shared decision making.

Toekomstig kwantitatief onderzoek is nodig om uitspraken te doen over de frequentie waarin gewenste of te vermijden communicatie gebruikt wordt tijdens de consultaties van ziekenhuis praktijkopleiders.

4.4 Adviezen voor in de praktijk

Tijdens de stage in het ziekenhuis zal de huisarts in opleiding de mogelijkheid krijgen om zijn/haar communicatie met de patiënt te oefenen. Uitvoeren van een anamnese en informeren over verschillende zaken zullen tot de dagelijkse bezigheden van de huisarts in opleiding behoren en zullen

goed geleerd kunnen worden. Meer nog als in een huisartsenpraktijk zal het ziekenhuis kansen bieden om te communiceren met patiënten die een verminderde cognitieve toestand hebben of in een pathologische toestand verkeren.

Wat minder voor de hand ligt in het ziekenhuis is het opbouwen van een arts-patiënt relatie gezien sommige contacten slechts éénmalig zijn of er opvolging is door verschillende specialisten op de afdeling. Hoewel verschillende ziekenhuis praktijkopleiders aangaven aandacht te hebben voor de subjectieve informatie of context van de patiënt lag de nadruk dikwijls echter op verzamelen van objectieve klinische informatie. Hierboven werd reeds besproken dat studenten die CST hadden gekregen een verval toonden in hun patient-centredness (21). Eén van de mogelijke factoren die hier een rol in speelden waren onder andere sociale invloeden zoals positieve of negatieve rolmodellen (5). Opvallend was dat de meerderheid van de ZIPO's (foutieve) percepties of onrealistische verwachtingen als een barrière tot goede communicatie beschouwden. Het is echter door deze informatie goed te begrijpen en hier rekening mee te houden dat patient-centered communication met shared decision making en het opbouwen van een arts-patiënt relatie mogelijk is (7).

Niet alleen na het brengen van slecht nieuws, maar in alle delen van het consult is het belangrijk om aandachtig te zijn voor emoties bij de patiënt en hier op in te gaan vooraleer verder te gaan met informeren of vragen te stellen. Aandacht schenken aan emoties of ongerustheden is een vaardigheid die kan verwateren omdat enerzijds artsen het soms moeilijk vinden om met emoties om te gaan en anderzijds omwille van tijdsgebrek. Tijdsdruk speelde duidelijk een rol in het consulteren van enkele van de ondervraagde specialisten. Deze tijdsdruk zou ook een obstakel kunnen vormen bij de huisarts in opleiding op de afdeling.

Om aandacht te hebben voor de bovenstaande elementen is het belangrijk om deze communicatie vaardigheden op een actieve manier te oefenen. Rechtstreekse observatie van de huisarts in opleiding (eventueel door middel van een video) tijdens het consulteren zou een geschikte manier kunnen zijn om vaardigheden te gaan evalueren. Het is belangrijk dat de observator (de ziekenhuis praktijkopleider) niet tussenkomt tijdens het consult. Tijdens het observeren wordt aangeraden om gebruik te maken van een gevalideerd score instrument zoals de MAAS Globaal of de Common Ground Instrument (9,14). Door hiervan gebruik te maken kan de observator opmerkzaam zijn voor alle elementen tot goede communicatie. Tevens laat het gebruik van zo een instrument toe om een objectieve evaluatie te maken en opbouwende feedback te geven. Dit proces kan heel leerrijk zijn, niet alleen voor de huisarts in opleiding, maar ook voor de observator. Het doornemen van een gevalideerd score instrument en het observeren van communicatie is een proces dat ook de eigen kennis over communicatie kan verbeteren. Concreet zou dit op volgende manier ingepland kunnen worden:

-Laat bij aanvang van de stage aan de ZIPO weten dat u graag feedback krijgt op vlak van communicatie.
-Spreek concreet af met de ZIPO hoe je aan die feedback zal geraken.
-Neem een score instrument mee naar de ZIPO en leg het gebruik ervan uit.
-Spreek af wanneer je kan geobserveerd worden. Hou rekening met tijdsdruk en plan dit realistisch in het werk- en opleidingsplan.
-Maak duidelijke afspraken met de ZIPO in verband met de privacy van de patiënt indien er gebruik gemaakt wordt van video's.

Referenties

1. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker L V. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. West J Med. 1992;
2. Sambasivarao S V. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. J Soc Med Decis Mak [Internet]. 2013;18(9):1199–216. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270851/
3. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. Cancer prevention & control : CPC = Prévention & contrôle en cancérologie : PCC. 1999.
4. Frank JR, Frcpc M a E. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Framework. 2005.
5. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. Med Educ. 2010;44: 662-673.
6. Bombeke K, Symons L, Vermeire E, Debaene L, Schol S, De Winter B, et al. Patient-centredness from education to practice: The "lived" impact of communication skills training. Med Teach. 2012;
7. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The kalamazoo consensus statement. Academic Medicine. 2001.
8. Appleyard N, Edbrooke D, Dawson D, Winston I, Duncan J, Baker GA, et al. the Toronto consensus statement. BMJ. 1991;303(November):1385–7.
9. Thiel J Van. Handleiding Maas-Globaal Handleiding. 2000;
10. Enzer I, Robinson J, Pearson M, Barton S, Walley T. A reliability study of an instrument for measuring general practitioner consultation skills: The LIV-MAAS scale. Int J Qual Heal Care. 2003;15(5):407–12.
11. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;
12. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40(7):903–18.
13. Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KLP, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient Educ Couns. 2009;
14. Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication Assessment Using the Common Ground Instrument: Psychometric Properties. Fam Med. 2004;36(3):189–98.
15. De Lepeleire J, Keirse M. Aan weerszijden van de stethoscoop: over kwaliteit van zorg en communicatie. 2011. 137 p.
16. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient Educ Couns. 2015;
17. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns. 2006;60(3):301–12.
18. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA - Journal of the American Medical Association. 2014.
19. Noble LM, Kubacki A, Martin J, Lloyd M. The effect of professional skills training on patient-centredness and confidence in communicating with patients. Med Educ. 2007;
20. Fernández-Olano C, Montoya-Fernandez J, Salinas-Sánchez A. Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. Med Teach. 2008;
21. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. Patient Educ Couns. 2011;310-318.

22. Ashraf AA, Colakoglu S, Nguyen JT, Anastasopulos AJ, Ibrahim AMS, Yueh JH, et al. Patient involvement in the decision-making process improves satisfaction and quality of life in postmastectomy breast reconstruction. J Surg Res [Internet]. 2013;184(1):665–70. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2013.04.057
23. Visser LNC, Tollenaar MS, van Doornen LJP, de Haes HCJM, Smets EMA. Does silence speak louder than words? The impact of oncologists' emotion-oriented communication on analogue patients' information recall and emotional stress. Patient Educ Couns [Internet]. 2019;102(1):43–52. Available from: https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.032
24. Cousin G, Schmid Mast M, Roter DL, Hall JA. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. Patient Educ Couns. 2012;
25. Van Nuland M, Hannes K, Cools F, Goedhuys J. Educational interventions for improving the communication skills of general practice trainees in the clinical consultation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;
26. Georgopoulou S, Prothero L, D'Cruz DP. Physician–patient communication in rheumatology: a systematic review. Rheumatology International. 2018.
27. Herrmann A, Hall A, Sanson-Fisher R, Zdenkowski N, Watson R, Turon H. Not asking cancer patients about their preferences does make a difference. A cross-sectional study examining cancer patients' preferred and perceived role in decision-making regarding their last important cancer treatment. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(5):1–10.
28. Back A. Patient-physician communication in oncology: What does the evidence show? Oncology. 2006;20(1):67–74.
29. Roh HR, Park KH. A Scoping Review: Communication between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. J Emerg Med. 2016;
30. Levinson W, Hudak P, Tricco AC. A systematic review of surgeon-patient communication: Strengths and opportunities for improvement. Patient Education and Counseling. 2013.
31. Carey M, Anderson A, Sanson-Fisher R, Lynagh M, Paul C, Tzelepis F. How well are we meeting haematological cancer survivors' preferences for involvement in treatment decision making? Patient Educ Couns [Internet]. 2012;88(1):87–92. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.12.014
32. Woltz S, Krijnen P, Pieterse AH, Schipper IB. Surgeons' perspective on shared decision making in trauma surgery. A national survey. Patient Educ Couns. 2018;
33. LeBlanc TW, Baile WF, Eggly S, Bylund CL, Kurtin S, Khurana M, et al. Review of the patient-centered communication landscape in multiple myeloma and other hematologic malignancies. Patient Education and Counseling. 2019.
34. Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The joint commission perspective. Journal of General Internal Medicine. 2007.
35. O'Toole JK, Alvarado-Little W, Ledford CJW. Communication with Diverse Patients: Addressing Culture and Language. Pediatric Clinics of North America. 2019.

DANKWOORD

Graag wens ik een aantal personen te bedanken die een belangrijke rol hebben gespeeld bij het schrijven van deze masterpaper. Eerst en vooral wil ik wijzen op de belangrijke rol die de promotor van deze thesis, Jo Goedhuys, gespeeld heeft. Door zijn duidelijke feedback en verhelderende uitleg slaagde hij er steeds in mij het onderwerp vanuit een ander standpunt te bekijken en mij opnieuw op het goede pad te zetten tijdens het onderzoek en het schrijven. Tevens dank ik de specialisten die deelnamen aan deze studie, zonder hen was deze thesis niet mogelijk geweest. Ten derde wens ik mijn vriendin te bedanken voor haar ondersteuning gedurende de vele weekends en dinsdagen die ik besteed heb aan het schrijven van deze thesis. Als laatste wil ik mijn ouders bedanken voor de onvoorwaardelijke steun die zij mij hebben geboden op alle gebieden gedurende mijn volledige opleiding tot arts.

Bijlage 1: Interviews

PNEUMOLOOG EN CARDIOLOOG

Wat zijn voor jou obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten tijdens het communiceren in jouw dagelijkse praktijk met patiënten?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen prefereert u/gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U heeft de patiënt begroet en jullie zitten beiden neer, klaar om het consult te beginnen. De patiënt vertelt u dat hij voor de jaarlijke controle van zijn hart komt. Op welke manier zou u deze anamenese beginnen?
-Casus 2: Op de vraag waarvoor de patiënt vandaag op consultatie komt vertelt hij u dat hij op doorverwijzing van de huisarts komt omdat hij de laatste maanden erg kortademig is. Zijn huisarts raadde hem aan toch zeker zijn longen eens te laten testen. Welke van de volgende vragen vindt u het meest geschikt op dit moment van het consult?
-Casus 3: U ziet een 75-jarige man voor de eerste keer op uw raadpleging. Op de vraag waarvoor de patiënt vandaag op consultatie komt vertelt hij u dat hij doorverwezen is door de huisarts. Hij is de laatste maanden erg vermagerd en zit met een hoest waar hij niet vanaf raakt. De patiënt is erg ongerust en vertelt u dat zijn moeder enkele jaren geleden gestorven van longkanker. Uit de verwijsbrief van de huisarts leidt u af dat hij 40 pakjaren op de teller heeft. Wat vindt u de meest geschikte manier om de anamnese verder aan te vatten?
-Casus 4: Op de vraag waarvoor de patiënt vandaag op consultatie komt vertelt hij u dat hij met een serieuze druk op de borst zit. Zijn huisarts vertelde hem dat het komt door het roken en slechte levensstijl. De patiënt wenst graag 'een volledige medische check-up' door u.
-Casus 5: Je ziet een meisje met chronische vermoedheid. Vorig jaar en enkele weken geleden had zij een geruststellend internistisch nazicht. Je ziet haar terug op de raadpleging vandaag en ze vertelt dat haar vermoeidheid ondanks voldoende rust en het reconditioneringsprogramma nog niet verbeterd is. Welke vraag vindt u het meest geschikt nadat ze dit tegen u vertelt?
-We gaan verder op het eerder consult betreffende de man met druk op de borst (casus 4). De anamnese is duidelijk voor u, zijn probleem is u verhelderd. Hoe eindigt u de anamnese?
-(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag?)

HET KLINISCH ONDERZOEK
Tijdens het ausculteren van een patiënt valt je oog op een vlekje dat er voor jou erg verdacht uitziet. Op welke manier zou u hierover communiceren?

INFORMEREN/BESLUITVORMING
-We gaan verder op het consult betreffende de man met de druk op de borst (casus 4). Na de anamnese, het klinisch onderzoek en de technische onderzoeken komt u tot de diagnose van angor pectoris. De patiënt is bij u en u tracht hem te informeren over zijn aandoening. Kan u aan mij schetsen hoe u dit aanpakt? Of Welke van de volgende antwoorden vindt u het beste?
-We gaan verder op het consult betreffende de man met vermagering en 40 pakjaren (casus 3). U schreef een RX thorax voor. Deze beschrijft een letsel van 3,5 cm dat veel verdachte kenmerken heeft. De patiënt is opnieuw bij u om de resultaten te bespreken. Welke van volgende opties vindt u het meest passend om de patiënt hierover te informeren?
-EXTRA: wat doe je als de patiënt begint te wenen?
-U ziet op uw raadpleging een man met een longcarcinoma. Uitgebreid onderzoek toont een primair longcarcinoom zonder aangetaste klieren en metastasen. Op de MOC vergadering werd besloten dat deze tumor curatief te behandelen is. Wat vindt u de beste manier om het beleid te bespreken met de patiënt?

AFRONDEN VAN HET CONSULT

-We gaan nog even terug naar casus 4 (angor pectoris). U heeft de man uitgelegd wat de klachten veroorzaakt en besprak met hem uitgebreid levensstijl en medicamenteuze maatregelen. Op welke manier zou u het consult afronden?

GERIATER

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten bij het communiceren bij een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?
(indien dit niet gebeurt, hoe begroet je een patiënt in het geriatrisch dagziekenhuis of op zaal?)

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U heeft de patiënt begroet en jullie zitten beiden neer, klaar om het consult te beginnen. De patiënt (Uitgebreide cardiale VG (MI), CNI stadium 3A, beginnend dementieel beeld) is doorverwezen door de huisarts naar het geriatrisch dagziekenhuis/geheugenkliniek ter uitwerking van zijn dementieel beeld. Op welke manier zou u deze anamnese beginnen? Waar gaat dit consult meestal door?
-Casus 1: De patiënt vertelt u terloops dat hij de laatste maanden serieus op zijn adem trapt. Met welke vragen begint u dit verder te bevragen?
-Casus 3: Een 80-jarige man wordt opgenomen omwille van een daling van de algemene toestand. De patiënt is doorverwezen door de huisarts. Uit de verwijsbrief van de huisarts leidt u af dat hij 40 pakjaren op de teller heeft, de laatste maanden erg vermagerd is en met een hoest zit waar hij niet vanaf raakt ondanks AB/inhalatietherapie. Door een uitgebreide polypathologie (DM-II (in ZT opgevolgd bij de huisarts en endocrinoloog, 2011 Coloncarcinoom T3N0M0, R/ resectie + adjuvante chemotherapie, Liesbreukoperatie, Voorkamerflutter 2:1 R/medicamenteus) wordt de patiënt opgenomen op geriatrie. De patiënt is duidelijk erg ongerust en vertelt u dat zijn moeder enkele jaren geleden gestorven is van longkanker. Wat vindt u de meest geschikte manier om de anamnese/intake verder aan te vatten?
-Casus 4: Een 82-jarige vrouw wordt opgenomen op de dienst palliatieve zorgen. Ze heeft een botgemetastaseerd borstcarcinoom. De thuissituatie was niet meer houdbaar (onvoldoende pijncontrole, startende doorligwondes, de mantelzorgers gingen er aan onder door ondanks maximale thuishulp). U ziet deze man de eerste keer op zaal. Kan u mij vertellen hoe u dit gesprek aanvat?
-We gaan verder op het eerder consult betreffende de man die doorverwezen werd naar de geheugenkliniek (casus 1). De anamnese is duidelijk voor u. Hoe eindigt u deze fase van het consult?
-(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag)

HET KLINISCH ONDERZOEK
Tijdens het ausculteren van een patiënt valt je oog op een vlekje dat er voor jou erg verdacht uitziet. Op welke manier zou u hierover communiceren?

INFORMEREN/BESLUITVORMING
-We gaan verder op het consult betreffende de man die diagnostisch uitgewerkt werd in de geheugenkliniek (casus 1). U ziet hem terug na enkele technische onderzoeken De patiënt is opnieuw bij u en u tracht hem te informeren over zijn aandoening (het blijkt een mengbeeld beginnende ahlzeimer/vasculo-ischemisch). Kan u aan mij schetsen hoe u dit aanpakt? (Aanpak hoeft u nog niet uit te leggen).
-We gaan verder op het consult betreffende de man met vermagering en 40 pakjaren (casus 3). U schreef een CT thorax voor en ziet hem hierna terug op zaal. Deze beschrijft een letsel van 3,5 cm dat veel verdachte kenmerken heeft. Op welke manier brengt je dit over naar de patiënt? (het gaat dus over het overbrengen van het slecht nieuws).
-Na staging komen jullie op de MOC tot de diagnose van een primair longcarcinoom met biteraal aangetaste klieren en metastasen, geen curatieve intentie meer. Wat vindt u de beste manier om het beleid te bespreken met de patiënt? (specifiek het beleid)

AFRONDEN VAN HET CONSULT
We gaan nog even terug naar casus 1.U heeft de man uitgelegd wat zijn cognitief verval veroorzaakt en bespram met hem uitgebreid levensstijl en medicamenteuze maatregelen. Op welke manier zou u het consult afronden?

FYSISCH GENEESHEER

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten bij het communiceren in een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U ziet een 38-jarige patiënt met aanslepende schouderproblematiek. Hij is werkzaam in wegenwerken en heeft dus een arbeidsintensieve job. De huisarts stuurde hem al door naar de kinesist voor vermoeden 'rotator cuff lijden'. Wat vraag je het eerste aan deze man?
-Casus 2: U ziet een sportieve 26-jarige patiënt (hij loopt 3 keer per week, volgt een trainingsschema op het internet) vanwege aanhoudende pijn aan de achillespees. Hij huisarts verwees hem door naar de kinesist, maar de winst hiermee was beperkt. Hoe vat u deze anamnese aan?
-Casus 3: U ziet een 75-jarige man, recent opgenomen voor een ischemisch CVA, voor de eerste keer op uw raadpleging revalidatie. Het CVA veroorzaakte een rechtszijdige hemiplegie. Zijn spraak is nog intact. Ook het intellect is grotendeels intact gebleven. De patiënt komt wel licht depressief voor. Op welke manier vat u dit gesprek aan?
-Casus 4: Je ziet een meisje met chronische vermoedheid. Enkele maanden geleden had zij een geruststellend internistisch nazicht. Zij werd doorverwezen naar jullie voor een reconditioneringsprogramma. Je ziet haar terug op de raadpleging vandaag na het afronden van dit programma en ze vertelt dat haar vermoeidheid eigenlijk nog niet niet verbeterd is. Welke vraag vindt u het meest geschikt nadat ze dit tegen u vertelt?
-Casus 5: U ziet voor de eerste maal een 45-jarige vrouw met een problematiek van chronisch ruglijden. Ze is doorverwezen door de huisarts en klopte al aan bij tal van kinesisten/osteopaten. Ze neemt dagelijks een 2-tal tabletten Zaldiar, anders is het voor haar niet houdbaar. Momenteel zit ze al een half jaar thuis omdat de rugpijn het voor haar onmogelijk maakt om haar job als kuisvrouw uit te voeren.
-We gaan verder op het eerder consult betreffende de man met de chronische schouderpijn (casus 1). De anamnese is duidelijk voor u, zijn probleem is u verhelderd. Hoe eindigt u de anamnese?
-(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag?)

HET KLINISCH ONDERZOEK
Tijdens het onderzoeken van de schouder van een patiënt valt je oog op een vlekje dat er voor jou erg verdacht uitziet. Op welke manier en wanneer zou u hierover communiceren?

INFORMEREN/BESLUITVORMING
-We gaan verder op het consult betreffende de man met de chronische schouderpijn (casus 1). U ziet hem terug NMR. De NMR sluit goed aan bij het klinisch beeld van supraspinatus tendinopathie. De patiënt is opnieuw bij u en u tracht hem te informeren over zijn aandoening. Kan u aan mij schetsen hoe u dit aanpakt? (Therapeutische aanpak hoeft u nog niet uit te leggen).
-Verdergaand op casus 2: Het betreft een duidelijke achillespeestendinopathie, hoe bespreek je het beleid met de patiënt? Hou je rekening met zijn verwachtingen?
-Diagnostische uitwerking bij de vrouw met de chronische rugprobleem toont een aspecfiek chronisch ruglijden. Op welke manier leg je diagnose uit aan deze dame?

AFRONDEN VAN HET CONSULT
We gaan nog even terug naar casus 1 (chronische schouderpijn). Hoe rond je dit consult af?

PEDIATER

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten tijdens het communiceren in een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U heeft de patiënt begroet en jullie zitten beiden neer, klaar om het consult te beginnen. De papa van het kindje (blanco VG, normale ontwikkeling), vertelt u dat hij zijn zoon al 4 dagen koorts heeft en hij eigenlijk niet goed weet waarvan het zou kunnen komen. Op welke manier zou u deze anamnese beginnen?
-Casus 2: U ziet op uw raadpleging een 7-jarige patiënt die doorverwezen is door de huisarts omwille aanhoudende kortademigheid sedert maanden. Op welke manier start u dit gesprek gewoonlijk?
-Casus 3: U ziet een kindje en zijn/haar ouders op de raadpleging met koorts en huidvlekjes verspreid over heel het lichaam. U weet dat het broertje van dit kindje overleden is aan meningitis verwikkeld met sepsis. Hoe vat u deze anamnese/dit gesprek aan?
-Casus 4: u ziet voor de derde keer op het jaar een kleuter met een banale keelontsteking. U legde telkens de vorige twee keer steeds goed uit wat het te verwachten beloop is en dat antibiotica niet steeds nodig en zeker niet nuttig zijn. Wat vind u belangrijk in deze anamnese/dit gesprek?
-Casus 5: u ziet op uw raadpleging een 6-jarig kind omwille van vermoeidheid, snel blauwe plekken en verscheidene luchtweginfecties. Hoe vat je dit gesprek aan?
-De anamnese is duidelijk voor u, het probleem is voor u verhelderd. Op welke manier eindigt u gebruikelijk de anamnese?
-(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag?)

HET KLINISCH ONDERZOEK
Tijdens het ausculteren van een kleuter hoor je een luid systolisch souffle. Hoe en wanneer communiceer je hierover?

INFORMEREN/BESLUITVORMING
-We gaan verder op casus 2. Longfunctietesten tonen een duidelijk astmatisch lijden aan. Op welke manier geeft u uitleg over deze aandoening aan de ouders en het kind, hoe pakt u dit aan?
-We gaan verder op casus 5. U beslist een bloedname te doen omdat u toch ongerust bent dat hier eventueel een leukemie zou kunnen achter zitten. Hoe legt u dit uit aan de ouders?
-Verder op casus 5: de bloedname toont een duidelijke AML. Hoe bespreekt u het beleid met de ouders/kind?

AFRONDEN VAN HET CONSULT
Hoe rond u een consult af? Heeft u de gewoonte om samen te vatten?

EXTRA
Heeft u via deze weg een groot deel kunnen bespreken of tonen van wat u belangrijk vindt bij arts-patiënt communicatie?

NEUROLOOG

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten tijdens het communiceren in een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?

-Casus 1: U ziet op de raadpleging een 65-jarige patiënt die een dag eerder thuis plots een half uur durende unilaterale uitval had van de spieren in het aangezicht. Na het incident had de patiënt geen klachten meer. Hoe ga je deze anamnese beginnen?
-Casus 2: U ziet een nieuwe patiënte op de raadpleging. Het betreft een dame van 62 jaar die verwezen is door de huisarts omwille van geheugenproblemen. U kent de moeder van de dame, zij stierf 1 jaar terug met onder andere een ver gevorderd dementieel proces. De dame begint meteen te vertellen over de dementie van haar moeder. Hoe vat u dit gesprek aan?
-Casus 3: U ziet op de raadpleging een gekende 80-jarige dame die u opvolgt omwille van morbus Parkinson. Hoe zal u deze anamnese aanvatten?
-Casus 4: U ziet voor de 3e maal een patiënte op uw raadpleging naar aanleiding van spanningshoofdpijn. Anamnese, klinisch onderzoek en beeldvorming liet u de vorige consultatie besluiten tot een typisch verhaal van primaire hoofdpijn type spanningshoofdpijn. Opnieuw consulteert de patiënte bij u. Wat vindt u belangrijk bij deze anamnese? Hoe zal u beginnen?
-Casus 5: U ziet een 40-jarige vrouwelijke patiënte aanleiding van aanhoudende hoofdpijn met dikwijls braken. De hoofdpijn treedt steeds vaker en heviger op. U bent ongerust dat hier eventueel een maligne cerebraal proces aan de basis zou kunnen liggen. Kan u mij vertellen hoe u deze anamnese zou voeren?
-De anamnese is duidelijk voor u, het probleem is voor u verhelderd. Op welke manier eindigt u gebruikelijk de anamnese?
-(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag?

HET KLINISCH ONDERZOEK
Tijdens het ausculteren merk je nog een vlekje op de rug van de patiënt dat er voor jou erg verdacht uitziet. Wanneer en hoe ga je dit communiceren?

INFORMEREN/BESLUITVORMING
-We gaan verder op casus 1: U besluit na work-up dat de patiënt een TIA doormaakte op basis van een VKF. U ziet de patiënt terug. Kan u mij schetsen hoe u deze informatie aan hem/haar meedeelt?
-We gaan verder op casus 5: U bent ongerust en wil graag beeldvorming van de hersenen laten uitvoeren bij deze patiënt. Hoe bespreekt u dit met de patiënt? Betrek je de patiënt in het beleid?
-De beeldvorming brengt een glioblastoom aan het licht. Hoe gaat u dit nieuws (diagnose, outcome,…) brengen naar de patiënt? Hoe bespreek je het beleid?

AFRONDEN VAN HET CONSULT
Hoe rond u een consult af? Heeft u de gewoonte om samen te vatten?

EXTRA
Heeft u via deze weg een groot deel kunnen bespreken of tonen van wat u belangrijk vindt bij arts-patiënt communicatie?

PSYCHIATER

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten tijdens het communiceren in een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U heeft de patiënt begroet en jullie zitten beiden neer, klaar om het consult te beginnen. Het is de eerste keer dat u deze 35-jarige man ziet, hij is doorverwezen door de huisarts naar aanleiding van ernstige depressieve klachten. Hoe begint u dit gesprek/deze anamnese? Wat vindt u belangrijk in dit gesprek?

-Casus 2: U ziet een nieuwe patiënte op de raadpleging. Het betreft een dame van 62 jaar die verwezen is door de huisarts omwille van geheugenproblemen. U kent de moeder van de dame, zij stierf 1 jaar terug met onder andere een ver gevorderd dementieel proces. De dame begint meteen te vertellen over de dementie van haar moeder. Hoe vat u dit gesprek aan?
-Casus 3: U ziet een 18-jarige dame samen met haar moeder voor de eerste keer op de raadpleging. Na lang aandringen is het de moeder toch gelukt haar dochter op gesprek te laten gaan met de psychiater. Reden: de mama heeft een vermoeden van een eetstoornis. De dochter is namelijk erg mager en blijft vermageren. Ze eet enkel minieme hoeveelheden en enkel als het magere voeding is. Hoe gaat u dit gesprek aanvatten?
-Casus 4: U ziet op uw raadpleging een patiënt die u al jaren opvolgt in kader van een bipolaire stoornis. Het betreft een ingeplande opvolgingsraadpleging. Hoe vat u dit gesprek aan?
-Casus 5: U ziet op de spoeddienst een man die op eigen initiatief zich 's nachts in dronken toestand aanmeldde. Ze lieten de man de een nachtje ontnuchteren op de spoeddienst en u wordt 's morgens in consult gevraagd. Hoe gaat u deze anamnese aanpakken?
-De anamnese is duidelijk voor u, het probleem is voor u verhelderd. Op welke manier eindigt u gebruikelijk de anamnese?

(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag?

INFORMEREN/BESLUITVORMING
-We gaan verder op casus 1: Na de anamnese en klinisch onderzoek stelt u een ernstig depressief beeld vast met aanwezigheid van suïcidale gedachten. U zou de man graag willen laten opnemen. Hoe bespreek je dit met de patiënt.
-We gaan verder op casus 2: Na de anamnese en het klinisch onderzoek zou u deze dame graag diagnostisch verder uit werken (beeldvorming, psychodiagnostiek, bloedname,…). Hoe bespreek je dit met haar?
-We gaan verder op casus 2: Na een uitgebreide anamnese en psychodiagnostiek op de dagkliniek komt u tot de diagnose van een dementieel beeld veroorzaakt door de ziekte van Ahlzeimer. Hoe gaat u dit uitleggen aan de patiënt? Gebruikt u hiervoor hulpmiddelen?

AFRONDEN VAN HET CONSULT
Hoe rond u een consult af? Heeft u de gewoonte om samen te vatten?

EXTRA
Heeft u via deze weg een groot deel kunnen bespreken of tonen van wat u belangrijk vindt bij arts-patiënt communicatie?

SPOEDARTS

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten tijdens het communiceren in een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat waarschijnlijk binnen in een box op de urgentiedienst, hoe gaat deze eerste fase van het consultatie voeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welk van volgende openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U ziet op de spoeddienst een vrouw die zich op eigen initiatief aanmeldt overdag omwille van een alcoholverslaving. Ze komt heden nuchter voor. Hoe vat u dit gesprek/deze anamnese aan?
-Casus 2: U ziet op de spoeddienst een man van 38 jaar die werd doorverwezen vanop de wachtpost omwille van een acute buik. Hoe begint u de anamnese bij deze patiënt?
-Casus 3: MUG-oproep in het rusthuis: u komt toe bij een 85-jarige man met een spontaan ontstaan hevig drukgevoel op de borst. De man is nog goed aanspreekbaar en is nog in goede cognitieve toestand. Ga je deze anamnese hetzelfde uitvoeren als je dit zou meemaken bij een jongeman of ga je dit anders aanpakken?
-In welke mate bevragen jullie wat de doelen nog zijn van de patiënt? Wilt die nog een volledige behandeling of is het de bedoeling van in het rusthuis te blijven?

-Casus 4: Je ziet op de spoeddienst een 75-jarige patiënt gekend met een gemetastaseerd longcarcinoom. De man is een verstokt roker en gekend met COPD GOLD IV. Heden consulteert hij de spoeddienst na doorverwijzing door de huisarts: er is toegenomen dyspnee, fors oedeem in armen en benen, koorts en een daling van de algemene toestand. Kan u mij vertellen wat u belangrijk vindt in deze anamnese gesprek?
-Casus 5: Je ziet een 32-jarige vrouw omwille van sedert vandaag hevige lage rugpijn. Ze heeft een blanco medische voorgeschiedenis. Hoe ga je deze anamnese voeren? Welke elementen moeten zeker aan bod komen?
-De anamnese is duidelijk voor u, het probleem is voor u verhelderd. Op welke manier eindigt u gebruikelijk de anamnese?

KLINISCH ONDERZOEK
Tijdens het ausculteren merk je nog een vlekje op de rug van de patiënt dat er voor jou erg verdacht uitziet. Wanneer en hoe ga je dit communiceren?

INFORMEREN/BESLISVORMING
-We gaan verder op casus 2: Na klinisch onderzoek en echografie stelt u een acute appendicitis vast. Kan u mij schetsen hoe u dit uitlegt aan de patiënt? Op welke manier bespreek je het beleid met hem/haar?
-We gaan verder op casus 5: Na klinisch onderzoek en anamnese besluit u tot een aspecifieke lage rugpijn. Hoe gaat u met de patiënt het beleid bespreken? Ga je de patiënt hierbij betrekken?

AFRONDEN VAN HET CONSULT
Hoe rond u een consult af?

EXTRA
Heeft u via deze weg een groot deel kunnen bespreken of tonen van wat u belangrijk vindt bij arts-patiënt communicatie?

ORTHOPEDIST

ALGEMEEN
Wat zijn voor jou in het algemeen obstakels/moeilijkheden/aandachtspunten tijdens het communiceren in een ziekenhuis omgeving?

HET BEGIN/BEGROETING
Je gaat een patiënt halen in de wachtzaal, of de patiënt komt binnen, hoe gaat deze eerste fase van het consultatievoeren er bij jou aan toe?

DE EIGENLIJKE ANAMNESE
-Welke openingszinnen gebruikt u in uw dagelijkse praktijk?
-Casus 1: U ziet een 24-jarige jongedame op de raadpleging. Zij beoefent intensief rope skipping op amateuristisch niveau. Ze werd doorverwezen door de huisarts omwille van aanslepende last aan de heup. Hoe begint u deze anamnese? Wat moet er voor jou zeker aan bod komen?
-Casus 2: U ziet op uw raadpleging een onbekende jongeman bij wie via de huisarts een traumatische mediale meniscusscheur werd vastgesteld op MRI. Hoe begint u deze anamnese? Wat moet er voor jou zeker aan bod komen?
-Casus 3: Een mama komt samen met haar kindje van vier jaar bij u op consult. De mama merkt op dat haar kindje X-beentjes heeft. Hoe begint u deze anamnese? Wat moet er voor jou zeker aan bod komen?
-Casus 4: U stelt bij een jong kind osteogenesis imperfecta
-De anamnese is duidelijk voor u, het probleem is voor u verhelderd. Op welke manier eindigt u gebruikelijk de anamnese?
-(Extra vraag: wanneer typt u in het verslag?)

HET KLINISCH ONDERZOEK
-Tijdens het ausculteren merk je nog een vlekje op de rug van de patiënt dat er voor jou erg verdacht uitziet. Wanneer en hoe ga je dit communiceren?

INFORMEREN/BESLUITVORMING

-We gaan verder op casus 2: Na klinisch onderzoek en echografie stelt u een acute appendicitis vast. Kan u mij schetsen hoe u dit uitlegt aan de patiënt? Op welke manier bespreek je het beleid met hem/haar?
-We gaan verder op casus 5: Na klinisch onderzoek en anamnese besluit u tot een aspecifieke lage rugpijn. Hoe gaat u met de patiënt het beleid bespreken? Ga je de patiënt hierbij betrekken?

AFRONDEN VAN HET CONSULT
Hoe rond u een consult af? Heeft u de gewoonte om samen te vatten?

EXTRA
Heeft u via deze weg een groot deel kunnen bespreken of tonen van wat u belangrijk vindt bij arts-patiënt communicatie?

Bijlage 2: Schematische boomstructuur

Communicatie barrières

Patiënt gebonden
- Intelligentieniveau/cognitieve toestand patiënt (dokter 1,2,3,5,6,8)
- ICE-patiënt (dokter 1,4,6,7,8,9)
  - Foute visies (dokter 6,9)
  - Onrealistische verwachtingen (dokter 9)
- Pathologische toestanden (dokter 1,4,6,8)
- Psychosociale problematiek (dokter 4)

Patiënt én dokter gebonden
- Arts-patiënt relatie
- Taal (dokter 1,2,3,4,5,6,7,8,9)
  - Oplossingen: tolk, internet, telefoon, familie, gebarentaal
  - Arts 4: ik probeer de moedertaal van de patiënt te spreken indien mogelijk
- Frequentieverschil (dokter 2,3)
- Onderwerp van het gesprek (dokter 5,7)
- Cultuur (dokter 4)

Omgevingsgebonden
- Aanwezigheid van begeleiders (familie/vrienden/mantelzorgers) (dokter 3,5,7)
- Tijd (dokter 1,7,9)
- Privacy (dokter 3)

Arts
- Zelf (dokter 4)

Andere
- Alle barrières zijn overkomelijk (dokter 2,3)
- Ik beheers communicatie goed (dokter 2)

Streefdoelen in communicatie

Respect

Ik oordeel niet over de patiënt (dokter 7)
Ik hecht er belang aan dat de patiënt centraal staat *(dokter 3)*
Ik probeer ook het kind te betrekken (dokter 5)
Ik vind het belangrijk om oogcontact te maken tijdens de anamnese (dokter 1,2,3,4,5)
Nooit culpabilizeren (dokter 4)

Professionalisme

Ik zal patiënten nooit tutoyeren (dokter 6)
Ik probeer correct nederlands te spreken (dokter 6)

Communiceren is een essentiële skill

Ik vind communicatie heel belangrijk (dokter 2)
Ik probeer mijn communicatie te verbeteren (dokter 4,6)

Humor in het consult (dokter 4,7)

Vertrouwensrelatie opbouwen (dokter 2,4,7)

Het openen van het gesprek: begroeting en openingszin

Ik begin met met mezelf voor te stellen (dokter 1,3,4,5,6,7,8)

Ik begroet de persoon (dokter 1,2,3,4,5,6,7,8,9)
Hierbij geef ik een hand (dokter 1,2,4)
Ik stel eventuele stagaires voor (dokter 4)

Ik start het gesprek met een open vraag (dokter 1,2,3,4,5,6,7,8,9)
Inhoud
Ik vermijd van te zeggen: 'Wat kan ik voor u doen?'
Mijn openingszin peilt naar de hulpvraag (dokter 5,6,7,8)
Ik vraag steeds identificatiegegevens na (dokter 3)
De open vraag kan verschillen
De open vraag verschilt afhankelijk of de patiënt gekend is of niet (dokter 1,2,6,9)
Ik vraag naar het welbevinden van de patiënt als ik deze ken (dokter 1,2,6)
Als de patiënt iets antwoordt ga ik hierop in
De open vraag kan verschillen, maar de inhoud is steeds hetzelfde (alle dokters)
De open vraag hangt af van hoe het eerste contact loopt (dokter 7)

Ik start het gesprek niet altijd met de medische toestand te bevragen
Ik probeer de eerst patiënt op zijn/haar gemak te stellen (dokter 2 ,4)

De anamnese

Bepalen van de agenda

De patiënt bepaalt mee de agenda van het consult (dokter 1,2,3,4,7)

Ik bevraag of de patiënt met vragen zit (dokter 1)

Ik laat **hen** praten (dokter 2, 3)

Ik probeer initeel de agenda punten te bevragen (dokter 7)

Ik probeer patiënten niet te forceren in het gesprek (dokter 7)

Ik bepaal de inhoud van het gesprek (dokter 9)

Als patiënten ter bespreking van een onderzoek komen, zal de anamnese anders verlopen (dokter 2)

Soorten vragen

Open vragen (elke dokter)

Gesloten vragen (elke dokter)

Informatie

Objectieve informatie over

Klacht van de patiënt (elke dokter)

Checklist (dokter 1,2,3,5,9)

Verwijsbrief van de huisarts (dokter 6,8)

Andere klachten die tot mijn vakgebied behoren (dokter 3,5,7)

Systeemanamnese (dokter 3,5)

<> Ik bevraag geen problemen die niet tot mijn vakgebied behoren (dokter 1)

De patiënt

De huisdokter (dokter 3)

De behandeling (dokter 1,2,4,5,6,9) → Ik bevraag therapietrouw (dokter 1,4)

Perspectief van de patiënt (subjectieve informatie)

WELBEVINDEN van de patiënt (dokter 1,2,4,6)

VISIE/INZICHTEN van de patiënt

Ik schenk hier **vaak** aandacht aan (dokter 3,5,6,7,8)

Ik bevraag wat de patiënt zelf ondervindt (dokter 3,6,7)

Ik bevraag wat de patiënt zelf belangrijk vindt (dokter 7)

Ik zeg initeel niet wat ik zelf denk (dokter 3)

Ik bevraag de impact van de klachten op het dagelijks leven van de patiënt (dokter 6,7,9)

Ik schenk hier **soms** aandacht aan (dokter 1,4)

Als ze dit zelf aanhalen, vraag ik hen dit te duiden (dokter 6)

Ik houd rekening met het ziekte-inzicht van de patiënt (dokter 4)

VERWACHTINGEN/HULPVRAAG van de patiënt

Ik schenk hier **vaak** aandacht aan (dokter 3,4,7,8)

Ik schenk hier **soms** aandacht aan (dokter 1,2,6)

Ik bevraag dit **nooit** in een eerste gesprek (dokter 9)

EMOTIES van de patiënt

Ik ga ongerustheden **steeds** exploreren (dokter 3,5,7)

Ik ga hier **soms** op in (dokter 2,6,9)

Ik probeer empathisch te zijn (dokter 1,2,3,5)

Ik probeer de patiënt gerust te stellen waar het kan (dokter 1,2,3,4,5,6,7,8,9)

Ik word **liever niet** met emoties geconfronteerd (dokter 2)

Ik reken op eventuele begeleiding om de patiënt te troosten (dokter 2)

Probeer ik de patiënt ruimte te geven door even iets te doen qua administratie of dergelijke (dokter 2)

Ik stop met uitleg geven en stel deze eventueel uit naar een ander moment (dokter 2)

Begeleidende personen

ik bevraag hen, in aanwezigheid van de patiënt (dokter 3, 4, 7, 8)

Ik bevraag de beleving van de familie omtrent de pathologie van de patiënt (dokter 7)

Ik vind het belangrijk dat de patiënt eerst zelf spreekt (dokter 3,6)

Typen/computer gebruik tijdens het verslag

Ik typ tijdens het consult (dokter 1,3,4,5,6,7)

Ik probeer dit te beperken (dokter 1,4)

Ik duid aan de patiënt waarom ik dit doe (dokter 3,4)
Ik noteer korte dingen die ik anders zou vergeten (dokter 4,5,9)
Ik typ nooit tijdens het consult (dokter 2,9)
Ik dicteer (dokter 2,9)
Ik dicteer soms als de patiënt erbij zit (dokter 9)
Ik dicteer als de patiënt weg is (dokter 2)
Ik typ na het consult (dokter 3,4,5)
Ik duid aan de patiënt wat ik aan het doen ben (dokter 4)

Het beëindigen van de anamnese
Doe ik soms door samen te vatten (dokter 2,6,7)
Ik formuleer een werkhypothese en toets deze bij de patiënt (dokter 7)
Doe ik door het klinisch onderzoek te starten of aan te kondigen (dokter 2,4,5,6)
Doe ik door te vragen of er nog vragen of opmerkingen zijn (dokter 3,7)

Klinisch onderzoek
Ik praat tijdens het klinisch onderzoek (dokter 1,2,3,4,5,6,8,9)
Ik geef uitleg(dokter 1,2,3,4,8,9)
Ik leg uit waarom ik iets onderzoek (dokter 3,4)
Ik geef expliciete instructies (dokter 4)
Ik stel vragen (dokter 1,2,4,5,6,8,9)
Ik kondig het klinisch onderzoek aan (dokter 2,4,5,6)
Ik hou de anamnese strict gescheiden van het klinisch onderzoek (dokter 5)
Ik stel na het klinisch onderzoek eventueel nog bijkomende vragen (dokter 6)

Informeren

Inhoud
De diagnose (alle artsen)
Ik probeer incorrecte ideeën omtrent de diagnose van de patiënt bij te sturen (dokter 2,4,7,9)
De behandeling/aanpak (alle artsen)
Het belang van de therapie (dokter 4,5,6)
De verschillende behandelingsopties (dokter 1,4,6,8,9)

Welke behandelingsopties het meest aangewezen zijn (dokter 1,2,4,6,7,8,9)
Gevolgen/effecten/nevenwerkingen (dokter 1,2,5,6,9)
Grenzen van eigen kunnen gaangeven (dokter 1,2,5,6,9)
Het belang van bepaalde technische onderzoeken (dokter 3)

Intentie

Motiveren (alle artsen)
De waarheid (dokter 3)

Hulpmiddelen (dokter 1,2,4,5,6,9)

Tekeningen (dokter 1,2,4,5,9)
Afbeeldingen op het computerscherm (dokter 4,9)
Medische beeldvorming tonen (dokter 1,2,4)
Fysieke 3D modelletjes
Informatieboekjes (dokter 6)
Informatie neerschrijven (dokter 2,4,5,9)
Zaken voordoen (dokter 2,5)

Communicatietechnieken

Ik pas de uitleg aan in functie van de patiënt die voor mij zit (dokter 1,4,5,7)
Ik pas de uitleg aan naargelang het perspectief van de patiënt (dokter 7)
Ik pas de uitleg aan naargelang het intelligentieniveau van de patiënt (dokter 1,2,3,4,5,6,7)
Medisch jargon vermijden *(dokter 1,2,3,4,5,6,7,9)*
Ik maak gebruik van metaforen om zaken uit te leggen (dokter 4)
Ik herhaal vaak (dokter 9)
Ik vat alles nog eens samen (dokter 1,3,9)
Ik probeer de uitleg over verschillende consultaties te verdelen (dokter 9)
Ik neem uitgebreid de tijd om de zaken goed uit te leggen (dokter 5)

Begrip van de patiënt

Ik toets naar begrip op het einde van het consult (dokter 2,3,4)
Als de patiënt onbegrip uit herhaal ik de uitleg (dokter 2)

Ik probeer zelf in te schatten of de patiënt het begrijpt (dokter 8)

Het brengen van slecht nieuws

Voorzichtig communiceren (dokter 1,2,3,5,6,8)

Vermijden van het woord 'kanker' (dokter 1,2,3,6)

Indien patiënten hier expliciet naar vragen zal ik het wel benoemen (dokter 1,6)

Ik breng slecht nieuws stap per stap (dokter 2,3)

Openheid (dokter 5,6)

Bespreken van emoties

Ik toon empathie (dokter 1,2,3,5)

Ik laat ruimte voor emoties (dokter 1,2,3,5)

Hoop geven (dokter 1,2,3,5,6,7)

Ik geef een voorbeeld (dokter 3)

Dokter 7: 'als je mensen kunt helpen om ze te doen aanvaarden wat dementie is…'

Voldoende tijd voor nemen (dokter 5,6)

Opvolging

Ik geef de patiënt een concreet schema mee (dokter 1)

Palliatief support team na het slecht nieuwsgesprek (dokter 3)

Bespreken van de aanpak/behandeling

Behandeling (zie: informeren → de behandeling)

Ik neem de leiding in het beslissingsproces (dokter 1,2,3,4,6,8,9)

Huidig medico-legale context (dokter 8)

Ik probeer de patiënt te overtuigen voor de meest aangewezen behandelingsoptie (dokter 1,2)

Er wordt rekening gehouden met de verwachtingen/wensen van de patiënt (dokter 1,2,6,7,9)

Afhankelijk van de pathologie (dokter 6)

Afhankelijk van de patiënt zelf

Motiveren (dokter 1,2,4,5,7)

Verantwoordelijkheidsgevoel (dokter 1)

Vertrouwen te winnen (dokter 4)

Goed informeren (dokter 1 (alle dokters))

De patiënt mee betrekken bij de beslisvorming (dokter 6)

Afsluiten van het consult

Herhalen

De afgesproken aanpak (dokter 1,2,5,6,9)

Het nut van de aanpak (dokter 1,2)

De diagnose, het te verwachten verloop, de behandeling en de alarmsignalen (dokter 8)

Planning opmaken (dokter 2,3,4,5,7,9)

Bij het maken van afspraken neemt de patiënt deel aan de beslissing

Zaken neerschrijven (dokter 2,5)

Toetsen naar begrip (dokter (2),4,5)

Ik vraag of er nog vragen zijn (dokter (2),4,5)

Een grap maken (dokter 7)

EXTRA: HEB JE HET GEVOEL DAT JE VIA DIT GESPREK HEBT KUNNEN ZEGGEN WAT VOOR U BELANGRIJK IS IN COMMUNICATIE? (interview 5,6,7,8,9)

Ja (dokter 5,6,7,8)

Bijlage 3: Codeboek

Communicatie barrières = elke factor die het communiceren met een patiënt tijdens de consultatie of op de afdeling kan bemoeilijken.

Patiënt gebonden = elke communicatie barrière die alleen toe te schrijven is aan eigenschappen van de patiënt.

Patiënt én arts gebonden = elke communicatie barrière die toe te schrijven is aan eigenschappen van zowel de arts als de patiënt.

Omgeving gebonden = elke communicatie barrière die niet toe te schrijven is aan eigenschappen van de patiënt of de arts.

Arts gebonden = elke communicatie barrière die alleen toe te schrijven is aan eigenschappen van de arts.

Andere = toelichtingen over barrières

Het openen van het gesprek = Codes die gaan over hoe het gesprek geopend en de patiënt begroet werd.

Ik start het gesprek met een open vraag = elke arts die het gesprek opent met een vraag die meerdere antwoorden mogelijk maakt en niet alleen 'ja' of 'nee'.

Inhoud = elke code met betrekking tot de inhoud van de openingsvraag

Ik start het gesprek niet altijd met de medische toestand te bevragen = Elke arts die het gesprek opent door een ander gespreksonderwerp dan de medische toestand van de patiënt ter sprake te brengen.

Streefdoelen in communicatie = codes die betrekking hebben tot visies over communicatie of doelen die een arts nastreeft in zijn of haar communicatie.

De anamnese = codes met betrekking tot de anamnese.

Het bepalen van de agenda = codes die gaan over hoe de inhoud van de consultatie bepaald wordt.

Informatie = codes die illustreren welke informatie een arts tracht te bekomen van de patiënt tijdens de anamnese.

Objectieve informatie = feiten over de klachten (Waar? Wanneer? …)

Perspectief van de patiënt = subjectieve informatie over de klachten

WELBEVINDEN = wat vindt de patiënt over zijn algemene toestand?
IDEEEN = welke ideeën heeft de patiënt over zijn klachten?
VERWACHTINGEN/HULPVRAAG = met welke verwachtingen komt de patiënt naar de arts?
EMOTIES = bevragen/omgaan met emoties tijdens het consult (ongerustheden/onbegrip…)

Begeleidende personen = codes met betrekking over hoe er wordt omgegaan met eventuele aanwezigheid van familie/vrienden/… tijdens de consultatie.

Typen/computer gebruik tijdens het consult = codes die gaan over hoe artsen omgaan met verslaggeving en het beeldscherm tijdens de consultatie.

Het beëindigen van de anamnese = codes waarmee de arts uitlegt hoe hij de anamnese beëindigt.

Klinisch onderzoek = codes die gaan over verbale communicatie tijdens het klinisch onderzoek.

Informeren = codes die betrekking hebben op informatieoverdracht naar de patiënt.

Inhoud = codes over WAT de arts probeert over te brengen naar de patiënt.

Intentie = welke intentie schuilt er achter het informeren? Wat is voor de arts het doel van de informatieoverdracht?

Hulpmiddelen = welke externe hulpmiddelen (los van de inhoud) gebruikt de arts om overdracht van informatie naar de patiënt te optimaliseren. Het gaat hier niet over communicatietechnieken.

Communicatietechnieken = welke communicatietechnieken (los van de inhoud) gebruikt de arts om overdracht van informatie naar de patiënt te optimaliseren.

Begrip van de patiënt = codes over hoe de arts gaat toetsen naar begrip van de patiënt.

Slechtnieuwsgesprek = codes met betrekking tot het overbrengen van slecht nieuws naar de patiënt.

Voorzichtig communiceren = codes die illustreren dat een arts zeer voorzichtig te werk gaat bij het communiceren van slecht nieuws.

Openheid = codes die gaan over het feit dat de arts openheid belangrijk vindt.

Bespreken van emoties = codes met betrekking tot de benadering van eventuele emoties van de patiënt bij het brengen van slecht nieuws.

Hoop geven = codes die illustreren dat de arts steeds een lichtpunt probeert te brengen bij het brengen van slecht nieuws.

Voldoende tijd geven

Opvolging = codes over het illustreren van praktische opvolging na een slechtnieuwsgesprek.

Bespreken van de aanpak/behandeling = codes met betrekking tot het bespreken van de behandeling of aanpak en de manier van beslisvorming.

Behandeling = codes met betrekking tot het informeren over de behandeling (= gelijklopend met informeren zoals hierboven beschreven)

Ik neem de leiding in het beslissingsproces = codes die illustreren dat de arts vooral beslissingen maakt.

Er wordt rekening gehouden met de verwachtingen/wensen van de patiënt = codes die illustreren dat er op bepaalde manieren rekening gehouden wordt met de verwachtingen of wensen van de patiënt.

Motiveren = codes met betrekking tot hoe artsen de patiënt proberen motiveren.

Afsluiten van het consult = codes met betrekking tot het afsluiten van het consult.

Herhalen = codes die illustreren dat de arts informatie herhaalt op het einde van het consult.

Planning = codes die illustreren dat er afspraken worden gemaakt op het einde van het consult.

Zaken neerschrijven

Toetsen naar begrip = codes die illustereren dat er op het einde van het consult getoetst wordt naar begrip.

Een grap maken

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in **'track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*
*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in **'track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Protocol - full title	Arts-patiënt communicatie bij de ziekenhuis praktijkopleiders
Version 1: Date submission	Date:2/02/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Jo Goedhuys
	Telephone: +32 16 37 72 98
	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:/
	Telephone:/
	E-mail:/
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Jasper Broothaerts
	Student number: R0297001
	Telephone: +32 473 43 21 88
	E-mail: jasperbroothaerts@gmail.com
	Name:
	Student number:
	Telephone:

	E-mail:
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project.

Er gebeurde rond arts-patiënt communicatie bij huisartsen reeds heel wat onderzoek. Deze onderzoeken tonen duidelijk het belang aan van communicatie voor een goede praktijkvoering. Dit bijvoorbeeld op vlak van therapietrouw bij patiënten (1), patiënt tevredenheid (2,3) en verminderen van antibiotica gebruik bij huisartsen (4). Sedert kort vindt een aanzienlijk deel van de opleiding master-na-master huisartsgeneeskunde plaats in het ziekenhuis in plaats van in een huisartsenpraktijk. Dit riep bij de promotor en mij de vraag op hoe deze nieuwe groep van opleiders communiceert met hun patiënten. Gezien de communicatie van de opleiders mogelijk invloed zal hebben op de communicatie van deze nieuwe groep HAIO's leek het ons interessant deze communicatie in beeld te brengen om zo al dan niet de opleiding van de HAIO's nog verder te gaan verbeteren.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study.

De primaire doelstelling is het in kaart brengen van de toestand van de arts-patiënt communcatie tijdens het consulteren bij de ziekenhuis praktijkopleiders, dit bij verschillende specialisaties.

4. RESEARCH METHOD

Present the methodologies and explain potential ethical implications of the planned methodologies.

De onderzoeksvraag zal gepoogd beantwoord te worden door informatie te verzamelen met behulp van semi-gestructureerde interviews bij ziekenhuis praktijkopleiders over verschillende disciplines.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate into the study. Informed consent to participate must be stated as an inclusion criterion. The study will require prior informed consent of the participants, or their legal representatives, to participate in the study. For all clinical studies, the investigators and participating sites shall obtain a signed informed consent form from all participants prior to their enrollment and participation in the study in compliance with all applicable laws, regulations and the approval of the OBC/Ethics Committee. The Investigators and participating sites shall retain such informed consent forms in accordance with the requirement of all applicable regulatory agencies and laws. The informed consent form must be integrated in this template.

Inclusiecriteria: Ziekenhuisartsen die geregistreerd zijn als praktijkopleider voor de nieuwe master-na-master huisartsgeneeskunde. We voorzien een 20-tal deelnemers.

5.2 Expected duration

Specify the expected duration and define the end of the study for the study participant.

De studie zal beginnen lopen vanaf goedkeuring door het OBC tot er data saturatie is bereikt. Deze doelstelling hopen we te bereiken in september 2019.

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants and how and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent.

Ziekenhuisartsen die geregistreerd zijn als praktijkopleider zullen via e-mail of telefonisch (eventueel beide) uitgenodigd worden tot deelname aan de studie. In deze uitnodiging zal de doelstelling van het onderzoek worden uitgelegd. Wanneer deze artsen toezeggen zal een moment gepland worden waarop het interview zal plaatsvinden. Bij de start van het interview zal de onderzoeker een geïnformeerde toestemming afnemen waarbij duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling van het onderzoek. Enkel wanneer de deelnemer instemt en de geïnformeerde toestemming ondertekent zal het interview van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van het interview zal duidelijk vermeld worden dat de arts niet verplicht is om deel te nemen. Het interview kan op elk moment op vraag van de arts worden beëindigd. Data van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

6. ANALYSIS

Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases. Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size. Describe also methods for data analysis.

We zullen trachten interviews af te nemen tot er data saturatie optreedt. Het aantal interviews wordt geschat op 20. Er zal geprobeerd worden de diversiteit aan specialisaties bij de artsen zo breed mogelijk te houden. De interviews zullen geanalyseerd worden met de grounded theory methode.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. coding or anonymization), how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

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

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

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*

- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promoter who will be responsible for follow up. In the information letter to the participants the name of the Principal Investigator has also been integrated.

Een aanspreekpunt voor vragen over de studie wordt vermeld in de informatiebrief. In het geval dat deelnemers een verder gesprek willen over het thema kan contact opgenomen met dit aanspreekpunt. Mogelijke adverse events zullen opgevolgd worden door de promotor van deze studie, Jo Goedhuys.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the unit(s) or department(s) where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study.

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references mentioned above

(1) Lee L, El-Den S, Carter SR, Patient Satisfaction with Information, Concerns, Beliefs and Adherence to Topical Corticosteroids, Patient Education and Counseling (2019). https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.019

(2) S Altin, Stephanie Stock, The impact of healt literacy, patient-centered communication and shared-decision making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. BMC Health Services Research (2016) 16:450. DOI 10.1186/s12913-016-1693-y.

(3) Cousin G, Schmid M, Mast A, Debra L, Roter B, Judith A. Hall C, Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. Patient Education and Counseling 87 (2012): 193-197.

(4) Little P, Stuart B et al, Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomized, factorial, controlled trial. Lancet 382 (9899) (2013): 1175-82.

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Informatiebrief: Arts-patiënt communicatie bij de ziekenhuis praktijkopleiders

Beste ziekenhuisarts praktijkopleider,

Via deze brief nodigen mijn promotor en ik u uit om deel te nemen aan mijn masterproef over de arts-patiënt communicatie bij de ziekenhuis praktijkopleiders. Onderzoek toont duidelijk het belang aan van communicatie voor een goede praktijkvoering. Dit bijvoorbeeld op vlak therapietrouw en patiënt tevredenheid. Een aanzienlijk deel van de opleiding master-na-master huisartsgeneeskunde vindt sedert kort plaats in het ziekenhuis. De arts-patiënt communicatie bij huisarts praktijkopleiders werd reeds in voorgaand onderzoek in kaart gebracht. Gezien de communicatie van de opleiders mogelijk invloed zal hebben op de communicatie van deze nieuwe groep HAIO's en deze in eerder onderzoek nog niet onder de loep werd genomen, leek het ons interessant hier een onderzoek rond te voeren. Voor de toekomst van de opleiding van de HAIO's kan dit onderzoek zeker nuttige gegevens opleveren.

Dit zullen we trachten door semi gestructureerde interviews af te nemen. De interviews zullen plaatsvinden op een locatie afgesproken tussen de onderzoeker en de deelnemer. De tijdsduur van het interview zal steeds op voorhand afgesproken worden. We schatten een half uur a één uur van jullie tijd nodig te hebben en hopen op een 20-tal correspondenten. Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en kan steeds zonder opgave van reden gestopt worden. Het interview kan op elk mogelijk moment gestopt worden door u of door de onderzoeker.

Alle data zullen tijdens en na het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. Alles wat tijdens het interview verteld wordt zal via geluidsopname worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. De bekomen gegevens van de interviews zullen enkel voor de onderzoeker beschikbaar zijn en zullen volledig anoniem verwerkt worden. Deze gegevens zullen enkel gebruikt worden voor de onderzoeksdoeleinden. De geluidsopnames en de transcripts zullen op een sterk beveiligde manier bewaard worden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripts aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

Indien gewenst kan er zeker een exemplaar van het uiteindelijke eindproduct, mijn masterpaper, aan de deelnemer bezorgd worden.

Heeft u nog vragen of opmerkingen? Aarzel niet arts-onderzoeker Jasper Broothaerts telefonisch te contacteren op 0473 43 21 88 of per mail naar jasperbroothaerts@gmail.com

Alvast bedankt voor uw interesse en deelname.

Met vriendelijke groeten,

Onderzoeker Jasper Broothaerts, Huisarts-in-opleiding, KULeuven
Promoter Jo Goedhuys, Deeltijds hoofddocent aan de faculteit geneeskunde, KULeuven

Please add here the informed consent form (if applicable)

Titel van de studie: Arts-patiënt communicatie bij de ziekenhuis praktijkopleiders

Opdrachtgever van de studie: *Promotor Jo Goedhuys, KULeuven*

Onderzoeksinstelling: KULeuven

Ethisch comité: *OBC*

Plaatselijke artsen-onderzoekers: *Jasper Broothaerts, Huisarts-in-opleiding en Jo Goedhuys promotor.*

Inleiding

U wordt gevraagd om te overwegen om dr. Jasper Broothaerts toe te laten informatie over uw arts-patiënt communicatie te verzamelen.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de arts-onderzoeker.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

U zal geen gevolgen, nadelen noch voordelen, ondervinden door deel te nemen aan deze studie.

Intrekking van uw toestemming

Toestemmen om de gegevens te gebruiken in deze studie is volledig uw keuze en verloopt volledig vrijwillig. U kan kiezen tot deelname of niet, en u kan dit op elk moment herroepen.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker Jasper Broothaerts of met de promtor Jo Goedhuys op respectievelijk volgende telefoonnummers: +32 473 43 21 88 en
+ 32(0)16 377 298.

Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan deze studie

Ethisch comité

Dit protocol werd goedgekeurd door een onafhankelijke ethische commissie. In geen geval dient u deze goedkeuring te beschouwen als een aansporing tot akkoord met onze vraag.

Kosten

Deelname aan de studie zal op geen enkele manier kosten voor u met zich meebrengen. U zal geen compensatie ontvangen indien u uw toestemming geeft om de gegevens te gebruiken.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoeker gegevens over u verzamelt en die gebruikt in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

U hebt het recht om aan de arts-onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld.

De arts-onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen en uw identiteit te beschermen.
Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw identiteit nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie.

Toestemming

Indien u voor akkoord tekent, betekent dit dat u alle bovenstaande informatie heeft gelezen, dat u de kans heeft gekregen om vragen te stellen en dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw gegevens.

Deelnemer

Ik teken hierbij voor akkoord:

Naam: ……
Voornaam: ……
Datum:……

Handtekening: ……..

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende Jasper Broothaerts, arts-onderzoeker verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Naam: ……
Voornaam: ……
Datum:……

Handtekening: ……..

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

Structuur van het semi-gestructureerd interview. Mogelijke vragen staan tussen aanhalingstekens.

1) Hoe verloopt anamnese van het consult bij de ziekenhuis opleider?
-‘Gebruik je Open/gesloten vragen?’
-'Patiënten hebben vaak een soort theorie/begrip van hoe zij hun ziekte zien (bv.: Diabetes: 'mijn suiker is te hoog'), is dit iets dat je bevraagt in je consult?' 'Hoe?' 'Waarom wel/niet?'

-'Probeer je in je consult te weten te komen waar je patiënt ongerust over is?' ‘Hoe ga je hiermee om?’ ‘Hoe bevraag je het?’ ‘Waarom wel/niet?’

-'Bij ons komen patiënten vaak met bepaalde verwachtingen naar een consult, bv.: ik wil AB voor mijn hoest, merkt u dit als specialist ook?’ ‘Bevraagt u deze actief?' Hoe? ‘Waarom wel/niet?’

2) Hoe verloopt het klinisch onderzoek communicatief?
-‘Welke instructies geef je?’
-‘Geef je al informatie tijdens het KO?’
-‘Stel je nog bijkomende vragen tijdens het KO?’

3) Hoe verloopt de uitleg en besluitvorming?
-Ik zou hier ingaan op 'Shared Decision Making', zonder expliciet het begrip daarom te noemen. 'In welke mate betrek je de patiënt bij de beslissingen?' 'Hoe krijg je hem mee in jouw verhaal?'.
-'Op welke manier geef je uitleg aan de patiënt?'
-'Toetst u naar het begrip van de patiënt?'

Other (if applicable)

Bijlage 5: Gunstig advies ethisch comité

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

English version below.

Ons kenmerk: MP009840
Uw kenmerk: Masterproef studie: Het bevragen van de ICE (ideeën, bezorgdheden en verwachtingen) door HAIO's, PO's en ziekenhuisartsen.
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Jasper
Broothaerts

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 11-03-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed.
Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:
• De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor vermelden, zodat deelnemer

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

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 02-03-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

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

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

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels

Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP009840
Your reference: Master's thesis study: Het bevragen van de ICE (ideeën, bezorgdheden en verwachtingen) door HAIO's, PO's en ziekenhuisartsen.
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Jo Goedhuys

Dear Jasper Broothaerts

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 11-03-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed.
Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:
• De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor vermelden, zodat deelnemer

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 02-03-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry

President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of

this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.