KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Feedback in de opleiding communicatievaardigheden in het zevende jaar huisartsgeneeskunde

Dr. Laetitia Vermander

Promotor: Prof. Jo Goedhuys

Co-promotor: Dr. Marc Van Nuland

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

INHOUDSOPGAVE

DANKWOORD……3

ABSTRACT……4

1. Inleiding: ……6

2. Logboek……7

3. Kwalitatief onderzoek: Beschrijving van de opleiding en de rol van feedback……11
3.1. Methode
3.2. Resultaten
3.3. Discussie

4. Literatuuronderzoek en opleiding……18

4.1. Rollenspel met peers (RP) of met simulatiepatiënten (SP), een afweging……19

4.1.1. Methode
4.1.2. Resultaten
4.1.3. Discussie

4.2. Draagt peer-feedback bij rollenspel bij tot betere communicatievaardigheden?.....23

4.2.1. Methode
4.2.2. Resultaten
4.2.3. Discussie

4.3. Het aanleren van constructieve (peer-)feedback, een uitdaging……..28

4.3.1. Methode
4.3.2. Resultaten
4.3.3. Discussie

5. Conclusie……36

5.1. Adviezen voor de opleiding.....36

5.2. Beperkingen en verder onderzoek……37

5.3. Persoonlijke nabeschouwing……38

BIBLIOGRAFIE……39

BIJLAGEN ……42

1. Debat huisartsgeneeskunde
2. Scoreformulier “Common ground”
3. Voorbeeld oefening om groep te leren “faciliteren”

DANKWOORD

Bestond er maar een winkel zoals die van de sprinkhaan (Toon Tellegen). Ik zou er woorden kopen of inspiratie of gecrashte word-documenten of afgewerkte thesissen of tijd zoals de eendagsvlieg tijd kon kopen.

Een doktersdiploma wordt niet voor niets gegeven, een heel traject werd afgelegd om zo ver te geraken. Gelukkig stond ik in dit traject niet alleen. De voorbije twee jaar mocht ik rekenen op de steun van mijn omgeving. Respectvolle patiënten die steeds oprecht geïnteresseerd waren, begripvolle collega's die mij de vrijheid lieten om te zoeken. Een promotor, co-promotor en collega-communicatietrainers die mij de unieke kans gaven mij te ontplooien als trainer en mij begeleidden in dit proces. Vrienden die mij door dik en dun gesteund hebben en waarvan ik wist dat zelfs als ik ze niet zag, ze er toch waren voor mij. Iemand die uit de hemel kwam vallen en waarmee ik met veel liefde de toekomst tegemoet zie. En als laatste mijn familie. Mijn grote broer waar ik steeds naar opgekeken heb, mijn kleine broer waar ik veel van geleerd heb, mijn liefste mama die opgelucht zal zijn als alle stress voorbij is. En mijn papa, die meer dan iedereen trots zou geweest zijn op zijn dochter.

Een oprechte dankjewel aan al deze mensen, zonder hun onbeperkte steun had ik vandaag niet gestaan waar ik nu sta. Dankzij hen kijk ik de wereld met vertrouwen tegemoet.

Jij hebt me leren zwemmen
De kou leren trotseren
De golven leren temmen

Bedankt voor alle keren
Dat ik van jou mocht leren

ABSTRACT

Feedback in de opleiding communicatievaardigheden in het zevende jaar huisartsgeneeskunde.

HAIO: Laetitia Vermander

Universiteit: K.U.Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys

Co-promotor: Dr. Marc Van Nuland

Doel:

Het leveren van adviezen in verband met feedback in de opleiding communicatie-vaardigheden in het zevende jaar huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Methode:

Een kwalitatief beschrijvend onderzoek op basis van participatieve observatie tijdens de trainingen communicatievaardigheden, de videoconsultaties en het OSCE-examen, werd uitgevoerd om het huidige gebruik van feedback in de opleiding te evalueren. Ervaringen van studenten werden verzameld aan de hand van open interviews. Er werden twee opleidingen gevolgd om constructieve feedback te leren geven ("Coaching and feedback in medical education") en om een groep te begeleiden in het feedbackproces ("The experiential skills teaching course"). Een gefundeerde literatuurstudie via Pubmed en in het tijdschrift "Patient Education and Counseling" zorgden voor de nodige evidentie.

Resultaten:

Zelfreflectie en (peer-)feedback lijken een waarde te hebben in de opleiding communicatievaardigheden. Een workshop feedback geven zou het leereffect van rollenspel kunnen verhogen en mogelijks "peer assisted learning" bevorderen. Er zijn adviezen geformuleerd over hoe de opleiding te organiseren om feedback te integreren.

Conclusies:

Verder onderzoek is noodzakelijk en een verandering van institutionele cultuur dringt zich op.

E-mail: vermanderlaetitia@hotmail.com

Terminologie:
Communicatievaardigheden = de competenties ("skills")
Communicatievaardigheden trainingen = de lessen waarin geoefend wordt
Ervaringsgericht leren = experiential learning
RP = rollenspel met peers
SP = rollenspel met simulatiepatiënten

1. Inleiding

“The road to professionalism begins in medical school and continues throughout a doctor’s career [1].” Het aanleren van professioneel gedrag, is een uitdaging, een goede arts hoort immers alle zeven rollen van het “CANMEDS framework” te beheersen [2]. Goed kunnen communiceren is één van deze rollen.

In de jaren ’80 werd er al onderzoek verricht naar arts-patiënt communicatie. Toen werd duidelijk dat het, onder andere door therapietrouw, de gezondheid van de patiënt kan beïnvloeden [3]. Als gevolg hiervan kwam arts-patiënt communicatie op de opleidingsagenda van studenten geneeskunde. Er was al gauw nood aan manieren om deze communicatie te onderwijzen en te evalueren. Een wildgroei van methodes zorgde ervoor dat vergelijkende studies erg moeilijk werden [4]. Welke methode de grootste impact heeft op de communicatievaardigheden van de student blijft voorlopig onzeker [5].

In “adult learning” wordt gesteld dat volwassenen het beste leren wanneer ze het geleerde onmiddellijk kunnen toepassen [6]. Ervaringsgericht leren of leren door te doen moet steeds gepaard gaan met een basiskennis van de vereiste vaardigheden [7]. In een training communicatievaardigheden is er dus zowel nood aan “expert-teaching” als aan mogelijkheid tot oefenen. Het oefenen van communicatievaardigheden gebeurt meestal via rollenspel. Rollenspel kan met of zonder simulatiepatiënt en met of zonder communicatie-trainer.

Een noodzakelijke voorwaarde om te leren uit oefenen is feedback krijgen op de prestatie. Feedback kan vanuit zichzelf komen, van collega-studenten of van de expert/trainer afhankelijk van de setting. Feedback wil een student gidsen in zijn leerproces. Het ultieme doel van feedback is een aanpassing van het gedrag van de student op basis van de feedback. Goede feedback leidt dus tot gedragsverandering [8].

Feedback zou in de opleiding even belangrijk kunnen zijn als de arts-patiëntcommunicatie zelf, er is immers aangetoond dat feedback op professioneel functioneren ook de gezondheid van de patiënt kan beïnvloeden [9]. De waarde van feedback mag dus niet zo maar genegeerd worden. Onderzoek naar de invloed van feedback op communicatievaardigheden lijkt dan ook logisch.

Hoe feedback integreren in een opleiding die geen cultuur van reflectie en feedback gewoon is, geeft stof tot nadenken [10]. Een grondige evaluatie van de huidige lesmethodes en gebruikte feedback in de opleiding lijkt een eerste stap om te nemen. Kennis opbouwen met betrekking tot de bestaande evolutie in het ervaringsgericht leren is de volgende stap. Literatuuronderzoek over de evidentie om feedback in een opleiding communicatie te integreren is onontbeerlijk. Tot slot moet de student uiteraard ook weten hoe de feedback te geven. Op deze vragen wordt een antwoord gezocht.

Deze masterthesis heeft als doel adviezen te formuleren over feedback in de opleiding communicatie in het zevende jaar geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven.

2. Logboek

Deze masterthesis is tot stand gekomen na een grondige terreinstudie en literatuuronderzoek. Het eerste deel van de thesis beschrijft een kwalitatief onderzoek gebaseerd op participatieve observatie en op open interviews, op sommige plaatsen gestaafd met literatuur. De participatieve observatie bestaat uit een deelname aan en een beschrijving van de opleiding communicatievaardigheden in al haar aspecten in het zevende jaar huisartsgeneeskunde aan de KULeuven. Het eerste deel (Hoofdstuk 3) dient met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien tijdens de observaties zowel een onderzoeksrol als een veldrol wordt aangenomen. Bovendien geeft de persoonlijke ervaring als student mogelijks aanleiding tot bias bij de interpretatie van de resultaten. Het eerste meer persoonlijke deel vormt de aanzet tot de wetenschappelijke literatuurstudie. Het tweede deel (Hoofdstuk 4) is een specifiek literatuuronderzoek gebaseerd op onderzoeksvragen gedestilleerd uit het eerste deel.

Deze masterthesis is tot stand gekomen na een aaneenschakeling van ervaringen. De opleiding communicatie werd geobserveerd in alle aspecten, er werden debatten bijgewoond/georganiseerd en er werden bijkomende opleidingen gevolgd. De ervaringen zijn uitgeschreven omdat ze onlosmakelijk deel uitmaken van het tot stand komen van deze masterthesis (Tabel 1).

In een wetenschappelijk werk wordt normaal niet in de ik-vorm gesproken, echter het betreft hier niet enkel een objectief onderzoek maar ook een individuele kritische evolutie in de materie die het eigen gezichtspunt doorheen het kwalitatief onderzoek voortdurend bijstelt. “Ik” wordt vermeden, met uitzondering van het schetsen van de chronologische evolutie en met uitzondering van de persoonlijke nabeschouwing.

Tabel 1: Chronologie van het tot stand komen van de masterthesis

Geel = eigen ervaring

Groen = deel van de participatieve observatie

Blauw = opleiding

Tijdstip	Opsomming ervaringen
2011 **Juli**	**Afgestudeerd als basisarts.** Met een rugzak vol bagage start een nieuwe lading Huisartsen In Opleiding (HAIO’s). Het begin van een professionele carrière.
Augustus	**De eerste startvergadering met de trainers communicatievaardigheden.** Eind augustus krijg ik de unieke kans om mee te werken aan de opleiding communicatievaardigheden in het zevende jaar huisartsgeneeskunde aan de KULeuven. Bij wijze van experiment wordt ik ingeschakeld als observator, trainer, examinator en prille ervaringsdeskundige.
September	**Eén maand ervaring als HAIO.** De realiteit verschilt toch enigszins van de geborgen oefenplek die de universiteit is: interfererende telefoons, tijdsdruk, onverwachte wendingen. Voorbeelden uit de praktijk worden meegenomen naar de trainingen communicatievaardigheden.
Oktober	**De eerste trainingen communicatievaardigheden als “trainer”.** Het eerste

	academiejaar (2011-2012) wordt er vooral geobserveerd: hoe een les organiseren als trainer en hoe een student begeleiden in zijn individuele leerproces. De studenten zijn op de hoogte van mijn dubbele rol als onderzoeker en als trainer en lijken mijn aanwezigheid op prijs te stellen. Door het delen van mijn ervaring als HAIO komt de realiteit van de praktijk een stukje dichterbij. Voorbeelden zijn welkom en de drempel om vragen te stellen ligt laag: vragen over communicatie maar ook andere vragen en problemen komen voor/na de lessen aan bod. Stress voor examens, stress voor het solliciteren bij een praktijkopleider, alles is bespreekbaar en dat werkt geruststellend.
November	**Vervolg trainingen na de huisartsenstage in het zevende jaar.** De studenten lijken enthousiast, hoewel ze niet allemaal het consultatiemodel hebben zien/kunnen gebruiken. Om hun communicatie tijdens de stage te beoordelen maakt de stageleider gebruik van het feedback-formulier dat ook tijdens de lessen en het examen gebruikt wordt: de Common Ground (Bijlage 2). De studenten lijken deze feedback te appreciëren. Hier wordt de kiem gelegd voor deze Masterthesis: feedback in de opleiding.
December	**Organisatie LOK vergadering met als thema "communicatie in de praktijk".** Op vraag van de voorzitter van de LOK (Lokale onderzoekskring waarin huisartsen uit dezelfde regio samen komen om wetenschappelijk bij te scholen) wordt een presentatie gemaakt over communicatievaardigheden in de opleiding en het nut ervan in de praktijk. Het aansluitende debat is de ideale gelegenheid om te polsen naar de kennis en toepassing van het "Leuvens consultatiemodel" enerzijds en de bereidheid van de aanwezige artsen om er voor open te staan wanneer studenten stage lopen in de praktijk. Bij de deelnemers aan de LOK vergadering bevinden zich drie HAIO's, drie praktijkopleiders, een aantal jongere artsen die reeds opgeleid zijn in het consultatiemodel en een aantal meer ervaren artsen die nog nooit eerder hoorden van het consultatiemodel.
2012 **Januari/ februari**	**Een tweede reeks communicatietrainingen.** De studenten uit de tweede reeks hebben niet van bij de start van het academiejaar voor huisarts gekozen, ze komen uit een andere specialisatie waar ze reeds ervaring opdeden als "co-assistent". Initieel kritisch tegenover communicatievaardigheden wordt dit een boeiende groep die veel feedback geeft op de lessen.
Maart	**Observator/examinator tijdens het OSCE-examen of de stationsproef.**
April	**Bespreken van de video-consultaties als trainer/examinator.**
Mei	**De afsluitende vergadering van 2011-2012.** Hierin wordt het empathisch vermogen van de huidige generatie in vraag gesteld. Er wordt bewust gekozen om volgend jaar minder te focussen op het consultatiemodel en de ICE (Ideas, Concerns en Expectations van de patiënt). Studenten zijn soms zo bezig met "de juiste vragen" stellen, dat ze niet meer luisteren naar het verhaal van de patiënt. Het consultatiemodel hoort niet meer dan een richtingaanwijzer te zijn [16].
Juni	**Debat huisartsgeneeskunde met als thema: "Arts-patiëntcommunicatie".** Binnen de huisartsgeneeskundige opleiding worden jaarlijks verschillende debatten georganiseerd. Hierbij wordt een beroep gedaan op het kritisch vermogen van de huisartsen in spe en worden hun ideeën getoetst aan die van meer ervaren huisartsen, specialisten en docenten. Op het einde van academiejaar 2011-2012 vindt een eerste huisartsendebat plaats rond communicatie. Er is een grote opkomst en de

	interactie binnen het debat is bijna ongezien. Zo goed als elke aanwezige neemt het woord. Zoals de meeste van de huisartsendebatten wordt ook dit debat gebaseerd op (controversiële) stellingen. Als moderator werd gekozen voor een onafhankelijk persoon, betrokken bij het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, doch niet op de hoogte van de inhoud van de lessen. De deelnemers aan het debat zijn de communicatietrainers, een specialist, verschillende huisartsen, een HAIO, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en de 7e jaarstudenten huisartsgeneeskunde. Het volledige debat wordt gefilmd en in de originele bewoordingen uitgeschreven om bruikbare tips te destilleren. (Bijlage 1)
Juli	**Brede literatuurstudie over "How to teach communication skills".**
Augustus	**Startvergadering 2012-2013.** Introductie van het "driejarig traject voor onderwijs in communicatie- en consultatievaardigheden" [16]. Dit is het resultaat van de feedback tijdens de afsluitende vergadering 2011-2012.
September	**Deelname EACH congres.** EACH staat voor "European Association for Communication in Healthcare". Het is een interdisciplinaire non-profit organisatie die onderzoekers en trainers van communicatie in de gezondheidszorg samenbrengt. Het doel van EACH is het uitwisselen van ideeën, onderzoeken en trainingsstrategieën te vergemakkelijken. Om dit doel te bereiken wordt er jaarlijks een congres georganiseerd. In 2012 vond dit congres plaats in St Andrews University in Schotland. (www.each-conference.com) Gedurende drie dagen worden er interactieve lessen, workshops en plenaire zittingen georganiseerd rond communicatie in de gezondheidszorg. De persoonlijke voorkeur gaat naar onderwerpen die verband houden met de opleiding: "Innovations in the undergraduate curriculum", "Postgraduate training in communication skills", "Supporting the struggling student in communication learning the who, what, why, when and how", "Developments in simulated patient and nurse training", "Integrating clinical communication with clinical reasoning and the broader medical curriculum". Het congres is de ideale locatie om ervaringen uit te wisselen van over de hele wereld. **tEACH workshop.** tEACH is de "teaching subcommittee" van EACH (the European Association for Communication in Healthcare). Het doel van tEACH is ondersteuning te bieden aan trainers communicatievaardigheden in de gezondheidszorg. Deze ondersteuning is gebaseerd op ervaring én op wetenschappelijke evidentie. Het ultieme doel is de gezondheidszorg in Europa te verbeteren door de communicatie bij de gezondheidszorgbeoefenaars te verbeteren. Op de website worden wetenschappelijke publicaties gebundeld per topic en worden ervaringen uitgewisseld. Er worden vier workshops voor trainers georganiseerd: "What to teach", "The experiential skills teaching course", "The curriculum development course" en "The assessment in communication teaching course". "The experiential skills teaching course" focust zich op hoe communicatietrainingen gegeven kunnen worden. "Experiential" betekent leren door te doen, wat zich in de opleiding meestal vertaald in leren door middel van rollenspel met collega-studenten (peers) en/of simulatiepatiënten. De workshop richt zich op trainers en trainers van trainers en het doel is strategieën te leren om de groepsdynamica tijdens een les te managen, leren feedback te structureren en emoties tijdens het lesgeven te herkennen. De workshop is interactief met de deelnemer als sturende factor. De eerste dag volgt een algemene introductie tot de evidentie en sleutelelementen van efficiënte communicatievaardigheden-trainingen. De tweede dag kiest elke deelnemer een topic om in groep aan te werken. Persoonlijk wordt gekozen voor het leren managen

	van peer-feedback bij rollenspel. **Eerste reeks trainingen als "opgeleid" trainer.** Door de gevolgde opleiding voel ik mij zekerder om een actieve rol op te nemen bij het geven van de trainingen. Tijdens de rollenspelen probeer ik het feedbackproces te coachen, hierbij ligt de nadruk op zelfreflectie en peer-feedback.
November	**Opname video's voor interactief leren.** Hierbij wordt een feedbackgesprek gesimuleerd tussen drie praktijkopleiders en een HAIO. In de feedback kunnen studenten tips herkennen om met het zieke kind (en de ouders) te communiceren in de consultatie.
December	**Deelname tweedaagse interactieve workshop "Coaching and feedback in medical education" (Prof. Dr. Jonathan Silverman).** De eerste dag richt zich tot de stagecoördinatoren en de communicatievaardigheden-trainers, de tweede dag zijn ook praktijkopleiders, HAIO's en studenten welkom. De basisprincipes van constructieve feedback worden uitgelegd, waarna geoefend wordt om feedback te geven in bepaalde situaties. Tijdens de oefeningen wordt gevraagd om de dokter-student te spelen die feedback krijgt. De dokter-student heeft drie standen die variëren van veel inzicht tot geen inzicht in de eigen prestatie.
2013 **Januari**	**Organisatie debat met HAIO's uit de seminariegroep.** Een HAIO maakt twee jaar lang deel uit van een seminariegroep onder leiding van een stage-coördinator. Tweewekelijks komen ze samen voor wetenschappelijke vorming en het delen van ervaringen. De HAIO's blikken in het debat terug en geven retrograad feedback op hun ervaring met de opleiding communicatievaardigheden.

Uit deze ervaringen ontstaan vier vragen:

- Hoe komt feedback momenteel aan bod in de opleiding?
- Wat zijn de voor- en nadelen van rollenspel met peers of simulatiepatiënten?
- Draagt peer-feedback bij tot betere communicatievaardigheden?
- Hoe moet peer-feedback gegeven worden en hoe kan men het aanleren?

De eerste vraag komt aan bod in het kwalitatief beschrijvend onderzoek in hoofdstuk 3. De drie volgende vragen komen aan bod in hoofdstuk 4 en worden uitgewerkt aan de hand van een literatuurstudie. Bij de discussie wordt rekening gehouden met de ervaringen opgedaan in de opleidingen.

Voor elke vraag wordt een methode beschreven, worden vervolgens de resultaten gebundeld en elke vraag wordt afzonderlijk bediscussieerd.

In de eindconclusie wordt een kritische blik geworpen op de gevonden resultaten en worden er adviezen geformuleerd met betrekking tot feedback in de opleiding.

3. Kwalitatief onderzoek: Beschrijving en analyse van de opleiding en de rol van feedback

3.1. Methode: participatieve observatie

In 2011-2012 en 2012-2013 worden vier groepen huisartsstudenten gevolgd tijdens hun opleiding communicatievaardigheden. Het eerste jaar (2011-2012) gebeurt dit vooral vanuit een observerende rol, het tweede jaar (2012-2013) vanuit een meer participerende rol. De trainingen, de videoconsultaties (2x 6 studenten) en het OSCE-examen worden beschreven.

De ervaringen van de studenten worden verzameld aan de hand van open interviews na de rollenspelen en een algemeen afsluitende feedback per training. De videoconsultaties blijken bovendien de ideale plaats te zijn voor studenten om te ventileren. Bij het OSCE examen is er een debriefing gebeurd met de studenten na het examen. In de discussie worden ook de ervaringen uit de verschillende debatten (huisartsgeneeskundig debat, LOK-avond, minidebat met de HAIO's) betrokken. De studenten worden niet op een gesystematiseerde wijze bevraagd.

Het doel van dit onderzoek is de rol van feedback na te gaan in de huidige opleiding.

3.2. Resultaten

Lessen communicatievaardigheden

In België bestaat de opleiding geneeskunde in opvolging van het 'Bolognaproces' uit drie bachelorjaren en vier masterjaren van elk zestig studiepunten, nadien volgen de specialisatiejaren. De specialisatie huisartsgeneeskunde is een driejarig traject waarvan het eerste jaar voorlopig nog samenvalt met het vierde masterjaar. In dit jaar worden praktijk-georiënteerde colleges afgewisseld met stages. In het tweede en het derde jaar werkt de student als "huisarts in opleiding" (HAIO) bij een erkende huisarts-praktijkopleider (PO).

In het eerste specialisatiejaar is er een onderwijsleeractiviteit (OLA) "Consult en communicatievaardigheden". Deze heeft een weging van 15% in de eindbeoordeling. De OLA bestaat uit één inleidende les, vervolgens vijf of zes lessen "Communicatievaardigheden" in groep, twee consultatietrainingen (het uitvoeren van een consultatie met een echte patiënt onder supervisie van een ervaren huisarts) per student, een videobespreking en uiteindelijk een evaluatie aan de hand van een OSCE examen.

De groep studenten huisartsgeneeskunde is heterogeen. Een deel van de studenten kiest van bij de start van het zevende jaar geneeskunde voor de huisartsenopleiding, een ander deel sluit pas aan halverwege het jaar na een half jaar als co-assistent in een andere specialisatie gewerkt te hebben. De eerste groep krijgt zes lessen, de tweede groep krijgt vijf lessen. De lessen worden gegeven in groepen variërend van vijftien tot dertig studenten en per groep zijn er steeds twee communicatietrainers.

Academiejaar 2011-2012 ziet er nog enigszins anders uit dan academiejaar 2012-2013 (Tabel 2). De eerste les in 2011-2012 begint met het polsen naar de verwachtingen van de studenten, deze zullen zo veel als mogelijk verwerkt worden in de volgende lessen. Vervolgens wordt dieper ingegaan op

het Leuvens Consultatiemodel. Aansluitend wordt de “Common Ground” geïntroduceerd, een meetinstrument voor de beoordeling bij de stationsproef, maar ook een handig hulpmiddel voor de stageleider om zijn stagiair feedback te geven of voor de student om zijn mede-student feedback te geven. In de eerste les komen verder nog aan bod: goede en minder goede openingszinnen, het opstellen van de agenda in het begin van de consultatie en het bevragen van de ICE (Ideas, Concerns, Expectations). Met deze informatie beginnen de studenten aan de eerste rollenspelen. Een rollenspel bestaat uit drie studenten: iemand speelt arts, iemand patiënt en de derde persoon observeert. De eerste les eindigt met een reflectie op de rollenspelen. De volgende lessen hebben eenzelfde structuur: eerst een deel plenair en dan rollenspelen met reflectie. Les twee focust op anamnese en klinisch onderzoek en les drie op het informeren van de patiënt en het opstellen van een beleid. In les vier wordt er gewerkt rond motivationele gespreksvoering en conflictsituaties. Les vijf omvat thema’s zoals depressie, zelfmoord, slechtnieuwsgesprek en rouwverwerking. In les zes wordt er ruimte gemaakt voor psychosociale vraagstukken en herhaling van bepaalde topics op vraag van de studenten.

In 2012-2013 wordt een driejarig traject voor onderwijs in communicatie- en consultvaardigheden voorgesteld [44]. Er wordt meer gefocust op actief luisteren en minder op ICE. Het principe van “adult learning” komt centraal op de agenda en de student dient actief verantwoordelijkheid op te nemen voor zijn eigen leren. Een handboek wordt geïntroduceerd [45] en zelfstudie gestimuleerd. Zelfstudie werkt echter meer motiverend wanneer er ook reflectie volgt en dus wordt er in de lessen kort teruggekoppeld naar de verwerkte leerstof. Dit gebeurt door het delen van ervaringen, zoeken naar voorbeelden en eventueel speelt één van de trainers patiënt om “on the spot” te oefenen. Door het plenaire deel te vervangen door zelfstudie komt er meer tijd vrij om te oefenen, ook wel “experiential learning” genoemd: leren door te oefenen.

Het “oefenen” gebeurt op vier manieren. Meestal bestaat een rollenspel uit drie studenten: één dokter, één patiënt en één observator (geen trainer). Soms bestaat een rollenspel uit een grotere groep: één dokter, één patiënt, verschillende observatoren en één trainer. In de vierde les is het “levensecht leren” ingebouwd. Deze leerlijn heeft tot doel de integratie van kennis, vaardigheden en attitudes. Docenten uit de verschillende expertise domeinen werken hiervoor samen. Voorlopig zijn er twee modules uitgewerkt: het kind met een acute infectie en diabetes type 2. Binnen de opleiding communicatie gaat het over communiceren met het zieke kind en/of de ouders en motiverende gespreksvoering bij de patiënt met diabetes. In de vijfde les wordt er geoefend met (simulatie)patiënten, mensen uit patiëntenverenigingen die zich vrijwillig opgeven en dus niet specifiek getraind zijn voor deze lessen. Ze worden uitgenodigd in de les over het “slechtnieuwsgesprek”. Enerzijds vertellen ze hun eigen ervaring, allen zijn immers aangesloten bij een patiëntenvereniging en komen op die manier in contact met vele patiëntverhalen. Anderzijds spelen ze een patiëntrol in de kleine groepjes studenten en geven ze vanuit hun ervaring feedback aan de studenten. In de zesde en laatste les wordt er een ministationsproef voorzien, waarin er aan een hoog tempo verschillende rollenspelen na mekaar gespeeld worden met casussen vergelijkbaar met die uit het OSCE examen.

Na elke les wordt ruimte gemaakt om te luisteren naar de feedback van de student.

Tabel 2: Structuur van de lessen communicatievaardigheden in 2011-2012 en 2012-2013

	2011-2012	2012-2013
Les 1	- verwachtingen studenten - uitleg common ground - openingszinnen - agenda opstellen - ICE	- verwachtingen studenten - voorstelling lessenschema - herhaling ICE, ICE als middel - focus op actief luisteren - rollenspel oriëntatie per 3 - *facultatieve literatuur: Hoofdstuk 2*
Les 2	- anamnese	- uitwisselen ervaring consultatietraining - rollenspel oriëntatie en anamnese - *facultatieve literatuur: Hoofdstuk 3* - *verplichte leesopdracht: Hoofdstuk 4*
Les 3	- informeren - beleid	- terugkoppelen naar leesopdracht - uitwisselen ervaring consultatietraining - beleid, informeren, overleggen, conflict - *opdracht: voorbereiden levensecht leren*
Les 4	- conflict - motivationeel interview	- levensecht leren: - het acuut zieke kind - videogesprek HAIO met PO: tips aanpak zieke kind - casussen op forum waarop feedback posten - rollenspel - diabetes - video goed/slecht vb. - leesopdracht, formuleren 15 aandachtspunten - rollenspel - *verplichte leesopdracht: Hoofdstuk 7* - *facultatieve literatuur: Hoofdstuk 5,6,8*
Les 5	- depressie - zelfdoding - slechtnieuws - rouw	- (simulatie-)patiënten - vertellen eigen ervaring slechtnieuwsgesprek - rollenspel met simulatiepatiënt en 2 tot 6 studenten
Les 6	- psychosociale - herhaling	- herhaling - ministationsproef - algemene eindevaluatie

Hoofdstuk 2: De andere zijde van de stethoscoop, Hoofdstuk 3: Met de anamnese het spoor voortzetten, Hoofdstuk 4: Praten tegen een lichaam?, Hoofdstuk 5: Hoe moet het nu verder met de klacht, Hoofdstuk 6: Uitleggen is meer dan informeren, Hoofdstuk 7: Slecht nieuws goed communiceren, Hoofdstuk 8: Beëindigen is zinvol afronden [45]

Bij de debriefing na elke les communicatievaardigheden en bij de algemene debriefing op het einde van de lessen reageren de studenten over het algemeen enthousiast. **“Dit zijn concrete lessen, zeer nuttig, eindelijk praktijk.”**

Tijdens het stagejaar hebben de studenten de geleerde communicatievaardigheden niet altijd zien toepassen. Zelf zijn ze vooral getraind geweest in klinisch redeneren en het afvuren van “lijstjes” symptomen en diagnoses. Het communicatieve stond vaak minder op de voorgrond, daarover werd ook minder feedback gegeven. **“Waarom hebben we deze lessen niet vroeger gekregen**?” komt verschillende keren terug.

De veranderingen in 2012-2013 hebben hun vruchten afgeworpen. Op het einde van 2011-2012 werden er een aantal opmerkingen gegeven omtrent het niet zo gestructureerde karakter van de lessen en het gebrek aan een handboek, ook het niet opvolgen van de taken leed tot frustratie en demotivatie. Het opvolgen van de taken wordt nu zelfs als één van de pluspunten gezien.

Het introduceren van het levensecht leren vinden de studenten een stap in de goede richting. Het mag na zes jaar studeren echt wel praktisch worden. De leerstof hoort ondertussen gekend te zijn, ze willen die nu ook graag praktisch toepassen. Dit geldt ook voor de andere lessen binnen de opleiding huisartsgeneeskunde. De aanwezigheid van echte patiënten in de les is een grote meerwaarde, ineens komt het "dokter-zijn" wel heel dichtbij en het besef groeit dat ze het stilaan zelf moeten doen. De ministationsproef wordt gezien als een goede oefening. De studenten appreciëren enorm dat er geluisterd wordt naar hun verwachtingen, dat opdrachten opgevolgd worden en dat er ook ruimte gemaakt wordt om te ventileren.

In de huidige vorm van de lessen wordt er veel ingezet op oefenen in groepjes van drie. De studenten zijn enthousiast over deze manier van werken, mede omdat het een veilige manier is. Nochtans zorgen de lessen ervoor dat ze niet altijd even zelfzeker zijn. Een studente verwoordt het zo: **"het lijkt op autorijden, waar we al een tijdje autorijden en het gevoel hadden goed door het verkeer te komen, worden we er nu op gewezen dat er bepaalde dingen in het verkeer en in de auto zijn waar we niet naar gekeken hebben en daardoor worden we onzeker. Na het oefenen is dat hopelijk beter."** Het oefenen helpt de studenten om hun onzekerheid te overwinnen en de meerderheid van de bevraagde studenten vindt dat er nog meer geoefend mag worden. De ministationsproef vinden ze een interessante oefening.

Tijdens de rollenspelen lopen de trainers gewoonlijk rond en vangen hier en daar een gesprek op, gevolgd door een "expert" feedback. Deze persoonlijke feedback wordt gezien als dé manier om echt bij te leren. Echter door de grootte van de groepen kan er niet bij elk rollenspel een trainer aanwezig zijn, tenzij de rollenspelen georganiseerd worden in de grotere groepen waarbij meerdere studenten observeren. De studenten zien dit echter als meer bedreigend.

Ook bij het oefenen met patiënten vinden ze kleine groepjes belangrijk. Idealiter speelt elke student minstens één keer dokter en idealiter wisselt elk groepje studenten na een oefening van simulatiepatiënt om zo veel mogelijk indrukken op te doen. Het garanderen van een veilig oefenklimaat vinden ze hier prioritair. Tijdens het oefenen willen de studenten namelijk een goede prestatie neerzetten uit respect voor de patiënt. Aangezien het de eerste keer is dat ze het slechtnieuwsgesprek oefenen vinden de meeste studenten dit een heikele onderneming. Ze vragen daarom duidelijke richtlijnen van wat van hen verwacht wordt tijdens de oefening en wat ze moeten doen als ze "zichzelf vastrijden".

OSCE en debriefing

Een stationstoets of OSCE (Objective Structured Clinical Examination) is een examenvorm om klinische vaardigheden te testen. De OSCE die gebruikt wordt om de communicatievaardigheden te testen op het einde van het eerste specialisatiejaar huisartsgeneeskunde bestaat uit tien stations. In elk station bevindt zich een vooraf geïnstrueerde simulatiepatiënt en een observator/examinator. De studenten moeten in elk station tonen dat ze over de juiste communicatievaardigheden beschikken.

De studenten nemen elk plaats voor een deur van een station. Op deze deuren staat telkens de noodzakelijke informatie die ze moeten weten om een consultatie te beginnen. Zij gaan binnen, stellen zich voor en doen een consultatie met de simulatiepatiënt. Na zes minuten rinkelt de bel voor de eerste keer, na zeven minuten moeten ze het lokaal verlaten en naar de volgende deur gaan.

Een OSCE wordt beschouwd als één van de meest betrouwbare en faire manieren om vaardigheden te beoordelen, op voorwaarde dat er voldoende diverse situaties aangeboden worden en dat alle studenten een identieke consultatiesituatie voor zich hebben. [20] Om de vaardigheden te beoordelen wordt het Common-Ground instrument gebruikt, gekend van de lessen en de stage.

Na afloop van de stationsproef wordt feedback van studenten, simulatiepatiënten en examinatoren verzameld.

Er is een algemeen positieve feedback van de studenten eens het examen achter de rug. Ze geven aan dat het examen vooraf stress inboezemt omwille van de tijdsdruk, maar dat die tijdsdruk achteraf best meevalt. Het is de persoonlijke feedback van expert en patiënt die de studenten zo interessant vinden. Ze vinden het jammer dat die feedback pas op het einde van de lessenreeks komt, zo kunnen ze de opmerkingen niet meer incorporeren in hun oefenen. Ze opperen dat een stationsproef als oefening heel leerrijk zou kunnen zijn tijdens de lessenreeks. Het opnemen op video en achteraf bespreken van de stationsproef wordt ook voorgesteld.

Videoconsultaties

Van elke student in het eerste jaar huisartsgeneeskunde wordt verwacht dat hij tijdens zijn stage één consultatie opneemt en post op een gemeenschappelijk forum op Toledo via “videolab”. De patiënt geeft een gesproken “informed consent” tijdens het begin van de opname. De studenten worden in kleine groepjes ingedeeld, bekijken mekaars video’s en posten feedback op het forum. Vervolgens is er een reflectiemoment met een zestal studenten en één trainer.

Na het reflectiemoment vinden bijna alle bevraagde studenten de bespreking leerrijk, hoewel het opnemen logistiek niet altijd even haalbaar is in de verschillende praktijken. Het reflectiemoment is één van de enige momenten waarop studenten mekaar “aan het werk” zien in real life. Door het bespreken in groep kunnen ze een bepaald gedrag verduidelijken of uitleg geven over de situatie waarin de opname plaatsvond. Het ventileren van ervaringen wordt hierbij geapprecieerd. Ook hier wordt gesuggereerd de opname als oefening te gebruiken vroeger in de lessenreeks aangezien de feedback dan nog toegepast kan worden.

Ongeveer de helft van de studenten suggereert dat ze het interessant zouden vinden om de video-consultaties opnieuw te doen na één jaar om hun eigen evolutie te zien.

Dit concept werd al opgepikt want ook de HAIO’s moeten opnames van een consultatie maken. De opnames worden vervolgens door een aantal collega-HAIO’s bekeken en becommentarieerd. Sommige vinden het moeilijk om aan hun patiënten uit te leggen dat ze een opname moeten maken voor hun opleiding. De HAIO’s hebben gedurende twee jaar erg hun best gedaan om een échte dokter te worden en ook zo over te komen, de meeste patiënten zijn al lang vergeten dat hun dokters eigenlijk nog in opleiding zijn. In België heerst er geen cultuur van zelfevaluatie bij dokters,

de patiënten zijn het ook niet gewoon. De studenten suggereren dat ook de PO een opname zou maken, zo wordt de HAIO minder geviseerd op zijn opleiding.

Discussie

Uit de bevraging van de studenten komt naar voor dat ze graag nog meer zouden oefenen. Zowel het oefenen met peers als met simulatiepatiënten wordt goed onthaald. Bij het oefenen krijgen ze graag persoonlijke feedback van een trainer. De eerder grote groepen studenten en het beperkt aantal trainers maken het geven van persoonlijke feedback echter niet eenvoudig. Oefenen in grotere groepen mét een trainer in plaats van oefenen in groepjes van drie studenten zonder trainer zou een oplossing kunnen zijn. Grote groepen worden echter als meer bedreigend ervaren door de studenten. Hieruit blijkt dat de studenten zich nog niet echt comfortabel voelen om voor een groep te presteren. Het creëren van een veilig oefenklimaat is hier een must. Hierbij zouden ze graag duidelijke spelregels krijgen voor het rollenspel.

Gepersonaliseerde feedback wordt momenteel vooral gegeven bij de videoconsultaties. Vermits deze op het einde van het curriculum vallen, hebben studenten niet de kans om dan nog veel bij te schaven. Hetzelfde geldt voor de feedback na de stationsproef. Timing van de verschillende leerinterventies is dus belangrijk.

De stationsproef wordt door de studenten vooruit geschoven als een potentieel nuttig instrument om bij te leren. De mini-stationsproef in de laatste les wordt als goede oefening gezien, mits er feedback op gegeven wordt. Ook het opnemen van de stationsproef in plaats van de videoconsultaties wordt voorgesteld. Met betrekking tot de videoconsultaties stellen de studenten voor om ook hun stageleiders/praktijkopleiders een video te laten opnemen, deze kan dan samen met de video van de student besproken worden. De student komt zo op meer gelijke voet te staan bij de bespreking en wordt minder geviseerd op zijn opleiding.

De discussie wordt samengevat in tabel 3.

Tabel 3: Appreciatie en suggesties van de studenten in verband met de opleiding communicatie

Doe zo voort	Suggesties
- oefenen in kleine groep - peer feedback - onmiddellijke feedback van de trainer - eigen verantwoordelijkheid (zelfstudie) - een handboek - opvolgen van opdrachten - casussen dicht bij de leefwereld - levensecht leren - patiënten tijdens de les - luisteren naar verwachtingen - ruimte om te ventileren - ministationsproef	- meer tijd om rollenspelen te oefenen - meer oefenen in kleine groep mét trainer - meer gerichte feedback van de trainer - veiligheid binnen de groep garanderen - duidelijke instructies mbt rollenspelen met SP - OSCE en video's gebruiken als leermiddel - video-opname OSCE en bespreken - video-opname stageleider en bespreken

Het oefenen staat duidelijk centraal voor de studenten. Rollenspel met peers of simulatiepatiënten behoren beide tot het ervaringsgericht leren. Uit de literatuur blijkt dat ervaringsgericht leren zorgt voor een betere integratie van communicatievaardigheden dan andere vormen van onderwijs [9]. Vermits men een zo goed mogelijke opname van de aangeboden leerstof wenst, is het belangrijk te weten welke vormen van ervaringsgericht leren het meest efficiënt blijken. Er wordt dieper ingegaan op rollenspel met peers en rollenspel met simulatiepatiënten.

4. Literatuurstudie rollenspel, peer-feedback en zelfreflectie

Op basis van de verzamelde gegevens in het kwalitatief onderzoek worden drie onderzoeksvragen opgesteld. In de literatuur wordt ten eerste gezocht naar een wetenschappelijke onderbouwing van de momenteel toegepaste onderwijstechnieken in de opleiding communicatievaardigheden. Rollenspel met peers en simulatiepatiënten worden met mekaar en met andere onderwijsmethodes vergelijken. Naast louter een vergelijking van beide methodes wordt ten tweede ook gekeken naar wat het leereffect van deze methodes zou kunnen optimaliseren, hiervoor wordt de impact van peer-feedback bij rollenspel onderzocht. Ten derde hoort feedback aan bepaalde voorwaarden te voldoen om doeltreffend te zijn, uit de literatuur wordt gesynthetiseerd welke deze voorwaarden zouden zijn en hoe ze aangeleerd kunnen worden.

Elke onderzoeksvraag wordt apart behandeld en per vraag wordt een methode, resultaat en discussie geformuleerd. Het uiteindelijke doel is een advies te formuleren gebaseerd op wetenschap specifiek voor de situatie zoals ze is in de communicatie-opleiding aan de KULeuven. De bespreking hiervan volgt in een algemene synthese in de conclusie.

4.1. Rollenspel met peers (RP) of met simulatiepatiënten (SP), een afweging

4.1.1. Methode: literatuurstudie

Onderzoeksvraag: Geeft rollenspel met peers of simulatiepatiënten aanleiding tot betere communicatievaardigheden, is er een verschil tussen beide methodes en hoe worden beide methodes door de studenten geapprecieerd?

Volgende PICO wordt opgesteld:

P: studenten geneeskunde (undergraduate/postgraduate)
I: communicatietrainingen met SP
C: communicatietrainingen met RP
O: competenties communicatievaardigheden en appreciatie trainingen

Pubmed en Medline worden doorzocht na inloggen op de stuiterproxy van de KULeuven. De databank van het tijdschrift “Patient Education and Counseling” wordt doorzocht na het inloggen op de EACH website (European Association for Communication in Healthcare). Verschillende zoekpogingen worden ondernomen met een grote variatie aan zoektermen, vrije termen en Mesh-termen, maar toch lijkt het resultaat niet specifiek te zijn voor de zoekvraag. Artikels worden geselecteerd als ze betrekking hebben tot een opleiding communicatievaardigheden bij student-artsen of artsen en als ze rollenspel met simulatiepatiënten vergelijken met rollenspel met peers. Over rollenspel zijn er 1951 artikels in de Mesh-database en 810 in vrije termen, over simulatiepatiënten zijn er 594 vrije vermeldingen en geen Mesh termen. De combinatie van “role play” AND “simulated patient” levert 13 (via Mesh) artikels op en 18 in vrije termen. Slechts 2 van de gevonden artikels zijn nuttig voor de zoekvraag [11,14]. Verdere artikels worden bekomen via “related articles” [13,16] en via specifiek literatuuronderzoek op basis van referenties in nuttige artikels [12,15]. Eén bijkomend artikel wordt in “Patient Education and Couseling” gevonden [17].

4.1.2. Resultaten

Lane en Rollnick [11] selecteren na systematisch literatuuronderzoek tot augustus 2005, 23 studies die het gebruik van simulatiepatiënten (SP) of rollenspel met peers (RP) vergelijken met een andere vorm van aanleren van communicatievaardigheden. Hun review heeft als doel uit te vinden of het gebruik van simulatiepatiënten/rollenspel leidt tot een verbetering van de communicatievaardigheden én of het gebruik van simulatiepatiënten superieur is aan rollenspel. Vele van de studies bevatten echter methodologische zwakheden die een vergelijking bemoeilijken en het trekken van conclusies onmogelijk maken. Onder andere zijn vele studies gebiasd in die zin dat enkel geïnteresseerde studenten deelnamen aan de studie en dat er bij aanvang geen beoordeling van reeds aanwezige vaardigheden werd uitgevoerd. Simulatiepatiënten die hielpen met de trainingen waren soms dezelfde als bij de beoordeling en ook de evaluatiemethode is niet steeds eenduidig. Desalniettemin lijkt interactieve training superieur te zijn aan didactische methodes van onderwijs doch de verschillen zijn klein en de vraag stelt zich of de verschillen niet te verklaren zijn door de specifieke inhoud van de training eerder dan de methode van les geven. De review toont aan dat verder gestructureerd onderzoek naar het aanleren van communicatievaardigheden na training

met SP of RP noodzakelijk is. De meeste studies werden verricht met studenten uit de medische branche.

Specifiek met betrekking tot studenten huisartsgeneeskunde verricht Van Nuland et al. een systematisch literatuuronderzoek tot november 2007, naar welke leerinterventies doeltreffend zijn om communicatievaardigheden te verbeteren tijdens de huisartsenopleiding [5]. Zowel "experiential learning" als andere onderwijsvormen worden geïncludeerd. De belangrijkste conclusie is dat de heterogeniteit van de studies problematisch is voor het uitvoeren van een meta-analyse. De effectiviteit van de leerinterventies kan dus zoals bij Lane et al. niet aangetoond worden.

Lane et al. (2005) vindt bij zijn literatuurstudie slechts één artikel uit 1997 dat het gebruik van simulatiepatiënten rechtstreeks vergelijkt met rollenspel met peers. Papadakis et al. vergelijkt beide methodes bij het aanleren van motivationele gespreksvoering rond rookstop. Hij gebruikt hiervoor studenten geneeskunde van het eerste jaar [12]. De studenten worden gerandomiseerd in twee groepen, de ene groep traint rollenspel met simulatiepatiënten, de andere met collega-studenten. Beide geven feedback via eenzelfde score-formulier. De beoordeling gebeurt door een eenmalige evaluatie door een simulatiepatiënt (een andere dan die van de oefening). Hoewel ook hier methodologische bezwaren zijn, lijkt de studie aan te tonen dat er geen verschil is in communicatievaardigheden na training met SP of RP. Hoewel studenten de oefensessies met simulatiepatiënten positiever beoordelen.

In 2006 komt er een nieuwe RCT van Mounsey et al. Deze kan geen significant verschil aantonen tussen studenten die getraind hebben met RP of SP [13]. Voor de beoordeling van de twee groepen baseert hij zich op de evaluatie van video-opnames. In 2008 publiceert Lane et al. een gelijkaardige RCT, maar met professionals in plaats van studenten, zij worden getraind met SP of RP [14]. Zowel voor als na de training vindt een gestandaardiseerde consultatie plaats met een simulatiepatiënt die de professional beoordeelt adh van de Behaviour Change Counseling Index (= BECCI), een gevalideerde methode om motivationele gespreksvoering te beoordelen. Competentie na de training verbetert in beide groepen, tussen de groepen is er geen significant verschil. Er is geen verschil in appreciatie of ervaren toepasbaarheid. Deze studie is de eerste met een beoordeling vóór de interventie, desondanks kan selectiebias niet uitgesloten worden. Deelnemers solliciteerden vrijwillig op een advertentie en stonden dus open voor het aanleren van de competenties. De drie beschreven studies hebben allen betrekking op slechts één aspect van de communicatievaardigheden, namelijk motivationele gespreksvoering.

Conclusie tot hier toe is dat SP en RP een licht voordeel lijken te hebben ten opzichte van andere methodes, maar geen van beide lijkt superieur te zijn ten opzichte van de andere. Ook de appreciatie van beide methodes staat ter discussie. Bij Papadakis et al. is er een subjectieve voorkeur voor SP, bij Lane et al. (2008) is er geen verschil. Om te weten welke methode de studenten subjectief als beste ervaren, verdeelt Bosse et al. (2010) 69 geneeskunde studenten van het voorlaatste jaar in een RP en een SP groep [16]. Hij evalueert hun ervaringen via een "six-point Likert scale" (vragenlijsten die beantwoord worden door het aanduiden van een schaal van 6=totally agree tot 1=don't agree at all). Beide groepen vinden de trainingen acceptabel en realistisch zonder significant verschil. De tijd die geïnvesteerd wordt in de training wordt als nuttig beschouwd in beide groepen, maar significant nuttiger in de SP groep. Hetzelfde wordt gezien bij de ervaren toepasbaarheid. Er gebeurde geen vergelijking van de competenties van beide groepen.

In 2012 publiceert Bosse et al. de eerste studie die beide methodes vergelijkt op gebied van subjectieve zelfinschatting én objectieve competenties [17]. De studie wordt uitgevoerd bij 105 studenten uit het vijfde jaar geneeskunde, welke verdeeld worden in drie groepen: een SP groep, een RP groep en een controle groep. Voor de zelfinschatting worden vragenlijsten gebruikt, voor het inschatten van de competenties wordt de Galgary-Cambridge-Observation-Guide Checklist gebruikt in een OSCE examen met zes stations. Zowel de zelfinschatting als de competenties verbeteren na RP- en SP-training ten opzichte van de controle groep. Het voordeel blijkt significant groter voor de RP groep. Dit is vooral te wijten aan een beter “begrip van het perspectief van de ouders”.

4.1.3. Discussie

Zowel SP als RP lijken in de bestudeerde studies superieur voor het aanleren van communicatievaardigheden. Hoewel studenten in sommige studies eerder een subjectieve voorkeur lijken te hebben voor het trainen met simulatiepatiënten, heeft het trainen met rollenspel als objectieve voordeel dat er een beter inzicht ontstaat in het patiëntperspectief en dus een empathische houding bevorderd wordt. Vermits men weet uit de principes van “adult learning” dat volwassenen best leren door te doen, is het aannemen van de patiëntenrol een groot potentieel voordeel van rollenspel [18].

Het voordeel van simulatiepatiënten is dat zij op een professionele manier feedback kunnen geven. Uit de literatuur is gekend dat het constructieve feedback is die tot gedragsverandering leidt [8]. Het positieve effect van de professionaliteit van de SP’s wordt bij Bosse et al. teniet gedaan door het potentiële voordeel van de patiëntenrol bij RP. Nochtans is het geven van gestructureerde feedback essentieel voor het succes van het rollenspel [17]. Bosse et al. gaf de observatoren tijdens de trainingen gestandaardiseerde beoordelingsformulieren. Als de feedback bij rollenspel uitgevoerd wordt aan de hand van zulke gestandaardiseerde formulieren is er geen verschil als deze feedback gegeven wordt door een peer-student of door een getrainde simulatiepatiënt [12,14,17].

Deze bevindingen zijn interessant aangezien beide methodes gebruikt worden bij het aanleren van communicatievaardigheden in opleidingen geneeskunde wereldwijd doch er een groot verschil is in praktische uitvoerbaarheid. In dat opzicht is het enigszins bizar dat er slechts weinig studies zijn die het effect op competenties tussen RP en SP vergelijken [17]. Uit bovenstaande studies werd een lijst gesynthetiseerd met de voor- en nadelen van beide methodes.

Zowel rollenspel met simulatiepatiënten als met peers zijn vormen van ervaringsgericht leren (Tabel 4). Beide vormen bieden de kans tot actief inoefenen van vaardigheden en hebben als voordeel ten opzichte van echte patiënten dat een consultatie herhaald kan worden (re-rehearsal)[11]. Het grote voordeel van simulatiepatiënten is dat ze getraind kunnen worden om constructieve feedback te geven [16], zo kunnen ze zelfs ingeschakeld worden bij het faciliteren van een groep studenten. Bovendien kunnen ze ook ingeschakeld worden bij de evaluatie [17]. Peers kunnen uiteraard niet zichzelf begeleiden of evalueren, maar in verschillende studies beoordeelden ze hun collega’s aan de hand van gestandaardiseerde beoordelingsformulieren, theoretisch gezien zou men peers dus ook kunnen aanleren constructief feedback te geven [14]. Rollenspel met simulatiepatiënten biedt als groot voordeel dat het als zeer realistisch beschouwd wordt en hoe relevanter het leren ten opzichte van het echte leven, hoe sneller en efficiënter de vaardigheden aangeleerd worden [18].

Rollenspelen daarentegen worden soms als artificieel beschouwd. Een randopmerking hierbij is dat simulatiepatiënten soms niet spelen wat er van hun verwacht wordt, waardoor de “te leren competenties” plots niet meer aansluiten op de kennis van de student [11]. Hierdoor kan onzekerheid en intimidatie gecreëerd worden. Bij rollenspel met peers is hier normaal geen gevaar voor, zij weten immers wat de eigen competenties zijn. Op vlak van appreciatie van beide leermethodes is er tot hier toe nog geen significant verschil aangetoond, doch slechte ervaringen in het verleden zorgen soms voor een grote weerstand van studenten voor rollenspel [14].Essentieel voor het welslagen van rollenspel met peers is het nauwkeurig voorbereiden van de scenario’s. Scenario’s moeten moeilijke maar relevante problemen tackelen, liefst medische problemen combineren met communicatieve moeilijkheden en de taken die de student moet uitvoeren moeten overeenkomen met zijn niveau [16]. Verder moet er feedback gegeven worden op de prestatie, de trainer moet dus niet alleen zelf goed kunnen communiceren, de trainer moet ook getraind zijn in feedback geven [17].

RP en SP zijn beiden een waardig alternatief om de communicatievaardigheden te trainen, doch simulatiepatiënten zijn duur en tijdsintensief, ze moeten geselecteerd en vervolgens opgeleid worden [11]. De organisatie zorgt voor bijkomende praktische moeilijkheden. De studenten daarentegen zijn niet duur en zijn sowieso aanwezig in de les.

De voorkeur van de student is in dit verhaal niet geheel onbelangrijk aangezien studenten een leerervaring beter onthouden wanneer het een positieve is en minder wanneer het gepaard gaat met een oncomfortabel gevoel bij het oefenen [15].

Tabel 4: Voordelen (+) en nadelen (-) van rollenspel met SP’s en RP’s

SP’s	RP’s
+ studenten enthousiast + kans tot oefenen + kans tot herhalen + training SP in feedback geven + realistisch, aansluitend op leefwereld + sp’s kn mee faciliteren - geen ervaring patiëntrol - duur - tijdsintensief training/selectie acteurs - praktische organisatie - casus anders spelen dan afgesproken, CAVE niet aansluitend op kennis student	- weerstand door eerdere ervaringen RP + kans tot oefenen + kans tot herhalen + training van peers in feedback geven - voelt artificieel, tgv trainee anxiety? [9] - geen mogelijkheid tot helpen faciliteren + extra ervaring door spelen patiëntenrol + niet duur + minder tijdsintensief + gewoon organisatie lessen + student weet wat de kennis van zijn collega is

De combinatie van de praktische moeilijkheden bij simulatiepatiënten en de vele voordelen opgesomd voor het gebruik van rollenspel met peers, vragen verder onderzoek naar wat de effectiviteit van rollenspel met peers beïnvloedt Eén van de factoren die het gebruik van simulatiepatiënten zo interessant maakt, is hun professionele feedback. De vraag stelt zich of men het geven van feedback ook kan aanleren aan peers en of dit de uiteindelijke communicatievaardigheden zal beïnvloeden.

4.2. Draagt peer-feedback bij rollenspel bij tot betere communicatievaardigheden?

4.2.1. Methode: literatuurstudie

Volgende PICO wordt opgesteld.

P: studenten geneeskunde (undergraduate/postgraduate)
I: aanleren peer-feedback bij rollenspel
C: rollenspel zonder instructies voor peers
O: competenties communicatievaardigheden en appreciatie trainingen

Het oorspronkelijke doel van de literatuurstudie was na te gaan wat het effect is op de communicatievaardigheden als studenten bij het oefenen in rollenspelen feedback krijgen van hun collega's.

Er is geen enkele studie gevonden die louter rollenspelen met peers bestudeert. De gebruikte zoektermen zijn "role-play", "peer-feedback", "feedback", "communication skills", "communication skills training". Het zoekproces gebeurde via Pubmed en in "Patient Education and Counseling". Brazeau et al, Cushing et al. en Perera et al. bestuderen allen de invloed van peer-feedback bij rollenspel met simulatiepatiënten [19,20,21]. Alle drie bestuderen ze de ervaring van de student met peer-feedback, enkel Perera et al. bestudeert ook de impact op de uiteindelijke communicatievaardigheden [21]. Er worden wel meer studies gevonden over de impact van peer-feedback op professionaliteit [22,10], peer-feedback op klinische vaardigheden en peer-feedback tijdens de stage. Artikels werden geselecteerd als er sprake was van peer-feedback op de communicatievaardigheden tijdens rollenspel in de medische opleiding.

4.2.2. Resultaten

Brazeau et al. verandert in een studie van 2002 een OSCE om te evalueren in een OSCE om te observeren en te reflecteren [19]. Het doel van de OSCE als leerinstrument is om directe feedback te kunnen geven aan studenten huisartsgeneeskunde over hun communicatievaardigheden en klinisch onderzoek. De studie peilt naar de ervaring van de student. De studenten worden opgedeeld in groepjes van 6-8 personen per trainer. Elke student doet een consultatie van tien minuten met een simulatiepatiënt en wordt hierbij rechtstreeks geobserveerd door de trainer en via video-opname door zijn collega's. De studenten zelf worden vooraf ingelicht over de onderwerpen zodat ze zich kunnen voorbereiden. De trainers krijgen een training in feedback geven. Elke student doet gedurende zijn stage twee keer een consultatie en observeert 10-14 consultaties van collega's. Na een consultatie volgt steeds een 12 minuten durend feedback gesprek, gecoacht door de trainer die random peers selecteert om feedback te geven. Studenten geven aan dat ze het een nuttige manier van werken vinden om hun eigen sterktes en zwaktes te zien en om te leren uit wat anderen doen. Bovendien vinden ze het een goede voorbereiding op OSCE-examens in de toekomst. Bij de eindevaluatie van de stage zijn de studenten positief over hun ervaring met de aangepaste OSCE. De interactie met de simulatiepatiënt wordt in deze studie niet gescoord, de impact op communicatievaardigheden is dus onbekend.

Cushing et al. bestudeert de ervaring van de student met peer-feedback door gebruik te maken van een educatieve OSCE [20]. 93 eerstejaarsstudenten geneeskunde en tandheelkunde nemen deel. Eerst krijgen ze een presentatie over de principes van feedback geven en vervolgens nemen ze deel aan een OSCE examen met simulatiepatiënten. Het examen omvat drie stations die elk drie keer doorlopen wordt. De studenten spelen examinator, observator en arts. Als arts roteren ze tussen de stations, de examinator en de observator blijven in hetzelfde station. Elke rol wordt dus drie keer gespeeld. De “arts” krijgt na elk station van vijf minuten onmiddellijke feedback van de observator gedurende drie minuten, op die manier kan de feedback meteen gebruikt worden in de volgende stations. Vooraf is met de studenten bediscussieerd waarop men bij de evaluatie zal letten. Op die manier wordt de feedback gelinkt aan gemeenschappelijke doelen van de student en de faculteit. De eerste OSCE werd gevolgd door 78 studenten. Een tweede OSCE wordt georganiseerd een half jaar later. Deze OSCE wordt aangepast aan de feedback van de studenten: er wordt meer tijd aan feedback besteedt (4min) en de scenario’s worden vooraf vrij gegeven zodat de studenten zich kunnen voorbereiden. De studenten krijgen voor de tweede OSCE een workshop feedback geven in plaats van een presentatie. Een vragenlijst met twintig stellingen wordt gebruikt om in te schatten wat de studenten vinden van de OSCE. Na de eerste OSCE vindt 27% van de studenten het moeilijk om collega’s feedback te geven, slechts 16% zou liever feedback krijgen van trainers dan van collega’s, 44% wil meer diepgang in de feedback. Na de tweede OSCE wil 52% liever feedback krijgen van een trainer en wil 67% meer diepgang in de feedback. Ook na de feedback sessie vindt 38% het moeilijk feedback te geven aan peers. 91-92% vond het nuttig de rol van examinator in te nemen. De resultaten worden door de onderzoekers in vraag gesteld. Het feit dat de studenten feedback geven nog steeds moeilijk vinden na de feedbacksessie kan het gevolg zijn van een falen van de sessie ofwel van een verhoogd bewustzijn van de student waar ze op moeten letten wat het geven van feedback initieel moeilijker maakt. Het feit dat meer studenten feedback willen van trainers ipv collega’s zou kunnen liggen aan het feit dat de examens dichter bij komen in mei en in die zin studenten meer bevestiging willen van de trainers die hen nadien ook zullen beoordelen. Het feit dat de studenten meer feedback willen, bewijst voor de auteurs dat de studenten het een waardevolle oefening vinden. In een focusgroep van vijf studenten wordt na de eerste OSCE bediscussieerd wat de onderdelen zijn die meer en minder bijdragen aan het leerproces en wat er nog te verbeteren is. Met betrekking tot de feedback wordt gezegd dat het weten waarop je bij anderen moet letten ook het eigen leerproces verbetert, als minder goed wordt ervaren dat sommige studenten niet durven om kritische feedback te geven en als suggestie wordt gegeven een feedbacksessie uit te werken.

Perera et al. bestudeert in een RCT de ervaring van de student met zelfevaluatie en peer-feedback door gebruik te maken van “objective structured self-assessment and peer-feedback” (OSSP) [21]. 202 studenten worden verdeeld in twee groepen. De experimentele groep krijgt eerst training in feedback geven aan de hand van een demonstratie waarna de studenten zelf kunnen oefenen. De controle groep krijgt geen training. In beide groepen doet de student een interview met een simulatiepatiënt waarna deze gedurende twee minuten feedback geeft. Bij de experimentele groep wordt nadien een vragenlijst geïntroduceerd om zelfevaluatie en peer-assessment te structureren. De vragenlijst wordt eerst overlopen door de student zelf. De student geeft aan waar hij “gaps” ziet. Na de zelfreflectie vullen de peers aan met behulp van hetzelfde evaluatiedocument. Tot slot geeft de trainer feedback. Bij de controlegroep geeft enkel de trainer feedback. De ervaring van de student wordt geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst. Voor 4.8% van de studenten voelt het oncomfortabel om feedback te krijgen van collega’s en 9.6% vindt het vreemd om feedback te geven

aan collega's. 70% geeft aan "gaps" te vinden in hun communicatietechnieken die niet gedetecteerd werden door de SP. Een meerderheid van 88.4% is positief over OSSP en wil OSSP integreren in hun verdere curriculum. Dit uit zich in een verder gebruiken van OSSP in andere practica door 90.4% van de studenten. Als negatief wordt ervaren het gebrek aan ervaring van collega studenten bij het beoordelen wat als unfair en zelfs intimiderend gezien wordt.

Perera et al. bestudeert naast de ervaring ook de impact op de communicatievaardigheden. Na de trainingen met of zonder OSSP, wordt een OSCE examen georganiseerd met simulatiepatiënten en drie stations per student. De gemiddelde totale score op het examen ligt voor de experimentele groep een punt hoger op 20. De experimentele groep scoort significant hoger op het opstellen van de agenda met de SP, op actief luisteren en consultatiestijl. "Thus the OSSP model helps the student to identify the gaps and actively construct their own goals for re-learning through self-assessment, against a well-defined standard and this may have been augmented by feedback received from peers, tutors and SPs when conducted in a supportive small group, practice based setting." Ook de peers hebben baat bij OSSP, door het geven van feedback aan collega's leren ze objectief te beoordelen. Als limiterend voor de studie geldt het vertrouwen op confidentialiteit van de experimentele groep en de bias die mogelijk ontstaat door het vertellen van de studenten dat ze een speciale training krijgen, wat hun motivatie kan veranderen. Bovendien is het mogelijk dat trainers tijdens de examens studenten uit de experimentele groep herkenden.

Schönrock-Adema et al. toont in 2007 aan dat de studenten die deelnamen aan het geven van peer-feedback een betere score krijgen op professioneel gedrag.[22]. 336 eerstejaarsstudenten worden verdeeld in leergroepen met telkens 2 trainers. De groepen worden opgedeeld in experimentele en controle groepen. In de experimentele groep beoordeelt elke student random drie peers op basis van hun "professioneel gedrag" tijdens practica, probleemgericht leren en communicatievaardigheden gedurende het trimester. De studenten observeren hun collega's en formuleren hun feedback met behulp vanobv een ondersteunende vragenlijst. Het doel van de studie is om de zuivere impact van het "geven van feedback" na te gaan, daarom wordt de feedback pas na de studie kenbaar gemaakt aan de betrokken studenten. Na elk trimester worden de studenten gescoord door de trainers. Na het eerste trimester is er geen verschil tussen beide groepen. Pas na het tweede trimester scoort de experimentele groep beter dan de controle. De verschillen zijn echter klein en worden vooral belangrijk bij de studenten die rond het onvoldoende scoren. In de experimentele groepen is er geen enkel onvoldoende in tegenstelling tot in de controle groepen. De auteurs benadrukken dit klein verschil als belangrijk aangezien de ernstige gevolgen die onprofessioneel gedrag kan voortbrengen bij medische studenten. Het feit dat er pas een verschil gezien wordt vanaf het tweede trimester is volgens de auteurs te wijten aan de complexiteit van de leeromgeving. Er wordt gesuggereerd dat studenten eerst gewoon moeten worden aan de manier van werken vooraleer ze deze kunnen evalueren. Specifiek met betrekking tot de communicatie van de studenten blijkt het zich bewust zijn van de standaarden en het actief gebruiken ervan tijdens het evalueren belangrijk voor de gedragsverandering. Als limiterend geldt dat de trainers op de hoogte waren van het experiment maar niet van het doel van het experiment. Een formatieve evaluatie zou bovendien minder serieus genomen worden dan een echt examen.

Nofziger et al. beschrijft in 2010 in een kwalitatieve studie die nagaat wat de gepercipieerde gedragsverandering is na peer-assessment bij 138 geneeskunde en tandarts studenten uit het tweede en het vierde jaar [10]. De studenten nemen vrijwillig deel aan de studie en krijgen vooraleer

deel te nemen aan peer-assessment een interactieve workshop peer-feedback geven. Elke student maakt en krijgt 10 peer-assessments, de peer-assessment is gebaseerd op het gedrag van de studenten tijdens practica. Zowel werkhouding (initiatief nemen, probleemoplossend vermogen, voorbereiding) als persoonlijke bijdrage (empathie, eerlijkheid, respect) worden geëvalueerd aan de hand van een online vragenlijst. 67% van de deelnemers vindt peer-assessment nuttig, geruststellend of bevestigend van iets wat ze al wisten, 65% zegt zijn persoonlijk gedrag aangepast te hebben op basis van de peer-feedback. Nofziger et al. kijkt ook naar welke feedback de studenten zich later nog herinneren. Dit blijkt vooral feedback te zijn op die dingen die supervisie minder vaak opmerkt: **"peer assessment most helped me understand how others interpret (or misinterpret) some things I may say or do"**. Nofziger et al. benadrukt het belang van een veilige omgeving voor reflectie en feedback en pleit daarom voor een training van de deelnemers in het geven van feedback. Ook trainers moeten voorbereid zijn om de studenten te begeleiden in het constructief gebruiken van de feedback.

4.2.3. Discussie

De ervaring met peer-feedback is over het algemeen positief [19,20,21,10] . Studenten kunnen beter hun "gaps" identificeren [21] en leren beter de standaarden en richtlijnen kennen [22]. De communicatievaardigheden lijken te verbeteren bij studenten die peer-feedback krijgen [21] én bij studenten die peer-feedback geven [22,10]. **"Peers too benefit during the exercise: the students by commenting on the work of others, develop skills of objective judgment [22]." "The exercise of providing clear, helpful feedback to peers is in itself training in professionalism [10]."**

De student moet een centrale plaats hebben in het feedback proces en zelfevaluatie moet aangevuld worden met peer- en expert-feedback om het leren te maximaliseren [25]: **"accuracy of self-assessment need to be fostered by performance based feedback"** [21]. Zelfevaluatie blijkt niet steeds accuraat te zijn, studenten hebben de neiging om zich te onderwaarderen [23] of zichzelf te scoren op basis van de moeite die ze doen eerder dan op basis van de kwaliteiten [21]. Peer-assessment blijkt nauwer aan te sluiten bij expert-assessment, hoewel studenten hun peers eerder overwaarderen [23]. De beoordelingen van experten, peers en de student zelf komen dus niet noodzakelijk overeen, doch lijken ze elk op zich uniek en waardevol voor de student [24,26]. **"Feedback from different perspectives can provide unique and meaningful information about performance and may therefore help to increase the acceptance and usefulness of the feedback" [22].**

Opdat het proces van feedback geven/krijgen impact zou hebben op gedragsverandering lijkt het noodzakelijk dat studenten gewoon worden aan het concept van peer-feedback [22]. Het is zelfs zo dat om feedback te kunnen verwerken en gebruiken in toekomstig gedrag, de student zich zelf moet kunnen evalueren en dat kan maar als de student zijn standaarden kent en zijn doelen kan stellen: **"the students must posess some of the evaluative skills of their teachers"** [29].

Het gebruik van gestandaardiseerde criteria om het proces van peer-feedback te structureren wordt aangeraden [20,21,22]. Er bestaat binnen de literatuur een ruime variatie van vragen die gesteld kunnen worden, zowel voor zelfevaluatie als peer-feedback. In verschillende studies wordt een

workshop feedback gegeven of aangeraden [20,21,22,10]. Om het concept van peer-feedback te verbeteren wordt er best geluisterd naar zij die zich niet goed voelen bij peer-review [27].

Samengevat wordt peer-feedback geappreciеerd door student én docent en lijkt het een gunstig effect te hebben op de ontwikkeling van communicatievaardigheden. Echter de literatuur suggereert dat de feedback moet voldoen aan een aantal voorwaarden om effectief te zijn [9].

4.3. Het aanleren van constructieve (peer-)feedback, een uitdaging

4.3.1. Methode: literatuur en opleiding

Op basis van de artikels uit de reeds uitgevoerde literatuurstudie worden een aantal tips geformuleerd om constructieve feedback aan te leren. Er worden drie extra artikels [25,32,33] gevonden en één abstract [36] waarvan het artikel niet gevonden werd. Verder ook het boek van Kurtz et al. werd geraadpleegd [8] en werden artikels opgezocht die veelvuldig geciteerd werden tijdens de opleidingen “Coaching and feedback in medical education” en “The experiential skills teaching course”.

Het doel van feedback is informatie te geven over een bepaald gedrag, zodat toekomstig gedrag wordt beïnvloed. Het resultaat van feedback is dus gedragsverandering.

Eerst worden de verschillende leermethoden afgewogen voor het aanleren van feedback, vervolgens volgen een aantal vereisten vóór het rollenspel, dan komt het eigenlijke proces van het rollenspel en feedback geven en tot slot de voorwaarden waaraan feedback moet voldoen om constructief te zijn. In de discussie worden de tips nog eens samengevat en worden op basis van beide opleidingen suggesties gegeven om de feedback aan te leren.

4.3.2. Resultaten

a. Er zijn verschillende methoden om een groep iets aan te leren

- Uitsluitend plenair: de docent staat vooraan en geeft alle informatie
- Uitsluitend ervaringsgericht: alles ontstaat vanuit oefening
- De combinatie: de basis principes meegeven, een aantal handige strategieën om daarmee aan de slag te gaan

Studies tonen aan dat uitsluitend plenair lesgeven geen goede methode is om gedragsverandering te bekomen. Uitsluitend ervaringsgericht leren zonder enige training in vaardigheden kan inzicht weliswaar verhogen maar leidt even weinig tot gedragsverandering [7]. De reflectie bij ervaringsgericht leren kan maar efficiënt zijn als er een basiskennis is van de verschillende communicatievaardigheden.

Ervaringsgericht leren kan bestaan uit rollenspel met of zonder simulatiepatiënt en met of zonder trainer om het rollenspel te begeleiden (“faciliteren”).

De essentiële elementen voor ervaringsgericht leren zijn [8]:

- het startpunt van de student
- observatie van de student
- constructieve feedback
- het oefenen herhalen
- reflectie
- samenvatting en situering in een breder kader

Deze opbouw wordt in de literatuur “Agenda-led outcome-based analysis” genoemd [8]. Op basis van de leeragenda van de student worden doelen opgesteld. De feedback zal zich richten op het bereiken van deze doelen.

b. Vooraleer aan het rollenspel te kunnen beginnen, zijn er een aantal vereisten.

Rollenspel en feedback horen plaats te vinden in een veilige omgeving.

Psychologische veiligheid moet gegarandeerd kunnen worden [10,30], de student moet erop kunnen vertrouwen dat de groep hem niet in verlegenheid zal brengen. De student neemt immers een interpersoonlijk risico door te demonstreren. Er zijn drie factoren die bepalen of een student feedback aanvaardt [28]. Ten eerste wie geeft de feedback: is er een machtsverschil tussen de gever en de ontvanger van de feedback. Ten tweede de emotionele factor: hoe is het zelfvertrouwen van de student en hoe ligt de student in de groep. Sommige studenten trainen liever met studenten die ze niet kennen [33]. Ten derde tijd om de feedback te verwerken en erover te reflecteren.

Om de communicatievaardigheden te verbeteren moet de student gewoon worden aan zijn omgeving en aan het proces van rollenspel en feedback [22]. Door reeds vroeg in de opleiding gebruik te maken van rollenspel, zelfreflectie en peerfeedback, wordt het hele proces een natuurlijke vorm van leren en daardoor op termijn minder bedreigend. Communicatievaardigheden horen vanaf het begin van de opleiding een centrale rol te krijgen in het curriculum [31,35]. Hiervoor is echter een verandering van de institutionele cultuur nodig [10]. Een geïntegreerd longitudinaal programma zou het beste zijn [31,34].

Om studenten vertrouwd te maken met rollenspel en de angst ervoor te reduceren, is het nuttig vooraf een introductie te geven over hoe feedback gegeven wordt [10]. Elk rollenspel begint best met een discussie over de spelregels waaraan iedereen zich moet houden en waar iedereen zich veilig bij voelt [32]. Hierbij wordt nagevraagd wat de grootste struikelblokken zijn om rollenspel te spelen, deze moeten eerst overlopen worden [27]. De opdracht en de rolverdeling moet voor iedereen duidelijk zijn.

De studenten moeten gekend zijn met het principe van time-out, zodat ze zich op geen enkel moment bedreigd voelen, een negatieve ervaring is immers niet goed voor het leerproces. Bij het formuleren van feedback na de observatie wordt de feedback niet onmiddellijk “gekatapulteerd” naar de student, na elke observatie hoort eerst een persoonlijke reflectie. Er wordt steeds bedankt voor en na een rollenspel om voor de groep te spelen. Er wordt steeds toestemming gevraagd om feedback te geven of om ergens dieper op in te gaan [8].

Gibb’s geeft in zijn “Gibb’s strategies for supportive versus defensive climate in group work” een aantal strategieën om een ondersteunende omgeving te creëren:

- gedrag hoort descriptief te zijn in plaats van beoordelend
- men hoort samen naar oplossingen te zoeken eerder dan een oplossing te willen opdringen
- men hoort spontaan en eerlijk te zijn in plaats van er een verborgen agenda op na te houden
- men hoort empathie te tonen eerder dan neutraal te blijven
- men moet streven naar een gelijkwaardigheidsgevoel eerder dan naar superioriteit
- men moet open staan voor alternatieven in plaats van vast te houden aan de eigen mening

Huidige kennis van de student en het referentieniveau moeten gekend zijn.

De student moet vooraf weten waarop gelet wordt bij de beoordeling/feedback en aan welke voorwaarden zijn prestaties moeten voldoen. Er is nood aan een duidelijke referentie waarmee vergeleken kan worden [20,8,29]. Deze referentie wordt best vooraf met de student bediscussieerd om ze te linken aan gemeenschappelijke doelen [20], wat belangrijk is voor de motivatie van de student [25].

c. Het proces van het rollenspel en het feedback geven

Voor het rollenspel zelf geldt de stelregel: Feedback werkt beter wanneer de student er zelf naar vraagt, dan wanneer het opgelegd wordt [8]. De student hoort dus centraal te staan in het hele feedback proces [25].

De student staat centraal bij "agenda-led outcome-based analysis"

Bij *agenda-led outcome-based analysis* wordt er steeds uitgegaan van de leeragenda van de arts-student. De student stelt zich een doel en de groep probeert te helpen om dit doel te bereiken. Na elk rollenspel wordt er eerst gepolst naar inzicht en zelfevaluatie met betrekking tot het gestelde doel. Als eerste komt dus de student-arts aan het woord, deze kan een bepaald gedrag verduidelijken of eventueel zelf aanbrengen waar het minder goed ging [8].

Feedback gebeurt best zo snel mogelijk na de observatie

Na de zelfreflectie van de student wordt er feedback gevraagd aan de simulatiepatiënt, deze kan immers zeggen hoe die zich voelde bij bepaalde interventies. Na de feedback van de simulatiepatiënt wordt eerst opnieuw de student-arts geconsulteerd om te vragen of de feedback herkenbaar is en of er al duidelijkheid is over hoe dichter bij het doel te komen. Om dit doel te bereiken wordt vervolgens de groep betrokken. De feedback die gegeven wordt, staat steeds in het teken van de feedback-vraag van de student. Na de groep neemt de trainer het woord om de gegeven feedback samen te vatten, te structureren en na te gaan bij de student of er reeds een strategie gevonden is om het doel te bereiken. Het rollenspel kan dan hernomen worden op een bepaald punt.

Re-play volgt best zo snel mogelijk na de feedback

Om een langdurig effect te bekomen is het onmiddellijk opnieuw toepassen van de nieuwe inzichten na feedback een must. **The only way to tell if learning results from feedback is for students to make some kind of response to complete the feedback loop [29].** Na deze oefening hoort er opnieuw feedback te volgen. Er wordt gereflecteerd over wat er gedaan werd met de feedback en of het doel bereikt is. Het is belangrijk hierop terug te komen in latere trainingen, herhaling maximaliseert het leereffect. Soms is het nodig concrete afspraken te maken over hoe het geleerde in de toekomst opgevolgd zal worden. Een noodzakelijke voorwaarde voor "re-play" is tijd. Time-management tijdens de communicatietrainingen en een goede organisatie van het curriculum zijn onontbeerlijk.

Na een feedbackloop volgt een samenvatting

Een feedback-loop wordt afgesloten door een samenvatting van de trainer die naast coach ook trainer blijft en de “door de studenten ontdekte tips” kan gieten in een breder theoretisch kader zodat een constructief eindpunt bereikt wordt. Beweging hierbij is belangrijk. Een feedback gesprek kan in een kring gebeuren waar iedereen mekaar ziet, de conclusie kan aan het schrijfbord gebeuren waar de trainer de aandacht vraagt.

Kort voorbeeld van *agenda-led outcome-based analysis*:

Feedback-vraag van de student: “Ik deed mijn best om tot een diagnose te komen, maar ik had het gevoel dat de patiënt niet antwoordde op de vragen die ik stelde, maar eerder chaotisch aan het vertellen was. Ik weet niet hoe dat komt.”

Antwoord van de simulatiepatiënt: “Jij wilde als arts steeds dieper in gaan op waar ik overal pijn had na het accident met de fiets, maar ik wou eerst vertellen hoe hard ik was verschoten van de aanrijding. Ik denk dat je vergat te vragen hoe ik mij voelde en dat zorgde ervoor dat ik niet mee was in jouw verhaal.”

Feedback van de groep: “Het leek inderdaad alsof je zo gefocust was op snel te weten komen welke klachten de patiënt had, dat je niet leek te horen dat de patiënt zei dat dit accident haar “aan vroeger” deed denken. Wat mij zou interesseren is, wat bedoelt ze met vroeger, mij leek dat een “ballonnetje” om kort op in te gaan vooraleer verder te kunnen.”

Feedback van de trainer: “Wat denk je zelf van deze feedback? Heb je hier genoeg aan om het eventueel nog eens te spelen?”

d. Voorwaarden voor constructieve peer-feedback

Feedback hoort constructief, descriptief en specifiek te zijn

Feedback is bedoeld om de student vooruit te helpen, niet om hem te beoordelen [20], feedback hoort daarom descriptief te zijn [8]. Om iets te kunnen beschrijven, moet de feedback gebaseerd zijn op observaties [28], daarom kan het belangrijk zijn tijdens het observeren nota’s te maken, om nadien exacte bewoordingen aan te halen of meer achtergrondinfo te kunnen geven bij de feedback [bijscholing]. Termen zoals “zeer goed”, “slecht”… helpen de student niet om iets bij te leren: **communication skills are neither intrinsically good or bad, they are simply helpful or not helpful in achieving a particular objective in a given situation [8].** Hoe specifieker de feedback hoe beter, enkel dan kan de student de feedback gebruiken om van strategie te veranderen. Bijvoorbeeld niet “je toonde geen empathie”, maar wel “het leek alsof je gezicht niet veranderde als de patiënte over haar verdriet begon, ik weet niet of de patiënte voelde dat je empathie had voor haar” [8].

Feedback hoort te gaan over iets dat veranderd kan worden en focust op gedrag

Feedback heeft enkel zin als het gaat over iets dat veranderd kan worden. Een zeer zenuwachtig type, zou niet afgerekend mogen worden op het zenuwachtige. Men kan wel vragen of er een manier is waarop de groep hierbij zou kunnen helpen. Dit betekent dat feedback best focust op gedrag (wat de student doet) in plaats van op persoonlijkheid (interpretatie van de observator over wie de student is). Gedrag is makkelijker te veranderen dan persoonlijkheid [8].

Feedback hoort zich te richten op het verschil tussen de afgesproken referentie en het huidig gedrag

Eens de referentie afgesproken, is het belangrijk de feedback te baseren op het verschil tussen wat de student toont en wat van hem verwacht wordt volgens de referentie [21,29]. Om het feedback proces te sturen is het gebruik van een gestructureerde vragenlijst een optie [21,22]. Eens de "gaps" ontdekt tussen het huidige gedrag en het te verwachten gedrag, moet de student met de hulp van trainer en groep proberen zijn doelen bij te stellen en een strategie uit denken om deze doelen te bereiken [29]. Hier is de rol van de trainer essentieel. Om studenten te helpen peer-feedback constructief te gebruiken is het essentieel om ze te helpen nadenken over de aangereikte informatie [10]. Vaak wordt er wel feedback gegeven over de "gaps", maar minder over wat er nodig zou kunnen zijn om het "gat" te dichten [29]. Anderzijds geven studenten aan dat ze eens gewezen op te verbeteren aspecten, graag de kans krijgen om zelf actief te zoeken naar een manier om zich te verbeteren, eerder dan verteld te worden door een ervaringsdeskundige wat ze moeten doen[25,30]. **"A student who automatically follows the diagnostic prescription of a teacher without understanding of its purpose will not learn" [37].** Feedback zou zich dus best focussen op het geven van informatie eerder dan op het geven van advies [8]. De trainer kan wel alternatieven voorstellen of suggesties doen. Het doel van feedback is samen een weg te vinden om het gat tussen huidig en verwacht gedrag te dichten.

De hoeveelheid informatie moet beperkt blijven tot wat de student kan verwerken: less is more

Het beperken van feedback is net zo belangrijk als het aanpassen van feedback aan de feedback-vraag van de student. Feedback waar de student niet om gevraagd heeft en zeker een overload aan feedback verkleint de kans dat er iets mee gedaan zal worden [8]. Er moet gefocust worden op wat de student relevant vindt. Niet alles wat niet perfect was in het gespeelde consult moet aan bod komen. Er moet een vertrouwen zijn dat volgende topics later in de opleiding terug zullen komen. Het overladen van de student met feedback geeft een vals gevoel van voldoening bij de feedback-gever "ik heb alles gezegd, nu kan de student voort", terwijl de kans groot is dat de student niet meer weet waar te beginnen en er achteraf weinig van onthoudt.

Feedback moet sensitief gegeven worden: vraag toestemming, richt feedback naar de persoon zelf, spreek vanuit eigen perspectief, gebruik "ik"

Belangrijk bij het geven van feedback is dat er steeds toestemming gevraagd wordt om feedback te geven. "Is het oké als ik daar verder op in ga? Zou je graag feedback krijgen over hoe je overkwam voor mij als observator…" Feedback wordt gericht naar de persoon zelf, er wordt steeds in 2^{e} en niet in 3^{e} persoon gesproken. Zo wordt de feedback meer intervisie dan supervisie. Feedback wordt best vanuit het eigen perspectief geformuleerd, zo wordt feedback minder belerend: ik zie/voel/hoor dat … Bijvoorbeeld: "ik heb dit of dat gezien", "ik dacht dat je dat misschien zo bedoelde", "ik dacht daaraan, heb jij daar ook aan gedacht?". Zeg nooit: je "moet" dit of dat zo doen, maar eerder: je "zou" dit of dat ook zo kunnen doen.

De interpretatie van feedback dient gecheckt te worden door ontvanger en gever van feedback

Verkeerd begrepen feedback kan verstrekkende gevolgen hebben, niet alleen op wat de student leert van de feedback, maar ook voor het zelfvertrouwen van de student. Bij het geven van feedback moet rekening gehouden worden met verbale en non-verbale reacties. Om misverstanden te

vermijden is het nuttig ook aan de ontvanger van de feedback aan te leren hun interpretatie ervan te checken: “klopt het dat je dit bedoelt?”. Ook de groep kan betrokken worden om te vragen of ze dezelfde mening delen. Een student die niet inziet dat zijn prestatie niet overeenkomt met de afgesproken standaard vormt een uitdaging. Door het geven van feedback dient geprobeerd te worden de prestatie op een andere manier te benaderen. Het beste is als de student toch zelf kan inzien waarom een bepaalde interventie misschien niet de meest ideale was op dat moment. Dit soort feedback moet uiterst voorzichtig gegeven worden met aandacht voor het zelfvertrouwen van de student. Feedback die negatieve gevoelens opwekt, heeft minder kans om tot gedragsverandering te leiden [28], het heeft dus geen zin door te gaan met feedback als die stuit op weerstand bij de ontvanger. Eerst dient de weerstand onderzocht te worden: waarom is de student niet akkoord? Luister naar zijn argumenten, ga niet in de verdediging, weerleg of veroordeel zijn visie niet. Weerstand moet voortdurend gecheckt worden, net zoals bij patiënten.

Een student die niet inziet dat zijn prestatie niet overeenkomt met de afgesproken standaard vormt een uitdaging. Door het geven van feedback dient geprobeerd te worden de prestatie op een andere manier te benaderen. Het inbrengen van de eigen leeragenda kan met behulp van volgende tactieken: “ik heb vanuit mijn bril…”, “in deze situatie…”, “ik kijk vanop afstand…” Het beste is dat de student toch zelf kan inzien waarom een bepaalde interventie misschien niet de meest ideale was op dat moment. Dit soort feedback moet uiterst voorzichtig gegeven worden met aandacht voor het zelfvertrouwen van de student. **“The most in need of improvement are those least likely to know”** [bijscholing]. Feedback die negatieve gevoelens opwekt, heeft minder kans om tot gedragsverandering te leiden [28], het heeft dus geen zin door te gaan met feedback als die stuit op weerstand bij de ontvanger. Eerst dient de weerstand onderzocht te worden: waarom is de student niet akkoord? Luister naar zijn argumenten, ga niet in de verdediging, weerleg of veroordeel zijn visie niet. Zeg nooit: ja, maar. Alles wat er gezegd werd voor de “ja, maar” wordt daardoor volledig teniet gedaan. Soms helpt het om iets te veralgemenen of samen te vatten, bijvoorbeeld: “wat zijn nog tactieken in een gelijkaardige situatie”, “dit is interessant voor de hele groep”. Wanneer de weerstand blijft is een pauze soms een goed idee, alleszins wordt er steeds bedankt voor de bijdrage.

4.3.3. Discussie

Bovenstaande kan samengevat worden in twaalf voorwaarden voor constructieve feedback:

Rollenspel en feedback horen plaats te vinden in een veilige omgeving.
De huidige kennis van de student en het referentieniveau moeten gekend zijn.
De student zijn leeragenda en doelen staan centraal.
Feedback gebeurt best zo snel mogelijk na de observatie
Re-play volgt best zo snel mogelijk na de feedback
Na een feedbackloop volgt een samenvatting
Feedback hoort constructief, descriptief en specifiek te zijn
Feedback hoort te gaan over iets dat veranderd kan worden en focust op gedrag
Feedback hoort zich te richten op het verschil tussen de afgesproken referentie en het huidig gedrag
De hoeveelheid informatie moet beperkt blijven tot wat de student kan verwerken: less is more
Vraag toestemming, richt feedback naar de persoon, spreek vanuit eigen perspectief, gebruik “ik”
De interpretatie van feedback dient gecheckt te worden door ontvanger en gever van feedback

Het oefenen van rollenspel is een oefening in feedback geven. Echter het ervaringsgericht leren dient gepaard te gaan met het aanleren van de (theoretische) basisvaardigheden anders wordt er geen gedragsverandering bereikt. De studenten dienen minimaal een notie te hebben van de voorwaarden voor constructieve feedback voor ze zelf aan rollenspelen beginnen. In plaats van de "leerstof" plenair aan te bieden, kan er ook gebruik gemaakt worden van een demonstratie-rollenspel [32]. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is goed getrainde trainers die gekend zijn met het principe [32]. In een normaal rollenspel staat de student met zijn leeragenda centraal. In een rollenspel om feedback te leren geven worden de "rollen" omgewisseld. De "student-arts" in de demonstratie is nu niet het "proefkonijn". Het zijn de observatoren die ditmaal in een "hot seat" zitten. De trainer die "student-arts" speelt kan verschillende "standen" innemen. De eerste stand zou een student kunnen zijn met een hoog zelfinzicht die na het gespeelde gesprek met de patiënt zelf aangeeft waar er verbetering nodig is. De tweede stand zou een student kunnen zijn die het gesprek verschrikkelijk vond maar niet weet hoe het te veranderen. De derde stand en waarschijnlijk de meest precaire zou een student kunnen zijn met een totaal gebrek aan inzicht, die ervan overtuigd is de beste prestatie neergezet te hebben terwijl dat in realiteit niet het geval is. Door de verschillende standen te demonstreren in een demonstratie-rollenspel kunnen de studenten zelf uitwerken wat de tips zijn die gebruikt worden door de trainers bij het geven van feedback aan de student in de drie verschillende standen [30].

Om peer-feedback te kunnen geven, moeten de studenten voor een stuk de trainer-rol aanleren [38]. Nestel et al. bevestigt dat studenten het leren "faciliteren" interessant vinden voor hun eigen leerproces [33]. Voorbereiding vinden ze hierbij belangrijk. Onzekerheid over de waarde van peer-feedback lijkt het grootste obstakel bij deze vorm van leren. De studenten vragen meer oefentijd en meer rollen in één sessie zodat ze zichzelf in dezelfde sessie nog kunnen verbeteren. Ze vragen realistische rollen en een enthousiaste trainer die meer feedback geeft [33].

Na de demonstratie zou "feedback geven" geoefend moeten worden in groepjes van 6-8 personen onder supervisie van een trainer [32]. Eens de studenten het proces onder de knie hebben, kunnen ze alleen aan de slag. Bijna alle studies baseren zich op peerfeedback bij rollenspel met SP's, echter ook bij RP's wordt peerfeedback toegepast. In "peer assisted learning" (PAL) worden over het algemeen meer ervaren peers ingezet om in lagere jaren feedback te geven [39]. Ook de "peer-tutors" hebben hier baat bij. Een bezorgdheid is ook hier de kwaliteit van onderwijs, daarom moet een peer-tutor eerder faciliteren dan zelf cursusinhoud te geven.

In bijlage 3 is een voorbeeld uitgewerkt over het aanleren van het "faciliteren". Het bestaat uit een eerste minder goede demonstratie en een tweede goede demonstratie. Na de eerste demonstratie proberen de studenten te achterhalen wat beter kon. In de tweede demonstratie worden deze tips vervolgens toegepast. De studenten krijgen aan de hand van de demonstratie een zicht op hoe de feedback in een respectvol kader gegeven wordt.

Bij het geven van feedback kan eventueel gebruik gemaakt worden van een gestandaardiseerd feedbackformulier. Er zijn er verschillende beschreven in de literatuur. Zo een standaardformulier kan feedback structureren, maar houdt als gevaar in af te wijken van de leeragenda van de student-arts en te focussen op lijstjes [25,29]. Tijdens het feedbackgesprek is het belangrijk exacte woorden te noteren, vermits de feedback descriptief moet zijn. Een gewoon blad in drie kolommen verdelen, links de student-arts en rechts de student-patiënt of SP noteren en in het midden een kolom met wat

er tijdens het gesprek opvalt om eventueel feedback over te geven. In de KULeuven wordt de Common Ground gebruikt zowel tijdens de stage als tijdens de lessen als tijdens het OSCE examen. De Common Ground laat ook ruimte voor interpretatie zodat het geen lijstje van vragen wordt.

Na elk rollenspel hoort een samenvatting van de ervaringen, de theoretische omkadering en afspraken voor de volgende keer. Eventueel kan gevraagd worden één advies uit de les te onthouden om dat mee te nemen naar de praktijk en naar de volgende keer oefenen.

5. Conclusie

5.1. Adviezen voor de opleiding

Communicatievaardigheden trainingen vormen een uitdaging voor de opleiding geneeskunde [41,41]. De opleiding communicatie hoort geen “bijvak” te zijn maar een “hoofdvak” [42]. Om dit te bewerkstelligen hoort het curriculum te lopen doorheen alle opleidingsjaren, hoort nieuwe complexere informatie voort te bouwen op de reeds geleerde informatie, is herhaling onontbeerlijk en hoort het vak communicatievaardigheden geïntegreerd te worden in het medisch curriculum [40].

Ervaringsgericht leren blijkt zowel in de literatuur als in de opleiding in Leuven geapprecieerd te worden door de studenten. Rollenspel met peers en rollenspel met simulatiepatiënten hebben beide hun voor- en nadelen (Tabel 4). Met betrekking tot het aanleren van de communicatievaardigheden lijken de twee methodes in de literatuur evenwaardig te zijn. Een verschil in feedback verdwijnt immers als de feedback gegeven wordt aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. In Leuven hebben SP en RP elk hun unieke bijdrage.

De “simulatiepatiënten” in Leuven zijn échte patiënten en verschillen dus van de “getrainde simulatiepatiënten” in de meeste studies. De nodige voorzichtigheid moet aan de dag gelegd worden met betrekking tot veiligheid tijdens de rollenspelen, de patiënten zijn immers niet getraind in het geven van feedback. Het feit dat het om échte patiënten gaat, maakt de ervaring veel rijker. Echter er moeten vooraf duidelijke spelregels afgesproken worden, het principe van time out moet gerespecteerd worden. De groepen mogen niet te groot zijn: een drietal studenten per patiënt zorgt ervoor dat iedereen tijdens het gesprek een actieve rol kan innemen. In ideale omstandigheden speelt elke student minimaal één en liefst twee keer de rol van arts zodat feedback onmiddellijk verwerkt kan worden.

Bij rollenspel met peers lijkt veiligheid minder een probleem. Over het algemeen worden de rollenspelen in de opleiding in Leuven serieus genomen en gewaardeerd. De studenten vragen zelfs om meer oefenmogelijkheden zodat ook hier feedback nog in eenzelfde training uitgetest kan worden. Het invoeren van een ministationsproef wordt gezien als goede oefening, maar dreigt momenteel door tijdsgebrek te verdwijnen of te minimaliseren.

Door het groeiend aantal studenten en een beperkt aantal trainers per groep moet er gezocht worden naar andere manieren van opleiding dan “tutor-based education”. Zelfreflectie en peer-feedback worden naar voor geschoven in de besproken literatuurstudie. Aangezien dit een volledig nieuw concept is binnen de opleiding, lijkt het nuttig tijd te maken voor een “workshop feedback geven” [15]. Aan de hand van een demonstratie kan getoond worden hoe rollenspel en het proces van reflectie en feedback verlopen. Vervolgens moeten de studenten kunnen oefenen in een veilige omgeving om zélf te ervaren hoe feedback gegeven moet worden [30], hier is een gidsende rol weggelegd voor de trainer. Na de oefening hoort dan een theoretisch kader geschetst te worden met een “takehome message”. Om een workshop feedback te geven is het ook noodzakelijk de trainers te trainen.

Interessant bij de zelfreflectie is dat studenten zich over het algemeen negatiever beoordelen dan hun peers of supervisie. Ze zullen wel eerder scoren op verrichte inspanning dan op geleverde prestatie. Reflectie, peer-feedback en expert-feedback geven verschillende unieke en

complementaire invalshoeken en zijn daarom alle drie gerechtvaardigd in de opleiding. Het effect van het aanleren van peer-feedback op de vaardigheden verdient nog verder onderzoek. Om de opleiding te verbeteren wordt best geluisterd naar zij die niet enthousiast zijn.

Feedback geven en over persoonlijke dingen praten is niet evident in de huidige opleiding geneeskunde. De integratie ervan in een vroeg stadium van de opleiding zorgt voor een nieuw, potentieel interessant element. Zo zou het in de toekomst mogelijk zijn oudere jaarstudenten training te laten geven aan de jongere jaarstudenten, in de literatuur beschreven als peer-assisted learning. In de specialistenopleiding en bij doctoraatsstudenten wordt dit al lang gedaan.

Het aanleren van de “educator role” zorgt ervoor dat meer studenten ervoor kiezen om later opleiding te geven[38]. Niet alleen feedback krijgen maar ook feedback geven draagt dus bij aan het leerproces. Het feit dat een hoger percentage studenten kiest om opleiding te geven aan jongere collega’s wil zeggen dat deze strategie een gunstig lange termijn effect heeft. Hierin schuilt een enorm potentieel voor toekomstige praktijkopleiders, die reeds opgeleid zijn in feedback geven. Het aanleren van zelfreflectie en peer-feedback in de opleiding is dus een investering in de toekomst! **“The road to professionalism begins in medical school and continues throughout a doctor’s career [1].”**

5.2. Beperkingen en verder onderzoek

Het doel van deze masterthesis was het formuleren van een adviezen in verband met feedback in de opleiding communicatie in het zevende jaar geneeskunde. Daarnaast is het ook een werkdocument geworden. Het is een studie die uitnodigt tot reflectie over de verschillende onderwijsmethodes in de opleiding en in de literatuur. Het is een eerste aanzet die de basis vormt voor meer gestructureerd onderzoek. De resultaten dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Door de intense betrokkenheid bij de communicatievaardigheden trainingen is subjectieve inmenging bij het kwalitatief luik moeilijk uit te sluiten, desondanks werd getracht een originele weergave van de verkregen gegevens te presenteren. Ook de literatuurstudie is mogelijks onderhevig aan bias, aangezien er slechts een zeer beperkt aantal specifieke artikels gevonden werd per zoekvraag. De gevonden artikels lijken wel consistent qua resultaten, hoewel ze bijna allen meerdere beperkingen (“limitations”) vertonen, waarbij de onderzoekers hun eigen data soms in twijfel trekken. Bijna alle studies benadrukken de nood aan verder onderzoek. Een meer gesystematiseerde literatuurstudie met een voorgaande studie van in- en exclusiecriteria dringt zich op.

Ondanks de beperkingen schuift deze masterthesis een erg belangrijke hypothese naar voor: zelfreflectie en constructieve peer-feedback zouden communicatievaardigheden verbeteren en zo de basis vormen voor levenslang lerende artsen [43]. Veel studies besluiten met de noodzaak tot verder onderzoek. Bij een hypothese als deze met potentieel verstrekkende gevolgen lijkt verder onderzoek inderdaad gerechtvaardigd.

5.3. Persoonlijke nabeschouwing

Pas afgestudeerd vervulde ik in de eerste lessenreeks als trainer eerder een peer-rol. De feedback die ik gaf, was meer peer-feedback dan expert-feedback. Het feit dat men als “peer” veel kan bijleren door zelf “les te geven” was zeker waar voor mij. Mijn collega’s waren mijn rolmodellen die mij de ruimte lieten om te evolueren. Het was maar na mijn bijkomende opleidingen dat ik zelfzeker genoeg werd om te “faciliteren”. Ik had het gevoel te mogen oefenen in een veilige omgeving en ik denk dat ook de studenten dat gevoel hadden. Het eerste jaar was ik inconsciously incompetent, na de opleiding voelde ik mij heel erg consciously incompetent, nu voel ik mij af en toe een beetje conciously competent De weg is echter nog lang en er is nog veel te leren, dat werd des te duidelijker bij het schrijven van deze masterthesis.

BIBLIOGRAFIE

[1] Branch Jr. WT. The road to professionalism: Reflective practice and reflective learning. Pat Educ Couns 2010;80:327-332.

[2] Het CANMEDS Framework
http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework

[3] Stewart M. Effective Physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J 1995;152:1423-33.

[4] Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. Pat Educ Couns 1998;35:161-76.

[5] Van Nuland M, Hannes K, Aertgeerts B, Van den Noortgate W, Goedhuys J. Educational interventions for improving the communication skills of general practice trainees in the clinical consultation – A Cochrane Review.

[6] Boud P, Keough R, Walker D. Promoting reflection in adult learning. In: Edwards R, Hanson A, Ragatt P, editors. Boundaries of adult learning. London: Routledge; 1996.

[7] Silverman J, Deveugele M, de Haes H, Rosenbaum M. Unskilled creativity is counterproductive. Med Educ 2011;45:959-960.

[8] Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical press; 2005.

[9] Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young MJ, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2012.

[10] Nofziger AC, Naumburg EH, Davis BJ, Mooney CJ, Epstein RM. Impact of peer assessment on the professional development of medical students: a qualitative study. Academic Medicine 2010;85:140-147.

[11] Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of literature to August 2005. Patient Educ Couns 2007;67:13-20.

[12] Papadakis MA, Croughan-Minihane M, Fromm LJ, Wilkie HA, Ernster VL. A comparison of two methods to teach smoking-cessation techniques to medical students. Acad Med 1997;72:725-7.

[13] Mousey AL, Bovbjerg V, White L, Gazewood J. Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardized patients or with student colleagues? Med Educ. 2006;40:775-780.

[14] Lane C, Hood K, Rollnick S. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. Med Educ. 2008;42:637-644.

[15] Boud P, Keough R, Walker D. Promoting reflection in adult learning. In: Edwards R, Hanson A, Ragatt P, editors. Boundaries of adult learning. London: Routledge; 1996.

[16] Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Jünger J, Schultz JH, Nikendei C. Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. BMC Med Educ 2010;10:27.

[17] Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jürger J, Huwendiek S, Nikendei C. The effect of using standardised patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomised controlled trial. Patient Educ Couns 2012;87:300-306.

[18] Knowles M. The adult learner: a neglected species. Houston: Gulf; 1990.

[19] Brazeau C, Boyd L, Crosson J. Changing an existing OSCE to a teaching tool: the making of a teaching OSCE. Acad Med. 2002;77:932.

[20] Cushing A, Abbott S, Lothian D, Hall A, Westwood OMR. Peer feedback as an aid to learning – What do we want? Feedback. When do we want it? Now! Med Teach 2011;33:105-112.

[21] Perera J, Mohamadou G, Kaur S. The use of objective structured self-assessment and peer-feedback (OSSP) for learning communication skills: evaluation using a controlled trial. Health Sci Educ 2010; 15:185-193.

[22] Schönrock-Adema J, Heijne-Penninga M, van Duijn MA, Geertsma J, Cohen-Schotanus J. Assessment of professional behaviour in undergraduate medical education: peer assessment enhances performance. Med Educ 2007;41:836-42.

[23] Papinczak T, Young L, Groves M, Haynes M. An analysis of peer, self, and tutor assessment in problem-based tutorials. Med Teach. 2007;29:122-32.

[24] Lanning KS, Brickhouse TH, Gunsolley JC, Ranson SL, Willet RM. Communication skills instruction: An analysis of self, peer-group, student instructors and faculty assessment. Pat Educ Couns. 2011;83:145-151.

[25] Nicol D, Macfarlane-Dick D. Rethinking formative assessment in HE: a theoretical model and seven principles of good feedback practice. Studies in Higher Education. 2006;31:199-218.

[26] Lurie SJ, Lambert DR, Nofziger AC, Epstein RM, Grady-Weliky TA. Relationship between peer assessment during medical school, dean's letter rankings, and ratings by internshipdirectors. J Gen Intern Med 2007;22:13-6.

[27] Curnock E, Bowie P, Pope L, McKay J. Barriers and attitudes influencing non-engagement in a peer feedback model to inform evidence for GP appraisal. BMC Med Educ. 2012;23:12-15.

[28] Sargent J, Mann K, Sinclair D, van der Vleuten C, Mesemakers J. Challenges in multisource feedback: Intended and unintended outcomes. Med Educ 2007;41:583-591.

[29] Sadler DR. Formative assessment and the design of instructional systems. Nstructional Science. 1989;18:119-144.

[30] Moorhead R, Maguire P, Thoo SL. Giving feedback to learners in the practice. Aust Fam Physician. 2004;33:691-5.

[31] Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? Pat Educ Couns. 2009;76:361-367.

[32] Jackson VA, Back AL. Teaching communication skills using role-play: An experience-based guide for educators. J Palliat Med 2011; 14:775-780.

[33] Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. BMC Med Educ. 2007;7:3.

[34] Van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg-Van Den Berg BW, van Den Hout HA, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: two Dutch medical schools compared. Adv Health Sci Educ Theory Practice 2002;7:29-40.

[35] van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? Pat Educ Couns 2013;90:177-183.

[36] Joyner B, Young L. Teaching medical students using role play: twelve tips for successful role plays. Med Teach 2006;28:225-9.

[37] Black P, William D. Assessment and classroom learning. Assessment in education 5;7-74.

[38] Sobral DT. Learning the educator role: a course for medical students. Med Educ 1989;23:70-6.

[39] Glynn LG, MacFarlane A, Kelly M, Cantillon P, Murphy AW. Helping each other to learn – a process evaluation of peer assisted learning. BMC Medical Education 2006, 6:18.

[40] Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? Pat Educ Couns 2005;58:265-70.

[41] Projectgroep Communicatie. Curriculum Artspatiëntcommunicatie (APC) Huisartsopleidingen. Huisartsopleiding Nederland. Utrecht, 2012.

[42] Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? Pat Educ Couns 2009;76:361-67.

[43] Epstein RM, Siegel DJ, Silberman J. Self-monitoring in clinical practice: a challenge for medical educators. J Contin Educ Health Prof. 2008;28:5-13.

[44] Van Nuland M. Ontwikkeling van een driejarig traject voor onderwijs in communicatie- en consultvaardigheden voor huisartsen in opleiding. 2012.

[45] De Lepeleire J, Keirse M. Aan weerszijden van de stethoscoop. Over kwaliteit van zorg en communicatie. Acco, 2011.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Debat huisartsgeneeskunde

BIJLAGE 2: Scoreformulier “Common ground”

BIJLAGE 3: Voorbeeld oefening om groep te leren “faciliteren”

BIJLAGE 1: debat huisartsgeneeskunde

I. Debat huisartsgeneeskunde juni 2012

1. Introductie

Binnen de huisartsgeneeskundige opleiding worden jaarlijks verschillende debatten georganiseerd. Hierbij wordt een beroep gedaan op het kritisch vermogen van de huisartsen in spe en worden hun ideeën getoetst aan die van meer ervaren huisartsen, specialisten en docenten.

Op het einde van academiejaar 2011-2012 vond een eerste huisartsendebat plaats rond communicatie. Er was een grote opkomst en de interactie binnen het debat was bijna ongezien. Zo goed als elke aanwezige heeft het woord genomen. Zoals de meeste van de huisartsendebatten werd ook dit debat gebaseerd op (controversiële) stellingen. Als moderator werd gekozen voor een onafhankelijk persoon, mevrouw Martine Goossens. Zij is betrokken bij het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde en zorgt onder andere voor de praktische planning van de lessen huisartsgeneeskunde in het 7e jaar, ze is echter niet op de hoogte van de inhoud van de lessen. Zij was dus de ideale persoon om met een open blik en vanuit haar eigen ervaringen als patiënt, het debat te leiden.

De deelnemers aan het debat waren de communicatiedocenten en gesprekstrainers, een specialist, verschillende huisartsen, een HAIO, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en de 7e jaarstudenten huisartsgeneeskunde.

Het volledige debat werd gefilmd en vervolgens uitgeschreven zodat er bruikbare tips uit gedestilleerd konden worden.

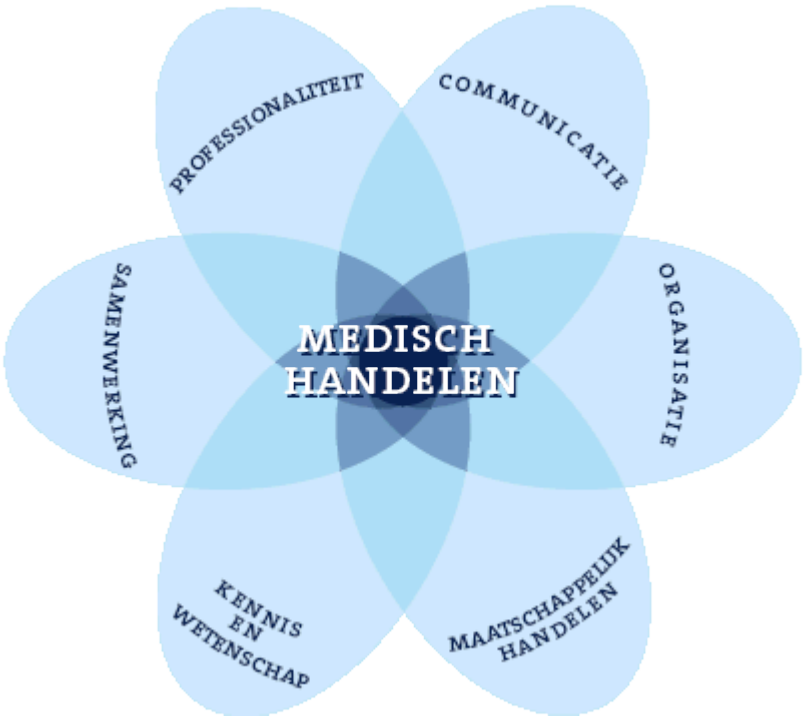
2. De 9 stellingen, toelichting en discussie

In wat volgt zal er per stelling steeds een “eerder niet akkoord” en “eerder wel akkoord” standpunt onderbouwd worden. De stellingen zijn immers zo controversieel dat de gulden middenweg meestal toch de beste bleek. Enkel de belangrijkste discussiepunten worden opgenomen. In de kritische reflectie zullen interessante vragen opgesteld worden.

2.1 Binnen de competentieprofielen van de huisarts is communicatie het belangrijkste competentiedomein.

2.1.1 Toelichting

Als buitenstaander lijkt het alsof er binnen de opleiding van alle CANMEDS veel energie gestoken wordt in de communicatievaardigheden: consultatie- en gesprekstrainingen, video-opnames, de stationsproef en feedback… De patiënt komt uiteindelijk toch bij de huisarts voor een diagnose en een behandeling. Is communicatie niet enkel de verpakking of de saus om het gerecht op te dienen.



2.1.2 Discussie

Binnen de competentieprofielen van de huisarts is communicatie het belangrijkste competentiedomein.	
Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
- Alle CANMEDS rollen zijn belangrijk, daarom staan ze in de CANMEDS	- Inderdaad
- Mijn huisarts heeft mijn leven gered omdat hij alert was en beschikte over de juiste medische kennis.	- Uiteraard is kennis belangrijk, maar in vergelijking met specialisten is communicatie ons belangrijkste wapen. Wij hebben geen dure onderzoeken.
	- Communicatie is juist heel belangrijk voor het inschatten van de ernst van een situatie! Het heeft te maken met het pluis/niet pluis gevoel. Bijvoorbeeld tijdens een wacht belt iemand met mijn vrouw heeft “koorts”. Als ik gewoon verder ga op de koorts, ben ik als arts nog niet zo gealarmeerd. Maar ik heb gevraagd: “wat bedoel je met koorts?” – “Dat weet ik niet, ik heb het nog niet gemeten, maar ze is heel kort van adem.” Het is belangrijk altijd te duiden wat men juist bedoeld.
- De patiënt wil toch gewoon weten: “wat heb ik?” en “wat kan ik er aan doen?”.	- Dat is kort door de bocht: kijk maar naar de specialisten, zij hebben vaak niet de tijd om naar de “ervaring” van de patiënt te luisteren, waardoor de patiënten vaak nadien nog bij de huisarts komen om te overleggen wat nu het

	beste is.
- Het is toch de evidentie die er toe doet wat de huisarts voorstelt aan beleid. Staat EBM niet haaks tegenover patiëntgerichte communicatie? Bestaat er wel evidentie dat communicatie bijdraagt tot betere uitkomsten bij de patiënt?	- Patiëntgerichte communicatie moet hand in hand gaan met EBM. Er is echter ook wetenschappelijke evidentie dat patiëntgerichte communicatie leidt tot meer patiënttevredenheid en grotere therapietrouw.
- Patiënttevredenheid is toch geen goede indicator voor goede zorg…	- Zelfhulpgroepen peilen vaak n patiënt-tevredenheid: patiënten zullen zelden zeggen "mijn arts is niet competent genoeg". Dat is een evidentie, daar is geen discussie over. Heel vaak gaat het over de bejegening, hoe men zich als patiënt behandeld voelt.
- Praten we niet teveel?	- Communicatie gaat verder dan alleen maar praten. Ook belangstelling, aandacht voor een patiënt, de kleine dingen zoals oogcontact, een handdruk, laten zien "ik ben in u als mens geïnteresseerd", spelen een belangrijke rol in de geruststelling van de patiënt en in het opbouwen van het vertrouwen.
- Te veel tijd voor communicatie in de opleiding?	- 6 jaar medische kennis en nu 1 jaar communicatielessen is niet veel tijd! - de stage in het 7e jaar is toch heel belangrijk, het is de voorbereiding op het HAIO worden en het zijn maar 6 weken, niets vergeleken met de specialisten.

2.1.3 Kritische reflectie

Literatuur opzoeken over evidentie dat
- les geven in communicatie evidence based is. (MVN)
- les geven in communicatie leidt tot een betere outcome
    - mortaliteit/morbiditeit
    - patiënttevredenheid
    - therapietrouw
- patiënttevredenheid een goede indicator is voor zorg?
- te veel tijd vr communicatie in de opleiding, bestaat hier literatuur over?

2.2 Van een arts of toekomstige arts die met beperkte sociale vaardigheden begint, kan men niet verwachten dat hij een vlotte arts-patiënt communicatie tot stand kan brengen.

2.2.1 Toelichting

Goed communiceren is iets wat je niet (in de lessen) kan aanleren, je hebt dat of je hebt het niet. Iemand die dat niet in zich heeft, zal er soms niet of moeilijk in slagen een vlotte arts-patiënt communicatie tot stand te brengen.

2.2.2 Discussie

Van een arts of toekomstige arts die met beperkte sociale vaardigheden begint, kan men niet verwachten dat hij een vlotte arts-patiënt communicatie tot stand kan brengen.	
Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
- Vlot zijn maakt het makkelijker, maar iedereen kan het aanleren als daar interesse voor is.	- Beperkte sociale vaardigheden is iets anders dan een patiënt-arts verhouding. Sommige mensen willen het niet leren en worden misschien beter geen huisarts…
- Ik heb als patiënt toch graag een arts die vlot communiceert. Hoe weet je als leek immers dat een arts competent is?	- Moest ik kunnen kiezen, zou ik toch een arts kiezen die competent is, ook al kan hij niet communiceren.
- Het is afhankelijk van arts tot arts hoe belangrijk de sociale vaardigheden zijn. Bij iemand die al langer bezig is, is het anders dan bij iemand die pas begint. Je moet daarin groeien, ervaring op doen en mensenkennis.	- Elke dokter trekt zijn eigen patiënten aan, niet elke patiënt wil een dokter die alle gevoelens eruit haalt en elke keer vraagt “en hoe voelt ge u nu”.
- Je moet er inderdaad in groeien. Heel veel heeft te maken met empathie en inleefvermogen. Iedereen kan leren fietsen, maar niet iedereen wordt zoals Eddy Merckx!	- Als patiënt vind ik ook niet-verbale communicatie heel belangrijk: een hand geven, vriendelijkheid. Tijd is hierbij essentieel, het schept vertrouwen en stelt de patiënt op zijn gemak, dat moet je toch wel aanvoelen.
- Er bestaat een boek: “De dokter is ziek”, waarin de dokter zelf aan de andere kant van de tafel zit en door deze ervaring zelf een betere hulpverlener wordt.	

Goed communiceren is iets wat je niet (in de lessen) kan aanleren.
Eerder niet akkoord: iedereen
Studenten 7e jaars huisartsgeneeskunde: - Ik vond vorig jaar op stage dat mijn communicatie met de patiënt best oké was, nu leren we hier communiceren en denk ik: “oei, hoe heb ik dat vorig jaar gedaan”. Als ik nu kijk naar hoe de specialisten in het ziekenhuis communiceerden, dan waren er toch veel misverstanden door miscommunicatie.

- Ik moest tijdens de ziekenhuisstage in het 7e jaar een 6e jaarstudente evalueren op haar communicatie, ik vond het slecht, ze kwam met haar lijstje zoals op spoed en vuurde haar vragen af. Achteraf vroeg de stagiair wat ik er van vond. hoe wij het tot dan geleerd hadden, was het goed, maar niet volgens de nieuwe inzichten.
- Een voorwaarde om iets te leren in de lessen communicatie is het kunnen toepassen. In de eerste 5 studiejaren krijgen we ook een les of 5 communicatie, maar daar is niet veel van blijven hangen, omdat je het nut er niet van in ziet.
- Ik vind slecht nieuws brengen heel belangrijk, na de technieken van dit jaar, zie je soms hoe een gesprek verkeerd loopt terwijl de arts het helemaal niet door heeft.
- Ik heb in het ziekenhuis gezien hoe het niet moet, daar leer je uiteindelijk ook uit. Bijvoorbeeld een specialist die zelf boos wordt als een patiënt boos reageert, terwijl we hier leren van te spiegelen.
- Ik denk dat je hier een aantal trucjes leert om het gemakkelijker te maken.

Huisarts:
- De specialisten in opleiding zouden ook communicatielessen moeten krijgen. Canmeds is de definitie van een competente arts, zowel huisarts als specialist.
- Ik werk graag samen met een specialist die tijd maakt voor de patiënt en de diagnose goed duidt of tenminste goed naar mij toe communiceert.

2.2.3 Kritische reflectie

- Hoe belangrijk is het aspect tijd binnen patiënten-communicatie?
- Wat verwachten de patiënten van de communicatie naar hen toe, zijn er inderdaad verschillen tussen wat mensen van een arts verwachten over de manier van communiceren?
- Wordt er werk gemaakt van het inbouwen van communicatie in het curriculum van de specialisten?
- Hebben de lessen in de eerste jaren wel zin als er geen toepassing volgt na de lessen.
- Is het nuttig de lessen communicatie vóór het stagejaar te geven?
- Is het nuttig de specialist opleiders in de ziekenhuizen een update te geven ivm communicatie, rolmodellen zijn toch een heel belangrijk leermiddel.
- Is 6 weken huisartsenstage voldoende in het 7e jaar?
- Kan je op deze stage toepassen wat je geleerd hebt en krijg je dan feedback? Enige manier voor veranderen van gewoonte.
- Hoe krijgen we de kliniek aangeleerd? “lijstjes” symptomen vanbuiten leren en dan afdreunen zoals “op spoed”. Moet er hier misschien iets veranderen.
- Communicatie en kliniek zijn geen 2 afzonderlijke dingen, integratie vroeger in het curriculum?
- Moeten we wel al goed kunnen communiceren als we pas afgestudeerd zijn, of is dat iets dat gewoon met de ervaring komt?

2.3 Patiëntgerichte communicatie is mooi in theorie, maar lukt in de praktijk slechts met goed geschoolde patiënten.

2.3.1 Toelichting

Een arts moet zijn communicatiestijl aanpassen aan de patiënt die voor hem zit. Goede patiëntgerichte communicatie is als arts doorvragen naar de details die er voor de patiënt toe doen en de patiënt maximaal betrekken bij beslissingen rond het beleid. Mee beslissen vergt ook heel wat van de patiënt. Het is toch een minderheid van de patiënten die dit kan.

2.3.2 Discussie

Patiëntgerichte communicatie is mooi in theorie, maar lukt in de praktijk slechts met goed geschoolde patiënten.	
Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
- Patiëntgerichte communicatie heeft eerder te maken met de psychologie van de patiënt. Soms zijn mensen heel weinig geschoold en toch goed in communicatie.	- Er zijn mensen die gewoon graag hebben dat jij zegt wat ze moeten doen, die niet graag beslissingen nemen. - Mensen uit andere culturen hebben andere gebruiken en begrijpen vaak niet wat je bedoeld.
- Allochtone mensen zijn vaak heel gemotiveerd en leren vaak heel snel. - We zouden een allochtone patiënt moeten opnemen in de stationsproef. - Echte patiëntgerichte communicatie is u aanpassen. Sommige patiënten vragen directief te zijn en hen niet te betrekken, dan moet je je aanpassen, maar onthouden tot waar je verantwoordelijkheid reikt.	- In zekere zin geef je zelf “scholing” aan de patiënten: hoe je klachten aanbrengt en hoe je verduidelijking vraagt.

2.3.3 Kritische reflectie

- Heeft het zin om patiënten “op te voeden” in je eigen communicatiemodel?
- Hoe moet je patiënten dan opvoeden?
- Zijn er extra obstakels die opduiken bij multiculturele achtergronden?
- Is er een mogelijkheid om een allochtone patiënt op te nemen id stationsproef.
- Zo ja, behoort dit tot het basispakket.
- Wat behoort er eigenlijk tot het basispakket?
- Wat moet er in de les gegeven worden en wat tijdens de stage, HAIO-schap?

2.4 Als de patiënt niet alles kan vertellen is dit de verantwoordelijkheid van de arts, hij moet hem daar meer de kans toe geven.

2.4.1 Toelichting

Is het de arts die voldoende ruimte moet maken opdat de patiënt alles kan vragen of moet de patiënt dit zelf opnemen.

2.4.2 Discussie

Als de patiënt niet alles kan vertellen is dit de verantwoordelijkheid van de arts, hij moet hem daar meer de kans toe geven.	
Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
- Als patiënt kan je van je eigen dokter een goeie dokter maken door zelf mee aan te geven waarover het gesprek moet gaan: als patient ben je mee verantwoordelijk voor het welslagen van het gesprek. - Het is als een relatie, het moet van twee kanten komen. Als patiënt moet je zelf ook reflecteren waarom iets niet aan bod kwam. - Het is een vertrouwensrelatie, je leert beter inspelen op mekaar. - Je hebt leiders en patiënten die liever geleid worden. - Patiënten hebben een vrije artsenkeuze. - Patiënten-opvoeding, bijvoorbeeld door patiëntenverenigingen, is op zijn plaats. Patiënten assertiever maken. Leren dat een arts maar 15minuten heeft, leren een lijstje te maken en leren met het belangrijke niet te wachten tot de 15min voorbij zijn.	- Het “Onemorething fenomeen” of met de klink id hand nog een vraag stellen. Er moet voldoende vertrouwen zijn, anders nemen ze hun grote vraag terug mee naar huis. Patiënten hebben vaak een aanloopje nodig en beginnen met onbenulligheden vooraleer met hun grootste bezorgdheid te komen. Artsen moeten bewust gemaakt worden van dit fenomeen. - Pten hebben soms toch een paternalistische aanpak nodig? - Als arts moet je “tijd” maken om naar de patiënt te luisteren ook al is er niet veel tijd. Daarom moet het efficiënt gebeuren. Laat de patiënten vooraf thuis een lijstje maken. Zo kan men per vraag heel duidelijk ofwel een antwoord geven ofwel het antwoord uitstellen naar een volgende keer. Zo krijgt de patiënt het gevoel dat er tijd gemaakt is, want alle vragen zijn gehoord.

2.4.3 Kritische reflectie

- Moet er meer tijd geïnvesteerd worden in patiëntenopvoeding?
- Zo ja, wie moet dit doen? – de huisarts – patiëntenverenigingen?
- Is werken met “lijstjes” een oplossing?
- Zo ja, hoe kan je snel samen met de patiënt beslissen wat nu en wat volgende keer?

2.5 Een kwalijk gevolg van de aangeleerde arts-patiënt communicatie is dat de verantwoordelijkheid voor het nemen van beslissingen verschuift van de arts naar de patiënt.

2.5.1 Toelichting

Als men de patiënt gaat betrekken in het proces tot besluitvorming dan gaat de verantwoordelijkheid gedeeld worden tussen arts en patiënt, wat uiteindelijk de bedoeling is. Wordt de bal dan niet te veel in het kamp van de patiënt gelegd? Is dit geen illusie? Uiteindelijk moet de arts toch beslissen wat goed is voor de patiënt? Is er ook geen gevaar dat de arts zich gaat verstoppen achter dit model, zijn verantwoordelijkheid gaat ontlopen?

2.5.2 Discussie

Een kwalijk gevolg van de aangeleerde arts-patiënt communicatie is dat de verantwoordelijkheid voor het nemen van beslissingen verschuift van de arts naar de patiënt.	
Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
	- dit is juist iets positiefs, de patiënt moet meer inzicht hebben in zijn aandoening om gefundeerd mee te kunnen beslissen
- als expert kan je nog steeds zeggen: er zijn 2 opties, voor mij als expert lijkt dit de beste optie om die redenen; zo neem je toch je verantwoordelijkheid	- De **eindverantwoordelijkheid ligt altijd bij de patiënt**, die beslist nog altijd zelf welke onderzoeken en/of behandeling hij toelaat.
- Sommige mensen kunnen niet kiezen. Daarom moet de arts de patiënt op weg helpen, moet de arts bij de patiënt aftoetsen, wat er belangrijk is voor hem. Het is een heel proces. Het is niet zo dat de arts een voorstel doet en dat de patiënt een beslissing moet nemen. Je beslist samen. = **shared decision making**	
- het is opnieuw een relatie, je maakt de beslissing met twee	- Er is echter niet altijd een gezamenlijke beslissing. Soms ben je als arts niet akkoord, maar dat moet je ook respecteren.
- De verantwoordelijkheid van de arts ligt dan in het correct informeren en in het herevalueren van de beslissing. De patiënt hoeft zo niet alleen te staan.	- Als men als patiënt ingaat tegen doktersadvies, heeft men het gevoel alleen te staan, dan wordt het echt de patiënts verantwoordelijkheid als er iets mis gaat.

2.5.3 Kritische reflectie

- Geven we als arts wel genoeg ruimte aan de mening van de patiënt?
- Is de patiënt volledig informeren wel altijd goed voor de patiënt en wie beslist dat?
- Herevalueren we wel voldoende de keuze van de patiënt maar ook onze eigen keuze?
- Wat met therapeutische hardnekkigheid?

2.6 Bij mondige patiënten die reeds allerlei zaken hebben opgezocht, voelt de arts zich vaak wat ongemakkelijk.

2.6.1 Toelichting

Patiënten die op internet gezocht hebben en verkeerde conclusies getrokken hebben, kunnen de arts bestoken met vragen. Als arts krijg je dan het gevoel dat je deskundigheid in vraag wordt gesteld.

2.6.2 Discussie

Bij mondige patiënten die reeds allerlei zaken hebben opgezocht, voelt de arts zich vaak wat ongemakkelijk.	
Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
- juist goeie aanknopingspunten om dingen te bespreken - de patiënt toont zo zijn betrokkenheid - patiënten zijn soms echte ervaringsdeskundigen - je kan niet alles weten - hangt af van de ervaring van de arts	- inderdaad soms vervelend als patiënt met neveneffect medicatie komt waar je niet aan gedacht had, zulke dingen moet je leren managen - je moet patiënten toch overtuigen dat er betrouwbaardere bronnen zijn

2.6.3 Kritische reflectie

- is er nood aan betrouwbare patiëntenwebsites en is het nuttig om mensen deze informatie mee te geven in aanvulling van een consult bij u, dan moet de arts uiteraard een werkbare kaart van nuttige sites hebben.
- gecodeerd registreren en een goed EMD zijn van levensbelang, liefst een EMD dat interacties of contra-indicaties herkent

2.7 Vragen naar verwachtingen bij patiënten laat beginnende artsen nog onzekerder overkomen.

2.7.1 Toelichting

Sommige studenten hebben schrik als ze doorvragen op de ICE van de patiënt dat de patiënt zal antwoorden: “Ja maar, ik kom bij u omdat ik dat aan u wil vragen, u bent de dokter.” Ook voor patiënten is het vragen naar de ICE vaak raar als ze het niet gewoon zijn.

2.7.2 Discussie

Eerder niet akkoord	**Eerder akkoord**
- de ICE vragen moeten niet letterlijk toegepast worden, je moet je eigen vragen ontwikkelen, geen standaard zinnetjes.	

- vragen naar verwachtingen wordt door de patiënt juist gezien als belangstelling tonen.	- het onzeker overkomen hangt er van af hoe goed de patiënt het ICE-model gewoon is - als arts moet je blijven doorzetten en zo de patiënten opvoeden

2.8 Het aangeleerde communicatiemodel werkt niet voor de dagdagelijkse dingen. Pas je het altijd toe?

Patiëntgerichte communicatie is afgesteld op de patiënt. Of het model wordt toegepast hangt dus af van welke patiënt er tegenover jou zit en hoe goed je deze patiënt kent. Deze vraag werd in voorgaande vragen reeds beantwoord en werd hier niet meer verder bediscussieerd.

2.9 De beste methode voor het aanleren van communicatievaardigheden is aan de hand van rollenspelen met simulatiepatiënten (echte acteurs die aan de hand van een scenario een bepaalde rol spelen).

Is er geen gevaar dat de evaluatie van eigen gedrag binnen rollenspelen en bij het bekijken van video's een ongunstige invloed kan hebben op het zelfvertrouwen van de studenten? Is er nood aan andere manieren van opleiding?

In principe kan je elke dag leren door te kijken hoe je functioneert, meer leren dr feedback direct of via video-opname. Uit observeren leer je heel veel. Heel veel geleerd door n mezelf te kijken en samen met haio's ernaar te kijken.

Directe feedback nodig. Bijvoorbeeld na examen.

Zowel studenten als patiëntenverenigingen enthousiast over idee sp in training.

Meeste leren uit doen, meer inzetten op stage ipv de trainingen.

Videoconsultaties, naar jezelf kijken, meteen bespreken, opnieuw doen, re-rehearsal.

Bespreken met po's, po's ook naar zichzelf laten kijken?

Bedreigend? Waarom?

Hoe uitleggen aan pt?

BIJLAGE 2: Scoreformulier “Common ground”

Scoreformulier "Common Ground"

1. Opbouwen van de relatie

1	2	3	4	5	6	7	Globale score	nvt
O	O	O	O	O	O	O		O

Verbale interesse

Stelt zichzelf voor aan de patiënt
Expliciete positieve uitingen
Expliciete betrokkenheid en bezorgdheid
Geen verbale onderbrekingen
Geen negatieve uitspraken (impliciet of expliciet)
Andere

Nonverbale interesse

Lichaamshouding en oogcontact
Stemkwaliteit
Andere

2. Opvragen van alle agendapunten

1	2	3	4	5	6	7	Globale score	nvt
O	O	O	O	O	O	O		O

Bevragen van agendapunten ("Waarvoor kom je? ", "Waarmee kan ik je helpen?")

Bij aanvang consult volledig verkennen van patients agenda ("Was er nog iets benevens dit?", "Is dit alles ?")

Vraagt naar extra agendapunten later in het consult

3. Actief luisteren naar gedachten, zorgen en verwachtingen (ICE)

1	2	3	4	5	6	7	Globale score	nvt
O	O	O	O	O	O	O		O

Uitingen van patient waar de arts verder dient op in te gaan

Aanwijzing #1-
Aanwijzing #2-
Aanwijzing #3-
Aanwijzing #4-

Bevraagt (of bevestigt) patients ICE:

4. Informatie verwerven

1	2	3	4	5	6	7	Globale score	nvt
O	O	O	O	O	O	O		O

De eerste tien vragen van de arts: open versus gesloten vragen

O ---------- G

Aantal samenvattingen (die tenminste drie elementen bevatten):

Over het algemeen, komen de scores overeen met:

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
heel zwak	*Zwak*	*eerder zwak*	*middelmatig*	*eerder goed*	*goed*	*heel goed*

5. Aandacht voor gevoelens van de patiënt

1	2	3	4	5	6	7	Globale score	nvt
O	O	O	O	O	O	O		O

Uitgesproken of impliciete gevoelens van patient waar de arts verder dient op in te gaan

Gevoelen #1-
Gevoelen #2-
Gevoelen #3-
Gevoelen #4-

Verkent of behandelt andere gevoelens:

6. Bereiken van overeenstemming en toetsen op haalbaarheid en begrip

1	2	3	4	5	6	7	Globale score	nvt
O	O	O	O	O	O	O		O

Identificeert patients vertrekpunt (kennis, bereidheid tot participatie, barrières):
gedeeltelijk ---------- opvallend

Geeft uitleg (diagnose, therapie, opties)
niet ---- ---------- zeer duidelijk

Toetst op overeenstemming of haalbaarheid
niet ---------- doeltreffend

Toetst op begrip of inzicht
niet ---------- doeltreffend

Stelt een follow-up plan op (wederzijdse verantwoordelijkheid)
niet ---------- grondig

Bij bevorderen van gedragsverandering of bij onenigheid gebruikt de arts:

Minder doeltreffende strategieën

Dirigeren, herhalen van positie, aanwenden van morbiditeits/mortaliteits cijfers, 'doctor centered' adviezen, persoonlijk verzoek, ...

Meer doeltreffende strategieën

Inschatten van de bereidheid tot verandering, verkennen van patients' gedachten, gevoelens en verwachtingen, ' patient-centered' adviezen, herformuleren, brainstorming, beslissingsanalyse, (voordelen / problemen / barrieres / motieven), afspraken obv criteria, compromis

7. Globale score voor de communicatie in het hele consult

1	2	3	4	5	6	7	Globale score
O	O	O	O	O	O	O	

Over het algemeen, komen de scores overeen met:

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
heel zwak	*Zwak*	*eerder zwak*	*middelmatig*	*eerder goed*	*goed*	*heel goed*

BIJLAGE 3: Voorbeeld oefening om groep te leren “faciliteren”

In de demonstratie wordt een echte gesprekstraining nagebootst. Er is één gespreksleider, één simulatiepatiënt en vijf “studenten” (dit zijn de overige trainers die student spelen). De studenten zijn postgraduaatstudenten en hebben al eerder zulke gesprekstrainingen gedaan.

Het publiek (de deelnemers) moet niet enkel observeren, maar krijgt ook een gekleurd papier om observaties neer te schrijven. De hele opleiding door wordt er met verschillende kleuren papier gewerkt voor verschillende onderdelen. Op het papier wordt gevraagd efficiënte facilitatiestrategieën te noteren en strategieën die baat zouden hebben bij verandering. Er wordt gevraagd specifieke uitspraken exact te noteren, enkel zo kan er nadien duidelijke feedback gegeven worden zonder vaag of algemeen te blijven.

De context van de demonstratie is de volgende: één van de studenten had in de vorige sessie een vraag over het verschil tussen arts en patiënten perspectief. Hier wordt nu verder op ingegaan.

De eerste demonstratie

<table>
<tr><td colspan="2">Inleiding</td></tr>
<tr><td colspan="2">Facilitator:
Bedankt voor het komen.
Johanna, vorige keer stelde je een vraag over dokter/patiënt perspectief.
Ik heb daar verder over nagedacht en een voorbeeld uitgewerkt.
Is dat oké voor jou?
De patiënt heet Cindy en is 24 jaar oud, ze heeft pijn aan de voet.
Zou jij het kunnen proberen Johanna?
Al de anderen, gelieve feedback op te schrijven.</td></tr>
<tr><td>Simulatie</td><td></td></tr>
<tr><td>Johanna:
Vertel eens, welke voet is er pijnlijk?
Hoe lang is dat al bezig?
Hoe is dat accident gebeurd?

Wat voor onderzoeken zijn er toen gebeurd?
Wat was er op de foto’s te zien?
Wat heb je dan van behandeling gekregen?
Wat voor medicatie?”

Maar hielp de medicatie?
Dus als ik het goed begrepen heb, nam je eerst medicatie en ben je er nu mee gestopt. …</td><td>Simulatiepatiënt:
De linker
Sinds ik dat accident gehad heb.
Ik ben aangereden tijdens het fietsen en toen kwam mijn voet klem te zitten
Er zijn foto’s genomen.
Dat het niet gebroken was.
Enkel medicatie.
Ik ben er mee gestopt omdat ik dacht dat de medicatie eigenlijk voor iets anders diende.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Feedback</td></tr>
<tr><td colspan="2">Facilitator:
Bedankt voor het voorbeeld, wie kan er feedback geven?

Peers:
- Ik vond het een goeie oefening. Goed gedaan.
- Ik vroeg me af of je de diagnose wel al wist, je hebt geen vragen gesteld over waar in de voet de pijn precies zit, ik denk dat het toch wel belangrijk is om te focussen op de diagnose.
- Je stelde geen open vragen, de patiënt gaf je een hint waar je niet op in ging…</td></tr>
</table>

Na de eerste demonstratie zit het merendeel van de deelnemers al uitgebreid te knikken, overtuigd zijnde dat het er allemaal al heel goed uit zag. Het is echter na de tweede demonstratie dat het duidelijk zal worden wat een verschil er is in feedback geven en vooral faciliteren.

Eerst is de voorgaande demonstratie ontleed:
De eerste feedback was zeer lief, maar men kan er niets uit leren: “Goed gedaan.”
De tweede feedback was neutraal, gaf feedback over de medische inhoud maar niet over wat de student graag wou leren: “Ik vroeg me af of je de diagnose wist…”
De derde feedback was duidelijk agressief, aanvallend: “Je stelde geen open vragen, je ging er niet op in…”
Er wordt geen feedback gevraagd aan Johanna of Isabel die als simulatiepatiënt betrokken is.

Hoe zou de feedback anders gegeven kunnen worden?

1. De rolverdeling moet duidelijk zijn.
   - Er is een verschil in kracht tussen de trainer en de student, wat druk legt op de student.
   - De student vragen of ze wel wil proberen, haar ook werkelijk een keuze laten.
   - Duidelijke regels opstellen voor de anderen, nu leek het net een jury. Eerst uitleggen hoe feedback eigenlijk gegeven wordt. (obv guidelines en training)
2. De opdracht moet duidelijk zijn.
   - De opdracht was niet specifiek, wat moest de student eigenlijk doen?
   - Wat is het niveau van alle deelnemers, startpunt weten van tevoren.
3. Het doel van de opdracht moet duidelijk zijn.
   - Wat wil de student eigenlijk zelf leren.
   - Waarover zou de student zelf graag feedback krijgen.
4. De feedback werd soms agressief: hoe vermijden?
   - Spreken over de situatie, over het proces, niet over de persoon zelf.
   - Feedback richten aan de persoon aan wie feedback gegeven wordt.
   - Eerst feedback vragen aan de student zelf.
   - Ook feedback vragen aan diegene die de patiënt gespeeld heeft.
   - Checken of de feedback juist geïnterpreteerd wordt.
5. De trainer heeft een actieve gidsende rol bij het proces van feedback geven
   - Oogcontact houden met de studenten
   - Iedereen betrekken
   - Feedback steeds op maat van de student houden
   - Ook een stukje samenvatten en “lesgeven” horen erbij, dus rechtstaan en gebruik maken van didactisch materiaal (schrijfbord, slides…) op de juiste momenten.

Met deze hints wordt de demonstratie hernomen.

De tweede demonstratie

Inleiding	
Facilitator	Bedankt voor het komen iedereen. Graag zou ik eerst iemand nieuw in de groep willen verwelkomen.
Isabel (SP)	Ik ben Isabel en zal vandaag de rol van patiënt op mij nemen.
Facilitator	De anderen mogen zich ook kort voorstellen.
Peers	Ik ben Paolo en studeer huisartsgeneeskunde…
Facilitator	Vorige week hebben we een aantal onderwerpen besproken die jullie naar voor brachten. Onderwerpen die jullie interessant vinden voor wat jullie op dit moment doen. We zijn hier vandaag om jullie te helpen bij deze onderwerpen. Johanna sprak

	onder andere over het patiëntgericht consultatievoeren. Ik ben zeer benieuwd naar wat jullie hebben meegebracht, vertel eens welke moeilijkheden jullie ondervinden. Johanna, zou je het vervelend vinden om te beginnen?
Johanna	Op de werkvloer voel ik me gestresseerd, ik moet zoveel te weten komen op zo weinig tijd. Met meer ervaring zou ik misschien beter peilen naar de ideeën van de patiënt zelf, maar nu heb ik geen tijd. Ik zie er voorlopig het voordeel niet van in.
Facilitator	Dus wat je zegt is dat er door tijdsgebrek geen ruimte is om naar de achterliggende ideeën van de patiënt te luisteren en dat je momenteel niet denkt dat dat juist voordeel zou kunnen opleveren? Wat denken de anderen?
Peers	Ik denk hetzelfde, we moeten al zo ons best doen om de diagnose te stellen dat we geen tijd hebben om naar de rest te luisteren.
Facilitator	Dus er is een tijdsprobleem?
Peers	Ja, het kost tijd om de juiste balans te vinden tussen kliniek en luisteren.
Facilitator	Dus het zou een balans moeten zijn?
Peers	Ik wil wel eens zien hoe dat zou lukken.
Facilitator	Oké, hier mogen jullie proberen wat je normaal niet kan proberen. Je kan spelen en oefenen. Mag ik eerst kort een slide laten zien. Wat ik jullie hoor zeggen is dat er een balans zou zijn. Deze balans vinden we tussen het biomedische perspectief en het patiëntperspectief. Biomedisch perspectief = ziekte gericht - tijdsverloop - symptomen - onderzoeken - voorgeschiedenis → differentieel D/ Patiëntperspectief = zieke gericht - ideas - concerns - expectations - effecten op het leven → begrijpen van de patiënt Het begrijpen van de patiënten is een unieke ervaring. Wat ze zelf denken en waar ze zelf bezorgd voor zijn, kan soms zeer waardevolle informatie bevatten, ook voor de diagnostiek. Op die manier kan efficiënt luisteren naar de patiënt zelfs tijdbesparend zijn. Voor vandaag hebben we een patiënt voorbereid om patiëntgerichtheid te oefenen. De eerste persoon die wil oefenen, wie deze ook moge zijn, doet dit op zijn eigen tempo en zijn eigen manier, zoals gewoonlijk. De eerste die oefent, levert uiteraard het meest ruwe materiaal op. We zien wat er uit komt en van daar uit gaan we weer verder.

	We zullen allemaal een keer aan bod komen.
Johanna	Ik wil wel oefenen.
Facilitator	Ben je zeker? Vertel eerst eens wat jij denkt van de vorige slide.
Johanna	Ik stel meestal gesloten vragen en luister niet echt naar de zorgen van de patiënt. Dus daar moet ik me meer bewust van zijn. Dat hebben ze mij in ieder geval verteld.
Facilitator	En was je daarmee akkoord?
Johanna	Ja, maar ik weet niet hoe het anders moet.
Facilitator	We zijn hier enkel om jou te helpen. We weten dat je het anders gaat proberen dan dat je normaal gewend bent, dat is altijd moeilijk. Je mag jezelf stoppen op elk moment als je dat nodig zou vinden. De anderen mogen neerschrijven wat ze zien. Schrijf de woorden op zoals ze gezegd worden, enkel zo kunnen we haar accurate feedback geven. Na de oefening zullen we eerst luisteren naar Johanna en nadien kan de rest Johanna proberen helpen bij haar moeilijkheden.
Simulatie	
Johanna - patiënt	Goeiemiddag, hoe is uw naam? - Ik ben Cindy. Heeft u lang moeten wachten? - 15 minuutjes of zo. Oké, vertel eens. - Ik heb pijn in mijn voet. Vertel eens hoe dat begonnen is. - Wel, ik heb een accident gehad, ik ben aangereden met de fiets en toen kwam mijn voet klem te zitten. *Schuifelt onrustig op haar stoel.* Oké, ik zie dat je je zorgen maakt. Heb je al iets ingenomen? - De dokter had pillen gegeven, maar ik ben ermee gestopt. Hielpen de pillen? - Ja. Maar waarom ben je dan gestopt? - Omdat ik schrik had dat ik teveel zou doen als ik de pijn niet zou voelen. En wanneer heb je pijn? - Bij wandelen. En waar zit de pijn? …
Feedback	
Facilitator	Oké, Johanna, vertel, hoe ging dit voor jou?
Johanna	Ik denk dat bij deze casus open vragen niet veel zouden helpen.
Facilitator	Oké, nog iets anders?
Johanna	Ik zag dat hij zenuwachtig was, maar ik wist niet hoe ik er op in moest gaan.
Facilitator	Weet je nog wat je zei voor we begonnen aan de oefening? Je wou letten op - het stellen van open vragen

	- het ingaan op de zorgen van de patiënt *Facilitator schrijft beide doelen op het bord.* Ik hoor je zeggen dat je zag dat hij zenuwachtig was, dat heb je al heel goed herkend én opgepikt. Ik hoor je ook zeggen dat je niet weet wat er mee te doen. Zullen we het aan de groep vragen?
Johanna	Dat is goed.
Peers	Mag ik beginnen? Je stelt snel gesloten vragen, vind je het moeilijk om open vragen te stellen?
Facilitator	Kan je een specifiek voorbeeld geven?
Peers	…
Facilitator	Johanna, wat denk je daar zelf van?
Johanna	Ik had nood aan medische informatie.
Peers	We moesten inderdaad weten wat er aan de hand was, maar misschien had je toch meer de balans moeten zoeken tussen medische info en bezorgdheid van de patiënt.
Facilitator	We spreken hier niet van had gemoeten, maar eerder van had gekund. Wat ik gezien heb is dat de dokter zei dat ze zag dat de patiënt zich zorgen maakte, maar er vervolgens niet verder op inging waarom. *Facilitator richt zich naar de patiënt.*
Isabel (SP)	Ik had willen vertellen over de pijn die mijn personage voelde in de schouder …
Facilitator	Johanna, denk je dat je het op een andere manier zou aanpakken nu?
Johanna	Ja, nu ik weet dat ze mij iets wil vertellen ben ik wel benieuwd.
Facilitator	Hoe kunnen we te weten komen wat de patiënt bezig houdt? *Gericht aan heel de groep.*
Peers	- Je bent precies ongerust? - Stilte - Nonverbaal, knikken en hummen
Facilitator	Zou je je comfortabel voelen om dat stukje nog eens te proberen?
Johanna - patiënt	“Ik zie dat je bezorgd bent? Waar ben je zo bezorgd om? - Ik heb ook nog ergens anders pijn, iets waar ik meer mee in zit. Andere pijn? Kan je mij iets meer vertellen? - Mijn schouder is erg stijf, eigenlijk had ik daar al last van voor het accident, maar nu is het erger. Dus als ik mag samenvatten…”
Johanna	Er komt dus nog een ander medisch probleem naar boven.

Facilitator	Door te luisteren kan het klinisch beeld dus ook veranderen. Hoe voelde dat voor jou?
Johanna	Rustiger.
Facilitator	En hoe voelde het voor Isabel?
Isabel (SP)	Ik kreeg tijd om te antwoorden.
Facilitator	Patiënten droppen aanwijzingen over hun bezorgdheden, ze zullen er niet altijd op ingaan als je hen de ruimte niet geeft. Goed, even koffiepauze, laat het bezinken.