De rol van communicatiestijlen in preventie

Sofie Vanroy, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Jan De Lepeleire, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Jo Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

De rol van communicatiestijlen in de preventie.

Huisarts-in-opleiding: Sofie Vanroy (Katholieke Universiteit Leuven)
Promotor: Jan De Lepeleire (Katholieke Universiteit Leuven)
Co-promotor: Jo Goedhuys (Katholieke Universiteit Leuven)
Praktijkopleider: Inge De Vadder

Context : Tijdens de communicatietraining voor de studenten huisartsgeneeskunde wordt een motiverende en expliciet coöperatieve communicatiestijl aangemoedigd, passend in de huidige tendens van Patient Centered Care. Typerend hierbij is de oriëntatiefase waar " ideas", "concerns" en "expectations" bevraagd worden. Uit de praktijk blijkt dat patiënten niet alleen hun ideeën en verwachtingen hebben over de inhoud van de communicatie, maar ook over de manier waarop deze moet verlopen.

Onderzoeksvragen : 1. Welke verschillen in communicatievoorkeuren kunnen we detecteren binnen onze patiëntenpopulatie? 2. Bekomen we betere resultaten in een preventieve setting wanneer we kennisnemen van deze communicatievoorkeuren via een vragenlijst, dan wanneer we dit niet doen ?

Methode : 1.We ontwikkelden aan de hand van het FLEX Care model gebaseerd op de Myers- Briggs typering een korte vragenlijst waarin communicatievoorkeuren bevraagd worden.
2.Naar aanleiding van een praktijkproject met het oog op gewichtreductie van onze patiënten met overgewicht, bekeken we of we na zes maanden betere resultaten bekwamen inzake verandering in gewicht, BMI, buikomtrek, levensstijl en patiëntentevredenheid wanneer we hun specifieke verwachtingen wat betreft communicatie in acht namen aan de hand van deze korte vragenlijst, dan wanneer we dat niet deden. Alle 50- tot 65 jarigen werden uitgenodigd voor een GMD-plus, met de vraag de ingevulde vragenlijst mee te brengen naar de praktijk. Tijdens de GMD-plus raadpleging werden de personen met overgewicht in de studie opgenomen. Zij werden vervolgens gedurende zes maanden begeleid met het oog op gewichtsreductie. Bij deze opvolging werd al dan niet de vragenlijst met communicatievoorkeuren bekeken en de communicatiestijl van de arts daaraan aangepast. Na zes maanden werden de deelnemers van de studie opnieuw opgeroepen voor de eindmetingen en werd gevraagd een anonieme tevredenheidsenquête in te vullen. 308 personen werden opgeroepen, waarvan 141 op de GMD-plus raadpleging werden gezien. In totaal kregen we 158 ingevulde vragenlijsten binnen en werden 73 personen geïncludeerd in de studie. Van deze laatsten kwamen 54 personen opdagen voor de eindmetingen.

Resultaten : 1.Onze vragenlijst kon een mooi spectrum aan patiëntenvoorkeuren in kaart brengen.
2.We behaalden bij 6 patiënten een gewichtsreductie van meer dan 10 %, en nog eens bij 6 een gewichtsreductie tussen 7.5 en 10%. Er waren echter geen betere cijfers voor de groep waarvan we de vragenlijsten bekeken hadden en onze communicatiestijl hadden aangepast.

Conclusies : We konden aan de hand van onze vragenlijst een breed spectrum aan communicatievoorkeuren aan het licht brengen, maar deze vragenlijst bleek geen handige tool om deze kennisname om te zetten in betere resultaten in gewichtsreductie of in patiëntentevredenheid.

Contact: Sofie.Vanroy1@student.kuleuven.be

Dankwoord.

Met dit dankwoord richt ik mij tot iedereen die heeft bijgedragen tot de totstandkoming van deze thesis met in het bijzonder:

Mijn promotor Prof.Dr. De Lepeleire voor de aanzet en de kritische vragen,
mijn co-promotor Prof. Dr. Goedhuys voor de begeleiding en ondersteuning bij de uitwerking,
zijn partner voor haar hulp in de verwerking van de data,
mijn praktijkopleidster Inge De Vadder voor haar open geest en gedrevenheid,
mijn moederlief voor het helder in beeld brengen van de resultaten,
Anke voor de enthousiaste medewerking bij het opstellen van de vragenlijst,

En niet in het minst mijn kersverse echtgenoot Johannes voor zijn steun, zijn geduld, onze eindeloze discussies en zijn taalkundige bijsturing.

Inhoud

1. Inleiding 5
2. Literatuur 6
   1) Communicatie op basis van persoonlijkheidstypering 6
   2) Communicatie : Sharing and Caring 10
3. Methode 15
   1) Ontwikkeling van de vragenlijst. 15
   2) Gewichtsreductie en het FLEX Care concept 16
4. Resultaten 20
   1) Vragenlijst communicatievoorkeuren 20
   2) Gewichtsreductie 28
5. Bespreking 36
   1) Vragenlijst 36
   2) Gewichtsreductie 38
   3) Literatuurgeleide reflectie. 41
   4) Persoonlijke reflecties 44
6. Besluit 45
7. Bijlagen 46

   Bijlage 1 : Vragenlijst communcatievoorkeuren 46

   Bijlage 2 : Tevredenheidsenquête 48
8. Referenties 50

1. Inleiding

Van januari tot juli 2013 organiseerden we het “Sterker dan de weegschaal” - project binnen onze praktijk om patiënten met overgewicht te motiveren een gezondere levensstijl aan te nemen. Hierbij bekeken we het belang van de communicatiestijl van de huisarts.

Obesitas is geassocieerd met belangrijke complicaties en comorbiditeiten zoals diabetes, lipidenstoornissen, cardiovasculaire aandoeningen, slaapapneu, gewrichtslast enz.[1] Daarnaast zijn er aanwijzingen dat mensen met obesitas een verminderde kwaliteit van leven hebben. [2]

De prevalentie van ernstige obesitas bedraagt zo ‘n 5 tot 10 % en is oplopend met toenemende leeftijd. Dit laatste geldt vooral voor de vrouwelijke populatie. De BIRNH studie gaf reeds in 1989 aan, dat zo’n 31% van de vrouwelijke populatie tussen 65 en74 jaar obees was. [3]

Een praktijkproject met als doel het motiveren van onze patiënten tot verandering van hun life style-gewoonten betreffende voeding en beweging, leek ons dus zeker relevant. Vooral ook aangezien werd aangetoond dat een gewichtsverlies van 10% of 10kg reeds gepaard gaat met een belangrijke daling van de risicofactoren. Voorbeelden hiervan zijn 10 mmHg daling in systolische bloeddruk en 20mmHg in diastolische bloeddruk, 91% reductie van de symptomen van angina pectori, 33% stijging van de inspanningstolerantie, 30 tot 50% daling van de nuchtere glycemie en 15% van Hb A1c, 10% daling van de totale cholesterol, 15%vermindering van LDL, 30% daling van triglyceriden en ten slotte 8% stijging van de HDL.(1)

Geweten is dat de communicatiestijl van de huisarts een belangrijke rol speelt in de integratie van preventie.[4]

Tijdens de communicatietraining voor de studenten huisartsgeneeskunde wordt een motiverende en expliciet coöperatieve communicatiestijl aangemoedigd, passend in de huidige tendens van Patient Centered Care. Typerend hierbij is de oriëntatiefase waar ideas, concerns en expectations bevraagd worden. [5] Wat mij tijdens de eerste maanden als HAIO opviel, is dat patiënten diezelfde expectations ook hebben wat betreft communicatiestijlen, te merken aan het ongemakkelijk worden en de vreemde blikken bij de vraag : “ Wat verwacht u van mij ?” .

Dit deed me stilstaan bij het volgende. In al onze pogingen om individueel aangepaste zorg te voorzien en elke patiënt zoveel mogelijk te betrekken in het consultatieproces door deze ICE (Ideas, Concerns, Expectations) goed te bevragen, vergaten we rekening te houden met het feit dat sommigen onder hen net dát niet wilden. Door deze vragen te stellen, beslisten we immers zelf reeds welke communicatiestijl zou worden gebruikt, namelijk een overleggende communicatiestijl. Kunnen we onze toolbox aan communicatiestijlen uitbreiden ? En wie schrijft de gebruiksaanwijzing ?

Van Dillen et al[6] beschrijven in hun artikel omtrent “nutrition communication” een palet van communicatiestijlen die huisartsen gebruiken tijdens consultaties, namelijk een informatieve, een verwijzende, een motivationele, een confronterende en een holistische stijl.
Predictoren voor welke stijl wanneer gebruikt werd bestonden deels uit individuele variabelen (met betrekking tot de arts) en deels uit omgevingsvariabelen (met betrekking tot de patiënt en de werksituatie). De variabelen aangaande de patiënt omvatten zijn/haar initiatief, comorbiditeiten, leeftijd, motivatie,... Er werd echter niets geschreven over de persoonlijkheid van de patiënt. Dit leek ons nochtans ook relevant. We doorzochten zodus de literatuur naar wat er reeds geweten was over

communicatie aangepast aan persoonlijkheidsstijlen. Dit probeerden we praktisch toe te passen in ons praktijkproject. Tenslotte toetsten we onze reflectie op het project opnieuw aan de literatuur.

2. Literatuur

1) Communicatie op basis van persoonlijkheidstypering

In een eerste stap doorzochten we de literatuur naar het belang van persoonlijkheidstypes in communicatie. Dit deden we met de trefwoorden "personality types", "health communication" en "communication styles" in de zoekmotoren Pub Med en Psyinfo. Enkel het artikel van Lawrence [7] werd weerhouden. Hierin kwam de Myers-Briggs persoonlijkheidstypering aan bod. Het boek "Health care communication using personality type" van Allen en Brock[8] dat grotendeels daarop gebaseerd is, werd aangereikt door Prof. Goedhuys.

Lawrence(7) beschrijft in 2007 een lessenreeks "Psychological Aspects of Patient Counseling" voor farmaciestudenten aan de universiteit van Monroe, Louisiana. Hierin kwam het aspect transactionele analyse aan bod en twee methodes van persoonlijkheidstypering: de Myers- Briggs Type Indicator (MBTI) en psychogeometrics. Hiermee beoogde de auteur studenten het effect van psychologische factoren op communicatie te doen inzien en hen de diversiteit gecreëerd door deze verschillende persoonlijkheidstypes te doen appreciëren.

Wat betreft transactionele analyse verwijst Lawrence naar Eric Berne. Deze laatste beschrijft drie "ego"-statussen om de relatie tussen verschillende individuen te beschrijven: "parent", "adult" en "child". Waar een "parent ego" een eerder autoritaire veroordelende stijl aanneemt en een "child ego" zich eerder zeurderig en uitvluchten zoekend opstelt, is een communicatiestijl van een "adult ego" eerder eenduidig, niet-bedreigend, analytisch, gebaseerd op feiten en worden emoties vermeden. Deze laatste wordt dan ook gepromoot in de communicatie met patiënten.

De MBTI is de eerste persoonlijkheidstypering die gebruikt werd. Het is een instrument dat de psychologische voorkeuren meet aan de hand van vier verschillende items:

- Ben je eerder introvert of extrovert ?
- Hoe kijk je naar de wereld ?– *Sensing: strikt zintuiglijk, erg gedetailleerd / Intuition: zoeken naar onderliggende betekenis, het grote plaatje*.
- Hoe beoordeel je de wereld ?–*Thinking: zeer rationeel / Feeling: rekening houdend met gevoelens*.
- Hoe ga je ermee om ?– *Judging: strikt planmatig / Percieving: procesgestuurd.*

Ieder van ons plaatst zich op deze vier schalen ergens tussen beide tegenpolen, en dit afhankelijk van de situatie op dat moment.

De tweede persoonlijkheidstypering die Lawrence aanhaalt is deze op basis van Psychogeometrics, uitgewerkt door Dr. Susan Dellinger. Deze typering gebruikt vijf vormen om persoonlijkheidstypes te differentiëren en te begrijpen. Een vierkant houdt van detail en orde. Een driehoek zoekt naar de kern van de zaak en wil zich niet verliezen in details. Een cirkel bespreekt graag gevoelens en wat er zich afspeelt in het leven van anderen. Een krabbel ("squiggle") blaakt van energie en spontaniteit, maar werkt niet systematisch. De rechthoek wordt gebruikt voor iemand 'in transition'.

Aan de studenten werd gevraagd de transactionele analyse uit te testen en vervolgens hun ondervindingen te bespreken in groep. Hiervan werden enkel kwalitatieve data verzameld. Deze leken positief. Daarnaast werd gevraagd beide instrumenten voor persoonlijkheidstypering in te vullen. Wat betreft de MBTI bleken de studenten eerder Introvert, Sensing, Feeling en Percieving; vrouwelijke studenten scoorden vaker Feeling en Judging.
Wat betreft de Psychogeometrics beschrijft 51 % zich als vierkanten, 30% als cirkels, 17% als driehoeken en slechts 2% als krabbels.
In haar conclusie besluit de auteur dat de studenten door het begrip van het bovenstaande effectiever communiceren met patiënten. Dit wordt echter niet gestaafd in de tekst. Wat alleszins wordt aangetoond is dat er verschillende persoonlijkheden kunnen getypeerd worden en men van mening is dat deze een rol spelen in de communicatie met patiënten.

Het FLEX Care concept is een 'healt care'-communicatiemodel op basis van de MBTI en werd reeds in 2000 uitgewerkt door Allen en Brock (8). De auteurs bekijken de MBTI als een instrument om je voorkeuren aan te geven. Dit vergelijkt men met de hand waarmee je schrijft. Je kan gerust ook met je andere hand schrijven als dat nodig is, alleen ziet het minder goed uit. Nu kan je die hand heel goed trainen zodat ook al wat je daarmee schrijft er goed uit ziet. Maar als je onverwacht gevraagd wordt iets te tekenen, zal je toch steeds teruggrijpen naar je beste hand. Ieder heeft dus zijn persoonlijke communicatiestijl, gebaseerd op zijn persoonlijkheidstype. We kunnen deze communicatiestijl echter aanpassen aan de situatie en de patiënt die voor ons zit, als we ons daarin trainen. Maar als we onbewust in gesprek gaan grijpen we terug naar onze persoonlijke communicatiestijl.

Belangrijk is dat er geen 'slechte' communicatievoorkeuren bestaan. Willen we ons aanpassen aan de patiënt die voor ons zit – en dus aan zijn communicatievoorkeuren in deze situatie – dan moeten we deze allereerst zien te achterhalen. In Tabel 1 wordt aangegeven wanneer we de verschillende items van de communicatievoorkeuren van een patiënt kunnen onderscheiden in de verschillende stappen van een consultatie/gesprek. In het begin van het gesprek valt al snel op of iemand eerder extravert dan introvert is. Verder in het gesprek wanneer hij zijn probleem schetst, maar ook later wanneer hij naar bijkomende informatie vraagt, komen we meer te weten over een "sensing"- of "intuition"-type van benadering van het probleem. Wanneer we meer naar beleid toe werken, wordt dan weer duidelijk of er meer rationele dan wel gevoelsmatige overwegingen gemaakt worden ("thinking"-type versus "feeling"-type). Bij het afronden van het consult moeten we dan weer proberen in te schatten of de patiënt in deze situatie graag snel beslissingen maakt, dan wel nog wat tijd wil om na te denken ("judging"-type versus "percieving"-type).

Terwijl we deze inschatting proberen te maken over de patiënt die voor ons zit in deze situatie, proberen we daar vervolgens zo goed mogelijk op in te spelen. Daar waar we in het eerste en het laatste deel van de consultatie (respectievelijk de opening van het gesprek en het afronden ervan) vooral ons tempo moeten aanpassen met meer of minder ruimte voor pauzes, tijd om na te denken enzovoort, ligt dat iets moeilijker voor het middendeel van de consultatie, het doorgronden van het probleem en een oplossingsstrategie uitwerken. Tabel 2 beschrijft enkele concrete adviezen voor de vier mogelijke combinaties " Sensing/Thinking", "Sensing/Feeling", " Intuition/Thinking" en "Intuition/Feeling". Voor de "Sensing" modi geef je best gedetailleerde feiten met concrete praktische informatie. De "Intuition" tegenpool vraagt dan weer om totaalopties, een volwaardig verhaal met aandacht voor alternatieve opties. Naar oplossingen toe verwacht een "thinking" type

voldoende objectieve bewijzen zodat hij een rationele beslissing kan maken, terwijl een “feeling” type vooral zich eerder als persoon, met zijn eigen ideeën en gevoelens begrepen wil voelen.

Tabel 1 Hoe de verschillende aspecten van persoonlijkheden herkennen in het verloop van een consultatie? (8)

Fase van de interactie	Aspecten van persoonlijkheden	
Opening van het gesprek	**Extraversion (E)** *Talk it out*	**Introversion (I)** *Talk it trough*
	• Snelle spraak • Lijkt hardop te denken • Onderbreekt • Luider	• Regelmatig pauzes • Kortere zinnen • Zachter
Doorgronden van het probleem	**Sensing(S)** *Zintuiglijk/gedetailleerd*	**Intuition(N)** *Onderliggende betekenis/ het grote plaatje*
	• Vraagt naar stap-voor-stap informatie en instructie • Wat ? Hoe? –vragen • Gebruikt nauwkeurige beschrijvingen	• Vraagt naar korte en lange termijn implicaties • Waarom? –vragen • Gebruikt algemene termen
Oplossingsstrategie uitwerken	**Thinking (T)** *Rationeel*	**Feeling (F)** *Rekening houdend met gevoelens*
	• Lijkt jou/ je kennis te testen • Weegt objectieve bewijzen af • Logische patronen (als,dan) • Niet geïnteresseerd in de mening van anderen	• Streeft naar een harmonische interactie • Spreekt over wat hij/zij belangrijk vindt • Vraagt hoe anderen reageerden/het probleem oplosten • Vindt het belangrijk dat er rekening werd gehouden met anderen
Afronden	**Judging (J)** *Planmatig*	**Perceiving (P)** *Procesgericht*
	• Steeds op tijd of te vroeg • Ongeduldig bij lange beschrijvingen of procedures • “Laten we het afwerken” • Te vroeg beslissen • Spreekt in voltooid deelwoorden: vb. we hebben dat bekeken, vergeleken, geëvalueerd,…	• Vaak te laat en vergeet te tijd • Wil ruimte voor eigen beslissingen • Voelt zich afgewezen als een gesprek wordt afgerond voor hij /zij er klaar voor is • Pas op het laatste moment beslissen • Spreekt in onvoltooid tegenwoordige tijd: vb. we zijn het aan het bekijken, vergelijken, evalueren,…

Tabel 2 Adviezen omtrent communicatie met de verschillende types in een health care setting. (8)

Sensing/Thinking: *praktische feiten*	**Sensing/Feeling:** *persoonlijke service*
- Korte en bondige feiten - Eenvoudig en eerlijk - Ken de feiten over mijn conditie en wees voorbereid op vragen hierover - Geef informatie over de specifieke behandelopties, zodat ik ze kan afwegen - Geef informatie op een logische manier - Geef me geschreven info over mijn conditie gebaseerd op feiten - Relevante data en percentages beschikbaar houden	- Luister met volledige aandacht - Wees warm en vriendelijk - Geef me eerlijke info over de feiten, maar met een persoonlijke 'touch'- bv. onthoud wat ik je reeds gezegd heb - Geef praktische informatie en voorbeelden over mijn conditie - Vertel me over andere mensen die ook deze behandeling hebben gehad - Leg elke optie duidelijk uit en geef me de tijd om na te denken
Intuition/Thinking: *logische opties met competentie*	**Intuition/Feeling:** *ondersteun de visie*
- Respecteer mijn intelligentie en mijn nood aan inzicht - Toon je competenties - Beantwoord mijn vragen op een eerlijke en open manier. Houd niets achter. - Geef me totaalopties, zodat ik een patroon kan zien - Wees geïnformeerd over nieuwe alternatieve methodes - Luister naar mijn visie en vraag ernaar voor je advies geeft - Verwacht geen persoonlijke relatie, die zal ontstaan als je competent blijkt - Toon dat je je continu bijschoolt	- Behandel me met respect als een volwaardig persoon, niet als een nummer - Luister naar mijn bezorgdheden en neem ze in acht - Geef volwaardige oplossingen, een overzicht zonder details - Neem tijd en bespreek mijn bezorgdheden, weer eerlijk maar vriendelijk - Weet dat mijn zaak uniek is voor mij - Wees oprecht - Leer me kennen als een persoon - Het zou kunnen dat ik alternatieve of complementaire methodes wil bespreken, neem dit serieus

We zijn dus niet de eersten die ervan uitgaan dat het onderkennen en inspelen op de stijl van de patiënt relevant is. In een poging dit te bevestigen, werd een korte vragenlijst opgesteld aan de hand van de MBTI-typering om zo de geprefereerde communicatiestijl van de patiënt te achterhalen. Het al dan niet onderkennen en inspelen om de communicatiestijl van de patiënt, concretiseerden we in het al dan niet bekijken van deze ingevulde vragenlijst en onze communicatie vervolgens volgens de hierboven beschreven adviezen aan te passen. Hierover meer in het hoofdstuk "Methode".

2) Communicatie : Sharing and Caring

Tijdens het project voelden we al snel aan dat de persoonlijkheden van patiënt en arts er zeker toe doen, maar niet allesomvattend zijn. Iedere situatie is immers anders. Een patiënt met één en dezelfde persoonlijkheid zal in verschillende situaties toch andere verwachtingen hebben betreffende de communicatie met zijn/haar arts. Een nieuwe, bredere, literatuursearch via dezelfde zoekmotoren aan de hand van de volgende zoektermen hielp ons bij het plaatsen van de resultaten van onze studie en het vormen van een uitgebreidere visie op arts-patiënt communicatie: “health communication”, “patient preferences”, “patient satisfaction”, “situational decision making” en “health care”. Enkele relevante artikels worden hieronder aangehaald.

Jolles et al[9] analyseerden voor hun review relevante artikels om barrières en mogelijke verbeteringen in communicatie met patiënten gekend met hypertensie in kaart te brengen. De houding ten opzichte van verbale en non-verbale communicatie met patiënten kan de aanvaarding van een gezondheidsboodschap bevorderen. Beiden zijn gecorreleerd met patiëntentevredenheid én gezondheidswinst. Niet-verbaal gedrag houdt o.a. de volgende aspecten in: gezichtsexpressie, glimlachen, oogcontact, knikken, handbewegingen, open lichaamshouding en paralinguïstische spraakkenmerken zoals volume, snelheid, pauzes, onderbrekingen, …

Verder wordt aangegeven dat empathie de patiëntentevredenheid en therapietrouw bevordert. Empathie wordt beschreven als de cognitieve capaciteit om de noden van de patiënt te begrijpen, een affectieve sensitiviteit voor de gevoelens van de patiënten en de gedragsmatige capaciteit om het begrip van deze gevoelens over te brengen aan de patiënt.

Controle van de risicofactoren van hypertensie is niet beter bij patiënten van artsen met een betere kennis van de richtlijnen. Kennis alleen blijkt dus onvoldoende. Anderzijds kan onvoldoende kennis uiteraard leiden tot verlies van vertrouwen in een arts. Hoewel gesproken adviezen het meest op maat van de patiënt zijn, worden ze slecht onthouden als ze niet vergezeld worden van geschreven of visuele hulpmiddelen. Enkel geschreven informatie is vaak te moeilijk of onduidelijk: te hoog leesniveau, te veel medisch jargon, niet gepersonaliseerd, niet accuraat, …

Verder kan een omgeving communicatie in de weg staan . Akoestische en visuele stoorzenders kunnen hiervan een oorzaak zijn, zoals beepers, telefoonoproepen, computers, medische monitors,… Tenslotte is er het tijdsaspect. Artsen die meer tijd spenderen aan hun patiënten schrijven in de context van hypertensie minder medicatie voor en investeren meer in lifestyle en preventie-educatie. Er is een grotere patiëntentevredenheid naarmate meer tijd gespendeerd wordt, vermoedelijk omwille van diepgaandere uitleg en minder verwarring bij de patiënt.

Over tijdsbeperking werd ook gesproken in het artikel van Heinrich en Karner in Geriatric Nursing[10]. Zij voerden een kwalitatief onderzoek naar de barrières en facilitators in gesprekken tussen oudere patiënten en hun zorgverstrekkers aan de hand van groepsgesprekken. Het gevoel van een beperkt tijdsbestek veroorzaakte bij vele ouderen een terughoudendheid naar het stellen van verdere vragen wanneer ze iets niet goed begrepen. Daarnaast beschrijven ze dat als deze vragen dan toch gesteld werden, deze niet beantwoord werden. Tenslotte bleken velen het moeilijk te hebben met gefragmenteerde zorg: medicatie door één arts voorgeschreven wordt door de andere gestopt, verschillende antwoorden op dezelfde vragen, weinig vertrouwen in specialisten die hen niet goed kennen, …

Vele afzonderlijke communicatieparameters maken samen één communicatiestijl. Janssen et al [11] bekeken de communicatievoorkeuren in verband met gynaecologische/obstetrische zorg in een systematic review van artikels gepubliceerd tussen 2000 en 2010. Daarin blijkt dat zelfs gecorrigeerd voor het geslacht van de arts, patiënten meer kiezen voor een "patient centered" communicatiestijl. Deze wordt beschreven als attent zijn, meer sympathie tonen en beter informeren, of ook emoties bespreken, psychosociale counseling, het stellen van open vragen en het geven van biomedische informatie.

Een interessant onderscheid binnen een communicatiestijl wordt gemaakt in de studie van Cousin et al. [12] Enerzijds is er het aspect "caring". Hieronder verstaat men het creëren en het behouden van een goede relatie met de patiënt, meer concreet het uitstralen van warmte, interesse, empathie, behulpzaamheid en goedhartigheid. Anderzijds is er het "sharing" aspect. Hiermee bedoelt men "shared decision making" en een niet-directieve communicatiestijl, gekenmerkt door het vermijden van bevelen en onderbrekingen, het samen opstellen van de agenda van het consult, het vermijden van medisch jargon en het gebruiken van open vragen. In hun studie bekijken de auteurs de patiëntentevredenheid na een interactie met een virtuele arts op computer, in relatie tot hun eigen houding ten opzichte van "sharing" en "caring".
Hoewel de tevredenheid van alle patiënten groter was wanneer de virtuele arts een hoger "caring"-gehalte werd toegeschreven, was dat niet het geval bij een hoger "sharing"-gehalte. Een hoger "sharing"-gehalte wordt vooral geapprecieerd door "sharing"-gerichte patiënten.

Diezelfde voorkeur voor de "caring"- aspecten in een communicatiestijl wordt aangetoond in een systematic review van Oliviera et al.[13] Zij bekeken opnieuw de tevredenheid van de patiënten bij factoren in de communicatie gebruikt door clinici. Een meta-analyse van 129 factoren voorgesteld in 27 studies kon 38 factoren selecteren die consistent gecorreleerd waren aan de patiëntentevredenheid. Ook hun bevindingen ondersteunen het begrijpen van de ervaringen van de patiënt en het ontwikkelen van een relatie op basis van emotionele support, eerder dan het delen van verantwoordelijkheid ("sharing"). Opvallend is dat de positieve correlatie van deze zorgende stijl met de patiëntentevredenheid uniform is wat betreft verbale en non verbale factoren, alsook in interactiestijl.

Het appreciëren van een "sharing"-stijl lijkt dus minder vanzelfsprekend. Het review van Coyne en Hardner[14] over de betrokkenheid van kinderen in het beslissingsproces, geeft een mooi voorbeeld van enkele elementen die meespelen in het proces van "shared decision making".

Ouders hebben vaak de neiging om hun kinderen te beschermen tegen moeilijke beslissingen en informatie die hen van streek brengt. Ze handelen dan vanuit het "best interest" principe en zetten de gezondheid van het kind op de eerste plaats. Verschillende studies tonen echter aan dat kinderen graag zouden deelnemen aan deze gesprekken, eerder dan dit alles passief te ondergaan. Gevaarlijk is echter het overschatten van hun vraag naar verantwoordelijkheid in dit soort beslissingen. Men heeft aangetoond dat kinderen graag hun inbreng hebben in beslissingen, maar niet de volledige verantwoordelijkheid willen dragen.

De auteurs verwijzen naar een studie die heeft aangetoond dat kinderen van 14 jaar over dezelfde capaciteiten beschikken als hun ouders om beslissingen te maken. Nu weten we dat niet alleen leeftijd deze capaciteiten bepaalt, maar ook hun ervaringen, de ziekte, de opleiding, de familiale achtergrond, de specifieke situatie, … Verder is er nog hun wil/hun wens om effectief deel te nemen

aan dit soort beslissingen, die ook weer kan veranderen tijdens het verloop van het ziekteproces. De auteurs besluiten dan ook dat we vooral attent moeten zijn voor de manier waarop een kind zijn of haar noden tot expressie brengt.

Een eerste kwalitatieve studie van Müller-Engelman[15] gebaseerd op semi-gestructureerde expert interviews met patiënten, huisartsen en enkele professionals uit de healthcare sector en het onderzoek, exploreert de huidige opinies over de toepasbaarheid van "Shared Decision Making" (SDM).

Tabel 3 toont de factoren die volgens minstens vijf deelnemers van belang zijn bij het bepalen van de mate waarin SDM van toepassing is op een bepaalde situatie. Voornamelijk bij ernstige, chronische ziekten is SDM van belang. Hetzelfde geldt ook voor situaties waar er veel neveneffecten zijn, weinig evidentie voor effectiviteit en meer dan één aanvaardbare therapeutische optie. Anderzijds is een paternalistische benadering eerder aangewezen bij noodsituaties of situaties waarin de patiënt niet wenst deel te nemen aan het beslissingsproces.

Tabel 3 uit Müller- Engelman. (15)

Situational factors influencing the decision making process as indicated by at least 5 participants.

	Patients (15)	GPs (12)	ARPs (13)	Total (40)
Characteristics of the disease				
Minor or severe disease	12	10	10	32
Acute or chronic disease	8	10	11	29
Prevention or therapy	9	6	8	23
Immediate or later-occurring negative consequences	2	2	6	10
Psychic or physical	0	4	1	5
Urgency or lack of immediate action	3	8	12	23
Characteristics of the therapeutic options				
Presence or absence of adverse effects	12	10	11	33
Single or multiple therapeutic options	11	10	10	31
Evidence of efficacy or lack of evidence	11	8	10	29
Minor or severely invasive interventions	9	5	6	20
Compliance essential or unimportant	1	10	6	17
Characteristics of the patient				
High or low desire to participate	9	10	12	31
Health status: good or bad	6	3	6	15
High or low preference to control one's life	0	7	6	13
High or low capacity for medical understanding	8	12	12	32
High or low emotional state during consultation	5	7	5	17
High or low level of medical knowledge/experience	3	6	4	13
High or low anxiety level (character)	3	3	0	6
Presence or absence of complicating life circumstances	1	4	1	6

GPs: general practitioners; ARPs: health administration and research professionals. Numbers refer to the number of participants who mentioned this factor as decisive. Factors that were stated without being explicitly asked for are highlighted in gray.

“Sharing” en “caring” zijn dus twee essentiële concepten in de arts-patiënt communicatie.
Een andere tweedeling beschrijven Schulz en Nakamoto[16] in hun review in verband met “health literacy” en “patient empowerment”. In dit werk benadrukt men het niet automatisch samengaan van deze twee eigenschappen en het gevaar daarvan. Voor “health literacy” wordt hier vooral “functional literacy” aangehaald, waarmee men doelt op het weten dat feitenkennis) en het weten hoe (procedure-kennis). Gebrek aan “health literacy” bij een hoog “patient empowerment” houdt het gevaar in dat er te weinig gefundeerde beslissingen zouden genomen worden. De weigering van vaccinatie vanuit de veronderstelling dat dit autisme kan veroorzaken, is hiervan een bekend voorbeeld. Anderzijds wordt een patiënt met laag “empowerment” en een hoge “health literacy” beschreven als een onnodig afhankelijke patiënt. Dit wordt schematisch voorgesteld in Figuur 1.

Figuur 1 Health literacy, empowerment and patient behaviour (16)

		Psychological Empowerment	
		Low	High
Health Literacy	High	Needlessly Dependent Patient	Effective Self-manager
	Low	High-needs Patient	Dangerous Self-manager

Er zijn in de literatuur dus patiëntenvoorkeuren beschreven voor specifieke communicatieparameters . De overgang naar een geprefereerde communicatiestijl wordt moeilijker en minder eenduidig naarmate we het “sharing”-aspect bekijken, daar waar er wat betreft het “caring”- aspect wel erg gelijklopende verwachtingen naar boven komen. Er zijn dan ook stemmen die opgaan om ook communicatiestijlen als iets situationeel te bekijken, met parameters als de ernst en dringendheid van het probleem/ de ziekte, de kennis van de patiënt, de wil van de patiënt om mee te beslissen, ….
We toetsen onze bevindingen aan het eind van het project aan deze literatuur verderop in de paragraaf “Literatuurgeleide reflectie”.

3. Methode

1) Ontwikkeling van de vragenlijst.

In samenwerking met een laatstejaarsstudente communicatiewetenschappen ontwikkelden we een vragenlijst om de verschillen in de voorkeuren van onze patiënten wat betreft communicatie aan te tonen en deze vervolgens praktisch te gebruiken in ons praktijkproject (Bijlage 1 : Vragenlijst communcatievoorkeuren). Als basis voor deze verschillen focusten we op de verschillende persoonlijkheidstypes van onze patiënten. Omdat het FLEX Care model gebaseerd op de Myers-Briggs typering het meest concreet was uitgewerkt voor een health care setting, stelden we aan de hand daarvan onze vragenlijst op. Zoals hierboven beschreven, gaan Allen en Brock er van uit dat deze typering een basistypering is die onze "automatische piloot" communicatiestijl aangeeft. Afhankelijk van de situatie kunnen onze communicatievoorkeuren toch licht verschillen.

De vragenlijst bestond uit twee delen. In een eerste deel werden vier stellingen geponeerd, waarbij men telkens zijn mate van instemming kon weergeven op een schaal van zes : helemaal niet akkoord, niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder wel akkoord, wel akkoord, helemaal akkoord. Een even aantal keuzemogelijkheden maakt dat men wel degelijk een keuze moet maken. Bij elke vraag werd ook ruimte gelaten voor eventuele opmerkingen. In een tweede deel vroegen we de deelnemers aan te duiden welke stelling het best bij hen paste. Hierbij werd een keuze tussen twee stellingen aangeboden. Ook hier lieten we expliciet plaats voor opmerkingen.

Tabel 4 geeft een overzicht van de stelling en de keuzes die in de twee delen bevraagd werden. In de laatste kolom staat genoteerd op welke manier er verwezen werd naar persoonlijkheidskenmerken beschreven in het FLEX Care model. Stelling 1 en 2 verwijzen dus naar het persoonlijkheidskenmerk Introvertion / Extrovertion. De manier waarop problemen geëxploreerd worden bevragen we in keuze 1 en 2 (Sensing / Intuition). De beslissingsstrategieën worden bevraagd in Stelling 1 en 4 en Keuze 3 (Thinking / Feeling).De voorkeuren naar de manier van afwerken worden afgetoetst in Stelling 2 en 4 en in Keuze 3.

Tabel 4 Overzicht vragenlijst en de verwijzingen naar het FLEX Care model.

DEEL 1	Stelling	Verwijzing naar het FLEX Care model (8)
Stelling 1	Ik wissel graag ervaringen uit met andere patiënten. Altijd leerrijk om hun ideeën en meningen te horen.	Introvertion/Extrovertion Thinking/Feeling
Stelling 2	Ik hou niet van overhaaste beslissingen, kiezen is verliezen. Ik heb dus graag de tijd om thuis nog even na te denken.	Introvertion/Extrovertion Judging/ Percieving
Stelling 3	Ik ben altijd blij als een arts me een patiëntenfolder of een brochure meegeeft om zijn uitleg te ondersteunen. Zo kan ik achteraf alles nog eens rustig nalezen.	Judging/Percieving
Stelling 4	Ik spreek niet graag over mijn gevoelens en al helemaal niet met mijn arts. Ik vind het dan ook geheel overbodig om het hierover te hebben tijdens de consultatie	Thinking/Feeling

DEEL 2	Keuzemogelijkheden	Verwijzing naar het FLEX Care model (8)
Keuze 1	• Ik ben een plantrekker • Ik word graag stapsgewijs begeleid.	Sensing/Intuition
Keuze 2	• Toon me feiten en cijfers om me te overtuigen. • De mogelijke gevolgen van een ziekte op mijn persoonlijke situatie spreekt me meer aan.	Sensing/Intuition
Keuze 3	• Ik vind het belangrijk dat mijn arts me naar mijn mening vraagt. Uiteindelijk zal elke beslissing die genomen wordt over mijn gezondheid het resultaat zijn van grondig overleg. • Ik hou er net niet van om steeds mijn mening te moeten geven. Wie is er hier eigenlijk de dokter ?	Judging/Percieving Thinking/Feeling

2) Gewichtsreductie en het FLEX Care concept.

Deze vragenlijst hebben we gebruikt in ons praktijkproject waarin we streefden naar gewichtsreductie bij onze 50- tot 65-jarigen. We bekeken of we na zes maanden betere resultaten bekwamen inzake verandering in gewicht, BMI, buikomtrek, levensstijl en patiëntentevredenheid bij de begeleiding van patiënten met overgewicht, wanneer we hun specifieke verwachtingen wat betreft communicatie in acht namen aan de hand van deze korte vragenlijst, dan wanneer we dat niet deden.
Gezien de verder beschreven manier van rekruteren, werd de vragenlijst ingevuld door alle welwillende patiënten tussen 50- en 65 jaar, waardoor we naast de hierboven beschreven interventionele studie ook een mooie hoeveelheid aan observationele gegevens bekwamen.

- ***Rekrutering van de patiëntengroepen :***

I. Rekrutering

Alle patiënten van 50 tot 65 jaar die in 2012 een GMD hadden in de huisartsenpraktijk, werden per brief opgeroepen voor hun jaarlijkse herhaling van hun GMD plus, een door het Riziv voorziene act in verband met preventie in de huisartspraktijk. Er werd gevraagd een afspraak te plannen op de preventieve raadpleging .

Patiënten waarbij de huidige algemene toestand (fysiek of psychisch) van die aard werd ingeschat door de behandelende arts, dat zij niet in staat zijn deel te nemen aan de studie (vb. verliesverwerking, ernstige depressie, verzwakte immuniteit, …) werden niet uitgenodigd per brief.

II. Inclusie/exclusie

Van alle wilsbekwame patiënten die zich aandienden op de preventieve raadpleging voor het GMD-plus werden diegenen met een BMI van 30 kg/m² of meer, of met een BMI van meer dan 25 kg/m² én complicaties of comorbiditeiten (tabel 5) geïncludeerd. In de praktijk bleek dat al onze patiënten van die leeftijd met een BMI > 25 kg/m² wel minstens één van de in tabel 5 beschreven complicaties of comorbiditeiten hadden. Ze konden dus allemaal geïncludeerd worden, mits hun toestemming.

Patiënten waarbij een specifieke oorzaak van de obesitas (hypothyroidie, eetbuistoornissen, medicatiegebruik) vermoed werd, werden niet opgenomen in de studie.

Tabel 5 Complicaties en comorbiditeiten geassocieerd met obesitas[17]

Complicaties en comorbiditeiten geassocieerd met obesitas
Diabetes mellitus type 2
Lipidenstoornissen (totaalcholesterol >190mg/dl of LDL-cholesterol >115 mg/dl)
Metabool syndroom
Cardiovasculaire aandoeningen (hypertensie, angina pectoris en coronaire ziekten, varices, trombo-embolische aandoeningen en CVA)
Galstenen
Levercirrose
Cholecystitis
Jicht
Skeletafwijkingen (artrose,…)
Intertrigo
Dyspnee
slaapapneu
Pyrosis
Zweten
Verhoogde kans op kanker (prostaat, darm, borst, lever, galblaas, baarmoeder en ovaria)

III. Aantallen

We stuurden 308 brieven uit naar de patiënten tussen 50 en 65jaar met een GMD in de praktijk in 2012. Daarvan kwamen 141 patiënten voor een GMD plus raadpleging, waarvan 134 met vragenlijst. Hiervan stemden 70 personen die voldeden aan in- en exclusiecriteria in met deelname aan de studie.

Drie personen (2 partners van deelnemers van 66 en 67 jaar, en één vrouw van 55 jaar die voordien nog geen GMD in de praktijk had) boden zich bijkomend aan om deel te nemen aan de studie en werden geïncludeerd.

Daarnaast werden er 26 ingevulde vragenlijsten ingediend van patiënten die niet wensten deel te nemen aan het GMD plus.

IV. Randomisatie

De patiënten konden een afspraak boeken in het blok ‘preventieve raadpleging’ in de agenda. Deze werd afwisselend bemand door de huisarts in opleiding en de praktijkopleider. De patiënten wisten bijgevolg niet bij wie ze terechtkwamen.

Bij de oproepingsbrieven werd een vragenlijst in verband met de communicatievoorkeuren en een briefomslag ingesloten. Elke patiënt kreeg een casenummer. Dit nummer werd in alfabetische volgorde verdeeld en werd aangegeven op de briefomslag. De omslagen met even nummers van de patiënten de geïncludeerd werden in de studie werden geopend, die met oneven nummers bleven

dicht. Als arts kenden we dus de communicatievoorkeuren van de patiënten met een even casenummer.

Dit alles resulteert in vier studiegroepen :

Tabel 6 studiegroepen

Groep I/D : praktijkopleider / gesloten briefomslag **18 personen**	Groep S/D : huisarts-in-opleiding / gesloten briefomslag **22 personen**
Groep I/O : praktijkopleider / open briefomslag **20 personen**	Groep S/O : huisarts-in-opleiding / open briefomslag **13 personen**

- ***Interventie :***

Alle 73 patiënten die instemden om deel te nemen aan de studie kwamen na hun GMD plus raadpleging terug voor een eerste gesprek over hun overgewicht. We vroegen hen ter voorbereiding gedurende één week een dagboekje bij het houden waarin hun voeding, beweging en hun stemming noteerden. De artsen bekeken bij de patiënten met een even casenummer vooraf de communicatievoorkeuren van de patiënt, ter voorbereiding en hielden hiermee rekening volgens de adviezen beschreven in het FLEX Care concept (zieTabel 2).

Tijdens de deze consultatie kregen de patiënten informatie over overgewicht en de gevolgen ervan. Vervolgens werd op basis van de Domus Medica richtlijn over obesitas (1) afhankelijk van het BMI en de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevond, verschillende behandelingsstrategieën voorgesteld, waaronder dieet -, gedrag- en bewegingsadviezen, psychologische begeleiding, medicatie en obesitaschirurgie. Ter voorbereiding hiervan werden de plaatselijke diëtisten, psychologen en sportclubs in kaart gebracht, naast de initiatieven van de verschillende mutualiteiten. Verder werd de mogelijkheid gegeven om enkel bij de arts zelf in opvolging te komen. Tussen de begin- en eindmeting kwamen de deelnemende patiënten gemiddeld 3.5 keer terug bij de arts, met een range tussen 0 en 10. Hierbij moeten we aangeven, dat we gestopt zijn bij het noteren van 10 tussenmetingen en er dus enkele patiënten meer dan 10 keer tussentijds zijn teruggekomen. Na elke consultatie werden BMI, gewicht, buikomtrek, de fase van gedragsverandering en de mate waarin de arts het gevoel heeft zich te hebben kunnen afstemmen op de communicatievoorkeuren van de patiënt (score 0-5) geregistreerd.

- ***Outcome***

Na een verloop van 6 maanden werden de veranderingen in gewicht, BMI en buikomtrek nagegaan. Hiervoor werden de deelnemende patiënten opnieuw opgeroepen. Bij deze terugroepbrief zat opnieuw een vragenlijst waarin patiëntentevredenheid en een reflectie over hun levensstijl aan bod kwam (zie Bijlage 2 : Tevredenheidsenquête). Deze tevredenheidsenquête bestond uit 11 stellingen met telkens 6 antwoorden (helemaal niet akkoord, niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder wel akkoord, akkoord, helemaal akkoord) die de mate van instemming weergeven. De link met de vragenlijst betreffende de communicatievoorkeuren (Tabel 4) wordt weergegeven in Tabel 7. De eerste vijf stellingen verwijzen naar expliciete onderdelen van de vragenlijst. Stelling 6 tot en met 8 zijn vragen naar de algemene tevredenheid en in de laatste drie stellingen wordt de persoonlijke perceptie van motivatie en verandering in eet- en beweegpatroon getoetst.

Tabel 7 Tevredenheidsenquête en verwijzing naar vragenlijst communicatievoorkeuren.

Stelling Tevredenheidsenquête	Verwijzing naar de vragenlijst over communicatievoorkeuren
1.De gegeven informatie over overgewicht en zijn mogelijke behandelingsstrategieën voldeed aan mijn verwachtingen	DEEL 1- Stelling 3 DEEL 2- Keuze 2
2.Ik had het gevoel dat er naast concrete adviezen van de arts, voldoende rekening werd gehouden met mijn eigen ideeën bij het maken van het behandelplan	DEEL 2- Keuze 3
3.Ik werd voldoende begeleid tijdens de opvolging, zonder dat ik dit als keurslijf ervoer	DEEL 2- Keuze 1
4.Naarmate ik daar behoefte aan had, kon ik mijn gevoelens ter sprake brengen	DEEL 1 – Stelling 4
5.Ik had de vrijheid om voldoende tijd te nemen voor beslissingen, zonder dat daardoor al te lang onduidelijkheid bleef bestaan	DEEL 1- Stelling 2
6.Ik ben in het algemeen tevreden over de manier waarop ik werd aangesproken over mijn gewicht	algemeen
7.Door haar persoonlijke aanpak, hield mijn arts voldoende rekening met mijn mogelijkheden en behoeften.	algemeen
8.Ik had de indruk dat de dokter goed begreep welke aanpak voor mij best geschikt is	algemeen
9.Na de gesprekken met mijn arts was ik gemotiveerd en heb ik mij oprecht ingezet om gezondere leefgewoontes aan te nemen	algemeen
10.Mijn voedingspatroon is veranderd ten opzichte van 6 maanden geleden	algemeen
11.Ik neem meer beweging ten opzichte van 6 maanden geleden	algemeen

Deze tevredenheidenquête konden de patiënten anoniem deponeren in een daarvoor bestemde brievenbus. Ze is anoniem, maar kon via het casenummer gelinkt worden aan de andere gegevens. De antwoorden hierop werden dan ook enkel ingegeven in de anonieme dataset. Een eerste dataset met naam was nodig om de biometrische gegevens te kunnen voeren.

We ontvingen 51 van de 73 deelnemers voor de eindmetingen, waarvan 4 geen tevredenheidsenquête indienden. Verder zijn er 2 personen die enkel de enquête hebben binnengebracht.

Een overzicht van het projectverloop wordt ter verduidelijking schematisch weergegeven in Tabel 8.

Tabel 8 overzicht projectverloop

Overzicht projectverloop	
308	Brieven uitgestuurd naar 50-65j met GMD in praktijk
141	Personen schreven in voor GMD plus, waarvan 135 met ingevulde vragenlijst + 23 afzonderlijke vragenlijsten werden ingediend
70	Personen die in aanmerking kwamen stemden toe deel te nemen aan de studie
73	3 bijkomende kandidaten werden geïncludeerd • 2 mannen van 66 en 67j, partners van deelneemsters • 1 vrouw van 55j , voordien geen GMD in praktijk 73 personen met gedurende 6 maanden begeleid naar gewichtsreductie toe. Deze werden verdeeld in 4 groepen: HAIO (S)/ praktijkopleider(I) en gesloten(D)/ open omslag(O). I/D: 18 | I/O: 20 | S/D: 22 | S/O: 13
54	Personen kwamen na 6 maanden voor de eindmetingen, waarvan 47 met ingevulde tevredenheidenquête + 2 afzonderlijke tevredenheidsenquêtes werden ingediend

4. Resultaten

1) Vragenlijst communicatievoorkeuren

Zoals hierboven beschreven is deze vragenlijst ingevuld door 158 personen.

De resultaten van de 2 delen worden hieronder afzonderlijk besproken. In beide gevallen was er ook plaats voor commentaar, ook deze wordt weergegeven.

Daarna worden in drie paragraafjes de antwoorden van verschillende groepen met elkaar vergeleken: deelnemers versus niet deelnemers, mannen versus vrouwen, leeftijdsverschillen en het relatieve leeftijdseffect.

- ***Gemiddelde antwoorden en hun standaarddeviatie***

I. Deel 1

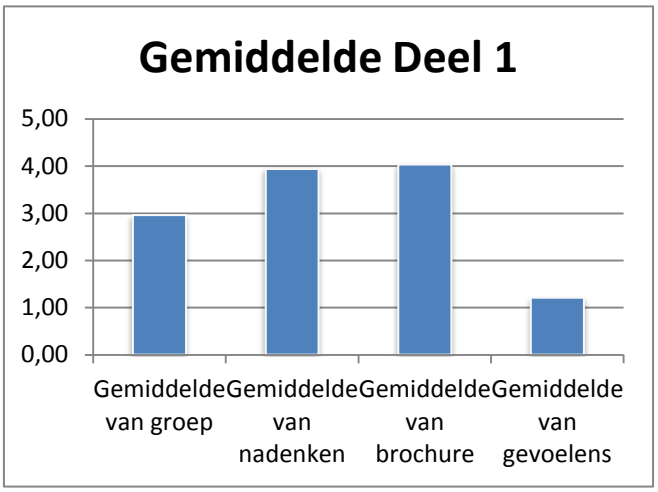
Tabel 9, Figuur 2 en Figuur 3 geven een overzicht van de vier stellingen van het eerste deel van de vragenlijst. Zoals aangegeven in het bijschrift waren de mogelijke antwoorden: helemaal niet akkoord, akkoord, eerder niet akkoord, eerder wel akkoord, wel akkoord of helemaal akkoord. Voor de kwantitatieve verwerking van deze resultaten, werden deze antwoorden gescoord van 0 tot 5, met 0 voor helemaal niet akkoord en 5 voor helemaal akkoord. In Tabel 9 worden bij de stellingen de

verkorte namen voor de stellingen weergegeven die bij het verwerken van de data gebruikt werden en ook verder in de figuren aan bod zullen komen.

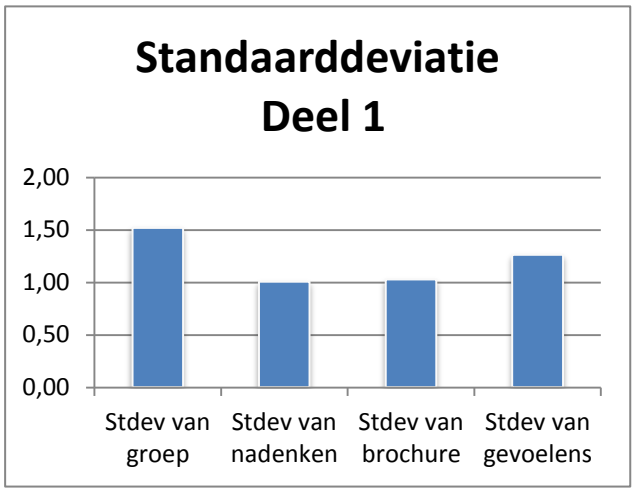
Het meest interessant zijn de standaarddeviaties, die de spreiding in de antwoorden aangeven. Voor dit deel zijn deze het grootst voor het uitwisselen van ervaringen (StDev. 1.52) en voor het spreken over gevoelens (StDev. 1.26), wat in vergelijking met de antwoordrange neerkomt op respectievelijk 30.4 en 25.2 %.

Tabel 9 Vragenlijst Deel 1
Gem. = gemiddelde, StDev. = standaarddeviatie
Mogelijke antwoorden :
0= helemaal niet akkoord, 1= niet akkoord, 2= eerder niet akkoord, 3= eerder wel akkoord, 4= wel akkoord, 5= helemaal akkoord.

	Stelling	Verkorte naam	Gem.	StDev.
Stelling 1	Ik wissel graag ervaringen uit met andere patiënten. Altijd leerrijk om hun ideeën en meningen te horen.	Groep	2,96	1,52
Stelling 2	Ik hou niet van overhaaste beslissingen, kiezen is verliezen. Ik heb dus graag de tijd om thuis nog even na te denken.	Nadenken	3,94	1,00
Stelling 3	Ik ben altijd blij als een arts me een patiëntenfolder of een brochure meegeeft om zijn uitleg te ondersteunen. Zo kan ik achteraf alles nog eens rustig nalezen.	Brochure	4,03	1,03
Stelling 4	Ik spreek niet graag over mijn gevoelens en al helemaal niet met mijn arts. Ik vind het dan ook geheel overbodig om het hierover te hebben tijdens de consultatie	Gevoelens	1,21	1,26



Figuur 2 Vragenlijst Deel 1 Gemiddelde



Figuur 3 Vragenlijst Deel 1 Standaarddeviatie

Bij elke stelling voorzagen we ruimte voor commentaar op de vragenlijst. Voor het eerste deel worden deze weergegeven in Tabel 10. Daarbij wordt ook de commentaar van de onderzoeker genoteerd.

	Commentaar groep	Commentaar nadenken	Commentaar brochure	Commentaar gevoelens
Commentaar patiënt	" elke patiënt is anders, liever advies van de dokter" " Heb wel neiging hier naar te luisteren, maar zelf geen inbreng." "Dat doe ik liever op mijn eentje, maar als het ernstig is praat ik er graag over" "Elk geval is anders, is ook te zien over wat het gaat." "Enkel als er positieve punten zijn. Niet het aanhoren van een klaaglied." "Enkel over bepaalde thema's/onderwerpen." "Het is soms interessant om hun mening te horen of er nog andere mogelijkheden zijn voor een eventuele behandeling." "Ieder persoon is anders, je mag niet vergelijken !" "Iedereen reageert anders op bepaalde ziekten, ik volg de raad van mijn arts" "Ik vertel wel, wordt geluisterd,maar weinig antwoorden." "Kan 'soms' nuttig zijn onafhankelijk van het ziektebeeld, maar enige discretie is hier toch ook wel op z'n plaats…" "Liefst met mensen die ik reeds ken." "Op anonieme basis" "over diëten) "Wel te zien over wat het gaat, niet over luttele dingen." "wel via de dokter (anoniem)" "Zeggen dat ieder geval apart is, je mag niet vergelijken !" "Zo kunnen we er allemaal maar beter van worden." "Zo weet je dat je niet de enige bent."	" Moet soms alles even laten bezinken." "afhankelijk van probleem: urgentie / darmonderzoek" "Bij twijfel ga ik voor een tweede opinie." "Dan kan je nog een vragenlijstje maken voor de dokter." "Dokters hebben de meeste resultaten, of toch ?" "een second opinion kan nooit kwaad" "Hangt er vanaf over wat." "Ik denk er graag eens over na, maar als het nodig is ook direct alle onderzoek." "In bepaalde gevallen rest er soms weinig tijd om na te denken en moet er dus snel beslist worden." "Nog even overleggen met uw partner en kinderen is toch altijd beter." "Te zien op welk gebied." "Zeker als het om een beslissing met risico gaat " "zeker over belangrijke beslissingen" "zeker over delicate zaken" "afhankelijk van de situatie"	" Soms op te korte tijd te veel informatie en hierdoor hoor je niet alles" " Tijdens het gesprek kan je toch niet alles onthouden." "De dokter houdt mijn dossier zeer goed bij." "De dokter moet de uitleg maar geven." "en conluderen" "Folders zijn meestal onduidelijk!!Verontrustend !!!" "Hangt van de reden artsbezoek af" "Maar géén volder die reclame maakt voor 1 farmaceutisch bedrijf" "persoonlijk advies = beter" "Zo kan je de volgende dagen nog eens nalezen als er iets niet meer duidelijk is." "Zo kan je thuis alles eens op een rijtje zetten."	" de arts = vertrouwenspersoon" " Een arts is een vertrouwenspersoon gebonden door het beroepsgeheim" " Ik vind als je met je arts niet kan spreken, met wie dan wel…" "afhankelijk van de situatie" "Arts is toch vertrouwenspersoon." "Dat komt spontaan met een arts die je vertrouwen geeft." "dokter moet alles weten" "Ik heb geen geheim over mijn gevoelens met mijn dokter." "Ik neem mijn arts in vertrouwen." "Ik vind praten wel belangrijk" "Met mijn arts moet ik over alles kunnen spreken." "Mijn vorige huisarts was mijn dokter, maar ook mijn vertrouwenspersoon bij familiale en relationele problemen. Hij kende mij 'door en door', en dat mis ik nu wel een beetje." "moet kunnen" "Praat graag over wat ik voel en denk, zo kan ik geholpen worden." "Soms moet men zijn gevoelens eens kwijt kunnen, zeker als de huisdokter u persoonlijk kent" "Uw arts is meestal de eerste persoon om mee te spreken en een goeie arts zal je dan ook graag verder begeleiden." "Uw arts is uw enige vertrouwenspersoon buiten uw familie" " Wanneer mijn gevoelens de rede zijn voor een consultatie of hoe men zich voelt, kan men niet anders dan hierover praten => dan niet akkoord. Wanneer de gevoelens geen hoofdrol spelen voor een consultatie => dan wel akkoord. " "Ik spreek heel graag met mijn huisarts over bepaald dingen."
Commentaar onderzoeker	2x “niets aangekruist”	1x “niets aangekruist”	1x “niets aangekruist”	-3x “niets aangekruist” -“0 en 4 aangeduid, 0 lijkt doorkruist” “0 én 5 aangeduid, onduidelijk”

Tabel 10 Vragenlijst Deel 1: commentaren
De hoofdingen van de kolommen verwijzen naar de verkorte weergave van de vragen zoals in Tabel 9

II. Deel 2

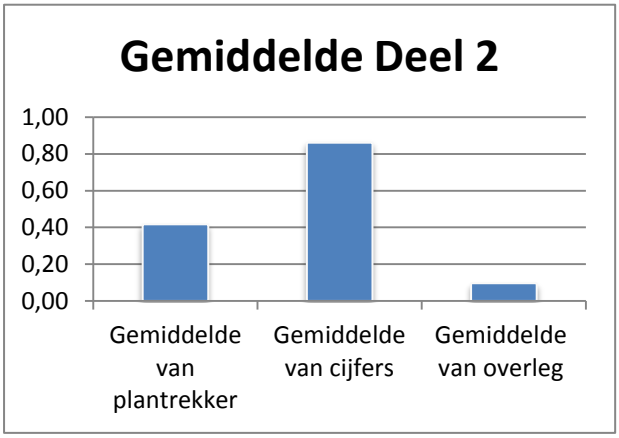
In het tweede deel hadden de patiënten de mogelijkheid uit twee stellingen diegene te kiezen die het best bij hen paste. Ook hier werd de becijfering pas nadien toegevoegd voor de kwantitatieve verwerking. Het aanduiden van de bovenaan geplaatste stelling werd telkens gequoteerd als 0, de onderaan geplaatste stelling als 1. In de volgende figuren worden de verkorte namen van de keuzes gebruikt (Tabel 11, kolom 3).

Tabel 11, Figuur 5 en geven een overzicht van deze resultaten. We bemerken een zeer grote spreiding betreffende het eerste item. Daarnaast valt op dat in deze onderzoekspopulatie, toch 10% aangeeft niet graag zijn mening te geven en beslissingen liever overlaat aan zijn arts.

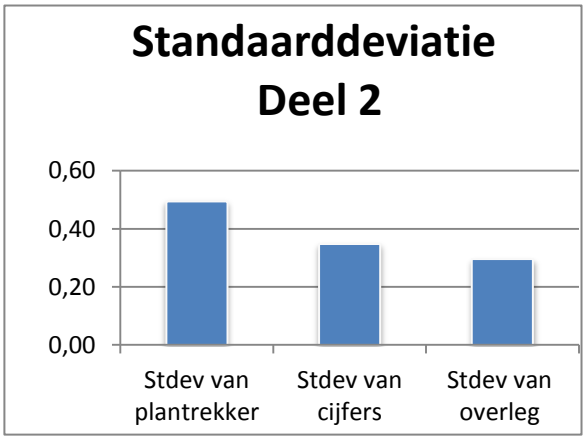
Ook hier geven we graag de bijhorende commentaar in Tabel 12.

Tabel 11 Vragenlijst Deel 2
Gem. = Gemiddelde
Stdev. = Standaarddeviatie

	stelling	Verkorte naam	Gem.	Stdev.
Keuze 1	0 = Ik ben een plantrekker 1 = Ik word graag stapsgewijs begeleid.	plantrekker	0,42	0,49
Keuze 2	0 = Toon me feiten en cijfers om me te overtuigen. 1 = De mogelijke gevolgen van een ziekte op mijn persoonlijke situatie spreekt me meer aan.	cijfers	0,86	0,35
Keuze 3	0 = Ik vind het belangrijk dat mijn arts me naar mijn mening vraagt. Uiteindelijk zal elke beslissing die genomen wordt over mijn gezondheid het resultaat zijn van grondig overleg. 1 = Ik hou er net niet van om steeds mijn mening te moeten geven. Wie is er hier eigenlijk de dokter ?	overleg	0,10	0,30



Figuur 5 Vragenlijst Deel 2 Gemiddelde



Figuur 4 Vragenlijst Deel 2 standaarddeviatie

	Commentaar plantrekker	Commentaar cijfers	Commentaar overleg
Commentaar patiënt	" als de ziekte of wat ook, laat ik mij begeleiden " " maar soms wordt je graag begeleid zoals met mijn suikerziekte!" "Ik heb begeleiding nodig, anders kom ik er niet." "Ik trek mijn plan omdat het moet." "Maar word graag in bepaalde omstandigheden stapsgewijs begeleid… :-)" "Maar word ook graag stapsgewijs begeleid." "medisch wel hulp" "Men leert zijn plan te trekken." "Na goed overleg" "Probeer niet te vlug naar de arts te gaan." "soms depressief" "wordt ook graag begeleid" "zeker met diëten" "een mix van de 2, afh v situatie" "afhankelijk van de situatie" "Ik trek mijn plan, maar weet toch graag dat er iemand is die mijn vragen kan beantwoorden." "Plantrekker nu nog wel, zo lang als ik kan. Stapsgewijs begeleid later als het nodig is." "Eigenlijk de twee. Ik kan mijn plan trekken maar ik wordt graag begeleid." "Ik tracht eerst een plantrekker te zijn en enkel als ik vast kom te zitten, zal ik begeleiding zoeken." "meestal plantrekker, afhankelijk"	" Dat is duidelijker voor mij." "De ziekte over mijn persoonlijke situatie denk ik wel over na." "ik ben geen arts om te weten wat de gevolgen zijn " "Maar heb ook graag het gedacht van de arts, zei hebben de ervaring" "Maar wat 'feedback' kan zeker nooit kwaad" "momenteel weinig" "een mix van de 2, afh v situatie " Beiden, maar wetenschappelijke gegevens zijn interessant om de situaties te begrijpen." "Beiden zijn goed en noodzakelijk." "Hoe ik mij zelf voel op het moment " "?Wat heeft dat met elkaar te zien??"	" Als ik mijn mening heb, moet ik niet naar mijn arts gaan." " Dat geeft vertrouwen in de dokter." "… over leven en dood mag een arts - onder normale omstandigheden- niet alleen beslissen. Elke patiënt zou het recht moeten hebben om over bpaalde aspekten van zijn ziektebeeld mee te oordelen, mee te bepalen wat voor hem/haar het beste is, in samenspraak met zijn behandelende arts..." "Een goede arts doet dit." "Natuurlijk heeft de dokter het laatste woord en zal ik zijn/haar advies volgen." "Samen met de arts naar een oplossing zoeken vind ik de beste werking tussen arts en patiënt." "Samenspraak verhoogd het vertrouwen "Zo kunnen ze me beter helpen." "een mix van de 2, afh v situatie " "In geval van 2 opties wel graag mijn mening vragen."
Commentaar onderzoeker	5x “niets aangekruisd” 5x “beiden aangekruisd”	8x “niets aangekruisd” 5x “beiden aangekruisd”	3x “niets aangekruisd “ 2x “beiden aangekruisd”

Tabel 12 Vragenlijst Deel 2 : commentaren
De hoofdingen van de kolommen verwijzen naar de verkorte weergave van de vragen zoals in Tabel 11

- *Verschillen*

1 persoon (casenummer 145) heeft 2 vragenlijsten ingevuld op onze vraag omdat er eentje tijdelijk verloren was. De 2 reeksen antwoorden worden weergegeven in Tabel 13.

casenummer	groep	nadenken	brochure	gevoelens	plantrekker	cijfers	overleg
145	4	4	5	1	1	1	0
145 bis	3	3	3	2	1	1	0

Tabel 13 Verschillen in ingevulde vragenlijst door 1 persoon. De termen gebruikt in de hoofding van de kolommen verwijzen naar de verkorte weergave van de vragen zoals weergegeven in Tabel 9 en Tabel 11

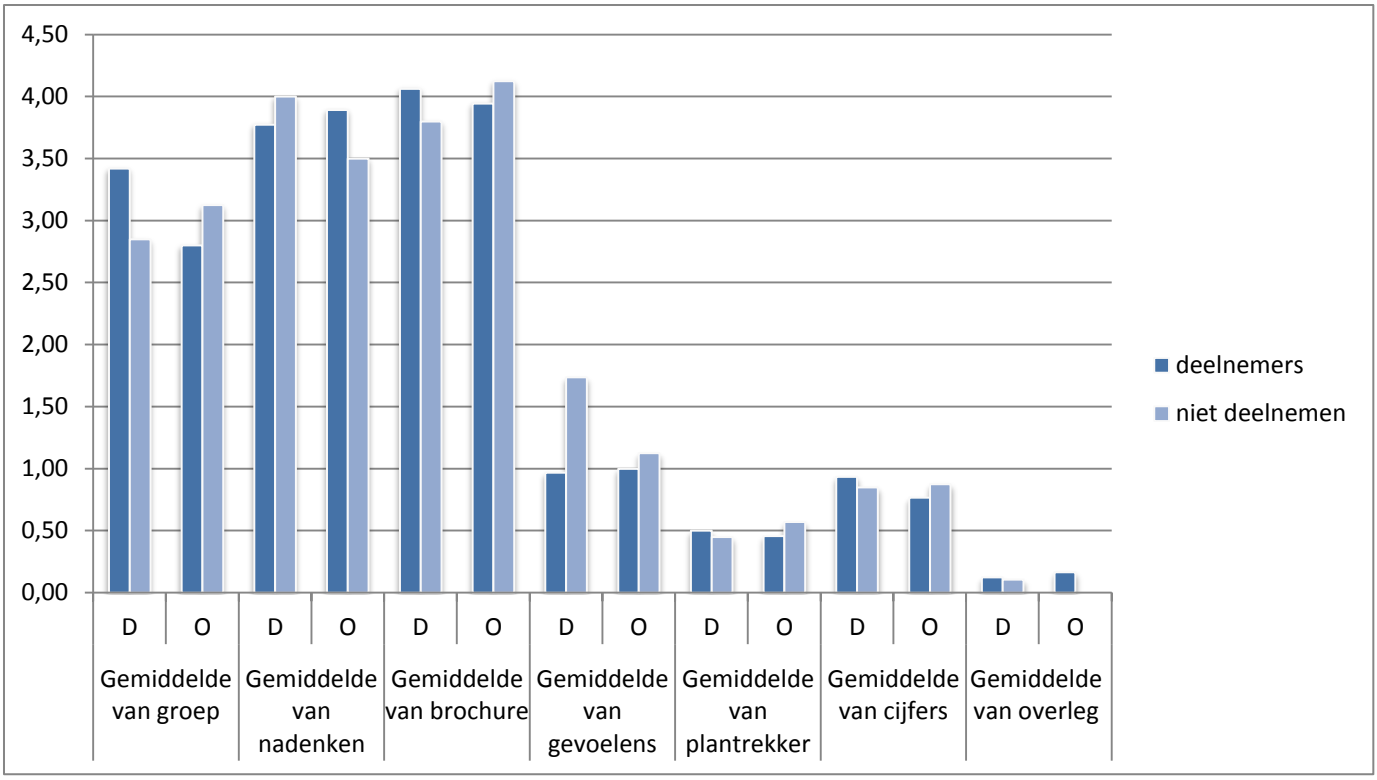
Verder bekeken we de verschillen tussen bepaalde groepen.

Figuur 6 toont de verschillen in de antwoorden op de vragenlijst van enerzijds de patiënten die deelnamen aan de studie en anderzijds de patiënten die niet deelnamen aan de studie, maar daar wel voor in aanmerking kwamen. Hiervoor selecteerden we alle patiënten met een BMI van >25 kg/m². Hoewel hier in het algemeen weinig verschillen te merken zijn, zijn er toch aanwijzingen voor een verschil in het antwoord betreffende het bespreken van gevoelens. Met name, dat de niet-deelnemers minder belang hechten aan het bespreken van gevoelens met hun arts.

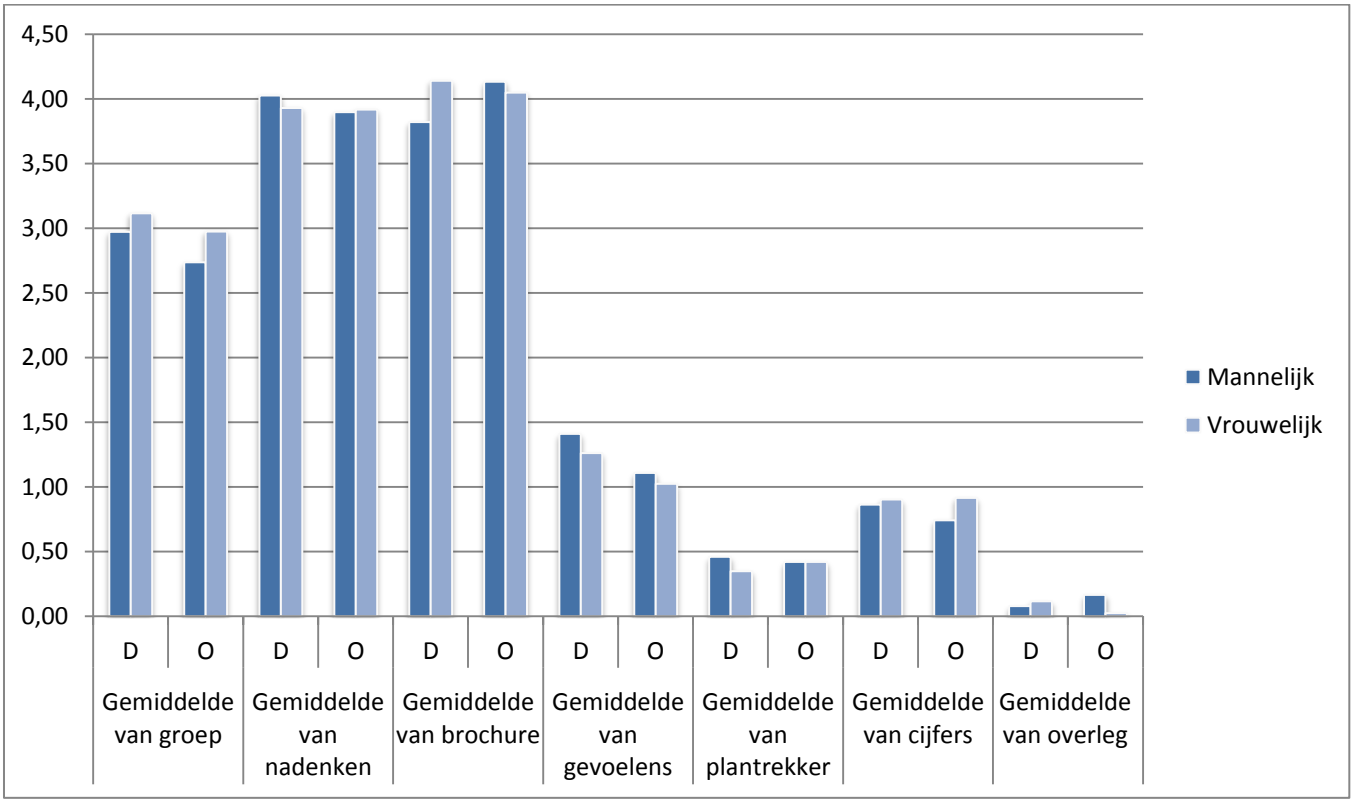
In Figuur 7 worden de verschillen in beeld gebracht van de antwoorden die door de mannen werden gegeven, versus die van de vrouwen. Vrouwen scoren iets hoger voor het uitwisselen van ervaringen. Duidelijker is echter de lagere score betreffende het bespreken van gevoelens, wat er dus op wijst dat zij hier meer belang aan hechten.

Verschillen in antwoorden naargelang de leeftijd van de ondervraagden worden weergegeven in Figuur 8. De groepen werden opgedeeld in een categorie ouder en jonger dan 55 jaar.
Ouderen scoren minimaal lager dan jongeren, op de vraag om wat tijd om na te denken. Verder lijken ze meer geïnteresseerd in de gevolgen van hun ziekte en minder in concrete cijfers. Deze verschillen zijn echter zeer beperkt.

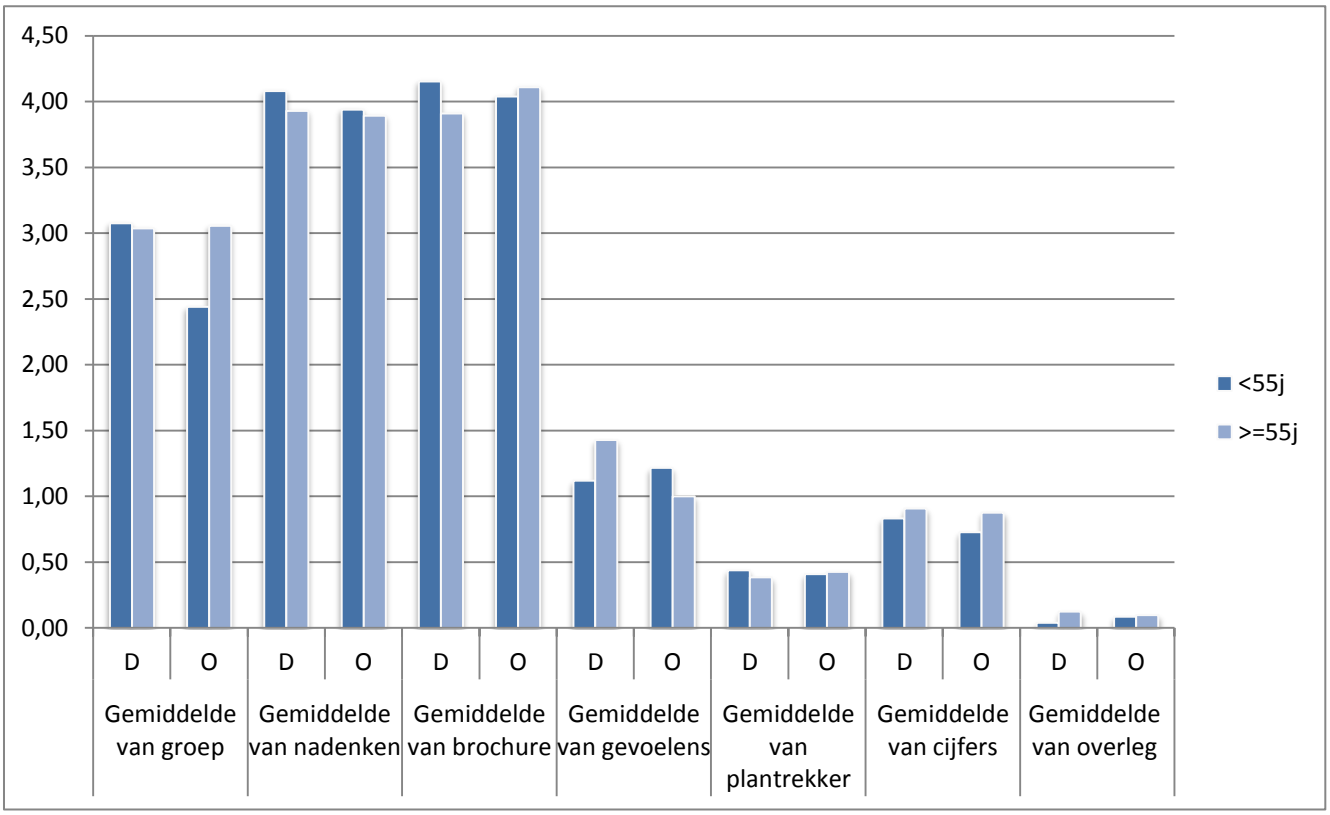
Figuur 9 tenslotte bekijkt de verschillen in antwoorden van de personen die in het voor- of najaar geboren zijn. Afgaande op deze cijfers hecht iemand die in het voorjaar geboren is meer belang aan het delen van ervaringen en een brochure, minder het bespreken van gevoelens, en zullen ze zichzelf minder vaak als een plantrekker omschrijven. Mogelijke relevantie van deze laatste tweedeling wordt verderop besproken in het kader van het relatieve leeftijdseffect.



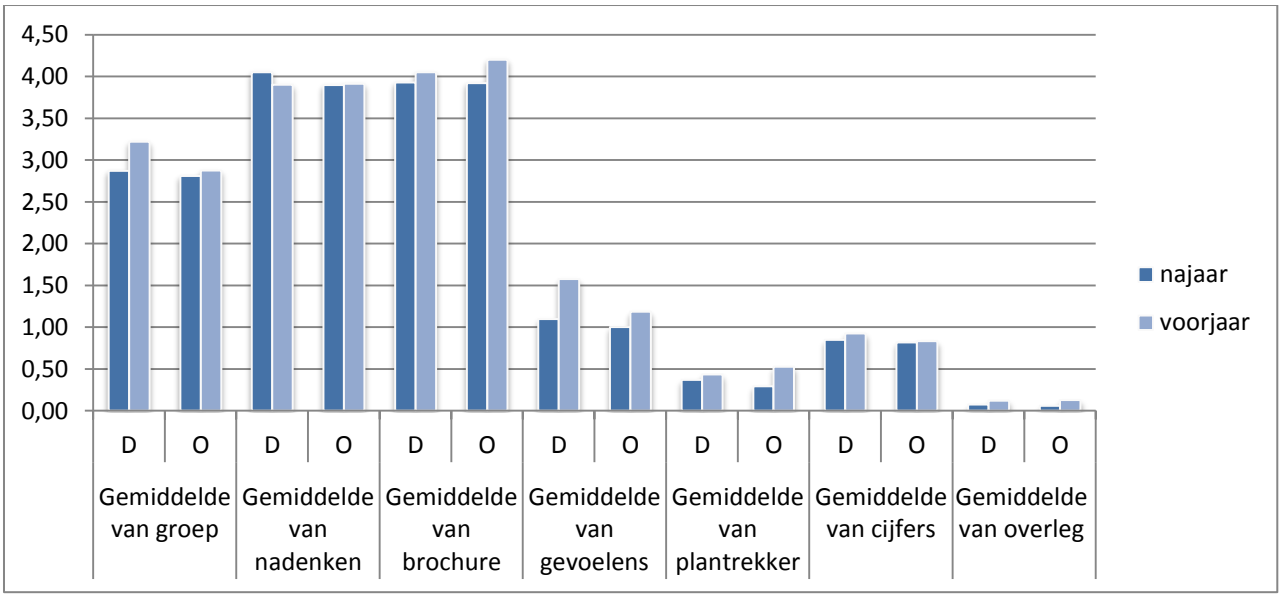
Figuur 6 Verschillen vragenlijst deelnemers versus niet deelnemers
D= gesloten omslag, O: open omslag



Figuur 7 Verschillen vragenlijst mannen versus vrouwen
D= gesloten omslag, O: open omslag



Figuur 8 Verschillen vragenlijst naargelang leeftijd
D= gesloten omslag, O: open omslag



Figuur 9 Vragenlijst verschillen relatieve leeftijdseffect
D= gesloten omslag, O: open omslag

2) Gewichtsreductie

Aan de hand van de hierboven besproken antwoorden op de vragenlijsten, zijn we met 73 personen gestart aan een zes-maandenplan om gewichtsreductie te bekomen. Op het einde van deze periode werden onze deelnemers opnieuw opgeroepen voor een eindmeting en een tevredenheidsenquête. Hiervan hebben 54 personen zich aangemeld waarvan 47 met een tevredenheidsenquête. 2 enquêtes werden ingediend zonder eindmetingen.

Eindmetingen

Alle gegevens van personen met eindmetingen worden weergegeven, inclusief één persoon met een nieuw vastgestelde hyperthyroïdie, één persoon met een eetbuistoornis en drie personen die gelijktijdig de stap hebben gezet om te stoppen met roken. Vermelden we hier dat drie personen depressief zijn geworden in de periode dat de studie liep. Zij hebben uiteraard geen eindmeting meegedaan.

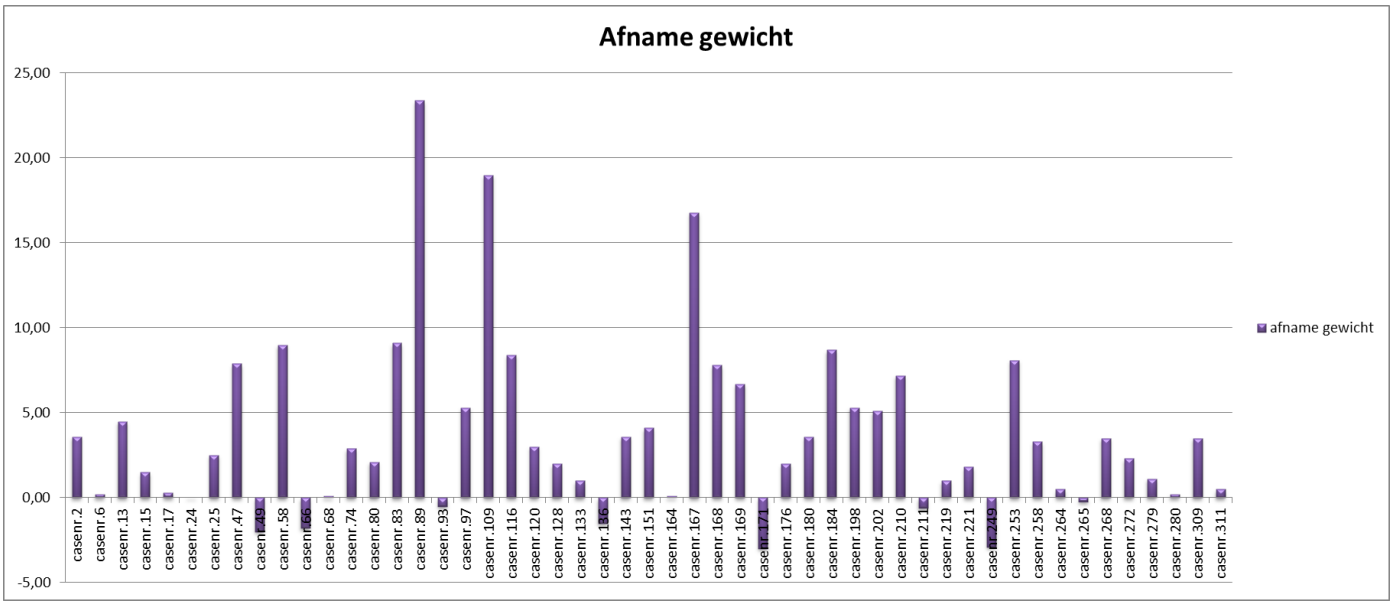
Tabel 14 toont de afname in gewicht, afname in gewicht in percentage van het startgewicht, BMI en buikomtrek van de resterende 54 personen. De buikomtrek van casenummer 109 en 169 ontbreken. We zagen een gemiddelde gewichtsafname van 3,73 kg, een gemiddelde gewichtsafname van 4,08% ten opzichte van hun startgewicht, een gemiddelde BMI- afname van 1,29 kg/m² en gemiddelde buitomtrek afname van 3,68 cm. We behaalden met zes personen een gewichtsreductie van minstens 10% met de bijhorende gezondheidswinst en nog eens zes personen waren zeker op goede weg met een reductie tussen de 7,5 en 10%. Figuur 10, Figuur 11, Figuur 12 en Figuur 13 stellen deze gegevens visueel voor.

Zoals aangegeven in Figuur 14 was er een grotere procentuele gewichtsreductie naarmate personen vaker terugkwamen.

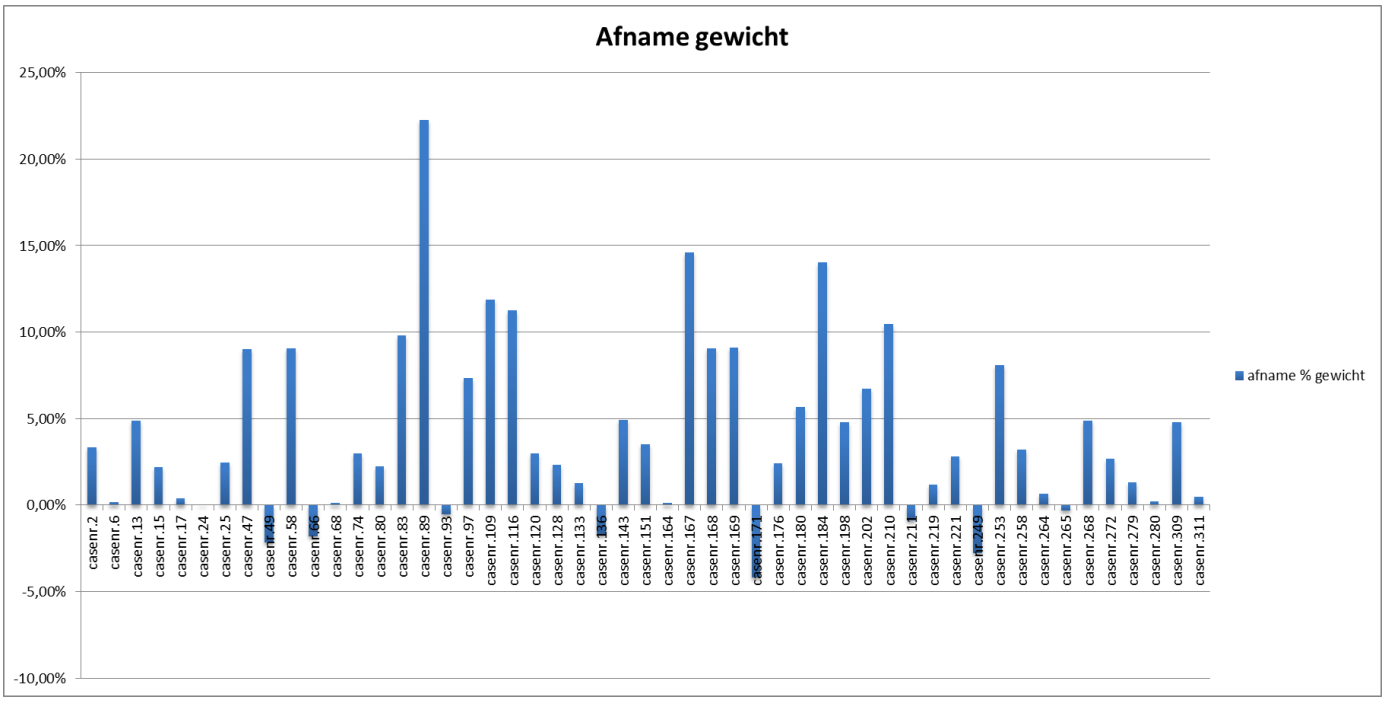
Tabel 14 overzicht afname in gewicht (in kg en in percentage tot het startgewicht), afname in BMI (in cm) en afname in buikomtrek - *BO* (in cm) .

Casenr.	afname gewicht	afname % gewicht	afname BMI	afname BO
casenr.2	3,60	3,35%	1,20	11,00
casenr.6	0,20	0,20%	0,08	4,00
casenr.13	4,50	4,89%	1,55	5,00
casenr.15	1,50	2,22%	0,61	-6,00
casenr.17	0,30	0,41%	0,13	7,00
casenr.24	0,00	0,00%	0,00	-1,00
casenr.25	2,50	2,49%	0,85	7,00
casenr.47	7,90	9,02%	2,61	10,00
casenr.49	-2,00	-2,13%	-0,71	-4,00
casenr.58	9,00	9,09%	2,97	6,00
casenr.66	-1,80	-1,81%	-0,60	1,00
casenr.68	0,10	0,13%	0,04	-5,50
casenr.74	2,90	2,99%	0,98	5,00
casenr.80	2,10	2,24%	0,67	-12,00
casenr.83	9,10	9,84%	2,90	12,00
casenr.89	23,40	22,29%	7,55	28,00
casenr.93	-0,50	-0,53%	-0,20	0,00
casenr.97	5,30	7,36%	2,12	6,00
casenr.109	19,00	11,88%	6,13	
casenr.116	8,40	11,29%	3,09	10,00
casenr.120	3,00	3,01%	1,13	2,00
casenr.128	2,00	2,35%	0,78	15,00
casenr.133	1,00	1,30%	0,36	-2,00
casenr.136	-1,50	-1,69%	-0,51	0,00
casenr.143	3,60	4,93%	1,34	-1,00
casenr.151	4,10	3,53%	1,29	6,00
casenr.164	0,10	0,14%	0,04	4,00
casenr.167	16,80	14,61%	5,19	18,00
casenr.168	7,80	9,07%	2,46	11,00
casenr.169	6,70	9,14%	2,94	
casenr.171	-3,00	-4,17%	-1,22	2,00
casenr.176	2,00	2,44%	0,67	3,00
casenr.180	3,60	5,68%	1,69	10,00
casenr.184	8,70	14,03%	4,03	5,00
casenr.198	5,30	4,82%	1,53	4,00
casenr.202	5,10	6,73%	1,92	6,00
casenr.210	7,20	10,47%	2,71	0,00
casenr.211	-0,60	-0,86%	-0,23	-5,00
casenr.219	1,00	1,19%	0,36	2,00
casenr.221	1,80	2,81%	0,74	4,00
casenr.249	-2,90	-2,78%	-1,00	-6,00
casenr.253	8,10	8,10%	2,51	6,00
casenr.258	3,30	3,22%	1,01	0,00
casenr.264	0,50	0,69%	0,20	3,00
casenr.265	-0,25	-0,31%	-0,08	2,00
casenr.268	3,50	4,89%	1,40	13,00
casenr.272	2,30	2,68%	0,73	-6,00
casenr.279	1,10	1,33%	0,41	0,00
casenr.280	0,20	0,25%	0,08	-9,00
casenr.309	3,50	4,79%	1,25	5,00
casenr.311	0,50	0,52%	0,15	5,00
GEMIDDELDE	3,73	4,08%	1,29	3,68

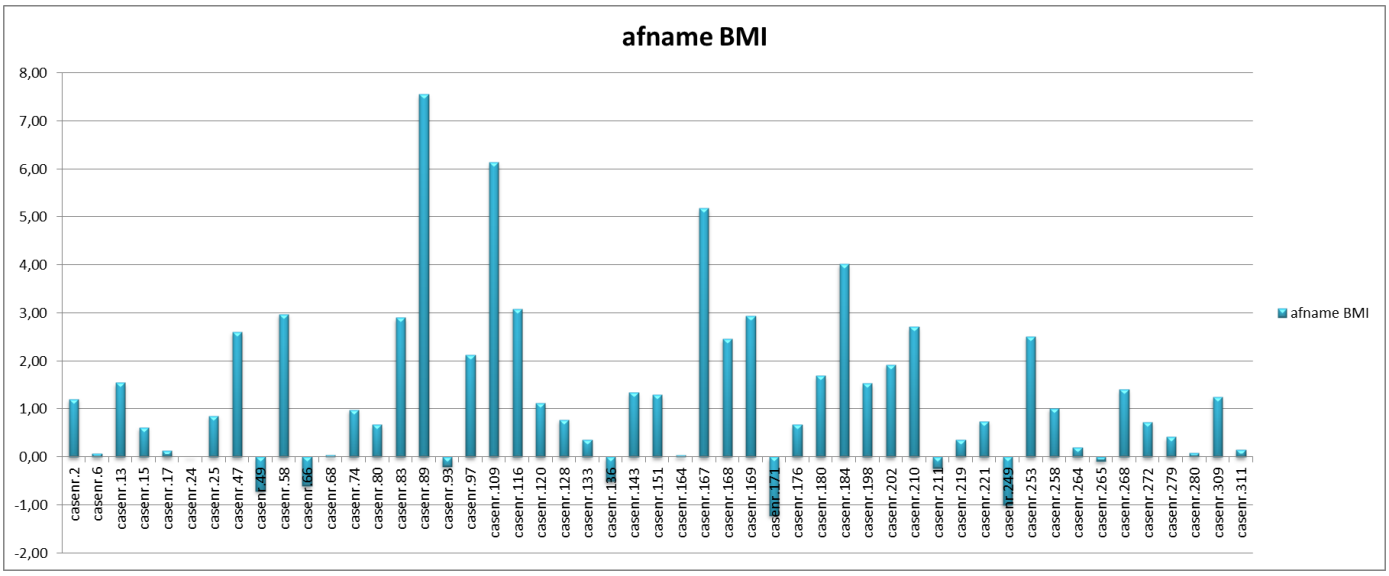
Figuur 10 Afname in gewicht (in kg) per deelnemer waarvan eindgewicht beschikbaar was, gerangschikt volgens casenummer.



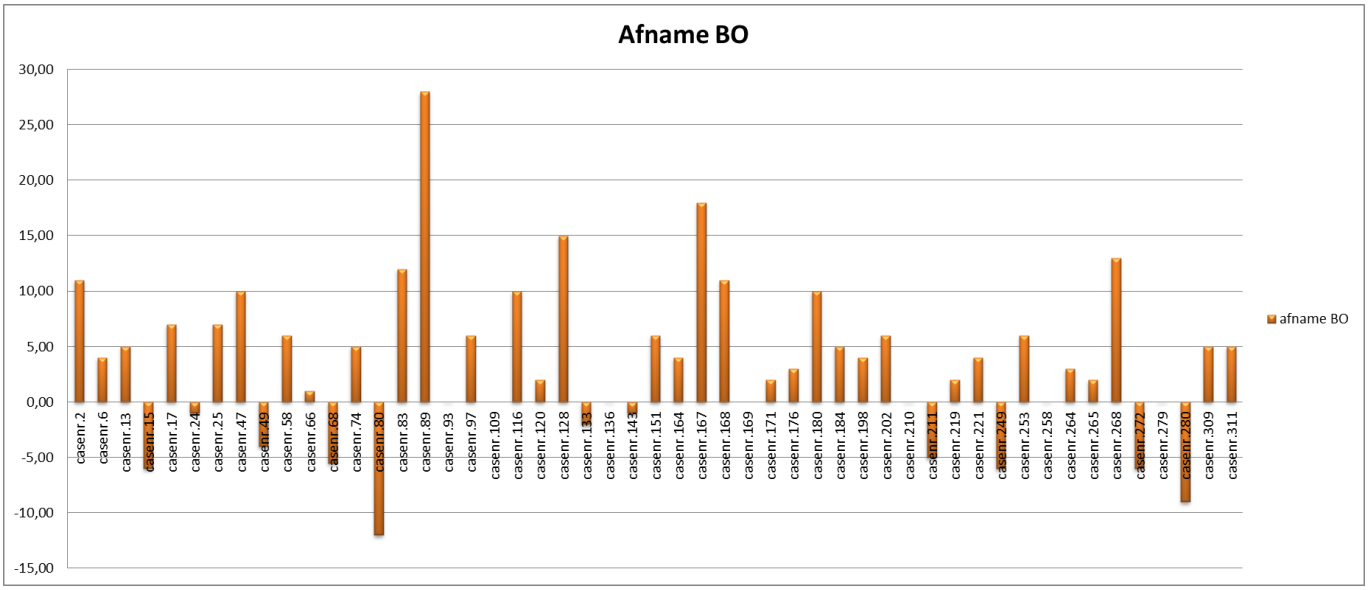
Figuur 11 Afname in gewicht per deelnemer waarvan een eindgewicht beschikbaar was, als percentage van zijn/haar startgewicht. Gerangschikt volgens casenummer.



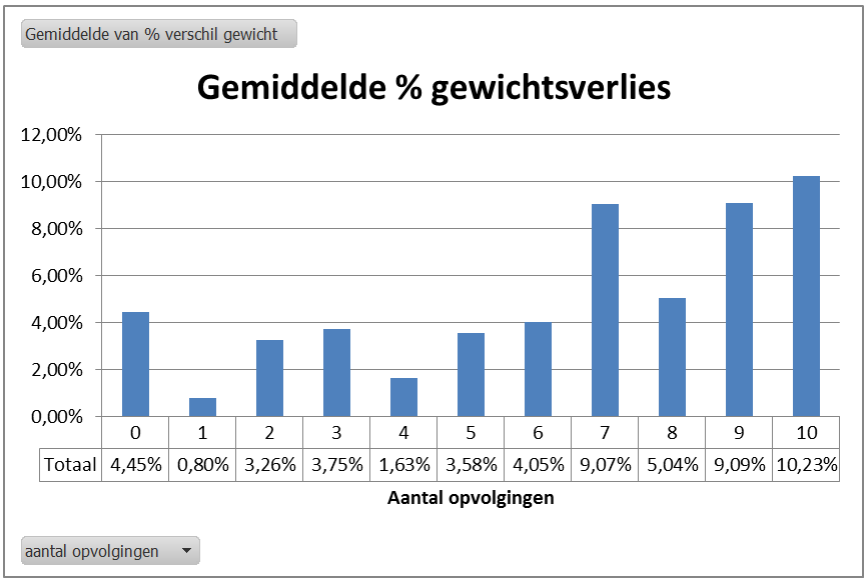
Figuur 12 Afname in BMI (in kg/m²) per deelnemer waarvan eindBMI beschikbaar was, gerangschikt volgens casenummer



Figuur 13 Afname in buikomtrek (in cm) van de deelnemers waarvan een eindbuikomtrek beschikbaar was.



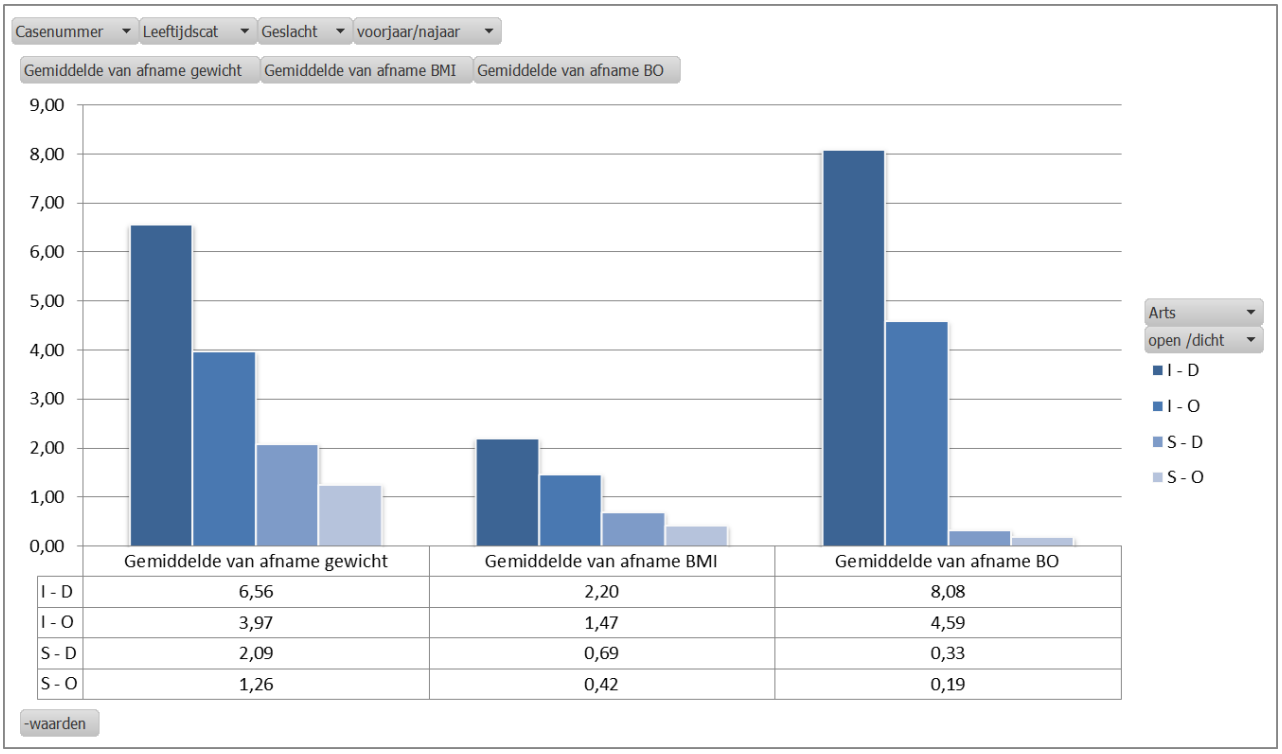
Figuur 14 Procentuele gewichtsreductie in verhouding tot het aantal vervolgraadplegingen.



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totaal	4,45%	0,80%	3,26%	3,75%	1,63%	3,58%	4,05%	9,07%	5,04%	9,09%	10,23%

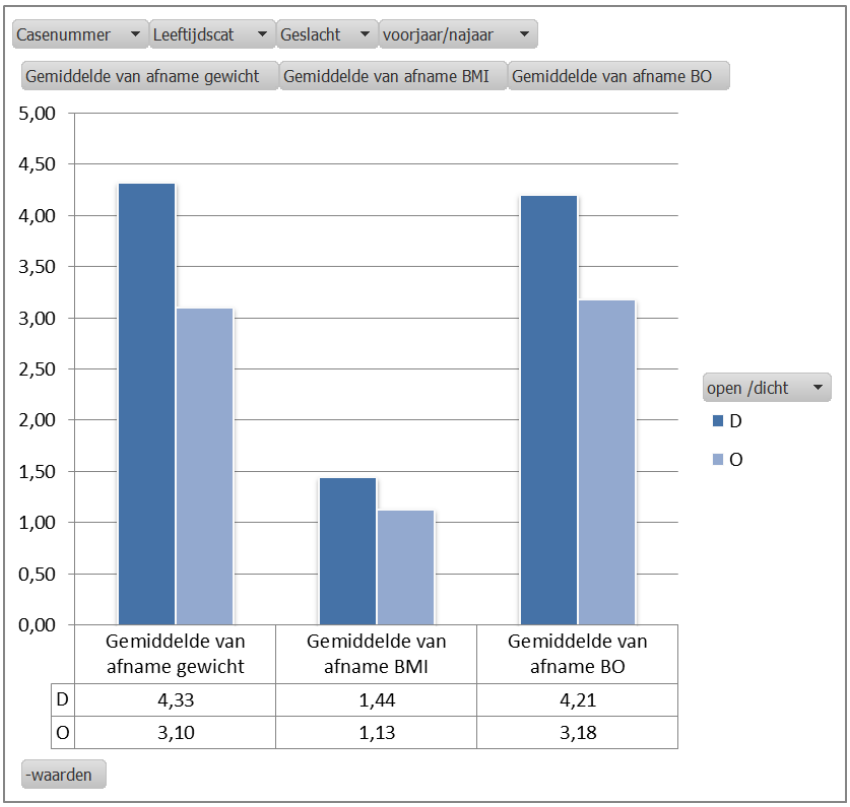
Bekijken we dit in de vooropgestelde groepen, komen we tot de resultaten weergegeven in Figuur 15 en Figuur 16. Tegengesteld aan onze hypothese bereikten de personen van wie we de communicatievoorkeuren vooraf niet kenden (D= gesloten omslag) betere resultaten dan de groep waarvan deze wel gekend waren.

Figuur 15 Afname in gewicht (in kg), BMI (in kg/m²) en buikomtrek (in cm) voor de groepen I/O, I/D, S/O en S/D
I= praktijkopleider, S= huisarts in opleiding
O = open omslag, D: gesloten omslag
BO = buikomtrek



	Gemiddelde van afname gewicht	Gemiddelde van afname BMI	Gemiddelde van afname BO
I - D	6,56	2,20	8,08
I - O	3,97	1,47	4,59
S - D	2,09	0,69	0,33
S - O	1,26	0,42	0,19

Figuur 16 Afname in gewicht (in kg), in BMI (kg/m²) en buikomtrek (in cm) voor de groepen O en D
O = open omslag,D= gesloten omslag
BO = buikomtrek



	Gemiddelde van afname gewicht	Gemiddelde van afname BMI	Gemiddelde van afname BO
D	4,33	1,44	4,21
O	3,10	1,13	3,18

Tevredenheidsenquête

De antwoorden op de tevredenheidsenquête worden weergegeven Tabel 15. Hierin worden ook de verkorte namen weergegeven die gebruikt werden in de data verwerking en in Figuur 17. We moeten vaststellen dat in het algemeen de personen waarvan de vragenlijst werd nagelezen, nipt lager scoorden op de tevredenheidsenquête. De som van de gemiddelden van de vragenlijst was 46,85 voor de open omslagen, versus 47,52 voor de gesloten omslagen. Dit met een maximaal mogelijke score van 55.

Wat bij nader bekijken van deze resultaten wel opvalt is dat de groep met de open omslagen, ondanks een minder positieve score zichzelf wél hoger scoort in verandering van voedings- en bewegingspatroon.

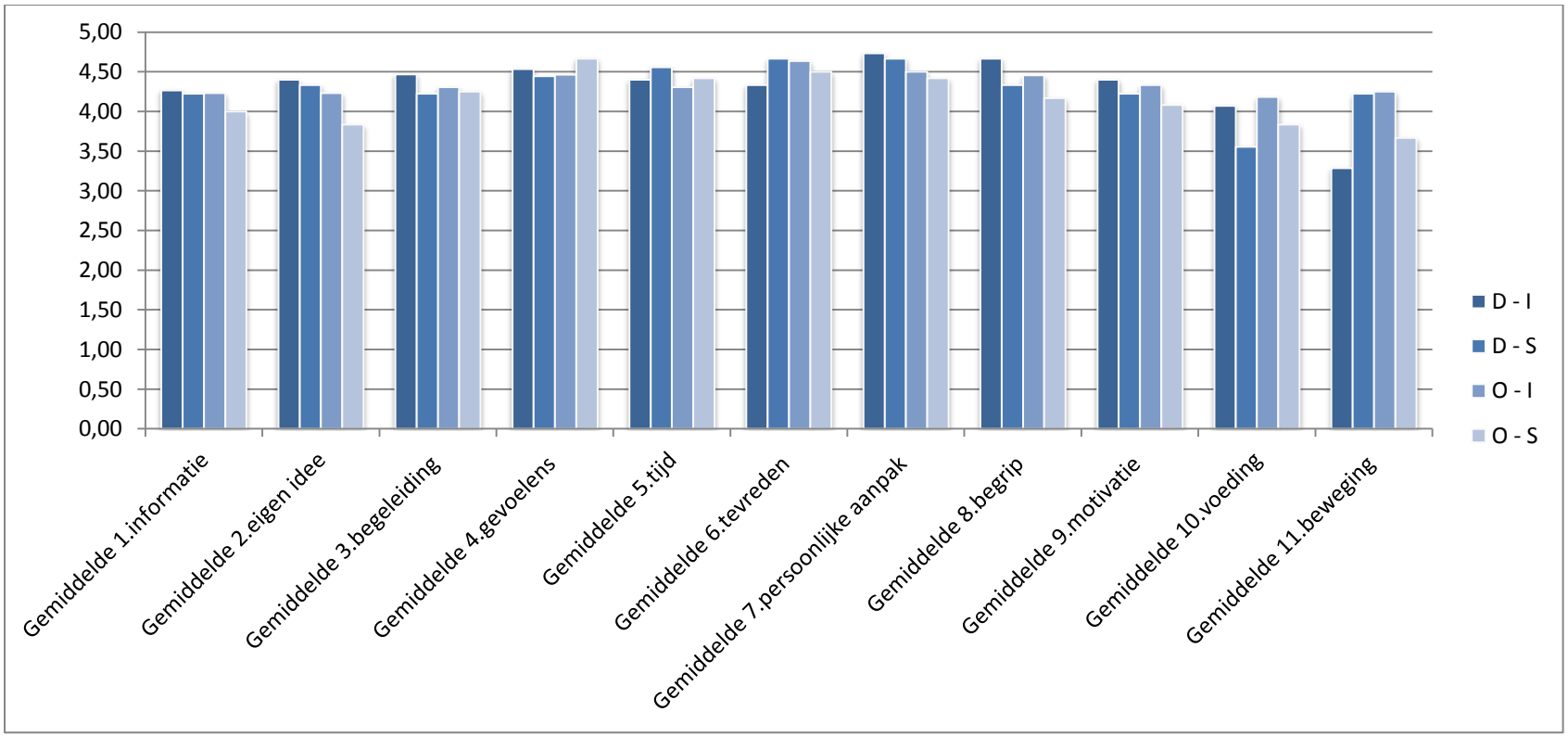
		D			O		.	Eindtotaal
Verkorte naam	**stelling**	**I**	**S**	**I+S**	**I**	**S**	**I+S**	
Gemiddelde 1.informatie	1.De gegeven informatie over overgewicht en zijn mogelijke behandelingsstrategieën voldeed aan mijn verwachtingen	4,27	4,22	4,25	4,23	4,00	4,12	4,18
Gemiddelde 2.eigen idee	2.Ik had het gevoel dat er naast concrete adviezen van de arts, voldoende rekening werd gehouden met mijn eigen ideeën bij het maken van het behandelplan	4,40	4,33	4,38	4,23	3,83	4,04	4,20
Gemiddelde 3.begeleiding	3.Ik werd voldoende begeleid tijdens de opvolging, zonder dat ik dit als keurslijf ervoer	4,47	4,22	4,38	4,31	4,25	4,28	4,33
Gemiddelde 4.gevoelens	4.Naarmate ik daar behoefte aan had, kon ik mijn gevoelens ter sprake brengen	4,53	4,44	4,50	4,46	4,67	4,56	4,53
Gemiddelde 5.tijd	5.Ik had de vrijheid om voldoende tijd te nemen voor beslissingen, zonder dat daardoor al te lang onduidelijkheid bleef bestaan	4,40	4,56	4,46	4,31	4,42	4,36	4,41
Gemiddelde 6.tevreden	6.Ik ben in het algemeen tevreden over de manier waarop ik werd aangesproken over mijn gewicht	4,33	4,67	4,46	4,64	4,50	4,57	4,51
Gemiddelde 7.persoonlijke aanpak	7.Door haar persoonlijke aanpak, hield mijn arts voldoende rekening met mijn mogelijkheden en behoeften.	4,73	4,67	4,71	4,50	4,42	4,46	4,58
Gemiddelde 8.begrip	8. Ik had de indruk dat de dokter goed begreep welke aanpak voor mij best geschikt is	4,67	4,33	4,54	4,45	4,17	4,30	4,43
Gemiddelde 9.motivatie	9.Na de gesprekken met mijn arts was ik gemotiveerd en heb ik mij oprecht ingezet om gezondere leefgewoontes aan te nemen	4,40	4,22	4,33	4,33	4,08	4,21	4,27
Gemiddelde 10.voeding	10.Mijn voedingspatroon is veranderd ten opzichte van 6 maanden geleden	4,07	3,56	3,87	4,18	3,83	4,00	3,93
Gemiddelde 11.beweging	11.Ik neem meer beweging ten opzichte van 6 maanden geleden	3,29	4,22	3,65	4,25	3,67	3,96	3,81
SOM gemiddelden		47,56	47,44	**47,52**	47,89	45,83	**46,85**	47,19

Tabel 15 Tevredenheidsenquête

I= groep begeleid door praktijkopleider, S= groep begeleid door huisarts in opleiding, D= gesloten omslag, O= open omslag

antwoordmogelijkheiden:0= helemaal niet akkoord, 1= niet akkoord, 2= eerder niet akkoord, 3= eerder wel akkoord, 4= wel akkoord, 5= helemaal akkoord.

SOM gemiddelden : maximaal antwoord=55



Figuur 17 Tevredenheidsenquête
D= gesloten omslag, O= open omslag

5. Bespreking

1) Vragenlijst

Vooraleer we de antwoorden op deze vragenlijst kritisch kunnen bekijken, staan we even stil bij de opstelling van de vragenlijst zelf .

- ***Opstelling***

Deze vragenlijst werd opgesteld basis van de Myers-Briggs typering en het FLEX care concept van Allen en Brock (8). Ze werd in samenwerking met een laatstejaarsstudente communicatiewetenschappen opgesteld en gecontroleerd door promotor en copromotor. Een testfase naar de validiteit van de vragenlijst werd echter niet doorlopen.

Een toevallig dubbel ingevulde vragenlijst toont aan dat eenzelfde persoon op twee verschillende tijdstippen andere antwoorden heeft aangekruist (zie Tabel 13). Dit kan er enerzijds op wijzen dat de vragenlijst onvoldoende eenduidig is of anderzijds dat deze vooropgestelde items en de communicatievoorkeuren afhankelijk zijn van de situatie zoals ook het FLEX Care model aangeeft. Dit laatste werd ook regelmatig aangegeven in de commentaren van de patiënten bij de vragen weergegeven in Tabel 10 en Tabel 12.

Verder kunnen we het aantal personen die niets geantwoord hebben op een vraag, of meerdere antwoorden aankruisten, opmaken uit deze tabellen. Het aantal van dergelijke (ontbrekende) antwoorden is het grootste in het tweede deel van de vragenlijst. In tegenstelling tot deel 1 waar zes antwoordmogelijkheden waren, waren er in dit deel slechts twee antwoorden mogelijk. Vooral de vraag die cijfermateriaal tegenover het grote plaatje en de gevolgen stelt, wordt vaak open gelaten. We zijn er dus niet zo goed in geslaagd het aspect probleemexploratie (sensing/intuition) na te gaan. Ook bij de afweging plantrekker versus strakke begeleiding, die bovendien ook sensing/intuition aftoetst, kiest zo ‘n 40 % voor het eerste. Lezen we de commentaren er op na, dan geven er velen aan dat ze ondanks het feit dat ze een plantrekker zijn, toch ook graag nauw begeleid willen worden. Hierbij viel de bedenking of de woordkeuze “plantrekker” in onze leefwereld een erg positieve bijklank zou kunnen hebben. Waarbij de negatiever klinkende tegenpolen als “afhankelijk zijn” en “niet voor zichzelf kunnen zorgen”, “geen karakter hebben”, … naar boven komen. Een volledig neutrale formulering is echter onmogelijk.

- ***Resultaten***

I. Deel 1

Bekijken we de antwoorden van Deel 1 meer in detail, dan zien we dat onze testpopulatie gemiddeld graag wat tijd heeft om na te denken, een brochure ter ondersteuning meekrijgt en over zijn gevoelens kan praten met zijn arts. Hierbij is de spreiding van de antwoorden op het laatste item het grootst (StDev 1.26). Niet iedereen staat dus te springen om met zijn arts over zijn gevoelens te spreken. Hier kunnen we dus zeker rekening mee houden bij het bevragen van de ICE. Onze testpopulatie gaat gemiddeld ook eerder akkoord met het delen van ervaringen met lotgenoten, al zijn ook de antwoorden hierop erg wisselend (StDev 1.52).

II. Deel 2

Tenslotte blijkt uit de antwoorden op de laatste vraag van Deel 2, dat er toch enkelingen zijn (10% van de testpopulatie) die niet zo opgezet zijn met een overleggende communicatiestijl. Dit bevestigt het fenomeen waar we in de praktijk soms op stoten, getypeerd door reacties als “Wie is er hier de dokter?”. Uiteraard blijft de grote meerderheid van de geteste personen wel graag in overleg gaan en appreciëren dat hun mening in rekening wordt gebracht. Door in de oriëntering van een consult de ICE te bevragen, wordt vaak al snel duidelijk hoe iemand hier tegenover staat. De vraag is of men ondanks het opmerken van enige weerstand toch moet blijven doorgaan in deze stijl.

III. Verschillen

Gezien we van alle patiënten die een vragenlijst indienden geslacht en geboortedatum hebben genoteerd en van al diegenen die voor een GMD plus kwamen ook het BMI, waren we in de mogelijkheid om de antwoorden op de vragenlijst van verschillende groepen te vergelijken. De resultaten hiervan werden hierboven weergegeven. Gezien de beperkte aantallen werd geen significantieniveau bepaald. We kiezen er dan ook voor enkele tendensen te aan te geven, als aanzet voor verder onderzoek.

Als we de deelnemers versus de niet-deelnemers met een BMI > 25 kg/m² vergelijken, valt vooral het verschil in aangegeven appreciatie van het bespreken van gevoelens op (zie Figuur 6). De groep niet-deelnemers lijkt minder graag over zijn gevoelens te spreken met zijn arts. Zou het item overgewicht voor deze mensen erg gevoelig liggen?

Bekijken we in Figuur 7 de verschillen in de antwoorden van mannen versus vrouwen, dan zien we deze laatste iets hoger scoren voor het uitwisselen van ervaringen. Duidelijker is het verschil in belang dat gehecht wordt aan het bespreken van gevoelens, zoals we verwacht hadden.

De opdeling in leeftijd zoals weergegeven in Figuur 8 lijkt minder relevant. Het idee dat oudere mensen de “oude stijl” met een minimum aan overleg zouden verkiezen, wordt op zijn minst in vraag gesteld.

In Figuur 9 bekeken we de verschillen tussen de personen die in het voor- of najaar geboren werden. In het voetbal is reeds lang het relatieve leeftijdseffect[18] beschreven. Men zag een discrepantie in geboortedata van voetballers per ploeg. Diegenen die het oudst waren op het moment van selectie bleken het vaakst geselecteerd. Zo kregen ze meer kansen om hun talent uit te spelen, schopten ze het verder en was er minder drop-out. Prof. Helsen (KULeuven – FABER) beschrijft in zijn lessen zelfs een gelijkaardig fenomeen in het onderwijs. In de kleuterklas al zouden kinderen geboren in het najaar vaker blijven zitten en de eerstejaarsstudenten van de KULeuven zouden ook vaker in het voorjaar geboren worden. In dat opzicht leek het me interessant om na te gaan of deze continu aanhoudende selectieprocedure dan ook een effect heeft op de persoonlijkheden die mensen ontwikkelen en hun daarbij horende communicatievoorkeuren.

Deze steekproef zou een aantal dingen kunnen aanwijzen over personen die in het voorjaar geboren worden: zij delen eerder graag hun ervaringen met anderen, wat we zouden kunnen plaatsen onder een eerder goed gevoel in groepen. Verder hechten ze minder belang aan concrete feiten en cijfers of het bespreken van hun gevoelens: je zou ze zorgelozer kunnen noemen. Ze beschrijven zichzelf minder als plantrekker wat je dan weer zou kunnen linken aan het in verhouding “minder moeten

vechten voor een plaats". Verder kiezen zij duidelijker voor een brochure dan de groep die in het najaar is geboren.

Uiteraard moeten we al deze resultaten in het juiste perspectief zien : het gaat om een vrij beperkte studiepopulatie, een niet gevalideerde vragenlijst en relatief kleine verschillen zonder significantiebepaling.

Hier willen we ook benadrukken dat de personen die deze vragenlijst allemaal patiënten van dezelfde praktijk zijn. Een plattelandspraktijk van een vrouwelijke solo-arts. Vermoedelijk bepalen deze en een groot aantal andere kenmerken van de arts en de praktijk ook de praktijkpopulatie en bijgevolg hun communicatievoorkeuren.

2) Gewichtsreductie

Ook hier kunnen we de resultaten niet onder de loep nemen, zonder eerst de methode en het studieverloop kritisch te bekijken.

- ***Methode en studieverloop***

I. Opkomst

Aanvankelijk was er een eerder lage opkomst voor de GMD-plus raadpleging. Vaak verschenen patiënten op een gewone raadpleging.

Misschien waren de oproepingsbrieven te onduidelijk? Of kwam het tijdstip moeilijk uit? (Zaterdagvoormiddag en woensdagmiddag/feestperiode (januari- februari)) .
Begin februari hebben we alle uitgenodigde patiënten, waarvan we nog geen reactie hadden maar wel een emailadres, een herinneringsmail gestuurd. Deze keer maakten we de informatie concreter en schematischer, met resultaat.

Verschillende patiënten wilden ook als koppel komen. Dit was voor hen natuurlijk een extra motiverende factor. Dit bemoeilijkte de studie: enerzijds aangezien een strikt persoonlijk toegepaste communicatiestijl niet echt kon worden uitgewerkt, anderzijds omdat bij een koppel met open én gesloten briefomslag, de communicatievoorkeuren sneller achterhaald worden.

De vragenlijst werd meestal ingevuld meegebracht bij het eerste consult na ontvangst van de uitnodiging. Hier en daar waren er echter patiënten die hulp vroegen aan hun arts om samen met hen de vragenlijst in te vullen. In die gevallen is dan ook het opzet van de studie deels teniet gedaan. Toch hebben we deze vragenlijsten ingevuld samen met de patiënten, zodat de gegevens alsnog gebruikt kunnen worden in de analyse van de vragenlijst.

II. Gegevensregistratie

Al snel bleken papieren vragenlijsten en opvolgfiches weinig gebruiksvriendelijk. We maakten een protocolscherm aan in Medidoc, waarin vervolgens alles grondig kon worden opgevolgd en ook onmiddellijk geïntegreerd werd in het patiëntendossier .

De fasen van verandering van de patiënt en de persoonlijke inschatting van aanpassing aan de communicatievoorkeuren van de patiënt door de arts, werden niet systematisch genoteerd. De

fasen van verandering varieerden tussen actie fase /onderhoudsfase/ hervalfase.
De persoonlijke inschatting van aanpassing aan de communicatievoorkeuren bleek in de praktijk zeer weinig relevant. We merkten zelf een grote bias, afhankelijk van de bereikte gewichtsreductie van de patiënt. Deze inschattingen werden dan ook verder niet meer geregistreerd.

III. Aanpassing aan de voorkeuren

Er werden enkele algemene toepassingen verwoord, maar er was geen afzonderlijk protocol per antwoord op elke vraag.

Voor de vragenlijst zelf werden bij vier van de zeven vragen, zes antwoordmogelijkheden gegeven. Deze nuancering (noodzakelijk voor de interpretatie van de vragenlijst zelf) zorgvuldig overgieten in een protocol leek ons onhaalbaar en het opvolgen hiervan erg moeilijk meetbaar/ reproduceerbaar. Daarom kozen we als interventie voor het eenduidige “het al dan niet lezen van de voorkeuren van de patiënt en zich daar naar eigen vermogen aan aanpassen”. Dit heeft ons inziens echter met zich meegebracht dat de verschillen in communicatiestrategie vaak eerder klein waren. De combinatie van een uitgebreide genuanceerde vragenlijst en een eenvoudig en eenduidig protocol blijkt erg moeilijk.

IV. Opvolging

Het studieprotocol was er vooral op voorzien om mensen in de goede richting te sturen voor hun gewichtsreductie, met oog op verwijzingen naar diëtisten, sportverenigingen, multidisciplinaire aanpak, … Als voorbereiding hierop werd de sociale kaart van de omgeving volledig opgefrist, met ook de aanbiedingen op dit vlak door de verschillende mutualiteiten.

Het merendeel van de patiënten bleek echter eerst te willen proberen om samen met hun arts te vermageren. Op die manier werden we ingeschakeld in het hele coaching proces. Vol enthousiasme hebben we hierin geprobeerd ons mannetje te staan, al heeft een huisarts niet meteen dezelfde achtergrond in dit soort coaching als een diëtist en/of sportbegeleider.

V. Tevredenheidsenquête

Bij het opstellen van de tevredenheidsenquête hebben we er onvoldoende op gelet de vragen afwisselend positief en negatief te formuleren. Zoals terecht opgemerkt door een patiënt is dit gevaarlijk voor “ja-knikkers”.

- ***Resultaten***

Bij de eindmetingen zien we dat ons project voor een aantal personen een zeer grote verandering teweeg gebracht heeft. Hieraan zien we dat een relatief klein en dus laagdrempelig project in de praktijk toch belangrijke gevolgen kan hebben voor het individu, ook al is de gemiddelde gewichtsafname eerder beperkt.

De bovengenoemde gewichtsreducties zijn alle drie bereikt door patiënten van de praktijkopleider. Ook als we de gemiddelde afname in gewicht, BMI en buikomtrek van de verschillende groepen naast elkaar leggen, scoren haar groepen opvallend beter (Figuur 15). Zij hanteerde over het algemeen een meer directieve stijl dan de huisarts in opleiding. Verder vroeg ze de patiënten ook om te blijven neerschrijven wat ze aten, wat een betere controle biedt.

Nemen we verder de vergelijking van de open en gesloten omslagen onder de loep (Figuur 16), zien we dat, in tegenstelling tot onze verwachtingen, de patiënten met een gesloten omslag een groter gewichtsverlies bereikten. Hetzelfde fenomeen zien we in de antwoorden op de tevredenheidsenquête. Ook hier scoren de personen uit de groepen met de gesloten omslagen zelfs net iets beter (Tabel 15). Ondanks de eerder vermelde beperkingen van de studie (kleine aantallen, niet gevalideerde vragenlijst, geen doorgedreven protocol betreffende het aanpassen aan de communicatievoorkeuren, de beperkte coachingservaring van de artsen, de niet gevalideerde tevredenheidsenquête), doen bovenstaande resultaten onze hypothese toch wankelen: We hebben de patiënten van de groepen I/O en S/O objectief noch subjectief beter kunnen begeleiden.

Een oorzaak hiervan kunnen we zoeken in het feit dat we bij de mensen met open omslagen de communicatievoorkeuren mogelijks minder hebben afgetoetst. Misschien gaat het hem net daarom: het gevoel hebben dat er met jou persoonlijk rekening gehouden wordt. Hieruit zouden we dan kunnen afleiden dat de vragenlijstmethode in dit opzicht geen goede techniek is.

Bovendien mogen we niet vergeten dat er geen significantieniveaus zijn bepaald. We weten dus niet of deze verschillen significant zijn of binnen de marges van toevallige fluctuaties vallen en dus evengoed andersom hadden kunnen uitdraaien.

3) Literatuurgeleide reflectie.

Aan het eind van ons project toetsen we graag onze bevindingen aan een bredere literatuursearch zoals hierboven beschreven.

Uit onze vragenlijst blijkt dat onze testpopulatie graag wat tijd heeft om na te denken, een brochure ter ondersteuning meekrijgt en over zijn gevoelens kan praten met zijn arts. Diezelfde aspecten vinden we terug in de literatuur.

Jolles et al beschrijven de problematiek rond geschreven en gesproken informatie. Gesproken adviezen kunnen we nauwkeuriger afstemmen op onze patiënt, maar blijft de patiënten minder bij. Brochures en patiëntenfolders blijken dan weer vaak te moeilijk en te onduidelijk, zoals ook wordt opgemerkt in de commentaren bij de vragenlijst door de patiënt. Een combinatie van beiden is dus aan te raden.

Het beperkte tijdsbestek van een consultatie wordt ook door Jolles et al, net als door Heinrich en Karner, aangehaald als een belangrijke hindernis in de communicatie. Hoewel onze vraag letterlijk "tijd om na te denken" bevroeg, is het aannemelijk dat de personen die dit antwoord gaven, een beperkt tijdsbestek ook als hinderlijk zouden ervaren.

Hoewel het merendeel van onze patiënten graag over zijn gevoelens lijkt te praten met zijn arts, merkten we hierop een ruime spreiding. De literatuur wijst ons erop dat men het aspect "caring" binnen een zorgsituatie uiteraard niet kan herleiden tot het letterlijk bespreken van gevoelens. Onder "caring" verstaan Cousin et al het creëren en het behouden van een goede relatie met de patiënt, meer concreet het uitstralen van warmte, interesse, empathie, behulpzaamheid en goedhartigheid. Jolles et al beschrijven empathie dan weer als de cognitieve capaciteit om de noden van de patiënt te begrijpen, de affectieve sensitiviteit voor de gevoelens van de patiënten en de gedragsmatige capaciteit om het begrip van deze gevoelens over te brengen aan de patiënt. Beide auteurs bevestigen de correlatie met een grotere patiëntentevredenheid. Jolles et al benadrukken daarbij het belang van non-verbale communicatie zoals gezichtsexpressie, houding en paralinguïstische spraakkenmerken.

Vele studies zoals deze hierboven beschreven gaan steeds op zoek naar de grootste patiëntentevredenheid en de meest frequente patiëntenvoorkeuren. Wij probeerden echter met onze studie de aandacht te vestigen op het feit dat mensen nu eenmaal niet kunnen behandeld worden als een boetseerwerk van veralgemeningen en dat ieder van ons zijn eigen voorkeuren heeft. Het is uiteraard wel interessant om zicht te krijgen op de grote lijnen van die patiëntenvoorkeuren. Maar we moeten ons nog steeds weten aan te passen aan de persoon die voor ons zit en te polsen naar zijn of haar behoeften op dat ogenblik. Dat is eigenlijk ook wat aanbevolen wordt door Jolles en Cousin: geef aandacht aan je patiënt als de persoon die hij is, verbaal én non-verbaal.

Ook Oliviera et al geven aan dat het begrijpen van ervaringen van de patiënt en het ontwikkelen van een relatie op basis van emotionele support, meer dan het delen in verantwoordelijkheid gecorreleerd is met patiëntentevredenheid. Zo ook konden Cousin et al een onverdeelde appreciatie aantonen voor een "caring"-communicatiestijl ten, opzichte van de verdeelde appreciatie voor een "sharing"-communicatiestijl, waarbij de eigen opinie van de patiënt over sharing doorslaggevend was. Hoewel er op onze vragenlijst slechts 10% aangaf er niet van te houden steeds zijn mening te

moeten geven, blijkt het concept “shared decision making” (SDM) dus toch stof tot discussie in de literatuur.

Coyne en Hardner geven een mooi voorbeeld van de problemen van SDM in hun review over de betrokkenheid van kinderen binnen een beslissingsproces. Ze geven aan dat we capaciteiten om beslissingen te nemen van elk kind op zich moeten evalueren. Deze capaciteiten moeten we zien tegen de achtergrond van hun ervaringen, de ziekte, de opleiding, de familiale achtergrond en de specifieke situatie. Niet in het minst speelt dan nog de wil/de wens van het kind om effectief deel te nemen aan het beslissingsproces. Ook Müller-Engelman toetst de huidige opinies over SDM bij een aantal patiënten en zorgverstrekkers, waaruit ook weer situatiespecifieke kenmerken naar boven komen zoals de urgentie en de ernst van het probleem, naast de evidentie over, de mogelijke nevenwerkingen van en het aantal therapeutische opties. Tenslotte komt ook hier de wil van een patiënt om deel te nemen aan het beslissingsproces aan bod.

De gevaren van SDM en dus patient empowerment afhankelijk van de health literacy (feiten- en procedurekennisover gezondheidsproblemen) van een patiënt, werden begin dit jaar ook beschreven door Shulz en Nakamoto. Zij baseerden hun studie op literatuuronderzoek binnen de healthcare en binnen de management literatuur.

Bij mijn zoektocht naar verduidelijking hierover in de management sector kwam ik op het model van situationeel leiderschap van Hersey en Blanchard[19]. Dit model heeft twee dimensies : taakgericht en sturend leiderschap versus relatiegericht of ondersteunend leiderschap. Ze is gebaseerd op het feit dat niet alle leiderschapsstijlen in alle situaties toepasbaar zijn. Uiteraard zitten we in een arts-patiënt relatie allerminst in een werkgever-werknemer positie en al helemaal niet in een mindere – meerdere positie. Toch ben ik van mening dat we enkele aspecten hieruit in ons achterhoofd kunnen houden tijdens alledaagse consultaties.

Figuur 18 geeft bovenstaand model weer met de beschrijvingen door Nieuwenhuis (19). Samengevat komt het erop neer dat je uitzoekt in welke mate je werknemer zijn taak beheerst en welke betrokkenheid hij toont. Van hieruit bepaal je of je iemand eerder zal leiden, begeleiden, coachen of een delegerende stijl kan aannemen.

Toegepast op een consult proberen we kort in te schatten in welke mate onze patiënt al ervaring heeft met het onderwerp van het consult. Op die manier kunnen we later de uitgebreidheid en het niveau van de voorlichting kunnen bepalen. Daarnaast brengen we in kaart in welke mate er emotionele of motivationele hindernissen zijn, voordat de patiënt gerustgesteld, geventileerd en gemotiveerd naar huis kan. Op die manier komen Ideas, Concerns en Expectations zeker naar boven.

Terugkomend op gebruikte vragenlijst die we gebruikten tijdens dit project, zou op die manier alvast de nood aan het bespreken van gevoelens aan bod komen. Daarnaast kunnen we binnen de dimensie emoties proberen onzekerheid en motivatie te detecteren, zodat we kunnen inschatten of deze patiënt een plantrekker is, dan wel of er nauwe begeleiding en coaching nodig is. Verder kunnen we afhankelijk van zijn aangegeven kennis van het onderwerp afleiden in hoeverre we tijdens de voorlichting cijfers en concrete feiten aan bod moeten laten komen, alsook hem de tijd moeten geven om na te denken en een brochure kunnen meegeven.

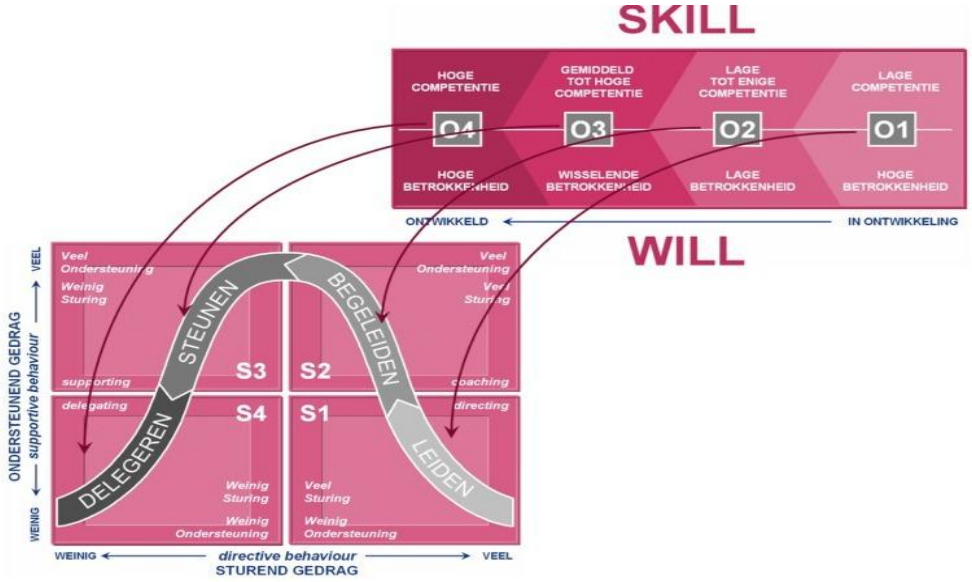
Belangrijk is ook de wisselwerking tussen beide dimensies: emotionele betrokkenheid en taakspecifieke competenties. Iemand kan bijvoorbeeld perfect weten hoe hij moet reanimeren, maar totaal stuurloos zijn als het om zijn eigen moeder gaat.

Bovendien bekomen we door het verbaal en non-verbaal aftoetsen van deze beide aspecten een "caring"-houding, die op haar beurt dan weer een "sharing"- houding mogelijk maakt.

Hoewel we uit deze korte literatuurgeleide reflectie al snel de gigantische rijkdom aan communicatieaspecten leren kennen die een consult binnen de huisartsenpraktijk omvat, denk ik dat we met twee eenvoudige dimensies in ons achterhoofd al veel van deze aspecten in rekening kunnen brengen.

Zoals eerder aangegeven valt de validatie van deze hypothese niet onder het bestek van deze studie, maar hopelijk is dit wel een idee voor verder onderzoek. Daarbij wil ook nog meegeven dat hoewel de theorie van Hersey en Blanchard nog veel gebruikt wordt, er toch een aantal kanttekeningen bij worden gemaakt in de literatuur, waaronder niet onbelangrijk het gebrek aan wetenschappelijke toetsing ervan. [20]

Figuur 18 Situationeel leiderschap Blanchard 2007 met beschrijvingen door Nieuwenhuis (19)



Ontwikkelingsniveaus	
O1. Lage competentie, hoge betrokkenheid	•De enthousiaste beginner - De medewerker is bereid om de taak uit te voeren, hij/zij is wel gemotiveerd, maar mist de vereiste bekwaamheid (een nieuwe medewerker met nieuwe taken).
O2. Matige competentie, zwakke betrokkenheid	•De ontgoochelde leerling - De medewerker heeft nu enige bekwaamheid opgebouwd, maar is weinig gemotiveerd en/of enigszins onzeker de taak uit te voeren (een nieuwe medewerker die na een voortvarende start de eerste negatieve ervaringen opdoet bij een zelfstandige taakuitvoering, er komt meer op hem af dan verwacht).
O3. Hoge competentie, wisselende betrokkenheid	•De capabele maar voorzichtige presteerder - De medewerker beschikt nu over voldoende kennis en kunde (bekwaamheid), maar aarzelt soms bij onverwachte problemen in de taakuitvoering of bij gebrek aan klankbord van zijn leidinggevende; dat wil zeggen er schort zo nu en dan iets aan de bereidheid.
O4. Hoge competentie, hoge betrokkenheid	•De zelfsturende professional - De medewerker is bekwaam en bereid de betrokken taak uit te voeren.
Leiderschapsstijlen	

S1 - L E I D E N (directing)	•Deze stijl wordt ook aangeduid als "management by prescription". Veel sturend en weinig ondersteunend leiderschapsgedrag; de leidinggevende schrijft voor wat medewerkers moeten doen, geeft nauwkeurige instructies en controleert de taakuitvoering. •Een valkuil is dat de leidinggevende autoritair overkomt: als een baas of een leraar. Deze wijze van leidinggeven werkt alleen als de opdrachten goed zijn te structureren.
S2 - B E G E L E I D E N (coaching)	•De leidinggevende ondersteunt de medewerker door verantwoordelijkheden te delen en door veel vragen te stellen: actief luisteren, de ander raadplegen en betrekken, complimenteren en stimuleren. Wel worden de taken nauwkeurig vastgesteld en zonodig gecontroleerd. Deze stijl wordt ook wel aangeduid als resultaatgericht management. •Deze stijl wordt ineffectief bij manipuleren: wel vragen naar de inbreng van de ander, maar er niets mee doen. Een valkuil is dat de leidinggevende overkomt als therapeut.
S3 - S T E U N E N (supporting)	•Leidinggevende en medewerkers beslissen samen hoe het werk wordt uitgevoerd. De leidinggevende treedt stimulerend op, is klankbord en helpt de medewerker op verzoek bij de uitvoering. Hij geeft daarbij primair leiding door aandacht te besteden aan de relatie en door het geven van erkenning. Deze stijl wordt ook wel organisch management genoemd. •Een valkuil is dat de manager de medewerker gaat betuttelen.
S4 - D E L E G E R E N (delegating)	•Delegeren is effectief toe te passen wanneer de leidinggevende voor de medewerker de voorwaarden kan scheppen die nodig zijn bij het uitvoeren van de opdracht. De leidinggevende laat beslissingen en de wijze waarop de taak moet worden uitgevoerd over aan de medewerkers, deze zijn zelf verantwoordelijk en krijgen dan ook de nodige bevoegdheden. Deze stijl staat ook bekend als management by exception. •De leidinggevende loopt hierbij wel de kans te vervallen in een niet-effectieve laissez-faire stijl.

4) Persoonlijke reflecties

Hier rond ik af met enkele persoonlijke reflecties.

Dit project heeft me erg geboeid en bezig gehouden het afgelopen jaar. Nieuwe inzichten van allerlei aard kwamen daarbij naar boven, van communicatieve aspecten tot aspecten in het begeleiden van overgewicht en niet in het minst het kennismaken met het ontwerpen, uitvoeren, beschrijven en staven van een dergelijke studie. Daarnaast heeft dit project er zeker ook voor gezorgd dat de professionele band met de begeleide patiënten versterkt werd en dat meer patiënten mij hebben leren kennen, wat ook de drempel om nadien ook bij mij, als huisarts in opleiding, op consult te komen heeft verlaagd.

6. Besluit

Met het project “Sterker dan de weegschaal” hebben we onze patiënten tussen 50 en 65 jaar proberen te motiveren om een gezondere levensstijl aan te meten door hun voedings- en bewegingspatroon aan te passen. Na zes maanden begeleiden hebben we ondanks het gemiddeld eerder beperkte gewichtsverlies, voor een aantal personen toch een aanzienlijke reductie in gewicht kunnen bereiken.

Aan de hand van een vragenlijst gebaseerd op het FLEX care concept van Allen en Brock, konden we een breed spectrum aan communicatievoorkeuren achterhalen die we kort toetsten aan de literatuur. We benadrukten het belang van een communicatiestijl die zich aanpast aan de patiënt als individu. Daarbij werd een brug gelegd naar situationeel leiderschap.

We hopen dan ook dat verder onderzoek kan uitklaren hoe we in de toekomst ook op het niveau van communicatiestijlen individueel aangepast zorg kunnen bieden aan onze patiënten.

7. Bijlagen

Bijlage 1 : Vragenlijst communcatievoorkeuren

De rol van communicatie in preventie



Vragenlijst communicatievoorkeuren

Aan de hand van de volgende stellingen gaan we op zoek naar de manier waarop u verkiest te worden aangesproken over uw gezondheid.

A. Vink aan of u al dan niet akkoord gaat met de stelling. U kan op de stippellijnen verdere opmerkingen toevoegen .

1. Ik wissel graag ervaringen uit met andere patiënten. Altijd leerrijk om hun ideeën en meningen te horen.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen:……

2. Ik hou niet van overhaaste beslissingen, kiezen is verliezen. Ik heb dus graag de tijd om thuis nog even na te denken.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen:……

3. Ik ben altijd blij als een arts me een patiëntenfolder of een brochure meegeeft om zijn uitleg te ondersteunen. Zo kan ik achteraf alles nog eens rustig nalezen.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen:……

4. Ik spreek niet graag over mijn gevoelens en al helemaal niet met mijn arts. Ik vind het dan ook geheel overbodig om het hierover te hebben tijdens de consultatie.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen:……

B. Vink aan wat het best bij je past. U kan op de stippellijnen weer verdere opmerkingen toevoegen.

5. O Ik ben een plantrekker
   O Ik word graag stapsgewijs begeleid.

Opmerkingen:……

6. O Toon me feiten en cijfers om me te overtuigen.
   O De mogelijke gevolgen van een ziekte op mijn persoonlijke situatie spreekt me meer aan.

Opmerkingen:……

7. O Ik vind het belangrijk dat mijn arts me naar mijn mening vraagt. Uiteindelijk zal elke beslissing die genomen wordt over mijn gezondheid het resultaat zijn van grondig overleg.
   O Ik hou er net niet van om steeds mijn mening te moeten geven. Wie is er hier eigenlijk de dokter ?

Opmerkingen:……

Bedankt voor uw medewerking !

Bijlage 2 : Tevredenheidsenquête
De rol van communicatie in preventie

Tevredenheidsenquête

1. De gegeven informatie over overgewicht en zijn mogelijke behandelingsstrategieën voldeed aan mijn verwachtingen . (cfr 3-6)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

2.Ik had het gevoel dat er naast concrete adviezen van de arts, voldoende rekening werd gehouden met mijn eigen ideeën bij het maken van het behandelplan. (cfr. Vraag 7)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

3.Ik werd voldoende begeleid tijdens de opvolging, zonder dat ik dit als keurslijf ervaarde. (cfr vraag 5)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

4. Naarmate ik daar behoefte aan had, kon ik mijn gevoelens ter sprake brengen. (cfr. Vraag 4)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

5. Ik had de vrijheid om voldoende tijd te nemen voor beslissingen, zonder dat daardoor al te lang onduidelijkheid bleef bestaan. (cfr. Vraag 3)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

6.Ik ben in het algemeen tevreden over de manier waarop ik werd aangesproken over mijn gewicht . (algemeen)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

7. Door haar persoonlijke aanpak, hield mijn arts voldoende rekening met mijn mogelijkheden en behoeften. (algemeen)

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

8.Ik had de indruk dat de dokter goed begreep welke aanpak voor mij best geschikt is.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

9. Na de gesprekken met mijn arts was ik gemotiveerd en heb ik mij oprecht ingezet om gezondere leefgewoontes aan te nemen.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

10.Mijn voedingspatroon is veranderd ten opzichte van 6 maanden geleden.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

11.Ik neem meer beweging ten opzichte van 6 maanden geleden.

0 helemaal niet akkoord	0 niet akkoord	0 eerder niet akkoord	0 eerder wel akkoord	0 akkoord	0 helemaal akkoord

Opmerkingen: ……

8. Referenties

[1] VAN ROYEN P, BASTIAENS H., D'HONDT A ET AL. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu, april 2006; 35(3), 118-140

[2] Han TS, TIJHUIS MA, LEAN ME ET AL. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution.Am J Public Health1998;88:1814-20.

[3] KORNITZER M, DRAIMAIXM . The Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health (BIRNH): general introduction, for the BRINH group. Acta Cardiol. 1989;44:89-99

[4] FOX SA, SIU AL, STEIN JA. The importance of physician communication on breast cancer screening of older women. Arch. Intern 1994; 154:2058-2068

[5] DE LEPELEIRE J, KEIRSE M. Aan weerszijden van de stetoscoop. Leuven: Acco ;2011.

[6] VAN DILLEN SME, HIDDINK GJ, KOELEN MA ET AL . Nutrition communication styles of family doctors: results of quantitative research. European Journal of Clinical Nutrition.2005; 59(Supl 1) : S47-S56

[7] LAWRENCE L. Applying transactional analysis and personality assessment to improve patient counseling en communication skills. Am.J. Pharm. Educ. 2007 Aug 15;71(4):81

[8] ALLEN J, BROCK SA. Health care communication using personality type . Patients are different! Londen:Routledge; 2000.

[9] JOLLES PE, CLARK MC, BRAAM M. Getting the message across : opportunities and obstacles in effective vommunication in hypertension care. J Hypertens 2012; 30:1500-1510

[10] HEINRICH C, KARNER K. Ways to optimize understanding health related information: The patients' perspective. Geriatr Nurs 2011; 32(1): 29-38.

[11] JANSSEN SM, LARGO-JANSSEN ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynaecology and obstetrics: A systematic review. Patient Education and Counseling. 2012; 89:221-226

[12] COUSIN G, MAST M, ROTER D et al. Concordance between physician communication style and patient attitudes predict patient satisfaction. Patient Education and Counseling. 2012; 87:193-197

[13] OLIVIERA VC, REFSHAUGE KM, FERREIRA ML et al. Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. Journal of Physiotherapy. 2012; 58: 215-229.

[14] COYNE I, HARDER M. Children's participating in decision-making: Balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. J Child Health Care. 2011;15(4): 312-319

[15] MULLER-ENGELMAN M, KELLER H, DONNER-BANZHOF N et al. Shared Decision making in medicine: The influence of situational treatment factors. Patient Education and Counseling. 2011; 82: 240-246.

[16] SCHULZ PJ, NAKAMOTO K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. Patient Education and Counseling. 2013;90:4-11.

[17] VAN ROYEN P, BASTIAENS H., D'HONDT A ET AL. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu, april 2006; 35(3), 118-140

[18] HELSEN W, VAN WINCKEL J, WILLIAMS M. The relative age effect in youth soccer across Europe. Journal of Sport Sciences,23:6, 629-636.

[19] NIEUWENHUIS,M.A.The Art of Management (the-art.nl), ISBN-13: 978-90-806665-1-1, 2003-2010.

[20] VERMEREN,P. De HR- ballon; Tien populaire praktijken doorprikt. Gent, Academia Press, 2009