

Esther Giroldi promoveerde in december 2016 (UvM) op het onderwerp 'Towards skilled doctor-patient communication.'
(*Putting goal-directed and context-specific communication into (educational) practice*)
Zij volgde de studie 'Health Sciences' en is Master of Global Health.

Korte samenvatting (auteur: Gert Roos, huisarts/coach. In de tekst: GBR)

Een explorerend onderzoek over APC in de dagelijkse (opleidings)praktijk. Focus: Effectief informatie verzamelen (m.n. bij breedsprakige patiënten), effectief geruststellen, effectief onderwijs geven in APC.

| *Giroldi inventariseert de problemen, die aios ontmoeten bij het verzamelen van informatie en noemt vijf belangrijke. Dit inzicht kan nuttig zijn bij het APC-onderwijs. M.b.t. de groep 'breedsprakige patiënten' brengt zij een mooi overzicht van de strategieën, waardoor ervaren huisartsen hier toch effectief hun doel bereiken. Het is een getrappt proces, waarbij uiteindelijk ook diverse 'empathische interrupties' kunnen worden toegepast. Een goede aanvulling op het 'patiëntgericht communiceren.'*

'Effectief geruststellen' (in 75% van alle consulten speelt het een rol!) blijkt een complex proces met affectieve- en cognitieve componenten.

Snappen waarover een patiënt ongerust is, het lijkt een open deur, is van groot belang. Patiënten zijn soms ongerust over een gevreesde oorzaak van hun klachten, maar soms ook over de gevolgen ervan, of over bijwerkingen van een mogelijke behandeling.

Tenslotte beschrijft Giroldi het onderwijsproces rond APC, met de nadruk op de opleidingspraktijk.

Nog meer dan we al weten is de HAO hierbij rolmodel, en hij kan nog actiever dan al gebeurt gebruik maken van deze positie. Hiervoor worden concrete aanbevelingen gegeven.

GBR: Giroldi's onderzoekt onderwerpen die enorm relevant zijn en beschreven kunnen worden als belangrijke knelpunten in de consultvoering van aios.

Een aantal van haar bevindingen kunnen meegenomen worden in het APC onderwijs (aios én HAO's, de laatste rond hun didactische en organisatorische rol).

Het betreft een explorerend onderzoek ('wat gebeurt er in de praktijk'). Het levert dus geen 'evidence' voor de effectiviteit van de beschreven interventies.

Toch zullen ervaren huisartsen en docenten veel herkennen in de opbrengst van haar studie en lijkt het van belang om onze aios over deze herkenning te informeren!

Hoofdstuk 1

In de inleiding benadrukt Giroldi het belang van doelgerichte-contextspecifieke communicatie. Hieraan voorbijgaan betekent een flinke afbreuk aan de transfer van kennis/vaardigheden.

Dus niet: 'communicatievaardigheden leren' (generiek) maar: 'vaardig leren communiceren' (in bepaalde context, met specifiek doel).

Haar onderzoeksvragen:

1. Welke communicatie-strategieën zijn nuttig om informatie te verzamelen bij patiënten?
2. Welke communicatie-strategieën zijn nuttig om ongeruste patiënten gerust te stellen?
3. Hoe kunnen we aios helpen om context-specifiek en doelgericht te leren communiceren?

Het betreft een explorerend onderzoek onder aios (HAG) en HAO's.

Hoofdstuk 2

Giroldi onderzoekt de problemen die aios (1e en 3e jaars) ervaren bij het verzamelen van informatie.

Moeilijkheden hierbij kunnen berusten op dokter-patient-en contextfactoren. Patientgerichte communicatie alléén kan dit niet verhelpen. Die is vooral gericht op stimuleren van de patient om te vertellen (open vragen, actief luisteren etc.), maar betreft niet de problemen die dokters ervaren hierbij.

Er worden vijf soorten problemen onderscheiden:

1. **Doelproblemen:** het doel 'informatie verzamelen' is bijvoorbeeld strijdig met een ander doel (zoals werken aan de relatie, de vertrouwelijkheid bewaren als er een derde bij het gesprek aanwezig is, of de tijdsbewaking).
2. **Ineffectiviteit van aangeleerde communicatievaardigheden in bepaalde situaties:** m.n. bij breedsprakige patienten lijken vaardigheden als actief luisteren, open vragen stellen, en het geven van samenvattingen niet persé effectief te zijn. Met name in combinatie met 1. leidt dit tot frustratie.
3. **'Distress' bij aios verstoort open communicatie:** m.n. bij gevoelige onderwerpen (sexuele anamnese bijv.) of bij medische onzekerheid. Hierbij blijkt het lastig om een goede anamnese te combineren met aandacht voor de relatie.
4. **Onbetrouwbare informatie:** bij eisende- of theatrale patienten met name.
5. **Tunnelvisie:** bijv. patienten die met hun eigen diagnose komen, maar ook je eigen (voor)oordeel bij mensen die je lang kent!

De meeste problemen worden ervaren bij het achterhalen van het patienten perspectief. Aios kunnen denken dat deze informatie al vast ligt bij de patient (het zgn. '*mining perspective*', alsof de patient al een afgeronde hulpvraag heeft in de wachtkamer en de aios die moet 'opdelven'). Soms is dit een langer proces van zingeving dat *ontstaat* in het gesprek met de arts. Het vormt een uitdaging voor aios om deze perspectief-wissel toe te passen tijdens de consulten. Er zijn andere vaardigheden nodig om op deze manier te exploreren. Een bekende situatie waarin dit lastig is, vormt het verzamelen van informatie bij breedsprakige patienten.

Persoonlijk (GBR): Het helpt aios om het onderliggend mechanisme te begrijpen waardoor ze 'vastlopen' in deze situaties. Girolodi noemt dit 'vermindere van de cognitieve belasting'. Hierdoor wordt effectief leren communiceren mogelijk een meer toegankelijke vaardigheid. Interessant is ook: de 'hulpvraag' ontstaat vaak in het gesprek met de arts!

Hoofdstuk 3

Hoe verzamelen ervaren huisartsen informatie bij breedspakige patiënten op een respectvolle- en effectieve manier?

Strategieën waarvan ervaren huisartsen gebruik maken:

1. Proberen de oorzaak van de breedspakigheid te achterhalen en die zo mogelijk te adresseren (angst, ongerustheid).
2. Directieve houding: agenderen, markeren, een 'directieve samenvatting' waarbij m.n. non verbaal de boodschap is: nu is het mijn beurt om te praten! (is essentieel verschillend van een uitnodigende samenvatting)
3. 'Damage control': proberen de relatie minimaal te belasten bij optimale structurering:
 - a. *Getrapte benadering*: starten met open vragen, zo nodig steeds meer structureren (vraag duidelijker herformuleren, beperkt aantal opties bieden, gesloten vragen stellen). Investeren in de relatie is een bewezen basis voor effectieve communicatie.
 - b. *Verantwoordelijkheid delen*: tijdsbeperking als gemeenschappelijk probleem, patiëntenbelang voorop stellen bij aandacht voor tijdsbewaking ('optimaal gebruik maken in uw belang'). Patiënt actief inschakelen bij het agenderen.
 - c. *Gezichtsverlies bij de patiënt voorkomen*. Strategieën die bevorderen dat patiënt zich serieus genomen voelt:
 - *Krediet opbouwen (starten met actief luisteren)*.
 - *'Empathische interrupties'*: bijv. door het belang van wat gezegd is te onderstrepen, maar het punt te agenderen voor een andere gelegenheid. Of door de verantwoordelijkheid voor het niet kunnen volgen bij de dokter zelf te leggen: 'als we zo doorgaan wordt het te verwarrend voor mij, kunt u me helpen...?'
 - Gebruik van humor: 'wacht even, waar zit de aan/uit knop bij u?'

Niet onderzocht is de mate waarin deze strategie ook daadwerkelijk effectief is, in termen van spreekuurtijd en patienttevredenheid.

Genoemde strategieën kunnen voorlopig als richtlijnen gelden. Gevolg kan zijn dat deze patiënten meer gezien worden als 'uitdaging' dan als 'heartsink cases'.

Persoonlijk (GBR): Informatie verzamelen bij breedspakige patienten is dus een zeer actief proces dat 'getrapt' verloopt. Stelling bij het proefschrift: 'het onderbreken van een patiënt kan onderdeel zijn van patiëntgerichte communicatie.'

Hoofdstuk 4

Giroldi exploreert onder patiënten en huisartsen: 'Waarover maken patiënten zich bezorgd, hoe laten ze zich geruststellen?'

Pogingen om gerust te stellen blijken vaak niet effectief. Een verschil in perceptie tussen dokter en patiënt over de aard van de onrust lijkt hierbij een rol te spelen. Een grondig en gedetailleerd begrip van de bestaande cognities en zorgen lijkt dus erg belangrijk.

Er worden 4 basis 'bezorgheids-cognities' onderscheiden (met tussen haakjes enkele van de onderliggende overtuigingen).

- a. *Ik heb een ernstige ziekte* (ik heb alarmerende symptomen, klachten zijn niet over na de behandeling, ik ken niemand met dit soort klachten etc.).
- b. *Mijn gezondheidsprobleem zal negatieve lichamelijke gevolgen hebben* (zal leiden tot ernstige schade, ik ken de oorzaak niet en kan er dus niets aan doen, schadelijke gevolgen komen veel voor vlgs. de media etc.).
- c. *De behandeling zal nadelige gevolgen hebben* (ik zal langdurig medicijnen moeten nemen, ik vrees bijwerkingen, in mijn omgeving zie ik veel nadelige gevolgen of foutieve behandelingen voor deze aandoening).
- d. *Mijn gezondheidsprobleem zal mijn leven negatief beïnvloeden* (ik ken mezelf niet met enig gezondheidsprobleem, ik zal afhankelijk raken van anderen, mijn omgeving is niet ondersteunend bij ziekte).

Uit de exploratie komen 5 'geruststellende cognities'. De eerste twee vormen daarbij vooral een geruststellende context, de andere drie zijn specifiek in het ontkrachten van de specifieke ongerustheid.

(tussen haakjes enkele van de acties die patiënten benoemen)

1. Ik voel me veilig/ondersteund omdat ik een vertrouwenwekkende relatie met mijn dokter heb.
2. Ik vertrouw op het oordeel van mijn dokter omdat ik vaar op diens kennis en ervaring.
3. Ik heb geen ernstige ziekte. (dr. toont in woord en gedrag dat er niets ernstigs is, dr. doet een goed onderzoek, dr. herinnert me aan mijn neiging me zorgen te maken over mijn gezondheid etc.).
4. Mijn gezondheidsprobleem is onschuldig/simpel te behandelen. (dr. geeft heldere verklaring voor symptomen, linkt symptomen aan eerder vastgestelde onschuldige diagnose, gebruikt heldere taal, checkt mijn begrip etc.).
5. Mijn gezondheidsprobleem zal verdwijnen/niet erger worden. (dr. past behandeling toe die bij mij past, stimuleert zelfzorg, licht het gunstige natuurlijk beloop toe etc.).

Effectief geruststellen blijkt een complex proces, waarbij het onderkennen/benoemen van de specifieke onrust en het kiezen van een specifieke tegenactie van belang is. (context specifiek en doelgericht dus)

Voorbeelden en praktische aanvullingen:

- Bezorgde cognities blijken uit 'cues' door het hele consult heen. Het herkennen ervan beperkt zich dus niet tot de intake fase.
- Patiënten die zich zorgen maken over de gevolgen van hun ziekte (b, c of d cognities) zijn niet persé gebaat bij het vermelden dat ze geen ernstige aandoening hebben.
(dus kies dan voor strategie 4 of 5)
- Bezorgheid 'd' heeft baat bij het benadrukken van de invloed die patiënt zelf kan hebben op zijn aandoening.
- Een acceptabele verklaring voor de klachten vormt voor een grote groep patiënten een adequate geruststelling, waarna geen aanvullend onderzoek meer nodig is.
- Empathie, luisteren, begrip tonen zijn sleutelfactoren voor effectieve geruststelling.
- Bezorgheid over bijwerkingen van de behandeling wordt niet verwoord in de onderzochte consulten, mogelijk uit ongemak naar de dokter. Hiernaar moet dus specifiek worden gevraagd.

Persoonlijk (GBR): Aios onderschatten nogal eens het belang van geruststellen, en gaan ervan uit dat patiënten als regel de oorzaak van hun klachten willen horen.

Als ze het in hun consult betrekken, wordt vaak een vraag gesteld naar ongerustheid rond ernstige aandoeningen als mogelijke oorzaak.

De realiteit is dus veel subtieler: ongerustheid kan gaan over de gevreesde oorzaak van de klachten, maar ook over de gevolgen of over de mogelijke behandeling.

De bestaande ongerustheid dient geadresseerd te worden bij het geruststellen, anders is dit onderdeel niet effectief.

Het onderzoeken en verwoorden van deze ongerustheid heeft ook een belangrijke functie bij het leggen van de vertrouwensband. Deze speelt een grote rol als 'achtergrond' bij de meer specifieke geruststelling.

Dit legitimeert ook nog eens extra het belang van de expliciete 'hulpvraagverheldering' waarin opvattingen, emoties en verwachtingen een plaats horen te krijgen.

Hoofdstuk 5

Hoe voeren huisartsen een 'goed-nieuws' gesprek? (effectief geruststellen in de praktijk)

Giroldi onderzoekt de strategieën die huisartsen gebruiken om gerust te stellen. Een strategie bestaat uit een actie, het onderliggende mechanisme dat geactiveerd wordt en het doel dat wordt nagestreefd.

Doelen: dokters beïnvloeden zowel de emoties (door vertrouwen, veiligheid en comfort te bevorderen) als de cognities (symptomen horen niet bij ernstige ziekte maar zijn goedaardig).

Affectieve- en cognitieve strategieën versterken elkaar hierbij.

Mechanismes: bijv. 'patient voelt zich begrepen en gehoord' onder het doel: veiligheid en comfort organiseren.

Acties: beschreven worden vele acties die deze doelen helpen bereiken. Sommige zijn impliciet (bijv. een lange relatie met deze patiënt), andere zijn contextgebonden. Daaronder valt m.n. ook het luisteren naar- en verwoorden van de zorgen/ideeën van de patiënt.

M.a.w.: geruststellende acties lopen door het hele consult heen en beperken zich niet tot de beleidsfase. Met name de affectieve component van geruststelling hangt samen met (getoonde) empathie en installeert zich vanaf het begin van het consult.

Daarnaast zijn vele strategieën gericht op het geven van informatie om de bezorgde opvattingen te veranderen.

Een specifieke strategie, vooral toegepast bij angstige patiënten (ook bij SOLK), is het stellen van suggestieve vragen, waardoor de patiënt zelf de geruststelling construeert vanuit de antwoorden.

Persoonlijk (GBR): Het overzicht van 'geruststellende acties' is indrukwekkend (blz. 89-90). Het kan belangrijk zijn voor aios om deze 2 bladzijden eens door te lezen. Heel veel hiervan doen zij al, zonder zich het belang bewust te zijn, bij het geruststellen. Andere acties kunnen ze actiever inzetten. Geruststellen is zoveel meer dan uitleggen 'u hebt geen ernstige ziekte'.

Hoofdstuk 6

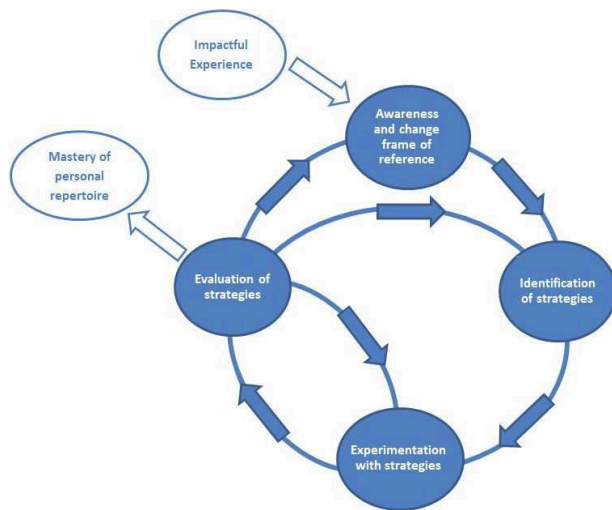
Hoe leren aios en hoe ondersteunen HAO's in de praktijk?

Giroldi exploreert ervaringen van aios en HAO's rond het leren van APC.

APC leren gebeurt in de klinische praktijk.

Uitgangspunt is een eigen ervaring waarop gereflecteerd wordt. Bewustwording en aanpassing van het referentiekader is daarbij het doel. Om vervolgens het gedrag te veranderen is een nodig proces van 'mimesis'. Daarbij is het imiteren van rolmodellen van belang. De Hao als aansprekend rolmodel is hier dus essentieel.

De ervaring waar het proces mee start is een eigen inzicht, of het betreft feedback van de opleider of van een 'peer'. Het is belangrijk om de ervaring op te pikken als die zich voordoet en na te denken over de onderliggende drijfveren/waarden/normen/overtuigingen etc. (= fase 2).



Fase 3 komt tot stand in het gesprek met de opleider, bij APC training of bij lezen van communicatie-literatuur. Het is belangrijk dat er hier een heel concrete strategie ontwikkeld wordt, inclusief ‘zinnnetjes’ die handig zijn.

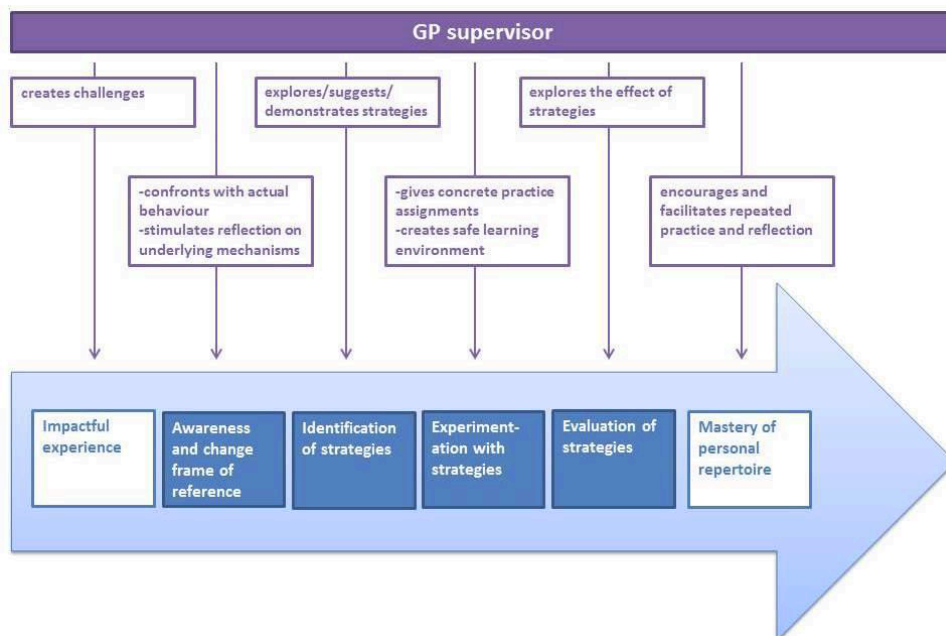
Fase 4 (uitproberen) gebeurt op basis van een eigen beslissing en is kwetsbaar: het kost veel energie en vaak komt het er niet (voldoende) van.

Hier is dus actieve ondersteuning nuttig, bijv. door ‘geeltjes’ op de werkplek.

In fase 5 beslist de aios of de nieuwe strategie effectief is, past bij hemzelf en bij de concrete situatie. Hij kan beslissen het proces (deels) opnieuw te doorlopen.

Uiteindelijk gaat het onderdeel vormen van het persoonlijk repertoire.

In onderstaand schema staan de HAO acties samengevat, die bijdragen aan APC leren in de diverse fasen:



Uitdaging creëren: uitdagende consulten/patiënten aanbieden, o.a. naast het oppikken van de eigen ervaringen van de aios.

Referentie kader: onderzoek onderliggende gedachten, gevoelens, aannames en stel ze ter discussie.

Strategie suggereren: eigen voorbeelden geven, laten observeren, suggesties voor interventies doen.

Experimenteren met nieuw gedrag: creëert een veilige leeromgeving: hou het licht, fouten maken mag. Het wordt makkelijker naarmate de medische kennis toeneemt! Beperk het ook tot één communicatie thema om cognitieve overbelasting te voorkomen.

Evaluatie van de strategie: stel prikkelende vragen m.b.t. de effectiviteit van de nieuwe strategie.

Persoonlijk repertoire: stel vast wat goed gaat en behoudt dat.

Persoonlijk (GBR): We weten al dat de rol van de HAO groot is, misschien dat de volgende zaken nog explicieter mogen worden overgedragen?

- ***De HAO pikt frustraties bij de aios op als leermomenten voor APC.***
- ***De HAO onderzoekt ('coachend') het referentiekader rond deze ervaringen: achterliggende overtuiging/aannames/normen etc.***
- ***De HAO is rolmodel, ook actief: geeft suggesties voor handige 'zinnnetjes' en coacht de aios: stimuleert, komt terug op de ontwikkelingen bij de aios.***
- ***Het kwetsbaarste moment ligt tussen het goede voornemen en de toepassing daarvan in de praktijk. Dit vraagt actieve aandacht van beiden.***
- ***De HAO bewaakt dat er binnen een periode liefst maar aan één communicatiethema tegelijk wordt gewerkt.***