



Vaardig communiceren in de gezondheidszorg

Boom

Jonathan Silverman
Suzanne Kurtz
Juliet Draper
Angelique Timmerman

Derde, herziene druk

Vaardig communiceren in de gezondheidszorg

Vaardig communiceren in de gezondheidszorg

Een evidence-based benadering

Derde, herziene druk

**Jonathan Silverman
Suzanne Kurtz
Juliet Draper
Angelique Timmerman**

Boom

inclusief website!

Met onderstaande unieke activeringscode krijg je via www.boomstudent.nl toegang tot de website met extra materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de 3e druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk geactiveerd worden. De code is eenmalig te gebruiken.

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp omslag: Dog & Pony, Amsterdam
Omslagontwerp: DPS design & prepress studio, Amsterdam
Beeld omslag: DPS design & prepress studio/Shutterstock.com

© Silverman, Kurtz, Draper, Timmerman & Boom uitgevers Amsterdam, 2022

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

All rights Reserved

Authorised translation from the third English language edition *Skills for Communicating with Patients* (2013, ISBN 9781846193651) published by CRC Press, a member of the Taylor & Francis Group LLC.

ISBN 9789024446674

ISBN 9789024446681 (e-book)

NUR 183

www.boomstudent.nl

www.boomhogeronderwijs.nl

Voorwoord

Het was een grote eer om het basisboek voor communicatie in de gezondheidszorg te mogen reviseren van de gewaardeerde collega's Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz en Juliette Draper! En daar accenten in te mogen aanbrengen die aansluiten bij inzichten uit het onderzoek en onderwijs in contextspecifiek en doelgericht communiceren, en parallel de verbinding te maken naar de bekende methode van de auteurs van het boek: Agenda Led Outcome Based Analysis (ALOPA) voor het trainen van communicatie op basis van de leervragen van de student. Als het ware een doosje in een doosje, omdat de exploratie van de vragen van de patiënt medebepalend is voor de agenda in het medische consult!

Het is steeds zoeken geweest naar hoe recht te doen aan de oorspronkelijke leerinhoud van het boek, waarin de inhoud van het medische interview is verbonden met het proces van communicatie: 'marrying content and process' als basis voor het trainen van de bouwstenen van communicatie per fase van het consult, om deze te laten aansluiten bij recente ontwikkelingen in de zorg. Dit heeft geleid tot het toevoegen van informatie over communicatie bij seksuele problemen, bij beperkte gezondheidsvaardigheden en e-health en onlinecommunicatie. Hoewel de focus in dit boek ligt op het beschrijven van de basale communicatievaardigheden in de gezondheidszorg, wordt er in het hoofdstuk over specifieke toepassingen de link gelegd naar het contextspecifiek en doelgericht toepassen van communicatie in de dagelijkse praktijk. De metafoer van het mengpaneel maakt duidelijk dat in klinische contexten de vaardigheden in meerdere of mindere mate worden ingezet in verschillende fasen, al naar gelang het doel dat wordt nagestreefd. Deze toepassing van communicatie vraagt om een aanpak in het leren die eveneens doelgericht is en rekening houdt met de leervragen van de student. Het toevoegen van een hoofdstuk over het ervaringsgericht leren van communicatie ondersteunt het principe dat de agenda van de student leidend is in het leren van communicatie. Als tools voor het onderwijs zijn een stappenplan voor een ervaringsgerichte leersessie en een format voor een reflectieverslag van een consultobservatie toegevoegd, naast een update van de scoringlijst van communicatievaardigheden, de MAAS 2.0. Tot slot heeft er een update van de theoretische en onderzoeksliteratuur plaatsgevonden, zodat er meer recente bronnen en inzichten beschikbaar zijn. Dit boek legt de basis voor de ontwikkeling naar een 'skilled communicator' in de klinische praktijk, door het aanreiken van een toolbox met communicatievaardigheden die nauw zijn verbonden met de inhoudelijke taken van het consult.

Bij het boek hoort ook een online leeromgeving die te bereiken is via www.boomstudent.nl. Hierop zijn per hoofdstuk oefenvragen te vinden, video's en het online boek.

Graag beveel ik deze derde herziene druk van dit boek aan voor toepassing in het brede domein van gezondheidszorgopleidingen, zowel voor docenten en studenten, maar zeker ook voor curriculumontwikkelaars en coördinatoren! Ik hoop dan ook van harte dat het basisboek voor gezondheidszorgcommunicatie, dat de elementaire bouwstenen voor een effectieve communicatie tussen hulpverlener en patient beschrijft, opnieuw een brede toepassing zal vinden in het onderwijs en in de klinische praktijk.

Angelique Timmmerman
Vakgroep Huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding
Maastricht University
Maastricht

Juni 2022

Inhoud

Inleiding; een evidence-based benadering	9
1 Een overzicht van de leerstof	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Indeling van de hoofdstukken	18
1.3 Algemene typen communicatievaardigheden	19
1.4 Een algemeen leerprogramma communicatievaardigheden voor hulpverleners	22
1.5 Noodzaak tot structureren	36
1.6 Keuze van communicatievaardigheden	38
1.7 Vaardigheden en attitude	41
1.8 Vaardigheden voor specifieke situaties	42
1.9 Samenvatting	42
2 Begin van het consult	45
2.1 Inleiding	45
2.2 Communicatieproblemen	46
2.3 Doelstellingen	46
2.4 Vaardigheden	48
2.5 Wat moeten we doceren en leren over het begin van het gesprek – onderbouwing van de vaardigheden	49
2.6 Samenvatting	68
3 Informatie inwinnen	71
3.1 Inleiding	71
3.2 Communicatieproblemen	72
3.3 Doelstellingen	73
3.4 Wat voor informatie wordt tijdens een consult verzameld?	75
3.5 Vaardigheden bij het inwinnen van informatie	86
3.6 Complete versus gerichte anamnese	119
3.7 Effect van klinisch redeneren op het informatieverzamelingsproces	122
3.8 Samenvatting	125
4 Structuur in het gesprek aanbrengen	127
4.1 Inleiding	127
4.2 Doelstellingen	128
4.3 Vaardigheden	129
4.4 Wat moeten we leren en doceren over het aanbrengen van structuur – onderbouwing van de vaardigheden	130
4.5 Samenvatting	137

5	De relatie opbouwen	139
5.1	Inleiding	139
5.2	Communicatieproblemen	143
5.3	Doelstellingen	144
5.4	Vaardigheden	146
5.5	Wat moeten we doceren en leren over het opbouwen van de relatie – onderbouwing van de vaardigheden	147
5.6	Samenvatting	171
6	Uitleg, advies en planning	175
6.1	Inleiding	175
6.2	Communicatieproblemen	175
6.3	Doelstellingen	181
6.4	Inhoud van uitleg en planning	183
6.5	Procesvaardigheden in het kader van uitleg, advies en planning	183
6.6	Samenvatting	245
7	Het consult beëindigen	249
7.1	Inleiding	249
7.2	Doelstellingen	249
7.3	Vaardigheden voor de slotfase van het consult	251
7.4	Wat moeten we doceren en leren over de slotfase van het consult – onderbouwing van de vaardigheden	251
7.5	Samenvatting	256
8	Basale communicatievaardigheden in specifieke situaties	259
8.1	Inleiding	259
8.2	Specifieke situaties: patient en klacht	260
8.3	Specifieke situaties: setting van de communicatie	303
9	Leren van basale communicatievaardigheden	313
9.1	Leren van communicatie op drie niveaus	313
9.2	Activiteiten voor ervaringsgericht leren van communicatie	315
9.3	ALOPA-methode voor reflectie en feedback op communicatie	316
Bijlage 1	De MAAS 2.0: handleiding en scoringslijst	319
Bijlage 2	Format verslag voor reflectie en feedback op een consultobservatie	333
	Literatuur	337
	Register	377
	Over de auteurs	381

Inleiding; een evidence-based benadering

De schrijvers van dit boek geloven vurig in het belang van communicatievaardigheden in de gezondheidszorg. Ons belangrijkste doel met het schrijven van dit boek, en het boek *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, was het niveau van de communicatie tussen hulpverleners en patiënten op een hoger plan te krijgen. Geloof en passie zijn echter niet genoeg om de opleiding en praktijk van de gezondheidszorg te veranderen. We kunnen wel zeggen dat verbeterde communicatie leidt tot betere gezondheidszorguitkomsten, maar als we daar geen bewijs voor bieden kunnen we niet verwachten dat een relatief nieuwe discipline als gezondheidscommunicatie gemakkelijk een plaats krijgt in de, toch al volle, gezondheidszorgcurricula – of het nu in de basis-, praktijk- of voortgezette opleiding is. Daarom is ons doel met dit boek een evidence-based benadering te bieden van communicatievaardigheden in de gezondheidszorg. We willen niet alleen laten zien hoe vaardigheden in de praktijk toe te passen, maar ook wat voor bewijs er is voor het belang van deze vaardigheden en voor de mogelijke voordelen voor zowel hulpverleners en patiënten. Er bestaat zo langzamerhand veel theoretische en onderzoeks-onderbouwing om te kiezen welke vaardigheden in het curriculum thuishoren. We weten met welke vaardigheden de klinische praktijk daadwerkelijk kan verbeteren. Het onderwijs moet gebaseerd worden op deze onderbouwing en communicatie moet in het curriculum een vanzelfsprekende plaats krijgen (Stewart en Roter 1989; Makoul 2003; Suchman 2003; Street et al. 2009). Dit bewijs wordt door alle volgende hoofdstukken heen geweven zodat lezers in alle stadia van hun opleiding en praktijk de stevige onderbouwing van dit onderwerp leren kennen.

Dit boek beoogt:

- de communicatievaardigheden van studenten, specialisten in opleiding en gezondheidszorgwerkers te verbeteren;
- studenten, docenten en programmaleiders de onderbouwing en kennis te bieden die nodig is om dit belangrijke onderwerp over te dragen;
- onderwijskundigen te overtuigen van het belang het onderwijs in communicatievaardigheden uitgebreid te ontwikkelen in hun opleidingen.

In ons boek *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2005) wordt besproken hoe de onderzoeksresultaten actief te gebruiken in het onderwijs. We beschrijven onderwijs- en leermethoden waarmee de onderbouwing van communicatievaardigheden niet alleen in presentaties aangeboden wordt,

maar, belangrijker, ook hoe we het in toegepaste werkvormen met kleine groepen of in één-op-één situaties kunnen gebruiken.

Een vaardigheidsbenadering

We onderscheiden drie gebieden die in vaardigheidsonderwijs aan bod moeten komen: vaardigheden, kennis en specifieke omstandigheden. We vinden een vaardighedenaanpak het belangrijkste. Deze aanpak zien we als de aangewezen manier voor het leren van communicatie. We stellen een kerncurriculum van communicatievaardigheden vast, leggen uit hoe we deze kunnen gebruiken in de hulpverleningscontext en onderbouwen de waarde hiervan met theorie en onderzoeksbevindingen.

Basisvaardigheden zijn van fundamenteel belang. Als deze beheerst worden, dan kunnen specifieke omstandigheden en uitdagingen (zoals sterke emoties, verslaving, slechtnieuwsgesprekken of interculturele kwesties) makkelijker het hoofd geboden worden. In eerder gepubliceerde curriculumbeschrijvingen worden de basisvaardigheden slechts kort behandeld en gaat men snel door naar de moeilijker omstandigheden. Dit willen wij graag meer in balans brengen. We willen een stevig fundament van basisvaardigheden leggen, voor alle mogelijke, communicatief moeilijke situaties. Er is niet steeds een nieuwe set communicatievaardigheden voor elke situatie nodig. Integendeel, sommige moeten intensiever en nog meer bewust worden toegepast. De basisvaardigheden die we behandelen zijn het fundament voor effectieve communicatie in de hulpverlening, onder alle omstandigheden.

Eenzelfde aanpak voor alle fasen van de opleiding

We zijn erop gericht het onderwijs in communicatie te laten aansluiten tot één geheel, gedurende alle fasen van de opleiding en nascholing. Als we zelf trainingen geven dan gebruiken we dezelfde soort aanpak in alle settings. We vinden het nodig dat er een onderwijskundig continuüm van communicatievaardigheden ontstaat dat de gehele opleiding beslaat en daarna voortgezet wordt (Laidlaw et al. 2002). We bouwen voort op voorgaande opleidingen en gaan door met steeds moeilijker situaties en uitdagingen als de student van de ene naar de volgende opleidingsfase gaat. De basisvaardigheden die we bieden geven daarbij in alle fasen van de opleiding een gemeenschappelijke grondslag.

Eenzelfde aanpak voor alle toepassingsgebieden

Er wordt wel gezegd dat een boek over communicatie in de gezondheidszorg niet van toepassing kan zijn op alle gebieden van die gezondheidszorg; het veld is immers zo divers en uiteenlopend dat er verschillende vaardigheden

nodig zijn voor de verschillende toepassingsgebieden. We menen dat deze opvatting in het verleden het invoeren van communicatietraining vertraagd heeft. Onderzoek en communicatie-ideeën werden snel in een specialistische hoek geplaatst (goed voor psychiatrie of voor de eerste lijn), waardoor andere beroepsbeoefenaars het al snel irrelevant voor henzelf vonden. We hebben aanzienlijke ervaring in communicatieonderwijs aan veel verschillende groepen beroepsbeoefenaars en studenten. Verschillende omstandigheden vragen inderdaad soms kleine veranderingen van de communicatie (i.e. mengpaneel van vaardigheden). Toch is onze overwegende gemeenschappelijke ervaring dat de overeenkomsten veel groter zijn dan de verschillen en dat de onderliggende principes en basisvaardigheden hetzelfde zijn. De grenzen tussen specialismen liggen meer op inhoudelijk vlak dan in de communicatievaardigheden. We bieden bewijs uit verschillende settings, ook om deze stelling te onderbouwen.

Eenzelfde aanpak van communicatievaardigheden aan beide kanten van de Atlantische Oceaan

Er wordt wel gezegd dat er tussen verschillende landen zulke verschillen in gebruiken en gewoontes zijn dat één boek zo'n breed publiek niet kan bestrijken. Ook daar zijn wij het niet mee eens. De auteurs gebruiken dezelfde leerprincipes en doceren dezelfde vaardigheden in Engeland als in Canada. Met name professor Kurtz heeft de praktijk van de gezondheidszorg in veel landen en culturen waargenomen en de overeenkomsten zijn ook hier veel groter dan de verschillen. De eerste twee drukken van onze boeken worden gelezen in veel landen en de observatielijsten met de basisvaardigheden (de kern van beide boeken) zijn inmiddels in veel talen vertaald. Merkwaardigerwijs reizen onderzoeksbevindingen niet altijd gemakkelijk over de oceaan, in welke richting dan ook, en onderwijsprogramma's leren niet goed van elkaar. Deze barrières worden kleiner door onze boeken en door consensusverklaringen (Simpson et al. 1991; Makoul en Scholfield 1999; deelnemers van de Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patiënt Communication in Medical Education 2001; Van Fragstein et al. 2008, Bachman et al. 2012), maar ook door de grote internationale conferenties sinds 1996 over communicatie in de gezondheidszorg (die nu jaarlijks gehouden worden) en internationale organisaties als de American Academy on Communication in Healthcare (AACH) en de European Association for Communication in Healthcare (EACH). We zetten dit proces graag voort met de derde herziene editie van dit boek.

Voor wie is dit boek bedoeld?

Alle opleidingsniveaus

Dit boek is basismateriaal voor mensen op alle opleidingsniveaus die hun communicatievaardigheden willen verbeteren. We weten dat lezen alleen ervaring niet kan vervangen. Zoals we in ons boek over onderwijs, leren en curriculum-ontwerp betogen, gaan we ons in de praktijk niet anders gedragen door louter kennis: ervaringen zijn nodig om deze kennis te verankeren. Door kennis begrijpen we wel beter wat elke vaardigheid eigenlijk inhoudt, waarom elke vaardigheid leidt tot betere praktijkuitkomsten en leren we het hoe en waarom van communicatievaardigheidstraining beter kennen. Met beter begrip kunnen we de vaardigheden beter hanteren en het exploreren van attitudes verbeteren.

Docenten en programmaleiders

Ons boek is ook van belang voor docenten en programmaleiders die communicatievaardigheden willen overdragen, plannen en ontwikkelen, in welke fase van de opleiding dan ook. Docenten en programmaleiders worden geholpen met het ‘wat’ en ‘hoe’ van communicatievaardigheidstrainingen. Hoewel de situatie geleidelijk aan verandert, zijn de meeste trainers, afkomstig uit gezondheidszorgberoepen, zelf opgeleid in een tijd waarin communicatietraining nauwelijks voorkwam. Het werd meestal aangenomen dat deze docenten door hun praktijkervaring voldoende kennis over de vaardigheden oppikten (het ‘wat’ van communicatie) en dat ze alleen nog maar hoefden te leren ‘hoe’ dit over te dragen. In ons boek *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2005) behandelen we het ‘hoe’. In *dit* boek helpen we docenten en programmaleiders hun kennis over het ‘wat’ te vergroten.

We weten dat docenten en programmaleiders geen homogene groep vormen. Sommigen hebben zelf weinig trainingsachtergrond en anderen juist heel veel. Sommigen zijn het onderwerp nog maar net interessant gaan vinden, terwijl anderen al jaren nauw betrokken zijn. Beide groepen zullen in dit boek bevestiging en uitdagingen vinden.

Docenten en programmaleiders kunnen ook van uiteenlopende achtergronden komen:

Medisch

- eerste lijn, ziekenhuis of medische faculteit;
- psychiatrie;
- specialist;
- verpleegkundige;
- paramedicus.

Niet-medisch

- communicatiespecialist;
- psycholoog of andere hulpverleners met een counselingachtergrond.

Daarnaast zijn er nieuwe groepen hulpverleners, zoals farmaceuten en diergeneeskundigen, die onderzoek naar communicatie in de (menselijke) hulpverlening ter harte nemen.

Deze diversiteit leidt tot stijlproblemen in dit boek. Er is heel veel meer onderzoek gedaan naar arts-patiëntcommunicatie dan naar die van andere hulpverleners met hun patiënten. We hebben het in dit boek meestal over 'hulpverlener'. Soms beschrijven we een zinnetje van een trainer als '*We hebben allemaal vergelijkbare problemen met onze patiënten...*', terwijl niet elke lezer patiënten heeft. We gebruiken deze stijl omdat het wat makkelijker leest.

We willen de schijn vermijden dat we de hulpverlener de schuld geven van alles wat misgaat in de communicatie. De interactie met onze studenten is vergelijkbaar met die tussen hulpverlener en patiënt, en de leerpunten hieruit zijn van toepassing op ons allemaal. Gezondheidszorg is bij uitstek een interdisciplinaire activiteit, en de interdisciplinariteit heeft de gezondheidszorg verrijkt en versterkt. We hopen dat alle lezers begrijpen dat niet alle betrokkenen dokter zijn of zouden moeten zijn.

Medisch-onderwijskundige bestuurders, fondsen en politici

Het belang van communicatie in de hulpverlening moet ook erkend worden door diegenen die in de positie zijn besluiten te kunnen nemen, zoals decanen, beleidsambtenaren van opleidingen, ziekenhuizen, medische organisaties, fondsbeheerders en politici met gezondheidszorg in hun portefeuille. Deze functionarissen moeten ook inzien dat communicatieonderwijs en de wetenschappelijke onderbouwing daarvan een uitermate complexe zaak is.



Een overzicht van de leerstof

1

1.1 Inleiding

In ons andere boek, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2005)*, hebben we gedetailleerd onderbouwd waarom onderwijs in communicatievaardigheden belangrijk is. Daarin kwam het volgende naar voren:

- De communicatie tussen hulpverlener en patiënt vormt de kern van de medische praktijk.
 - Artsen voeren tijdens hun beroepsleven gemiddeld 200.000 consulten. Het is dus de moeite waard om die net zo lang te verbeteren tot ze naar tevredenheid verlopen.
 - Er bestaan communicatiestoornissen tussen hulpverlener en patiënt.
 - Effectieve communicatie bepaalt voor een groot deel de kwaliteit van de gezondheidszorg: patiënten zijn eerder tevreden, onthouden meer, begrijpen beter wat er aan de hand is en houden zich beter aan hun therapie. Hierdoor verbeteren de resultaten van de gezondheidszorg.
- Communicatie is een basale vaardigheid in de gezondheidszorg en een onmisbaar onderdeel van klinische competentie.
 - Basiskennis, communicatievaardigheden, lichamelijk onderzoek en probleem oplossen zijn de vier belangrijkste componenten van klinische competentie, de kern van een goede klinische praktijkuitoefening.
 - Zonder communicatievaardigheden hebben onze kennis en intellectuele inspanningen vaak geen enkele zin.
 - Met communicatie brengen we de theorie in praktijk; *hoe* we communiceren is net zo belangrijk als *wat* we zeggen.
- Communicatievaardigheden moeten we leren en onderwijzen.
 - Communicatie is niet slechts een persoonlijkheidskenmerk; het bestaat uit een serie vaardigheden die zowel geleerd als onthouden kan worden.
 - Iemand met alleen ervaring is niet automatisch een goede docent.
 - Communicatie moet net zo nauwkeurig worden onderwezen als andere kerntaken, zoals lichamelijk onderzoek.
 - De aard van de gezondheidszorg en de medische praktijk vertoont grote accentverschuivingen. Het is daardoor nodig dat zelfs ervaren hulpverleners blijven werken aan hun communicatievaardigheden en kennis.

- Voor het onderwijs in communicatievaardigheden zijn specifieke methoden nodig.
 - Om gedrag te veranderen is vaardigheidstraining nodig.
 - Er zijn evaringsleermethoden nodig waarbij gebruik wordt gemaakt van observatie, feedback en oefeningen.
 - Onderwijs in communicatievaardigheden moet gebaseerd zijn op concrete problemen.
 - Kennis- en attitudeonderwijs en ontwikkeling van compassie, integriteit en concentratie vormen aanvullingen op het vaardigheidsonderwijs en andersom.

Met dit overzicht willen we niet alleen aantonen hoe belangrijk onderwijs in communicatievaardigheden is, maar ook dat de juiste onderwijsmethoden de vaardigheden van studenten effectief en duurzaam kunnen veranderen. In dit boek werken we een thema uit ons andere boek verder uit: door het trainen van communicatievaardigheden kunnen we onze klinische praktijk verbeteren (zie kader 1.1).

Kader 1.1 De beloning voor het trainen van communicatievaardigheden is een betere klinische praktijk

- Goede communicatie levert een effectiever consult op voor zowel de hulpverlener als de patiënt.
- Effectieve communicatie heeft een positieve invloed op:
 - de nauwkeurigheid, efficiëntie en de steun die geboden wordt;
 - de uiteindelijke gezondheidstoestand van patiënten;
 - tevredenheid van zowel de hulpverlener als de patiënt;
 - de therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt.
- Communicatie overbruggt de kloof tussen de op bewijsvoering gebaseerde geneeskunde (*evidence based medicine*) en het werken met individuele patiënten.

1.1.1 Een effectiever consult

De onderwerpen uit kader 1.1 vormen het uitgangspunt van dit boek. We onderzoeken hoe communicatievaardigheden kunnen resulteren in *effectievere* consulten voor zowel hulpverlener als patiënt. We laten zien hoe communicatievaardigheden de anamnese en het probleem-oplossen *nauwkeuriger* maken en bekijken hoe aandacht voor communicatievaardigheden patiënten beter kan *ondersteunen*.

We zullen vooral ingaan op de manier waarop het juiste gebruik van communicatievaardigheden ons in staat stelt *efficiënter* te zijn in ons dagelijks werk. We zullen verduidelijken dat de hier beschreven communicatievaardigheden de efficiëntie verhogen en we zullen daarvoor bewijs leveren.

1.1.2 Een betere gezondheidstoestand

We zullen ook zien hoe goede communicatie de gezondheid van de patiënt aanzienlijk kan verbeteren. We leggen in dit boek verbanden tussen enerzijds het gebruik van afzonderlijke vaardigheden en anderzijds grotere tevredenheid van de patiënt, betere therapietrouw, minder last van symptomen en enkele fysiologische resultaten.

Om deze claim, een betere gezondheidszorg, waar te kunnen maken, hanteren we in dit boek een *op onderzoek gebaseerde benadering* van communicatievaardigheden. We beschrijven de vaardigheden en laten zien hoe ze in het hulpverleningsgesprek worden toegepast.

Goede communicatie biedt ook voordelen voor hulpverleners. We zullen zien hoe het gebruik van de juiste communicatievaardigheden niet alleen tot gevolg heeft dat patiënten meer tevreden zijn over hun hulpverlener, maar er ook toe bijdraagt dat hulpverleners minder frustraties en meer voldoening hebben in hun werk. Effectieve communicatie kan ook het aantal klachten van patiënten terugbrengen (Adamson et al. 2000; Kinnersley en Edwards 2008). Tamblyn et al. (2007) hebben in een onderzoek aangetoond dat de communicatiescore op het Canadese examen voor toelating tot de praktijk het aantal formele klachten van patiënten in belangrijke mate voorspelt, met een lineaire relatie gedurende een twaalfjarige follow-upperiode.

1.1.3 Samenwerking

De vaardigheden waarover we het hier hebben, betreffen een *patiëntgerichte benadering* die de *samenwerkingsrelatie* tussen hulpverlener en patiënt bevordert. We kiezen voor deze benadering omdat zowel in de praktijk als uit onderzoek is gebleken dat die vaardigheden daadwerkelijk leiden tot betere resultaten voor hulpverlener en patiënt.

Het idee van een samenwerkingsrelatie impliceert een meer evenwichtige verhouding tussen patiënt en hulpverlener en een verschuiving in machtspositie: minder bevoogding, meer gelijkwaardigheid (Roter en Hall 2006; Coulter 2002). In dit boek bestuderen we de communicatievaardigheden waarmee hulpverleners hun patiënten kunnen helpen actiever aan het consult deel te nemen en mee te werken aan een meer evenwichtige verhouding.

We bedoelen niet dat een directieve aanpak nooit nuttig is; in een zaak van leven of dood is een directieve aanpak natuurlijk vaak nodig. Het gaat er niet om welk paradigma het beste is (directief, exploratief of gericht op de relatie), maar juist welke aanpak op welk moment het meest geschikt is, afhankelijk van het doel van het consult. Lussier en Richard (2008) geven aan dat deze laatste vraag afhankelijk is van de specifieke aard en de context van het probleem en de wensen en mogelijkheden van zowel patiënt als hulpverlener op dat moment. Dit wordt ook bevestigd door onderzoek van Essers et al. 2011 naar hoe context factoren de communicatie van de huisarts in het consult kunnen beïnvloeden.

Dit evenwicht in de communicatie kent echter nog een belangrijke andere kant die buiten het kader van dit boek valt: dit betreft de vraag wat *patiënten* tijdens het consult kunnen doen om de communicatie en geboden zorg te beïnvloeden. Patiënten zijn geen passieve partij die elke verandering waarvoor hulpverleners kiezen zomaar accepteren. Zij spelen een belangrijke rol in het consultverloop. We moeten ook te weten komen welke initiatieven ze zelf kunnen nemen om de hulpverlener-patiëntrelatie te veranderen en hoe ze een actievere rol in het gesprek kunnen spelen. In dit boek komt hier en daar onderzoek ter sprake waaruit blijkt hoe belangrijk het is dat patiënten vaardigheden leren waarmee ze actiever kunnen deelnemen aan het hulpverleningsgesprek. We concentreren ons echter vooral op alles wat de hulpverlener kan doen om de patiënt ruimte te geven.

1.2 Indeling van de hoofdstukken

In de volgende zes hoofdstukken volgen we het verloop van het hulpverleningsgesprek. We gaan in op de afzonderlijke vaardigheden die daarbij nodig zijn en we geven studenten en docenten inzicht in de vaardigheden van de medische communicatie. Voor een beter begrip van deze vaardigheden en hun toepassing geven we eerst een overzicht van de algehele leerstof. Daarom behandelen we in elk hoofdstuk de volgende kernvragen:

- *Welke vaardigheden?*

Kunnen we zo'n ingewikkelde, waardevolle en belangrijke taak als het hulpverleningsgesprek wel opdelen in losse onderdelen? Kunnen we wel precies aangeven en beschrijven wat de afzonderlijke vaardigheden zijn die we hulpverleners willen leren?

- *Hoe passen deze vaardigheden bij elkaar?*

Kunnen we communicatievaardigheden presenteren binnen een totaalschema, waaruit studenten en docenten kunnen aflezen om welke vaardigheden het gaat en hoe deze in verhouding staan tot het consult als geheel?

- *Is er enig bewijs dat deze vaardigheden in de hulpverlener-patiëntrelatie een doorslaggevende rol spelen?*

Welke basis vinden we in theorie en onderzoek die deze leerstof in ons communicatieonderwijs rechtvaardigt? Bestaat er gedegen bewijs voor de doeltreffendheid van deze vaardigheden of berust alles slechts op subjectieve vermoedens?

1.3 Algemene typen communicatievaardigheden

In de hoofdstukken over vaardigheden worden drie algemene typen behandeld:

1. Inhoudelijke vaardigheden – *wat* hulpverleners communiceren: de inhoud van hun vragen en antwoorden, de informatie die ze verzamelen en verstrekken, de behandelingen die ze aandragen, al naar gelang de taken in het consult.
2. Procesvaardigheden – *hoe* hulpverleners te werk gaan: de manieren waarop ze met patiënten communiceren; hoe ze door de anamnese lopen of informatie geven; hun verbale en non-verbale vaardigheden; hoe ze de relatie met de patiënt opbouwen; hoe ze communicatie organiseren en structureren.
3. Perceptuele vaardigheden – *wat ze denken en voelen*: welke beslissingen hulpverleners nemen; hoe ze (klinisch) redeneren en problemen oplossen; in hoeverre ze in staat zijn tot compassie, concentratie, integriteit, respect en flexibiliteit; in hoeverre ze zich bewust zijn van hun eigen zelfbeeld en zelfvertrouwen, vooroordelen, instellingen, intenties en zaken die hen afleiden.¹

Inhoud, proces en perceptuele vaardigheden hangen onderling samen en moeten in het onderwijs van communicatievaardigheden als een geheel worden gezien. Alle drie aspecten zijn belangrijk als we de communicatie in de hulpverlening beschouwen (Riccardi en Kurtz 1983; Beckman en Frenkel 1994; Kurtz et al. 2003, Windish et al. 2005; Silverman 2009). De inhoudelijke vragen zijn goed omschreven in verschillende handboeken en daarom we besteden er hier weinig aandacht aan. Communicatievaardigheden daarentegen, en de mate waarin de drie soorten vaardigheden samenhangen, krijgen aanzienlijk minder aandacht in opleidingen. Daarom richt dit boek zich met name op de procesvaardigheden en op de inhoudelijke en perceptuele vaardigheden die relevant zijn voor communicatie in de gezondheidszorg. We bekijken zorgvuldig hoe deze samenhangen en hoe ze elkaar wederzijds beïnvloeden. Hier volgen een paar voorbeelden.

Voorbeeld 1

Stel, de hulpverlener stelt vroeg in het consult een aantal gesloten vragen (proces) over een specifiek onderwerp (inhoud). Deze schijnbaar doeltreffende manier om antwoorden te krijgen op de eigen vragen kan problemen opleveren voor een effectieve diagnose, omdat dit soort vragen geen breed beeld oplevert. Verkeerde manieren om vragen te stellen (proces) kunnen rechtstreeks leiden tot een zwakke hypothesevorming (waarneming).

¹ Erkenning aan David Sluyter (2004, persoonlijke mededeling), een voormalig medewerker van het Fetzer Institute en redacteur van een boek over emotionele intelligentie, voor zijn bijdrage over de notie van persoonlijke capaciteiten. Zoals hij voorstelt: 'Het is echt nodig om zowel het talent te hebben ... als de vaardigheden om dat talent met de ander te delen.'

Vergelijk:

Patiënt: De laatste tijd moet ik er 's nachts steeds uit om te plassen.

Arts: Ik begrijp het.

Hoe vaak per nacht?

Is het een zwakke straal?

Komt de plas moeilijk op gang?

Blijft u nadruppelen? et cetera

met

Patiënt: De laatste tijd moet ik er 's nachts steeds uit om te plassen.

Arts: Ja ...

Patiënt: En ik heb ook steeds dorst.

Arts: Aha.

Patiënt: Mijn moeder heeft diabetes. Denkt u dat ik het misschien ook heb?

Voorbeeld 2

Het is heel interessant om het verband tussen iemands gedachten en gevoelens enerzijds en zijn communicatie met anderen anderzijds te bestuderen. Gedachten en gevoelens over een patiënt (waarneming) kunnen ons normale gedrag in de weg staan en onze communicatie blokkeren. Bijvoorbeeld:

- Irritatie over de persoonlijkheid van een patiënt (waarneming) kan ertoe leiden dat we niet goed luisteren en zo belangrijke aanwijzingen missen (proces).
- Fysiek aangetrokken worden tot een patiënt (waarneming) kan ertoe leiden dat we niets over seksuele kwesties (inhoud) durven vragen, ook al is die informatie belangrijk voor het stellen van de juiste diagnose.

Voorbeeld 3

Aannames die niet zijn gecontroleerd (waarneming) kunnen effectieve informatie-inwinning blokkeren en het gesprek de verkeerde kant op sturen.

Bijvoorbeeld:

- Als we aannemen dat een patiënt is teruggekomen voor controle van een bestaande klacht, komen we er soms pas laat in het consult achter dat hij een belangrijker of nieuw symptoom wil bespreken.

1.3.1 *De moeilijkheid om inhoud- en procesvaardigheden te scheiden in onderwijs van het medische gesprek*

Vanzelfsprekend moeten we inhoud, proces en waarneming geïntegreerd opnemen in ons lesprogramma, want het zijn allemaal belangrijke klinische vaardigheden. Toch worden deze drie typen vaardigheden vaak afzonderlijk behandeld. Dat is niet effectief. Keer op keer is gebleken dat het problemen veroorzaakt als inhoud en procesvaardigheden in het medische gesprek los

van elkaar worden gezien. Een ongelukkig gevolg daarvan is bijvoorbeeld dat studenten op allerlei niveaus geconfronteerd worden met twee schijnbaar tegenstrijdige modellen van het medische gesprek. Het eerste model omvat de ‘traditionele anamnese’ (zie kader 1.2), met een schema van de informatie die artsen gewoonlijk inwinnen bij het opnemen van iemands anamnese en op basis waarvan ze een diagnose formuleren. Dit is de *inhoud* van een consult.

Kader 1.2 Traditionele anamnese

- voornaamste klacht;
- geschiedenis van de huidige klacht;
- medische geschiedenis;
- familiegeschiedenis;
- persoonlijke en sociale geschiedenis;
- geschiedenis van drugs en allergieën;
- informatie over functioneren/conditie.

Het tweede type model wordt gewoonlijk een ‘communicatiemodel’ genoemd. Dergelijke modellen leveren een alternatief kader voor vaardigheden waarmee hulpverleners een consult leiden, een relatie opbouwen, de benodigde informatie inwinnen zoals beschreven in de traditionele anamnese en ten slotte hun bevindingen en alternatieve voorstellen bespreken met patiënten. Dit is het *proces* van het medische gesprek.

Verwarring over het proces

Als we te maken krijgen met deze twee modellen (traditionele anamnese waarin de inhoud wordt beschreven en communicatievaardigheden die het proces beschrijven), zien we die gemakkelijk los van elkaar. We weten dan niet waarom allebei de modellen nodig zijn. We zien niet in hoe belangrijk het is om de vaardigheden van het communicatieproces te leren. We gebruiken dan het traditionele anamnesemodel niet alleen als richtlijn voor de inhoud, maar ook voor het gespreksproces. We vallen in dat geval terug op gesloten vragen en een strakke ondervragingsstructuur die wordt ingegeven door ons onderzoek naar biomedische informatie.

Verwarring over de inhoud

Nog een bron van verwarring betreft de inhoud. Communicatiemodellen worden gewoonlijk gezien als modellen die uitsluitend zijn gericht op procesvaardigheden, maar vaak beschouwen hulpverleners ze als een nieuw inhoudelijk onderdeel van de anamnese: het gezichtspunt van de patiënt op zijn klacht (McWhinney 2013). Zoals we in hoofdstuk 3 uitgebreid bespreken, concentreert de traditionele anamnese zich op de ziekteleer. Dit gaat ten koste van de zeer individuele behoeften en gezichtspunten van de patiënt. Het gevolg is dat veel informatie die nodig is om de problemen van de patiënt te begrijpen en op

te lossen, nooit boven tafel komt. Onderzoek naar tevredenheid van patiënten, therapietrouw, herhalingsbezoeken en psychologische resultaten onderbouwt dat een hulpverlener zich niet mag beperken tot een biologisch perspectief, maar in bredere zin ook rekening moet houden met de leefwereld van de patiënt (Stewart et al. 2013).

Het feit dat de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt geen onderdeel vormen van de traditionele anamnese, leidt er dikwijls toe dat deze in de praktijk niet aan de orde komen (Tuckett et al. 1985). In richtlijnen voor het communicatieproces worden deze inhoudelijke aspecten opgenomen als een afzonderlijk gebied dat als tegenwicht dient voor anamnetische gegevens. Een gevaar hiervan is dat hulpverleners dan geneigd zijn te denken dat ze ofwel de ideeën en zorgen van de patiënt moeten onderzoeken ofwel een volledige en nauwkeurige biomedische anamnese moeten opnemen. Het is echter nodig om informatie over *allebei* te krijgen.

Inhoud en proces integreren

Verderop in dit hoofdstuk behandelen we een aanpak die we hebben ontwikkeld om deze dilemma's op te lossen. We laten een samengevoegd model van het hulpverleningsgesprek zien dat zowel het proces als de inhoud belicht. Het combineert de 'oude' inhoud (de biomedische voorgeschiedenis) met de 'nieuwe' inhoud van het gezichtspunt van de patiënt.

1.4 Een algemeen leerprogramma communicatievaardigheden voor hulpverleners

Proces, inhoud en perceptuele vaardigheden vormen een breed onderwijsgebied. Maar wat zijn nu de specifieke vaardigheden in de hulpverlener-patiëntcommunicatie? Hoe benoemen we de afzonderlijke vaardigheden die we in het leerprogramma willen opnemen? Hoe zorgen we dat docenten en studenten gemakkelijker inzicht krijgen in die vaardigheden en de inhoud van het leerprogramma beter begrijpen? En hoe structureren we het programma op een wijze dat studenten de afzonderlijke vaardigheden beter onthouden, en begrijpen hoe deze zich verhouden tot elkaar en tot het consult als geheel?

We presenteren ons overzicht van de leerstof in de vorm van de Calgary-Cambridge Observatielijst, het uitgangspunt voor onze benadering van het onderwijs in communicatievaardigheden. Deze leidraad geeft een beknopte en toegankelijke samenvatting van ons onderzoek en fungeert als een geheugensteuntje voor de in het boek behandelde, afzonderlijke vaardigheden.

De observatielijst is nadrukkelijk niet beperkt tot een opsomming van *wat* de leerstof inhoudt, maar bepaalt ook voor een belangrijk deel *hoe* communicatievaardigheden worden toegepast. In ons andere boek geven we meer gedetailleerd aan hoe dit instrument voor dit onderwijs wordt gebruikt. In dit hoofdstuk herhalen we de opzet en de benadering van deze lijst.

1.4.1 De Calgary-Cambridge Observatielijst (zoals gepresenteerd in de eerste editie)

De Calgary-Cambridge Observatielijst (Kurtz en Silverman 1996; Kurtz et al. 2005; Silverman et al. 2013) is ontworpen als een concreet, beknopt en toegankelijk antwoord op de voorgaande vragen. Deze observatielijst vormde de kern van de eerste edities van dit en het andere boek, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. De lijst behandelt vier belangrijke aspecten van communicatievaardigheden die van invloed zijn op wat er in een lesprogramma communicatievaardigheden aan bod moet komen:

1. Structuur: hoe organiseren we communicatievaardigheden?
2. Vaardigheden: welke vaardigheden zijn belangrijk?
3. Validiteit: welke bewijzen zijn er dat deze vaardigheden van invloed zijn op de arts-patiëntcommunicatie?
4. Reikwijdte: waarop is het lesprogramma communicatievaardigheden gericht en wat valt erbuiten?

De observatielijst had twee globale doelstellingen:

1. Docenten en studenten helpen de leerstof te begrijpen en structureren.
2. Hulp bieden aan de verantwoordelijken in de onderwijsinstellingen die dit soort trainingsprogramma's moeten opzetten.

De observatielijst bestond slechts uit enkele bladzijden, maar bood:

- een ordening van de vaardigheden voor professionele communicatie die correspondeert met de manier waarop we het consult structureren en die zo het onderwijs, de studie en de hulpverleningspraktijk ondersteunt;
- een beschrijving van de afzonderlijke vaardigheden die samen een effectieve arts-patiëntcommunicatie vormen;
- een beknopte samenvatting van de vaardigheden voor zowel docenten als studenten, die in de dagelijkse praktijk gebruikt kan worden als geheugensteun en als handleiding voor de structurering van observatie, feedback en evaluatie;
- een basis van een alomvattend onderwijsprogramma (Kurtz 1989; Riccardi en Kurtz 1983), waardoor studenten, docenten en programmaleiders een duidelijk beeld krijgen van de beoogde leeropbrengsten;
- een beknopte samenvatting van de vaardigheden voor alle betrokkenen, voor dagelijks gebruik in het onderwijs en als geheugensteun en manier om observatie, feedback en zelfevaluatie te structureren;
- vaste termen voor het benoemen van en verwijzen naar specifiek gedrag;
- een degelijke basis voor de inhoud van trainingsprogramma's die voor samenhang en consistentie in het onderwijs kan zorgen;
- een algemene basis voor communicatieonderricht op alle niveaus – beginnende studenten, coassistenten, stagiaires en deelnemers aan verdere bijscholing – door de beschrijving van een aantal basisvaardigheden voor de communicatie tussen hulpverlener en patiënt die in al deze contexten geldig en toepasbaar zijn.

In het verleden is al vaker op papier gezet wat onderwezen moet worden en bestaan talloze gidsen en lijsten, waaronder onze eigen eerdere versies (Stillman et al. 1976; Cassata 1978; Sanson-Fisher 1981; Riccardi en Kurtz 1983; Cohen-Cole 1991; Van Thiel et al. 1991; Novack et al. 1992; Essers, 2020; Novack et al. 1992), maar de Calgary-Cambridge Observatielijst in de editie van 1998 bood de volgende belangrijke extra kwaliteiten:

- verwijzing naar de lijst van vaardigheden die uit onderzoek en theorie naar voren zijn gekomen;
- een verschuiving naar patiëntgerichtheid, waarbij samenwerking tussen hulpverlener en patiënt vooropstaat;
- meer nadruk op het belangrijke terrein van uitleg en planning (Carroll en Monroe 1979; Riccardi en Kurtz 1983; Tuckett et al. 1985; Maguire et al. 1986b; Sanson-Fisher et al. 1991). In recentere literatuur ligt het accent meer op dit terrein (Towle en Godolphin 1999; Edwards en Elwyn 2001a);
- concrete richtlijnen voor de belangrijke vaardigheden in hulpverleningscommunicatie, met daarin voldoende ruimte voor eigen stijl en persoonlijkheid.

De observatielijst is bruikbaar voor kleine groepen en voor een-op-een training. In de loop van de jaren is hij regelmatig herzien en verfijnd. We danken met name dr. Rob Sanson-Fisher (Australië) voor zijn bijdrage aan de structurering van de leidraad, evenals de artsen Vincent Riccardi (VS) en Catherine Heaton (Canada). De Calgary-Cambridge Observatielijst, die zich blijft ontwikkelen, dient al 25 jaar als basis voor onderwijs in communicatievaardigheden aan de faculteit geneeskunde van de University of Calgary in Canada (Riccardi en Kurtz 1983; Kurtz 1989) en meer recent wordt een variant gebruikt in de vervolgopleiding en nascholing in Calgary. Tegenwoordig wordt deze leidraad ook breder gebruikt, bijvoorbeeld bij de opleiding van andere hulpverleners of door gevestigde hulpverleners. We zijn dr. Meredith Simon dankbaar voor zijn recente medewerking aan de verdere ontwikkeling van de observatielijst in Calgary.

Ook in Engeland wordt de observatielijst inmiddels gebruikt door huisartsen in opleiding en hun docenten in de East Anglian Region. Daar is de observatielijst verfijnd door een proces van experimenten die artsen en docenten in workshops hebben uitgevoerd. Met de hulp van dr. John Benson is de lijst een belangrijk onderdeel geworden in het lesprogramma van de School of Clinical Medicine aan de University of Cambridge.

Sinds de publicatie van de observatielijst in 1998 gebruiken allerlei andere organisaties op alle niveaus in het medisch onderwijs binnen een breed scala aan specialismen de lijst als onderbouwing van hun lesprogramma's voor communicatievaardigheden. Instituten in landen als Australië, Nieuw-Zeeland, Zuid-Afrika, Zuid-Amerika (Argentinië, Brazilië en Chili), het Midden-Oosten, Scandinavië, West Europa (Italië, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Nederland, Portugal, Spanje), Oost Europa, Rusland, Zuidoost Azië, Taiwan, Nepal, Canada en Amerika gebruiken de lijst als een belangrijk les-, toetsings- of research-

instrument. De lijst is ook, met kleine aanpassingen, in gebruik bij andere gezondheidszorgberoepen, waaronder farmacie, verpleegkunde en diergeneeskunde (Adams en Ladner 2004; Adams en Kurtz 2006; Radford et al. 2006; Greenhill et al. 2011; Hecker et al. 2012). In ons andere boek bestuderen we de lijst als les- en toetsingsinstrument en bespreken we hoe geground, betrouwbaar en educatief deze is in de context van de bredere kwesties bij het ontwikkelen van een lesprogramma en de beoordeling van communicatievaardigheden.

1.4.2 *De verbeterde Calgary-Cambridge Observatielijst*

Doordat de versie uit 1998 steeds meer werd gebruikt, zijn een aantal belangrijke kwesties duidelijk geworden. De eerste kwestie is hoe studenten leren inzien hoe waardevol en nuttig de observatielijst is, zonder meteen ontmoedigd te raken door de zeventig afzonderlijke vaardigheden waaruit het communicatieproces bestaat. We begrijpen dat dit op het eerste gezicht een gigantisch aantal lijkt, maar tegelijkertijd willen we medische communicatie niet te veel vereenvoudigen: het *is* een complex en lastig terrein en we zouden er geen recht aan doen als we de observatielijst zouden beperken tot een paar vaardigheden. De tweede kwestie is: hoe kunnen we de inhoud en het proces van communicatie explicieter integreren in de Calgary-Cambridge Observatielijst?

Een derde kwestie hangt nauw samen met de andere twee: hoe kunnen we ervoor zorgen dat het doceren en leren van communicatievaardigheden aan medische faculteiten niet beperkt blijft tot het studieprogramma, maar ook wordt geïntegreerd in stage- en bijscholingsprogramma's?

In antwoord op deze kwesties hebben we een nieuwe versie ontwikkeld van de Calgary-Cambridge Observatielijst (Kurtz et al. 2003), met daarin de volgende verbeteringen:

- Een schema van drie diagrammen; daarmee worden de communicatievaardigheden visueel en conceptueel duidelijker en plaatsen we de vaardigheden van het communicatieproces in een begrijpelijke klinische methode.
- Een nieuwe inhoudelijke observatielijst voor medische gesprekken, die beter aansluit op de structuur en procesvaardigheden van onderwijs in communicatievaardigheden.
- Het toevoegen van het perspectief van de patiënt op zowel het proces als de inhoudelijke aspecten van het medische gesprek.

Met deze verbeteringen kunnen we de observatielijst in drie duidelijke stappen onderverdelen. Ten eerste een serie van drie diagrammen die het kader van de communicatieleerstof vormen, dat we in de context van een begrijpelijke klinische methode plaatsen. Ze bieden een logisch en organisatorisch schema voor zowel de interacties tussen hulpverlener en patiënt als voor het onderwijs in communicatievaardigheden.

Ten tweede leveren we een overzichtelijke lijst met zeventig communicatievaardigheden die in het proces aan de orde komen en die in dit kader passen. Als studenten die vaardigheden een voor een volgen, krijgen ze een eerste ken-

nismaking met de ‘belangrijkste elementen’ zoals die zijn weergegeven in het basismodel. Dan volgt er een uitgebreidere lijst met specifieke vaardigheden die relevant zijn voor alle bredere terreinen.

In de derde en laatste stap bieden we richtlijnen voor de inhoud van een medisch consult, met daarin een nieuwe methode om een beeld te vormen van de informatie die tijdens het consult ingewonnen wordt en die wordt vastgelegd in het patiëntendossier.

Dit overzicht van de inhoud sluit aan op de specifieke communicatievaardigheden in de Calgary-Cambridge Observatielijst. Door deze ‘aansluiting’ versterken de observatielijsten elkaar en zijn ze bevorderlijk voor de integratie van inhoud in de procesvaardigheden. De Calgary-Cambridge Observatielijst vormt de kern van dit boek.

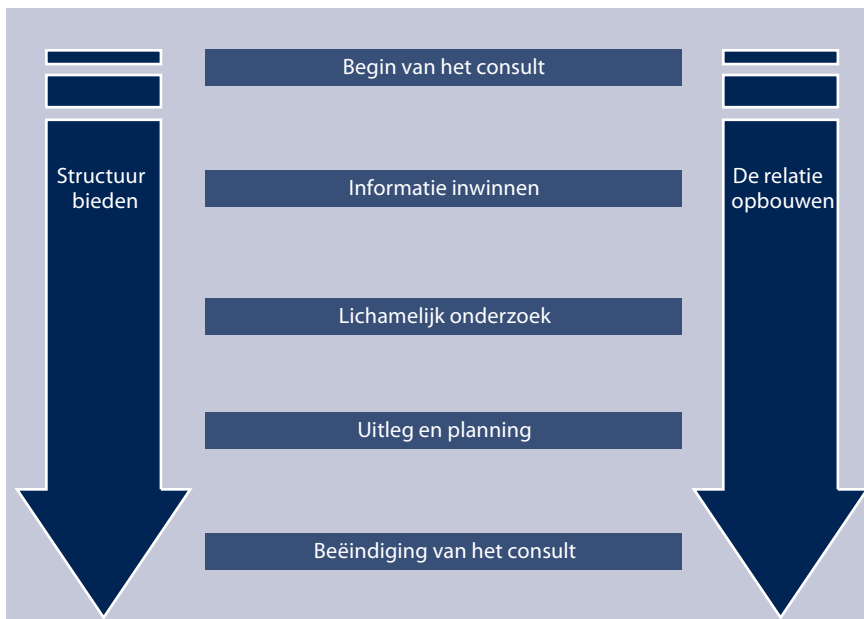
Drie schema’s: het kader van de Calgary-Cambridge Observatielijst

Met deze drie schema’s van de Calgary-Cambridge Observatielijst krijgen studenten en docenten een beter beeld van:

- wat er gebeurt tijdens een medisch consult;
- hoe vaardigheden in communicatie en lichamelijk onderzoek onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Het basiskader

Figuur 1.1 is een schematische weergave van het medisch consult. Zowel communicatieve taken als lichamelijk onderzoek zijn erin opgenomen. Het basiskader geeft de stroom aan van de taken die plaatsvinden in de praktijk.



Figuur 1.1 Basiskader: zeven taken in het gesprek

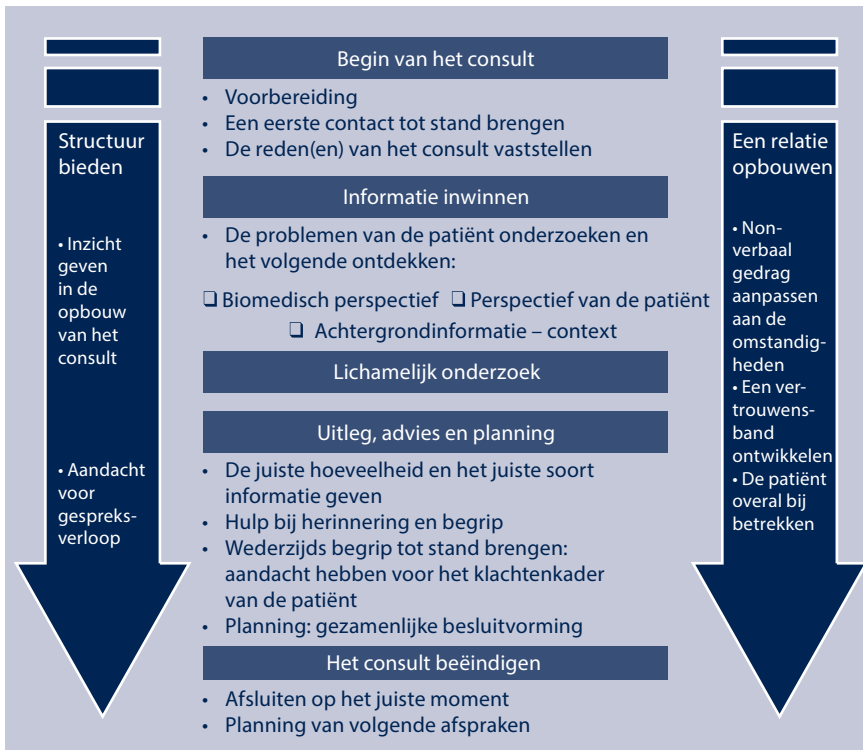
In de voorgaande observatielijst ordenden we de vaardigheden rond vijf kerntaken van hulpverleners en patiënten in de dagelijkse klinische praktijk: begin van het consult, informatie inwinnen, de relatie opbouwen, uitleggen, adviseren en plannen, en ten slotte het consult beëindigen. Gevoelsmatig was er een logisch verband tussen de taken, die dan ook een bruikbaar schema opleverden, zowel voor de interacties tussen hulpverlener en patiënt als voor het onderwijs in communicatievaardigheden. Deze structuur werd in 1983 voor het eerst gebruikt door Riccardi en Kurtz en komt overeen met de bevindingen van Cohen-Cole in 1991.

In het schema van het basiskader in de observatielijst zijn twee veranderingen aangebracht. In plaats van communicatie op zichzelf in kaart te brengen, is er in het schema ook aandacht voor lichamelijk onderzoek als een van de vijf voornaamste taken die hulpverleners achtereenvolgens uitvoeren tijdens een volledig consult. Met de weergave van lichamelijk onderzoek op de juiste plaats in de opeenvolgende onderdelen wordt beter weerspiegeld wat er in de praktijk gebeurt. Zo zien we eerder het verband tussen lichamelijk onderzoek en andere communicatietaken.

De tweede verandering is dat er een scherper onderscheid is gemaakt tussen de vijf taken die min of meer opeenvolgend worden uitgevoerd tijdens een medisch consult en de twee taken die in het gehele consult nodig zijn: het opbouwen van een relatie en het structureren van het gesprek. Nu zien we in dat het structureren van het consult – net als het opbouwen van een relatie – een taak is die door het gehele consult loopt en niet op zichzelf staat. Beide continue taken zijn van belang om de vijf opeenvolgende taken met succes te kunnen uitvoeren. Met deze veranderingen kunnen we ons een nauwkeuriger beeld vormen van het communicatieproces zelf en het verband tussen de verschillende taken.

Het uitgebreide schema

In figuur 1.2 wordt het basiskader uitgebreid met de doelstellingen die binnen elk van de zeven communicatietaken behaald moeten worden. Dit uitgebreide schema van taken en doelstellingen biedt een overzicht dat ons helpt de talloze vaardigheden van het communicatieproces in de complexere Calgary-Cambridge Observatielijst te kunnen onthouden en ordenen. Vervolgens worden de specifieke evidence-based vaardigheden behandeld die nodig zijn om alle doelstellingen te behalen.



Figuur 1.2 Uitgebreid schema

De complete observatielijst bevat ook een extra sectie ‘opties’ onder de taak uitleg en planning, die niet staan afgebeeld. Die sectie bevat zowel inhoud- als procesvaardigheden van het onderdeel uitleg en planning: het bespreken van onderzoeken en procedures, de hypothese van de hulpverlener, de betekenis van problemen en het overleggen over een handelingsplan. De communicatievaardigheden die ervoor zorgen dat de patiënt met respect bejegend wordt en tijdens het lichamelijk onderzoek op de hoogte wordt gehouden, vallen onder relatie opbouwen, structureren, uitleg en planning.

Een voorbeeld van de wederzijdse relatie tussen inhoud en proces

In het derde schema (zie figuur 1.3) nemen we een taak – informatie inwinnen – als voorbeeld. Hiermee laten we gedetailleerd zien hoe inhoud en proces in een consult met elkaar samenhangen.

Samen vormen de schema’s in figuur 1.1, 1.2 en 1.3 een kader dat een beeld geeft van de taken tijdens een ontmoeting tussen hulpverlener en patiënt en van de manier waarop zo’n consult chronologisch verloopt. Met dit kader kunnen studenten (en docenten die minder bekend zijn met het lesgeven in communicatievaardigheden) zich een betere voorstelling maken van de relatie tussen afzonderlijke elementen van communicatie-inhoud en -proces.

Steeds wordt training van communicatie niet beperkt tot formele communicatiecursussen, maar geïntegreerd in de opleidingen in de gezondheidszorg. In deze contexten hebben alle docenten weer een andere kennisbasis en verschillende ervaringen. Bovendien doceert de een communicatievaardigheden gemakkelijker dan de ander. De drie schema's bieden manieren om een beeld te vormen van communicatievaardigheden in het hulpverleningsconsult.

Vervolgens zijn er meer gedetailleerde richtlijnen nodig voor inhoud en proces. Deze helpen ons om, behalve effectief na te denken over de doelstellingen van de interactie tussen hulpverlener en patiënt, ook in te zien welke vaardigheden deel uitmaken van het communicatieproces en hoe we die kunnen gebruiken. Zo ontdekken we hoe de inhoud van een medisch consult eruit hoort te zien en hoe we die kunnen communiceren.



Figuur 1.3 Een voorbeeld van de wederzijdse relatie tussen inhoud en proces

Calgary-Cambridge Observatielijst: vaardigheden in het communicatieproces

De observatielijst biedt de nodige details van de vaardigheden voor het communicatieproces. De lijst beschrijft 73 evidence-based communicatievaardigheden die passen in het kader van taken en doelstellingen in figuur 1.2. Onze ervaring is dat studenten en docenten in de gezondheidszorg die de kaders (in figuren 1.1, 1.2 en 1.3) begrijpen, meer inzicht hebben in de complexiteit

van de hulpverlener-patiëntcommunicatie. Ook krijgen zij een goed beeld van de vele vaardigheden uit de observatielijst. Ze nemen die eerder in zich op en onthouden ze beter. De richtlijnen bieden een repertoire aan vaardigheden die waar nodig gebruikt kunnen worden. De veranderingen in de Calgary-Cambridge Observatielijst zijn voornamelijk aangebracht om de al beschreven vaardigheden te verhelderen of om de richtlijnen gebruiksvriendelijker te maken voor lesprogramma's en evaluaties. De voornaamste veranderingen komen voor in het onderdeel over gezamenlijke besluitvorming, waarbij punt 48 tot 52 is aangepast. We hebben geen nieuwe vaardigheden toegevoegd of ingrijpende veranderingen aangebracht in de interpretatie.

Vaardigheden van de Calgary-Cambridge Observatielijst

Begin van het consult

Vorbereiding

1. leest informatie over klachten, eerder beleid en/of voorgeschiedenis indien aanwezig;
2. concentreert zich en bereidt zich voor op volgende consult, vraagt waar nodig toestemming.

Een eerste contact tot stand brengen

3. de patiënt begroeten en zijn naam vragen;
4. voorstellen en duidelijk maken wat derol is;
5. interesse en respect tonen; ervoor zorgen dat de patiënt zich fysiek zo prettig mogelijk voelt.

De reden(en) voor het consult vaststellen

6. de beginvraag: vaststellen welke problemen of onderwerpen de patiënt wil aankaarten (bijvoorbeeld: 'Waarover wilt u vandaag praten?' of: 'Waarom bent u hiernaartoe gekomen?');
7. luisteren naar de eerste opmerkingen van de patiënt: aandachtig en zonder deze te onderbreken, of door suggestieve vragen te stellen;
8. globale oriëntatie: de lijst van problemen of onderwerpen nogmaals doornemen (bijvoorbeeld: 'Dus u hebt veel hoofdpijn en u bent steeds moe. Is er nog meer dat u vandaag zou willen bespreken?');
9. het verloop van het consult vastleggen, daarbij rekening houdend met de behoeften van zowel patiënt als hulpverlener.

Informatie inwinnen

Problemen verhelderen

10. het verhaal van de patiënt: de patiënt aanmoedigen zijn problemen te vertellen, vanaf het eerste optreden van de klachten tot nu toe, in zijn eigen woorden (waarbij duidelijk wordt wat de aanleiding tot het huidige bezoek is);

11. vraagstijl: open- en gesloten-vraagtechnieken gebruiken, deze op de juiste momenten afwisselen;
12. luisteren: aandachtig luisteren; de patiënt laten uitpraten; de patiënt ruimte geven om na te denken alvorens te antwoorden of om na een pauze verder te gaan;
13. aanmoedigend reageren: de uitingen van de patiënt verbaal en non-verbaal ondersteunen, bijvoorbeeld aanmoediging, stiltes, herhaling, parafrasering, interpretatie;
14. signalen: verbale en non-verbale signalen registreren (lichaamstaal, manier van spreken, gezichtsuitdrukking, houding) en waar nodig ter sprake brengen;
15. verheldering: doorvragen op uitspraken die vaag zijn of andere toelichting behoeven, bijvoorbeeld: ‘Wat bedoelt u met “licht in het hoofd”?’;
16. voorlopige samenvatting: van tijd tot tijd het relaas samenvatten om te verifiëren of het verhaal van de patiënt goed begrepen is; de patiënt vragen de interpretatie te corrigeren en aanvullende informatie te geven;
17. taalgebruik: beknopte, gemakkelijk te begrijpen vragen en antwoorden gebruiken; jargon vermijden of anderszins goed uitleggen;
18. vaststellen wanneer de klachten zijn begonnen.

Het gezichtspunt van de patiënt leren kennen

19. actief vaststellen en onderzoeken:
 - de ideeën van de patiënt (wat deze zelf denkt over de oorzaak);
 - de zorgen omtrent het probleem;
 - de verwachtingen van de patiënt: welke hulp deze wil en denkt te krijgen;
 - effecten van het probleem op het leven van de patiënt.
20. gevoelens en gedachten van de patiënt: de patiënt stimuleren zijn gevoelens en gedachten te uiten.

Structuur in het consult aanbrengen

Een open sfeer bevorderen

21. tussentijdse samenvatting: na elk onderdeel van het gesprek het gezegde samenvatten om te controleren of alles duidelijk is geworden; pas daarna doorgaan;
22. markeren: overgangsoptmerkingen maken, waarbij het motief voor het volgende onderwerp wordt aangegeven.

Verloop van het gesprek

23. het gesprek een logische structuur geven, rekening houdend met de taken in het consult;
24. timing: de tijd in het oog houden en zorgen dat niet van het onderwerp wordt afgedwaald.

De relatie opbouwen

Gepast non-verbaal gedrag vertonen

25. gepast non-verbaal gedrag vertonen:
 - oogcontact, gezichtsuitdrukking;
 - houding en positie, beweging;
 - letten op stemgebruik, bijvoorbeeld tempo, volume en intonatie.
26. gebruik van aantekeningen: bij lezen, schrijven of computergebruik dit zó doen dat de dialoog of het contact met de patiënt niet verstoord wordt;
27. zelfvertrouwen uitstralen.

Het ontwikkelen van een goede verstandhouding

28. erkenning: de denkbeelden en gevoelens van de patiënt erkennen en accepteren, zonder te oordelen of te veroordelen;
29. inlevingsvermogen om begrip en erkenning van de gevoelens of de toestand van de patiënt over te brengen; openlijke erkenning van de gevoelens en meningen van de patiënt;
30. ondersteuning bieden: zorg, begrip, hulpvaardigheid uitdrukken; pogingen van de patiënt accepteren om de situatie het hoofd te bieden;
31. gevoeligheid: respectvol en tactvol omgaan met gênante en lastige onderwerpen en fysieke pijn, ook bij lichamelijk onderzoek.

De patiënt bij de gang van zaken betrekken

32. hardop denken: met de patiënt meedenken om zijn betrokkenheid te stimuleren (bijvoorbeeld: 'Ik denk dat u...');
33. motieven noemen: uitleggen waarom bepaalde vragen moeten worden gesteld of lichamelijk onderzoek moet plaatsvinden dat misschien onlogisch lijkt;
34. onderzoek: tijdens lichamelijk onderzoek de gang van zaken uitleggen en toestemming vragen.

Uitleg, advies en planning

De juiste hoeveelheid en het juiste soort informatie geven

Doelen:

- begrijpelijke en informatie op maat geven;
 - aansluiten bij de persoonlijke behoefte aan informatie van elke patiënt: niet te veel, maar ook niet te weinig informatie geven.
35. informatie bij stukjes en beetjes verstrekken en steeds controleren: informatie op de juiste manier doseren; controleren of de patiënt het begrijpt; de reactie van de patiënt bepaalt het verloop van het gesprek;
 36. vaststellen wat de patiënt al weet: alvorens informatie te geven de patiënt vragen waarvan hij al op de hoogte is (nagaan hoeveel de patiënt wil weten);
 37. de patiënt vragen welke andere informatie nuttig zou zijn, bijvoorbeeld etiologie, prognose;

38. op de juiste momenten uitleg geven: geen advies of informatie geven of geruststellingen uiten als de patiënt daar nog niet aan toe is, als deze nog vragen of aanvullende informatie heeft.

Bevorderen dat informatie wordt begrepen en onthouden

Doelen:

- zorgen dat informatie voor de patiënt gemakkelijk te onthouden en te begrijpen is.
39. de uitleg ordenen: deze opdelen in kleine porties; een logische volgorde aanhouden;
40. een duidelijke categorisering of markering gebruiken, bijvoorbeeld: 'Er zijn drie belangrijke punten die ik wil bespreken' of: 'Goed, zullen we dan nu verder gaan met ...';
41. herhalingen en samenvattingen gebruiken: om informatie goed te laten doordringen;
42. taal: beknopte, gemakkelijk te begrijpen uitspraken doen: jargon vermijden of dit duidelijk uitleggen;
43. visuele methoden gebruiken voor informatieoverdracht: grafieken, modellen, geschreven informatie en instructies;
44. controleren of de patiënt de gegeven informatie (of het behandelplan) begrijpt, bijvoorbeeld door te vragen de informatie in eigen woorden te herhalen; indien nodig bepaalde informatie opnieuw uitleggen.

Aandacht voor het perspectief van de patiënt

Doelen:

- uitleg geven die gerelateerd is aan het perspectief van de patiënt;
 - nagaan wat de patiënt denkt en voelt na de gegeven informatie;
 - interactie nastreven en eenrichtingsverkeer vermijden.
45. de uitleg afstemmen op de toestand en de opvattingen van de patiënt: rekening houden met eerder geuite ideeën, zorgen en verwachtingen;
46. de patiënt de gelegenheid geven en stimuleren om aan het gesprek deel te nemen: door vragen te stellen, om opheldering te vragen of twijfels te uiten; deze bijdragen op de juiste manier honoreren;
47. verbale en non-verbale signalen opmerken, bijvoorbeeld als de patiënt iets zou willen vertellen of vragen, als hij de informatie niet kan verwerken of als de zenuwen hem de baas worden;
48. de patiënt gedachten, reacties en gevoelens ontlokken over de gegeven informatie of de gebruikte termen; deze serieus nemen en indien nodig nader bespreken.

Planning: gezamenlijke besluitvorming

Doelen:

- ervoor zorgen dat de patiënt het besluitvormingsproces begrijpt;
- de patiënt, voor zover deze dit wenst, bij dit proces betrekken;
- ervoor zorgen dat de patiënt zich bij de plannen betrokken voelt.

49. de eigen gedachten uiten: ideeën, denkprocessen en dilemma's, voor zover dit mogelijk is;
50. de patiënt erbij betrekken:
 - suggesties doen en keuzen bieden in plaats van voorschrijven wat te doen;
 - stimuleren om gedachten en suggesties te uiten.
51. onderzoeken welke plannen mogelijk zijn;
52. vaststellen in hoeverre de patiënt betrokken wil worden bij de besluitvorming;
53. een plan maken dat voor beiden acceptabel is:
 - als tegenwicht aangeven welke opties de eigen voorkeur hebben;
 - vaststellen wat de voorkeuren van de patiënt zijn.
54. met de patiënt nagaan:
 - of het plan acceptabel is;
 - of alle problemen aan de orde zijn geweest.

Het consult beëindigen

Planning voor de toekomst

55. afspraken maken over de volgende stappen voor hulpverlener en patiënt;
56. vangnet: voor mogelijke onverwachte gevolgen waarschuwen; wat te doen als het plan niet werkt; wanneer hulp zoeken en waar.

Zorgen voor een passend afsluitingspunt

57. het consult kort samenvatten en het verdere behandelplan verhelderen;
58. consultevaluatie: controleren of de patiënt het met het plan eens is en of het bevalt, of deze nog vragen en opmerkingen heeft of iets wil corrigeren.

Verdere mogelijkheden bij uitleg, advies en planning (ook over inhoud- en procesvaardigheden)

Als visies en het belang van problemen besproken worden

59. visie geven over wat er gaande is en deze indien mogelijk nader benoemen;
60. motieven voor deze visie geven;
61. oorzaken, ernst van de situatie, het verwachte resultaat en de consequenties op korte en lange termijn uitleggen;
62. nagaan wat de patiënt denkt en waarover deze zich zorgen maakt naar aanleiding van de gegeven mening.

Bij het opstellen van een gezamenlijk behandelplan

63. opties bespreken, bijvoorbeeld geen verdere behandelingen, onderzoeken, medicijnen of operaties, of behandeling zonder medicijnen (fysiotherapie, krukken of looprekje, psychotherapie), preventieve maatregelen;

64. informatie geven over de geboden behandeling; bijvoorbeeld de naam van de hulpverlener, de te volgen stappen, hoe het werkt, de voor- en nadelen, mogelijke bijwerkingen;
65. de mening van de patiënt vragen over de behoefte aan behandeling, de voordelen en barrières die worden ervaren, motivatie;
66. de standpunten van de patiënt accepteren: indien nodig alternatieven aandragen;
67. vragen naar de reacties en de zorgen van de patiënt over de plannen en de behandelingen, ook nagaan in hoeverre de patiënt die accepteert;
68. aandacht voor de manier van leven van de patiënt, zijn geloofsovertuiging, diens culturele achtergrond en mogelijkheden;
69. de patiënt stimuleren om aan de uitvoering van de plannen deel te nemen, zelf verantwoordelijkheid te nemen en op zichzelf te vertrouwen;
70. de patiënt vragen naar mogelijke mantelzorg; andere beschikbare vormen van zorg bespreken.

Bij de bespreking van onderzoeken en procedures

71. duidelijke informatie geven over de procedures, bijvoorbeeld over wat de patiënt te wachten staat en hoe de resultaten worden meegedeeld;
72. het verband duidelijk maken tussen de procedures en het behandelplan: belang en doel;
73. vragen uitlokken over mogelijke angsten of negatieve resultaten en de antwoorden serieus bespreken.

Calgary-Cambridge Observatielijst: communicatie-inhoud

De inhoudelijke aspecten in figuur 1.4 bieden een nieuwe methode van *conceptualiseren* en *vastleggen* van informatie tijdens het consult en in het patiëntendossier. De traditionele manier om medische informatie vast te leggen is behouden (zie kader 1.2), maar aangevuld:

- een lijst met problemen die de patiënt graag wil bespreken (niet slechts één ‘klacht’);
- het verloop van de gebeurtenissen;
- de ‘nieuwe’ inhoud: het gezichtspunt van de patiënt;
- mogelijke behandelalternatieven die de hulpverlener overweegt;
- een verslag van wat de hulpverlener aan de patiënt heeft verteld;
- het besproken behandelplan.

Met deze aanvullingen komt de inhoud van de nieuwe observatielijst dichter in de buurt van de hulpverleningspraktijk dan de traditionele benadering. Studenten krijgen het gemakkelijker om zowel de ‘oude’ als de ‘nieuwe’ inhoud in de praktijk van alledag toe te passen. Deze aanvullingen leveren verbeteringen op in onderwijs en praktijk, als het gaat om registratie van patiëntgegevens (voor gebruik in de praktijk kan elk punt in de observatielijst worden gevolgd door een ruimte waarin studenten de ingewonnen informatie kunnen noteren tijdens een consult. Ze kunnen dan hun aantekeningen later uitschrijven in een patiëntendossier).

Vaardig communiceren in de gezondheidszorg toont aan hoe belangrijk goede communicatieve vaardigheden zijn voor professionals in de gezondheidszorg én hun patiënten. Het doel van het boek is het stimuleren en verbeteren van de communicatievaardigheden van zorgprofessionals. Bijzonder aan dit boek is dat het gebaseerd is op (internationaal) wetenschappelijk onderzoek over effectieve communicatie.

In **Vaardig communiceren in de gezondheidszorg** staat het Calgary-Cambridge gespreksmodel centraal dat de inhoud en het proces van communicatie met elkaar verbindt. Dit model wordt ondersteund door een observatielijst die de noodzakelijke klinische taken in de gespreksvoering volgt. De structuur van het hulpverleningsgesprek en de daarvoor benodigde basale communicatieve vaardigheden worden hierdoor systematisch behandeld.

In deze derde, herziene druk is aandacht voor de toepassing van communicatie in specifieke contexten: communicatie bij seksuele problemen en bij beperkte gezondheidsvaardigheden, e-health en onlinecommunicatie. Daarnaast komt aan de orde hoe het ervaringsgericht leren van communicatie kan worden gestimuleerd met behulp van ondersteunende tools: een format voor een ervaringsgerichte leersessie, een reflectieverslag van een consultobservatie en een update van de scoringslijst voor communicatievaardigheden, de MAAS 2.0.

De online leeromgeving bij het boek bevat oefenvragen per hoofdstuk, het online boek en video's.

Dit boek is bedoeld voor (aankomende) professionals in de verschillende beroepen in de gezondheidszorg.

Jonathan Silverman is honorair professor in academische huisartsgeneeskunde aan de Deakin Universiteit in Australië.

Dr. **Suzanne M. Kurtz**, PhD is emeritus-hoogleraar en was verbonden aan de Universiteit van Calgary (Canada), waar zij communicatiespecialist was aan de faculteit Onderwijskunde.

Dr. **Juliet Draper** FRCGP, MD, was directeur van het leerproject cascade voor communicatieve vaardigheden aan de Eastern Deanery in Groot-Brittannië.

Dr. **Angelique Timmerman** is universitair docent bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde en werkzaam bij de huisartsopleiding van de Universiteit Maastricht. Haar expertise is onder meer (het leren van) arts-patiëntcommunicatie.



www.boomstudent.nl
www.boomhogeronderwijs.nl