

Consulten terugkijken helpt gespreksvaardigheden te verbeteren

Communicatie train je op de werkvloer

Heleen Staal,
orthopedisch chirurg

Valerie van den Eertwegh,
communicatiedeskundige

prof. dr. Lodewijk van Rhijn,
orthopedisch chirurg, voorzitter
vakgroep Orthopedie

Allen werkzaam bij Maastricht
UMC+

Correspondentieadres:
l.van.rhijn@mumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Getty Images

Goed kunnen communiceren is een belangrijke competentie voor een arts. Maar in de praktijk blijkt dat nog best lastig te zijn. Systematische training op de werkplek werpt op de orthopedische opleidingsafdeling in Maastricht zijn vruchten af.

In de nieuwe opleidingseisen voor medisch specialisten, uitgewerkt in de CanMeds-kerncompetenties, is een belangrijke plaats gereserveerd voor communicatie.¹ Na de opleiding tot specialist moet de arts adequaat over het medisch beleid kunnen communiceren met patiënt, familie en medezorgverleners. In de meeste opleidingsklinieken is echter geen structurele aandacht voor deze vaardigheid.² Artsen zijn zich over het algemeen wel bewust van het belang van communicatie, maar in de praktijk blijken er de nodige blokkades en onbewuste lacunes te bestaan.³ Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de introductie van de computer en van protocolaire geneeskunde het moeilijker maken voor patiënten om hun zorgen te delen.⁴ Op de orthopedische opleidingsafdeling van Maastricht UMC+ is daarom een jaarlijkse training in communicatievaardigheden voor alle behandelaars ingevoerd.

Minder stress

Gekozen is voor een jaarlijks terugkerend videotrainingsprogramma waaraan alle behandelaars op de orthopedische poli – stafleden, aiossen, nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's) – moeten deelnemen. Deze keuze is gebaseerd op de literatuur over het trainen van communicatievaardigheden bij specialisten en assistenten. Hoewel daaruit

bekend is dat het gevoel van competentie bij de meeste deelnemers significant toeneemt, terwijl eventuele scepsis over het nut ervan door de training meestal afneemt, is ook bekend dat vaardigheden die in oefensituaties zijn aangeleerd, vaak niet optimaal naar klinische situaties worden meegenomen.⁵⁻⁷ Succesvolle transfer naar de werkvloer, waarbij aandacht voor goede communicatie onderdeel wordt van de afdelingscultuur, vraagt om een werkgerelateerde, afdelingsbrede en longitudinale aanpak.⁷

De eerste stap om de training in te voeren was een plenaire bijeenkomst waarin het belang van goede communicatie wetenschappelijk werd toegelicht. Daarnaast besprak een externe communicatiedeskundige welke gespreksvaardigheden belangrijk zijn en hoe deze getraind kunnen worden. Leidraad hierbij was het 'Four Habits'-model van Krupat.⁸ Dit model benoemt systematisch gewoontes voor consulten die artsen zich kunnen eigen maken, en de voordelen ervan voor patiënt en arts (zie *figuur*). De vier gewoontes zijn: investeer in het begin, achterhaal het perspectief van de patiënt, toon betrokkenheid, en investeer in het einde. Toepassing van deze gewoontes leidt tot het snel opbouwen van een vertrouwensband, het beter achterhalen van de reden van het bezoek en het werkelijke probleem, een effectievere uitwisseling van informatie en verhoging van therapietrouw en positieve gezondheidsuitkomsten.⁹ Bovendien ervaren artsen dan meer voldoening en minder stress in hun werk. Dit is

**Artsen die niet gestresst zijn,
kunnen beter luisteren**

ook in het belang van de patiënt. Artsen die niet gestresst zijn, zijn minder prikkelbaar en kunnen daardoor beter luisteren.¹⁰

Concrete afspraken

De training bestond uit het nabespreken van video-opnames van policonsulten. Hiervoor werd uiteraard vooraf toestemming verkregen van de betrokken patiënten. Om een veilig

leerklimaat te creëren voor de betrokken behandelers, was er een aantal regels. De behandelaars konden zelf de camera aan- en uitzetten en na afloop van de poli konden

zij ieder een drietal fragmenten kiezen, waarbij ze konden aangeven op welke gesprekselementen ze feedback wilden krijgen. De fragmenten werden onder leiding van de communicatiedeskundige nabesproken in groepen van maxi-

maal zeven personen, telkens bestaande uit de samenwerkende specialisten, aiossen, PA's en NP's van één gespecialiseerde poli. Iedereen kon feedback geven, geformuleerd volgens de regels van Pendleton.¹¹ Deze benadering houdt in dat de feedback niet veroordelend of persoonlijk is, maar gericht op gedrag en mogelijke verbetering. Na het noemen van twee goede punten formuleert de feedbackgever verbeterpunten. Ten slotte formuleert elke deelnemer zijn belangrijkste leerpunten als concrete afspraken.

De belangrijkste verbeterpunten waren:

1. Expliciet nagaan bij de patiënt wat de redenen en het doel van het bezoek zijn.
2. De patiënt niet te snel onderbreken in het begin van het consult.
3. Storend computergebruik en multitasking verminderen.
4. Bij weerstand of onduidelijkheid bij een patiënt niet doorgaan met het eigen

Vermijd storend computergebruik en multitasking

Vier gewoontes voor consulten

Gewoonte	Vaardigheid	Technieken en voorbeelden
Investeer in het begin	Creëer een goede verstandhouding	Stel een niet-medische vraag om de patiënt op zijn gemak te stellen
	Achterhaal de zorgen van de patiënt	Stel open vragen: 'Ik begrijp dat u hier bent voor (...). Kunt u me daar meer over vertellen?'
	Schets hoe het bezoek eruit gaat zien	Laat de patiënt weten wat hij kan verwachten: 'Zullen we het eerst hebben over (...), dan zal ik daarna (...)
Achterhaal het perspectief van de patiënt	Vraag naar ideeën van de patiënt	Schat het standpunt van de patiënt in: 'Wat denkt u dat uw probleem veroorzaakt?'
	Achterhaal specifieke verzoeken	Stel vast naar wat voor oplossing de patiënt zoekt: 'Wat hoopt u dat zou kunnen helpen?'
	Ga na wat de impact is op het leven	Onderzoek de sociale context: 'In welke mate beïnvloedt de ziekte uw dagelijkse activiteiten, uw werk, uw familie?'
Toon betrokkenheid	Sta open voor emoties van de patiënt	Reageer op een cultureel passende wijze op veranderingen in lichaamstaal en stem
	Maak een invoelende indruk	Maak korte empathische opmerkingen: 'U lijkt zich echt zorgen te maken.'
	Breng uw empathie ook non-verbaal over	Met een pauze, gebaar of gezichtsuitdrukking
Investeer in het einde	Geef uw diagnose	Koppel de diagnose aan de oorspronkelijke zorgen van de patiënt
	Geef voldoende informatie	Leg uit waarom een bepaalde test of behandeling nodig is
	Betrek de patiënt bij het nemen van beslissingen	Ga na waar eventuele blokkades liggen: 'Hoe zouden we de problemen die u heeft met het behandelplan kunnen oplossen?'
	Sluit het bezoek af	Vat het consult samen en bespreek de volgende stappen

In het 'Four Habits'-model staan gewoontes voor consulten, die artsen zich eigen kunnen maken, systematisch gerangschikt. Bovenstaande versie is een vertaalde en (qua technieken en voorbeelden) ingekorte versie van het oorspronkelijke model. In het oorspronkelijke model staat ook nog een vierde kolom waarin staat wat het toepassen van de betreffende vaardigheden oplevert.

SAMENVATTING

- Communicatievaardigheden worden in de opleiding en daarna vrijwel niet systematisch getraind.
- Blijvende verbetering in communicatievaardigheden vergt regelmatige training op de werkplek.
- Het leereffect van training wordt verhoogd door het optimaliseren van het gevoel van veiligheid.




Maastricht UMC+ merkt dat systematische training leidt tot meer aandacht voor communicatie met de patiënt.

- standpunt te verduidelijken, maar proberen te begrijpen wat de patiënt bezighoudt.
5. Emoties of reacties die patiënten tonen vaker hardop benoemen of samenvatten, zodat zij zich gehoord en gezien voelen.
 6. Informatie en uitleg meer visualiseren door het gebruik van tekeningen, modellen en afbeeldingen.

‘Moeilijke’ patiënten

Na twee maanden vond een plenaire evaluatiebijeenkomst plaats waarin ervaringen met het geleerde konden worden uitgewisseld en feedback aan de trainers kon worden gegeven. De deelnemers gaven aan dat het bespreken van eigen en andermans fragmenten leerzaam was, maar dat ze toepassing van het geleerde in de praktijk nog regelmatig vergaten. Als verbeterpunt voor de training werd voorgesteld om zelf ‘moeilijke’ patiënten in te roosteren voor opnames. Verder vonden de deelnemers het belangrijk de mening van de patiënt in het

leerproces te betrekken en werd besloten om in het vervolg patiënten na afloop van het consult een korte vragenlijst voor te leggen. Als laatste werd geopperd om in volgende feedbackrondes te werken met een acteur. Een volgende trainingsronde, waarin deze aandachtspunten verwerkt zijn, is inmiddels begonnen.

Ondertussen blijkt uit allerlei veranderingen dat er meer aandacht is gekomen voor communicatie als vast onderdeel van de afdelingscultuur. Zo komt tijdens patiëntenbesprekingen niet alleen de medische kant van een casus aan de orde, maar wordt ook vanzelfsprekend overlegd over de beste manier om moeilijke of complexe zaken met de patiënt te bespreken. Tijdens KKB's (korte klinische beoordelingen) kan het onderdeel communicatie concreter en gemakkelijker worden beoordeeld. Last but not least vormt een afname van het aantal patiëntenklachten een aanwijzing voor de positieve effecten van de training. 



De voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook het oorspronkelijke ‘Four Habits’-model en meer artikelen over communicatie met patiënten.