

# Samenspraak

*Een onderzoek naar communicatie tussen  
arts en patiënt in de oncologische zorg*

mcrz



Naam: Alicia Fister  
Studentnummer: 272694  
Afstudeerbegeleidster: Dr. A. Goossensen  
Tweede beoordelaar: Prof. dr. ir. G. De Vries  
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Onderzoeksinstelling: MCRZ, Rotterdam  
Datum: 13 juni 2007

## **Kanker**

...Kanker

Een klein *woordje*

Met zo 'n groot effect

Een stom *woordje*

Doet je huilen van schrik

Een *woordje*

Van 6 letters groot

Voor iemand een *scheldwoord*

Voor de ander de dood

## Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven als afronding van mijn master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ik heb genoten van mijn studietijd en vele mensen hebben ervoor gezorgd dat het een onvergetelijke tijd is geworden. Graag wil ik hen op deze plaats bedanken.

Allereerst wil ik mijn familie bedanken die ondanks dat het schrijven van mijn scriptie iets langer duurde dan in de planning lag, mij altijd zijn blijven aanmoedigen en zijn blijven stimuleren om weer verder te gaan. Een speciale band heb ik met mijn opa, waaraan ik mijn onderzoek graag zou willen opdragen.

Wat een verschrikkelijke ziekte kanker is heb ik weer even gevoeld bij het beluisteren van de consulten. Na het beluisteren van deze consulten werd ik soms weer even met beide benen op de grond gezet. Wat mag je dan blij zijn dat je gezond bent. Het ongeloof, de emoties en nuchterheid van sommige mensen bij het horen van de diagnose kanker heeft me erg geraakt. Ontzettend knap vind ik dan ook dat deze mensen aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Graag zou ik deze mensen samen met hun familie willen bedanken voor de deelname aan voor mij een heel belangrijk onderzoek, dat eigenlijk niets voorstelt bij wat deze mensen te verwerken hebben gehad. Inmiddels zijn de consulten alweer een jaar geleden opgenomen, een aantal van deze mensen zal niet meer onder ons zijn. Zij rusten in vrede.

Veel bewondering heb ik ook voor de oncologen die hebben deelgenomen aan mijn onderzoek, wat een ontzettend zware baan hebben deze mensen. Als oncoloog krijg je met zoveel verdriet te maken en moet je zo vaak een negatieve boodschap brengen aan je patiënten. Ik heb ontzettend veel respect voor deze mensen gekregen. Hierbij wil ik de oncologen van het MCRZ hartelijk bedanken voor de ondersteuning en medewerking aan mijn onderzoek.

Ik wil afsluiten met te vermelden dat deze scriptie niet was geworden wat het nu is, als ik niet ongelooflijk veel geleerd had van mijn docenten. Ik wil dit voorwoord eindigen met een speciaal woord van dank voor mijn scriptiebegeleiders mevrouw Dr. Anne Goossensen en de heer Prof. dr. ir. Guus de Vries.

Alicia Fister

Nieuwerkerk aan den IJssel, juni 2007

## Samenvatting

*Inleiding;* Consultvoering vormt de kern van een arts-patiëntrelatie en daarmee de communicatie tussen arts en patiënt. Goede vaardigheden in consultvoering zijn essentieel. De kwaliteit van communicatie en de arts-patiëntrelatie staan momenteel erg onder druk. In dit onderzoek is dieper ingegaan op de communicatie tussen arts en patiënt. Hiervoor zijn consulten tussen 32 patiënten en 4 oncologen van het MCRZ geanalyseerd. *Theoretisch kader;* Kwaliteit is niet op één manier te definiëren. Donabedian (1988) onderscheidt kwaliteit van de gezondheidszorg in structuur, proces en uitkomst. In dit onderzoek is ingegaan op de kwaliteit van het proces en met name de relationele kwaliteit tussen arts en patiënt. Om de relationele kwaliteit te operationaliseren is dit onderscheiden in drie kenmerken van communicatie (Informatie, Emoties en Besluitvorming). *Methoden;* De onderzoeksdata is verzameld d.m.v. het opnemen van consulten tussen oncologen en hun patiënten op audiotape. De consulten zijn met behulp van het RIAS, de Global Affect schaal en de Proficiency Checklist geanalyseerd. Vervolgens zijn er verschillende toetsen uitgevoerd. *Resultaten (RIAS);* Oncologen gebruiken meer instrumentele communicatie dan affectieve communicatie. Tijdens de consulten wordt veel informatie gegeven en worden veel gesloten vragen gesteld. Het stellen van open vragen, het uitspreken van verwachtingen en het faciliteren en sturen en counselen van de patiënt komen relatief weinig voor. Emotionele uitingen en een sociaal praatje komen eveneens weinig voor. Positieve uitingen komen wel geregeld voor tijdens een consult. Er is een samenhang geconstateerd tussen de diagnose enerzijds en de hoeveelheid gekregen informatie en het aantal malen dat een patiënt wordt gefaciliteerd door de arts anderzijds. Tussen de artsen onderling zijn verschillen geconstateerd op het gebied van vragen stellen, informatie verstrekken en zich emotioneel uiten. Patiënten blijken maar weinig aan het woord te zijn tijdens het consult. Er wordt geregeld informatie gegeven en een gesloten vraag gesteld door patiënten. Open vragen worden minder vaak gesteld. Emotionele en sociale uitingen komen maar weinig aan de orde. Het blijkt dat het per oncoloog afhankelijk is hoeveel gesloten vragen patiënten stellen en of patiënten een sociaal praatje maken. *Resultaten (Global Affectschaal);* De oncologen zijn nauwelijks geïrriteerd, nerveus of angstig geweest tijdens de consulten. Ze waren vriendelijk en geïnteresseerd. Bij de patiënten was de range over de stemmingen meer verspreid. Tussen de oncologen onderling is een verschil in nervositeit tijdens de consulten geconstateerd. Een aantal stemmingen van de oncologen bleek van invloed te zijn op het gebruik van de affectieve en instrumentele communicatie van de oncologen en de patiënten. Dit bleek ook voor patiënten te gelden. De stemming van de patiënt was op sommige aspecten eveneens van invloed op de communicatie van arts en patiënt. *Resultaten (Proficiency Checklist);* Vanuit de Proficiency Checklist kan worden verklaard dat de oncologen van het MCRZ niet alle punten van informatie vertellen aan hun patiënten. *Conclusie en discussie;* De patiënt krijgt erg veel informatie, die waarschijnlijk niet allemaal kan worden onthouden. Emoties van de patiënt komen niet elk consult evenveel aan bod. Ook gezamenlijke besluitvorming komt niet altijd voor tijdens een consult. De arts-patiëntrelatie is nog te paternalistisch. De relatie moet meer richting wederkerigheid gaan. Er bestaat dus nog een frictie tussen werkelijke en wenselijke communicatie. Beperkingen zijn: de afwezigheid van normen, relatief kleine populatie en selectie van patiënten. *Aanbevelingen;* Om communicatie te beoordelen is het opstellen van normen voor de meetinstrumenten van belang of dient onderzoek te worden gekoppeld aan een tevredenheidsonderzoek. Tevens verdient het aanbeveling een onderwijsprogramma voor artsen te ontwikkelen om bewustzijn van emoties en gezamenlijke besluitvorming te creëren.

## Summary

*Introduction;* Consultancy is the core of the physician-patient relationship, and therefore the communication between physician and patient. Good skills are essential within consultancy. The quality of communication and the physician-patient relationship are nowadays under pressure. This survey aims to analyze in more depth the communication between physicians and patients.

*Theoretical framework;* It is not possible to make operational the term quality in one definition. Donabedian (1988), distinguish quality of health care in structure, process and outcome. This survey is about the quality of the process, and especially about the relational quality between physician and patient. To make operational the relational quality, this quality is divided into three characteristics of communication (information, emotions, and shared decision making).

*Methods;* Data is collected by recording, on audiotape, the consults between physicians and their patients. Four physicians and 32 (cancer) patients from MCRZ are included within this survey. Background variables of both physicians and patients are reported. Consults are analyzed by using the RIAS instrument, the Global Affect Rating and the Proficiency Checklist. Crosstabs are made to perform some tests.

*Results (RIAS);* Physicians use more instrumental communication than affective communication. A lot of information is provided during the consults and many closed ended questions are asked. Open ended questions, instructions, facilitation, and giving directions, counseling, emotional expressions and social talk appears less. Often a positive talk appears during the consult. There is a correlation ship between the diagnosis of the patient and the amount of information and facilitation by the physician. Also difference between the physicians appears by questioning, providing information, and emotional expressions.

Patients. It becomes clear that patients have fewer utterances than physicians. Patients provide often information and closed ended questions are often asked. Emotional expressions and social talk occurred less. The amount of closed ended questions and social talk of patients differs between physicians.

*Results (Global Affect);* During the consults physicians are not often irritated, nervous, or anxiety; they are friendless and interested. However, the amount of nervousness differs among the physicians. The range upon the affect rating differs among patients. The affect rating of the physicians will influence the use of affective and instrumental communication of both the physicians and patients. It also appears that the affect rating of patients influences the communication of physicians and patients. *Results (Proficiency Checklist);* By analyzing the Proficiency Checklist it becomes clear that physicians do not provide all the information towards the patient.

*Conclusion and discussion;* Patients receive a lot of information, which cannot be remembered. Emotions of patients and shared decision making are not often treated within each consult. The relationship between physician and patient is too paternalistic, it should be more mutual. So, there is a friction between the existing and the expected communication. Limitations of this survey are the absence of norms, a relative small population and selection of patients.

*Recommendations;* Define norms, combine such survey with a patient satisfaction research. Create training programs to develop emotional awareness and shared decision making.

# Inhoudsopgave

Samenvatting  
Summary

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>Theoretisch kader</b>	<b>10</b>
2.1	De relatie tussen arts en patiënt op verschillende manieren te definiëren	10
2.2	Communicatie tussen arts en patiënt	10
2.3	Doeleinden van communicatie	11
2.4	Kwaliteit van communicatie	12
2.5	Kenmerken van communicatie	15
2.6	Communicatiestijl	17
2.7	Communicatie en patiëntenuitkomsten	20
2.8	Meten van communicatie	20
2.9	Probleemstelling en deelvragen van het onderzoek	21
2.10	Doel van het onderzoek	22
<b>3.</b>	<b>Methoden</b>	<b>23</b>
3.1	Onderzoeksopzet	23
3.2	Onderzoekspopulatie	23
3.3	Achtergrondkenmerken	23
3.4	Context	24
3.5	Dataverzameling	24
3.6	Roter Interaction Analysis System	25
3.6.1	Toevoegingen en wijzigingen door de onderzoeker ten opzichte van het RIAS	25
3.7	Global Affect schaal	27
3.8	Proficiency Checklist	27
3.8.1	Toevoegingen en wijzigingen door de onderzoeker ten opzichte van de Proficiency Checklist	28
3.9	Betrouwbaarheid en validiteit	28
3.10	Analyse	29
<b>4.</b>	<b>Resultaten</b>	<b>31</b>
4.1	Inleiding	31
4.2	Achtergrondkenmerken	31
4.2.1	Oncologen	31
4.2.2	Patiënten	31
4.2.3	Aanwezigheid van een derde partij	32
4.2.4	Diagnose	32
4.2.5	De consultduur	33
4.2.6	Achtergrondkenmerken per oncoloog	34
4.3	Instrumentele en affectieve communicatie door de afzonderlijke oncologen	34
4.3.1	Instrumentele communicatie door de afzonderlijke oncologen	35
4.3.2	Affectieve communicatie door de afzonderlijke oncologen	37
4.3.3	Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van instrumentele communicatie van de arts	38
4.3.4	Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van affectieve communicatie van de arts	41
4.4	Instrumentele en affectieve communicatie door de patiënt	42
4.4.1	Instrumentele communicatie door de patiënt	42
4.4.2	Affectieve communicatie door de patiënt	44
4.4.3	Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van instrumentele communicatie van de patiënt	45

4.4.4	Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van affectieve communicatie van de patiënt	46
4.5	Affectieve impressie van het consult	47
4.5.1	Stemming en communicatie van de arts	49
4.5.2	Stemming en communicatie van de patiënt	50
4.6	Proficiency Checklist	52
5	<b>Conclusie en discussie</b>	59
5.1	Conclusie deelvragen	59
5.2	Conclusie algemene vraagstelling	62
5.3	Theoretische reflectie	65
5.4	Methodologische beperkingen	66
5.4.1	Methodologische beperkingen van de onderzoeksopzet	67
5.4.2	Methodologische beperkingen van de instrumenten	68
6	<b>Aanbevelingen</b>	70
6.1	Aanbevelingen voor verder onderzoek	70
6.2	Aanbevelingen door de praktijk	71
	<b>Referentielijst</b>	72
	<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1	Brief aan patiënten	77
Bijlage 2	RIAS: Categorieën per spreker	78
Bijlage 3	RIAS: Voorblad	79
Bijlage 4	Proficiency Checklist: Het instrument	80
Bijlage 5	RIAS: Scoreformulier	81
Bijlage 6	Codeboek SPSS	82

## Hoofdstuk 1: Inleiding

Het beroep van arts is al vele honderden jaren oud en is in de loop van de tijd sterk veranderd. Vijfhonderd jaar geleden werkten artsen alleen nog in dienst van vorsten. Na de Franse revolutie gingen artsen zich ook bezighouden met patiënten uit anderen sociale klassen. Het keerpunt kwam na de industriële revolutie, toen men begon in te zien dat ziekte een gevolg kan zijn van armoede, ondervoeding en sociale omstandigheden. Zo ontstond in de 20<sup>e</sup> eeuw het beeld van de vaderlijke arts die zijn patiënten niet alleen bijstond bij ziekte maar ook raadgever was inzake het gezin, werk en opvoeding.

De positie van de arts is menigmaal bediscussieerd door verschillende wetenschappers. In 1950 schreef Wortman in zijn beschouwing over de 'Ziel van de arts' dat het geen wonder is, dat de arts te allen tijde een man van gewicht is geweest. De arts kan een patiënt in nood redding geven en op hem zijn alle verwachtingen gebouwd. Van den Hoofdakker schreef in 1971 in het 'Het bolwerk der beterweters' een antwoord hierop. Hierin bediscussieerde Van den Hoofdakker het aanzien van de arts en concludeerde dat de manier waarop artsen werden gezien afkeurenswaardig was. Hij pleitte voor meer autonomie van de patiënt. Ruim twintig jaar later werd dit wettelijk vastgelegd met het recht op zelfbeschikking.

Het beroep van arts stond dus nog niet zo lang geleden hoog op de prestigelijst. Deze status ontleende de arts niet alleen aan zijn deskundigheid, maar ook aan de door het volk geaccepteerde paternalistische houding. Welvaart, emancipatie en verzet tegen de bestaande gezagsverhoudingen hebben eraan bijgedragen dat de arts status heeft verloren en de relatie tussen arts en patiënt gelijkwaardiger is geworden. Terwijl de status van artsen verminderde, veranderde ook de houding van patiënten. Patiënten zijn kritischer gaan denken over gezondheid en gezondheidszorg. Ook op juridisch gebied is er veel veranderd. De 'patiëntenwetten' (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, Wet Klachtrecht, Kwaliteitswet Zorginstellingen) die eind jaren negentig zijn aangenomen door het parlement hebben de positie van de patiënt versterkt. Daarnaast hebben patiënten zich georganiseerd in patiëntenorganisaties. Ze uiten gemakkelijker hun ongenoegen, bijvoorbeeld over de wijze waarop zij geïnformeerd worden, waarop er met hen wordt overlegd of niet wordt overlegd. Patiënten zijn zich meer bewust geworden van hun rechten en weten steeds vaker de juridische weg te bewandelen.

Tegelijkertijd neemt de maatschappelijke druk op patiënten toe. Zij worden steeds meer verantwoordelijk gesteld voor rationeel gezondheidsgedrag. Niet alleen patiënten hebben met deze zware maatschappelijke druk te maken, ook artsen staan onder zware maatschappelijke druk. Terwijl de medische technologie zich steeds verder ontwikkelt, wordt de nadruk gelegd op de schaarste van middelen. Er wordt van hen verwacht dat zij de schaarse middelen optimaal benutten. Het betekent ook dat artsen zich vaker aan richtlijnen moeten houden en medeverantwoordelijk worden gesteld voor een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen.



Al deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de dagelijkse medische praktijkvoering en voor het contact tussen arts en patiënt. De patiënt is vooral emotioneel betrokken bij het probleem waarvoor hij een oplossing zoekt. Hij is min of meer afhankelijk van de deskundigheid van de artsen. Voor de arts is het medisch probleem primair een medisch wetenschappelijk probleem. Het is zijn professionele taak en verantwoordelijkheid het probleem te begrijpen en er een oplossing voor te bedenken.

Daar komt bij, dat aan de communicatieve vaardigheden van de arts vanuit de samenleving steeds hogere eisen worden gesteld (De Haes et al., 1999).

De Gezondheidsraad stelde in 1991 dat de ideale arts iemand is die niet alleen over vakmanschap beschikt en positief staat tegenover kwaliteitsbevordering en toetsbaarheid, maar ook iemand is die in staat is de patiënt adequaat te bejegenen. De bejegening van de patiënt en zijn familie moet kalm, menselijk en prettig zijn, ook als de arts onder grote tijdsdruk staat, zich nerveus en prikkelbaar voelt. Communicatie tussen arts en patiënt staat hierbij centraal. Consultvoering vormt de kern van de arts-patiëntrelatie en daarmee de communicatie tussen arts en patiënt. De belangrijkste taken van een arts zijn het achterhalen van de reden van komst, het stellen van een diagnose, het geven van informatie en advies, het vergroten van de autonomie en zelfredzaamheid en het verminderen van ongerustheid. Voor het uitvoeren van deze taken zijn goede vaardigheden in consultvoering essentieel.

Uit onderzoek van Brink-Muinen et al. (2004) blijkt dat de patiënt voldoende tijd en informatie, respect, vertrouwen en openheid essentiële onderdelen in een arts-patiëntrelatie vindt. Naast klinische kennis en ervaring zijn communicatievaardigheden en een empathische houding dus van groot belang. De kwaliteit van communicatie in de gezondheidszorg staat momenteel erg onder druk. De vroegere toch wel intensieve arts-patiëntrelatie staat hiermee eveneens onder druk. In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op de communicatie tussen arts en patiënt. Hiervoor zijn vier oncologen van het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid bereid gevonden deel te nemen aan het onderzoek. Tijdens consulten van deze oncologen is gekeken in hoeverre de maatschappelijke druk en patiëntenfactoren weerslag hebben op de besluitvorming, emoties en informatie en daarmee de communicatie tijdens een consult. Is er ruimte en tijd voor een goed gesprek? Worden emoties kenbaar gemaakt? Wordt een patiënt bij de besluitvorming van een behandeling bestrooken? Spelen de kosten van een behandeling een rol in de keuze voor een behandeling?

## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

### 2.1 De relatie tussen arts en patiënt op verschillende manieren te definiëren

Het handelen van artsen is er in overwegende mate op gericht gezondheidsproblemen van mensen weg te nemen of te verminderen. De relatie tussen arts en patiënt speelt daarbij een belangrijke rol. De afgelopen jaren is er onderzoek gedaan naar communicatie en de relatie tussen artsen en patiënten. Een arts-patiëntrelatie is één van de meest complexe relaties op relatiegebied. Sommige onderzoekers (Roter et al., 1987 en Buller et al., 1987) beweren dat een arts-patiëntrelatie niet méér is dan een relatie waarin goede manieren worden gehandhaafd. Belangrijke ingrediënten voor deze goede relatie tussen arts en patiënt zijn, lachen, grapjes maken, persoonlijke gesprekjes, het maken van complimentjes en vriendelijk zijn. Andere onderzoekers (Freemao et al., 1971 en Garrity, 1981) beweren dat een goede relatie tussen arts en patiënt alleen bestaat uit de vakbekwaamheid van de arts. Carl Rogers ontwikkelde basisprincipes voor een goede relatie die cruciaal zijn voor een goede effectiviteit van de zorg. Hij onderscheidt empathie, respect, oprechtheid, acceptatie en warmte, ook wel de “cliëntgeoriënteerde benadering” genoemd. De KNMG daarentegen definieert de arts-patiëntrelatie in het kwaliteitsmanifest van 2003 als een relatie waarin communicatie en informatieoverdracht van cruciale betekenis zijn. Hier wordt de relatie gekenmerkt door wederzijds respect. Volgens dit manifest lopen de opvattingen en belevingen van artsen en patiënten over de arts-patiëntrelatie in de praktijk nog teveel uiteen. De afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen arts en patiënt. Opvattingen over de arts-patiëntrelatie lopen zeer uiteen, echter uit alle onderzoeken blijkt dat de arts-patiëntrelatie zeer belangrijk is.

### 2.2 Communicatie tussen arts en patiënt

Om een goede relatie op te bouwen tussen arts en patiënt is communicatie van cruciaal belang. Communicatie betreft het uitwisselen van informatie, besluitvorming en het omgaan met emoties (De Haes et al., 1999).

Ten aanzien van de informatieverschaffing is de afgelopen 25 jaar veel veranderd. Voorheen vroeg men zich af of een patiënt wel moest worden ingelicht over een prognose als kanker. Tegenwoordig is in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, art. 448) vastgelegd dat de arts niet alleen bij ernstige ziekte als kanker, maar eigenlijk bij elke ingreep informatie moet geven over de aard van de ingreep, eventuele alternatieven, de ermee gepaard gaande risico's en prognose. Bij het geven van informatie kunnen allerlei belemmerende factoren een rol spelen: aan de kant van patiënt bijvoorbeeld begrip, communicatiestijl en vraagedrag, aan de kant van de arts attitude en vaardigheden. In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op de informatievoorziening op verschillende gebieden aan zowel de kant van de arts als de patiënt.

Niet alleen ten aanzien van de informatieverstrekking is veel veranderd, ook ten aanzien van de besluitvorming is veel veranderd. De paternalistische arts van vroeger is naar de achtergrond verdwenen, waardoor de patiënt meer verantwoordelijkheid heeft gekregen. Er moeten in onderling overleg beslissingen worden genomen die de arts vroeger niet hoefde voor te leggen. De arts wordt in toenemende mate gezien als iemand die op grond van deskundigheid de informatie verstrekt die de patiënt nodig heeft om zelf tot een rationele beslissing te komen. Uit dit onderzoek blijkt in hoeverre de artsen van het MCRZ hun patiënten bij deze besluitvorming betrekken.

Terwijl de trends in de informatieverstrekking en besluitvorming de afgelopen jaren zijn veranderd, is er geen reden om aan te nemen dat patiënten in de loop der jaren op het emotionele vlak zijn veranderd. Naast dat patiënten behoefte hebben aan zakelijke deskundigheid, hebben zij ook behoefte aan emotionele betrokkenheid. Emotionele betrokkenheid van de arts of tenminste begrip kan voor een patiënt essentieel zijn. Tegelijkertijd is de emotionele betrokkenheid van een arts één van de moeilijkste vaardigheden die een arts eigen moet zijn.

### **2.3 Doeleinden van communicatie**

Communicatie kan worden beschouwd als het centrale instrument in het contact tussen arts en patiënt. Communicatie kan verschillende doeleinden hebben, het doel is afhankelijk van de context en plaats waar de communicatie plaatsvindt.

Het creëren van een relatie tussen arts en patiënt is één van de doeleinden van de medische communicatie (Ong, 2000). Waar een aantal jaren geleden nog genoeg tijd was om de patiënt te ondersteunen en beter te leren kennen, wordt er door de overheid steeds meer aangestuurd op de schaarste van de middelen en dus op de productie en tijd. Waardoor het bewustzijn van de behoeften aan een interpersoonlijke relatie toenemen en de mogelijkheden afnemen.

Daarnaast is de arts-patiëntrelatie een complexe relatie om verschillende redenen. Na jaren van veranderingen in de wereld van de arts en de patiënt is de relatie tussen arts en patiënt nog steeds niet gelijkwaardig. Buiten dat de relatie niet gelijkwaardig is, komt de relatie vaak niet vrijwillig tot stand, vaak wordt de relatie aangegaan tussen arts en patiënt omdat de patiënt een persoonlijk probleem heeft. Een arts-patiëntrelatie vraagt om nauwe samenwerking tussen arts en patiënt. Een goede interpersoonlijke relatie en daarmee de communicatie kan ervoor zorgdragen dat de patiënt de optimale medische zorg ontvangt.

Een ander belangrijk doel van medische communicatie is het uitwisselen van informatie tussen arts en patiënt (Ong, 2000). Het uitwisselen van informatie bestaat uit het informatie-geven en informatie-zoeken (door vragen te stellen). Tijdens het consult verschaft de patiënt informatie over de symptomen van de klacht, de arts zoekt naar relevante informatie, stelt vervolgens de diagnose en het behandelplan vast, vervolgens verschaft de arts de informatie aan de patiënt.

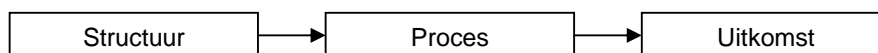
Vanuit de kant van de arts is de informatie nodig om een diagnose te stellen en een behandelplan op te stellen. Vanuit de kant van de patiënt is het nodig de informatie te geven en te zoeken, om te weten waar de klacht vandaan komt en om te weten of de arts hem serieus neemt.

Het derde doel van de medische communicatie is het nemen van beslissingen omtrent de behandeling (Ong, 2000). De traditionele (paternalistische) arts-patiëntrelatie gaat ervan uit dat de arts de beslissing neemt over de behandeling. De laatste jaren is deze traditionele kijk op de arts-patiëntrelatie veranderd en staat in het teken van 'shared decision making'. Ofwel arts en patiënt moeten gezamenlijk de beslissingen omtrent de behandeling maken. Hierbij is het uitwisselen van informatie van groot belang. De behoefte aan deze informatie over diagnoses, prognoses en behandelingen neemt toe naarmate de ziekte levensbedreigend is (Ong et al., 1995).

## 2.4 Kwaliteit van communicatie

Kwaliteit is de mate van overeenkomst die we vinden tussen het gestelde doel en het resultaat (Donabedian, 1988). Donabedian (1988) onderscheidt in het onderzoek naar de kwaliteit van gezondheidszorg een drietal niveaus: de structuur van de zorg, het zorgproces en de zorguitkomsten. Op elk van deze niveaus kan de kwaliteit van zorg worden gemeten, door vast te stellen in hoeverre de zorg voldoet aan de eisen die eraan gesteld kunnen worden. Bij een kwaliteitsmeting op het niveau van structuur van zorg kijkt men bijvoorbeeld naar de toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg. Bij een kwaliteitsmeting op het niveau van het zorgproces kijkt men in feite hoe de zorg wordt geregeld: worden indicaties en behandeling goed gesteld, houdt men zich aan protocollen en wordt de patiënt voldoende geïnformeerd. Bij een kwaliteitsmeting op het niveau van zorguitkomsten kijkt men rechtsreeks naar de effecten van zorg, in termen van gezondheidseffecten dan wel in termen van patiëntensatisfactie.

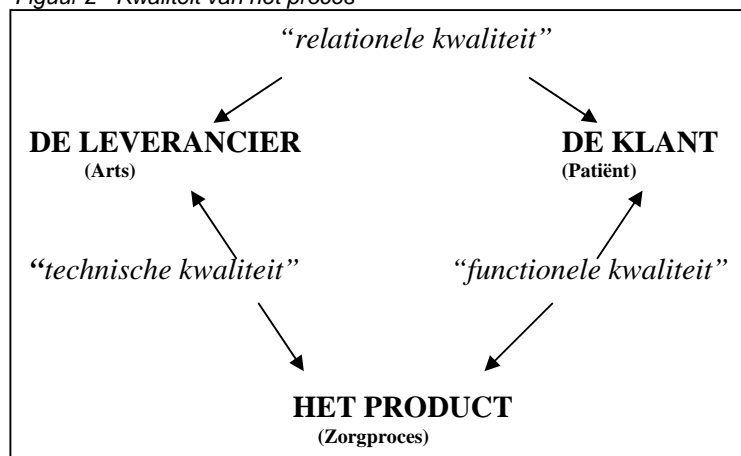
Figuur 1 De kwaliteit van gezondheidszorg in drie niveaus



Ieder van deze niveaus is van even groot belang als het gaat om de kwaliteit van zorg. Een kwaliteitsmeting op het niveau van de zorguitkomsten doet het meeste recht aan het feit dat ook het einddoel van de gezondheidszorg in termen van zorguitkomsten is gedefinieerd, maar met een meting van alleen de zorguitkomsten is men er nog niet (Van der Maas et al., 1999). Bij tegenvallende uitkomsten weet men immers nog niet wat daarvan de oorzaak is. Dit zou kunnen liggen aan de structuur of het proces.

In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op de kwaliteit van het proces. De kwaliteit van het proces bestaat uit drie aspecten: als eerste de leverancier (arts), als tweede het product (zorgproces) en als derde de klant (patiënt) (Moll & Haimé, 2001). (In de vervolgttekst zal de terminologie arts, patiënt en zorgproces worden gebruikt in plaats van leverancier, klant en het product). Uit deze drie aspecten komen drie verhoudingen voort: de verhouding tussen arts en zorgproces, die tussen zorgproces en patiënt en die tussen patiënt en arts. In figuur 2 worden deze verhoudingen weergegeven. Er kunnen op deze manier drie aspecten van kwaliteit tijdens het zorgproces worden onderscheiden.

Figuur 2 Kwaliteit van het proces



Bron: Moll & Haimé, 2001

Bij *technische of professionele kwaliteit* staat de vakkennis van artsen en verpleegkundigen centraal. Het gaat om kennis die men zich tijdens de opleiding heeft eigen gemaakt. De technische kwaliteit is dikwijls alleen goed te beoordelen door vakgenoten en niet door patiënten. De *functionele kwaliteit* daarentegen kan veel beter door de patiënt worden beoordeeld. Functionele kwaliteit verwijst naar de behoeften van de patiënt. Deze behoeften kunnen duidelijk worden door de verwachtingen die de patiënt uitspreekt. Als daaraan wordt beantwoord, is de patiënt tevreden. De patiënt vindt in dat geval dat er voldoende kwaliteit is geleverd.

Een derde aspect van kwaliteit komt tot uiting in de directe relatie tussen arts en patiënt. Hoe wordt het product of zorgproces aangeboden? Wordt er van tevoren en na afloop voldoende informatie verstrekt? Met andere woorden, wordt de klant/patiënt als “koning” behandeld? Dit aspect heeft te maken met de *“relationele kwaliteit”*. De relationele kwaliteit verwijst naar de attitude van de arts, naar de manier waarop hij/zij een patiënt bejegt. Daarnaast verwijst de relationele kwaliteit naar de interactie tussen arts en patiënt.

Voor de optimale kwaliteit moeten alle drie de aspecten in acht worden genomen. In ziekenhuizen krijgt veelal de technische kwaliteit de meeste aandacht. Ook over de functionele kwaliteit wordt veel gesproken. De relationele kwaliteit krijgt de laatste decennia steeds meer aandacht, maar kan op veel punten worden verbeterd. Dit onderzoek benadert het relationele vlak van de kwaliteit tijdens het zorgproces. Daarbij gaat het om de interactie tussen arts en patiënt. Communicatie tussen arts en patiënt is een belangrijk onderdeel in het zorgproces. Door goede communicatieve technieken te gebruiken tijdens het zorgproces, worden patiënten geholpen hun verwachtingen onder woorden te brengen, eerdere ervaringen met de gezondheidszorg naar boven te halen, emoties zoals angsten en zorgen te uiten en hun behoefte aan informatie duidelijk te maken.

Maar wat is eigenlijk een goede kwaliteit van communicatie?

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat de relatie tussen arts en patiënt beschreven en de daarbij komende rechten en plichten van zowel de arts als de patiënt. De rode draad in de WGBO is respect voor de patiënt en de plicht te werken als een goed hulpverlener (art.453). Onder het principe van goed hulpverlenerschap behoort de informatieverstrekking (art.448, WGBO) aan de patiënt. De hulpverlener dient de patiënt informatie te geven over de inhoud, de risico's, het doel, de aard, de alternatieven en de vooruitzichten van het voorgenomen onderzoek of de beoogde behandeling. De informatieverstrekking naar de patiënten is dus wettelijk vastgelegd. Behalve informatie verstrekken zijn er nog vele andere aspecten die onder communicatie vallen die niet wettelijk zijn vastgelegd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft in 1996 een publicatie uitgegeven waarin richtlijnen en uitgangspunten voor communicatie tussen arts en patiënt worden weergegeven.

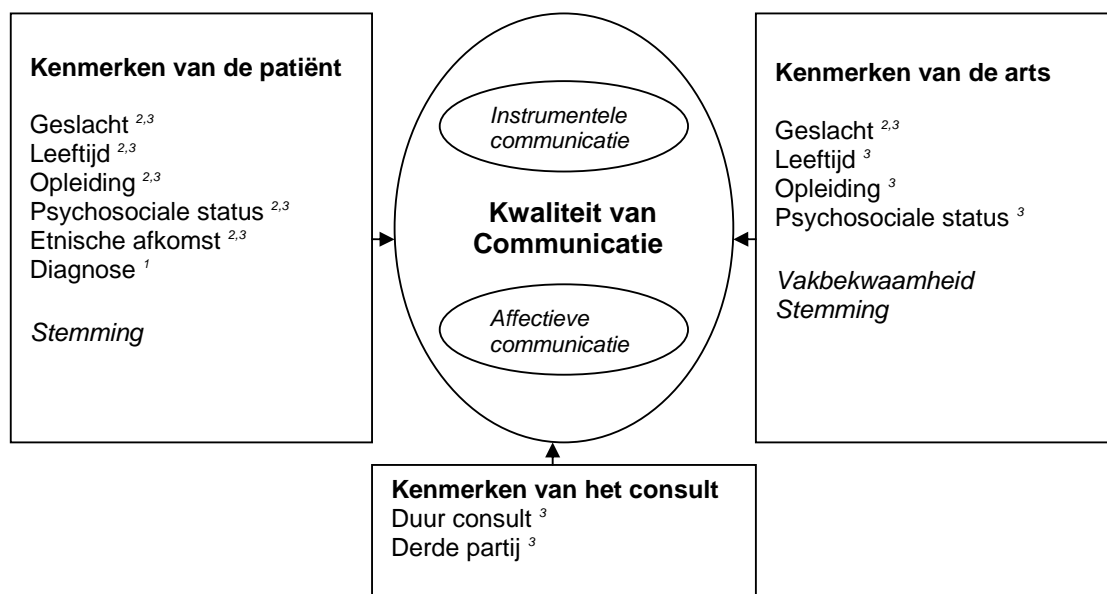
Uitgangspunten voor goede arts-patiëntcommunicatie zijn volgens deze richtlijn de volgende:

- Het arts-patiëntcontact heeft een functioneel karakter. De arts is er voor de patiënt om voorwaarden te scheppen en bij te dragen aan het zoeken van oplossingen voor de gezondheidsproblemen van de patiënt;
- Kenmerkend voor het arts-patiëntcontact is vertrouwen in elkaar;
- Arts en patiënt moeten respect hebben voor elkaars verantwoordelijkheden, waarbij de verantwoordelijkheid voor het bewaren van een goede relatie iets zwaarder bij de arts ligt dan bij de patiënt;
- Artsen behoren hun patiënten te benaderen als competente en autonome gesprekspartners;
- De aandacht in het handelen van de arts dient verder te gaan dan alleen de klacht van de patiënt.

Wat precies een goede kwaliteit van communicatie is, is niet letterlijk te definiëren. Het blijkt dat de overheid en verenigingen als het NHG veel waarden hechten aan een goede kwaliteit van communicatie, maar wat precies onder deze goede kwaliteit van communicatie wordt verstaan, wordt door velen anders beschouwd.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er verschillende factoren van invloed zijn op de kwaliteit van communicatie tijdens het zorgproces. In figuur 3 zijn de factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van communicatie schematisch weergegeven. De aspecten die in figuur 3 cursief zijn weergegeven zijn aan dit onderzoek toegevoegd.

Figuur 3 Theoretisch model

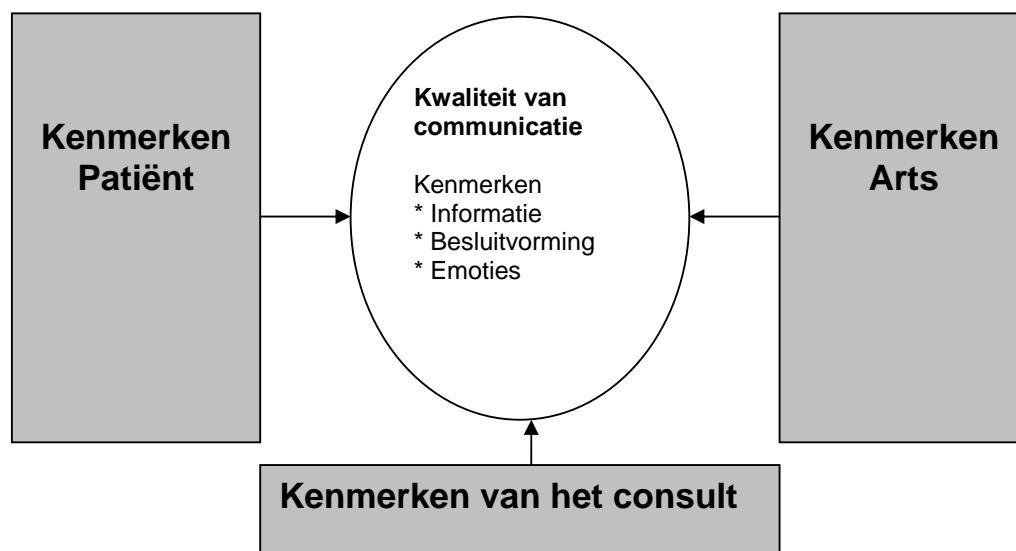


Bronnen: 1. Ong, 2000, 2. Van den Brink-Muinen et al., 2004 en 3. Ishikawa et al., 2000

## 2.5 Kenmerken van communicatie

Communicatie wordt vaak beschreven als het uitwisselen van boodschappen (De Haes et al., 1999). Communicatie is pas effectief als de personen die de informatie uitwisselen, relevant zijn voor het doel van hun contact, en elkaars boodschappen horen en begrijpen zoals ze bedoeld zijn. Omdat de kwaliteit van communicatie niet direct te definiëren is, is in dit onderzoek onderscheid gemaakt in drie kenmerken van communicatie te noemen informatie, besluitvorming en emoties. Door voldoende informatie te verstrekken, de patiënt te betrekken bij de besluitvorming en aandacht te besteden aan emoties van de patiënt kan een optimale kwaliteit van communicatie worden bereikt. In figuur 4 is dit schematisch weergegeven.

Figuur 4 Theoretisch model in samenhang met kwaliteit van communicatie



### Communicatie bij patiënten met kanker

In de afgelopen decennia is meer en meer duidelijk geworden dat gepaste openheid in de communicatie met de patiënt en zijn of haar familie veel kan bijdragen aan het omgaan (coping) met de diagnose kanker (Leydon et al., 2000). De vraag naar openheid in de zin van informatievoorziening met betrekking tot de diagnose, prognose en behandeling van kanker neemt toe (Meredith et al., 1996).

Uit onderzoek van Blanchard et al (1983) blijkt dat 92% van de patiënten met kanker alle informatie over de ziekte wenst. Uit een studie van Castejón et al (1993) blijkt dat 47% van de kankerpatiënten verklaart dat zij geen informatie hebben ontvangen over de behandeling van hun ziekte, hoewel zij dit wel wensen.

De laatste jaren is er vooral onderzoek gedaan naar de informatieverstrekking van zowel arts als patiënt. Artsen zijn gemiddeld 60% en patiënten 40% van de tijd van het consult aan het woord (Roter et al., 1988 en Stewart, 1989). Uit onderzoek van Roter blijkt dat de arts hiervan 23% van de tijd vragen aan de patiënt aan het stellen is, wat vooral gebeurt tijdens de history taking. De vragen zijn voornamelijk gesloten vragen, waar ja of nee op beantwoord kan worden. Ongeveer 35% van de tijd geeft de arts informatie. Waitzkin (1984) daarentegen geeft aan dat de arts veel minder tijd besteedt aan informatie verstrekken.

Sutherland et al (1989) verklaren uit hun onderzoek dat kankerpatiënten hoog scoren op informatie zoeken. De frequentie van het vragen stellen hangt zeer nauw samen met de mate waarin een arts informatie verschaft. Niet veel studies hebben zich verdiept in onderliggende factoren van patiënten die van invloed zijn op het informatie verstrekken van de arts. Tevens is er weinig aandacht in de literatuur voor non-verbale communicatie.

Verder blijkt uit de literatuur dat patiënten hun artsen vaak niet begrijpen en de ontvangen informatie vaak niet onthouden. Tussen de 7 en 47% van de patiënten begrijpt niets van wat de arts over de diagnose vertelt. En tussen de 13 en 53% van de patiënten begrijpt niets van wat de arts over prognose en de ziekte vertelt. Uit onderzoek van (Schouten 2003 en Morrow et al., 1983) blijkt dat de informatie die als eerste wordt verteld het best wordt onthouden.

### **Communicatie en besluitvorming**

Naast het verstrekken van informatie is ook gezamenlijke besluitvorming van belang. Het shared decision making model, ofwel het gezamenlijk besluitvormingsmodel, draagt hieraan bij. In het shared decision making model kan klinische besluitvorming gezien worden als een onderhandelingsproces tussen arts en patiënt waarbij de preferenties van de patiënt worden gezien als onderdeel van het besluitvormingsproces. De patiënt wordt aangemoedigd om participant te worden in beslissingen, echter slechts in de mate waarin de patiënt dat zelf wenst (Elwyn, 2001). Bij shared decision making gaat het dus om naast het geven van volledige informatie, ook over het proces om met de patiënt tot een besluit te komen. Van belang is bijvoorbeeld het expliciet bespreken van waarden en voorkeuren van de individuele patiënt die van belang zijn voor de behandelingsbeslissing. Daarnaast kan het nodig zijn extra 'tijd' te creëren om de patiënten en diens naasten optimaal over verschillende behandelopties na te laten denken, of rekening te houden met emoties die de besluitvorming kunnen beïnvloeden (Douma, 2005).

De arts brengt in dit model de medische informatie in, gebaseerd op evidence en ervaring. De patiënt brengt de informatie in op basis van de eigen omstandigheden, voorkeuren en prioriteiten. In shared decision making wordt de expertise van de arts en die van de patiënt samengevoegd om in consensus te komen tot de voor de patiënt op dat moment beste behandeling, gekozen uit verscheidene in principe gelijkwaardige mogelijkheden (Douma, 2005). In dit model worden alle beslissingen over de diagnose, prognose en behandeling door arts en patiënt samen na overleg genomen. Zowel de informatie als de beslissing worden door de beide partijen gedeeld.



Het begrip "partnership" komt hier uitdrukkelijk om de hoek kijken (Charles et al., 1999). Een ideaal model en in principe hanteerbaar in alle fasen van de ziekte (Douma, 2005). Maar het vraagt van partijen bijzondere competenties, vooral op communicatieniveau. Competenties die in de praktijk zeker niet altijd bij partijen voorhanden zijn (Douma, 2005). Onvoldoende competenties in communicatie kleurt het coping gedrag van de patiënt in het algemeen negatief met risico's op het ontwikkelen van angst en/of paniekstoornissen dan wel depressies in de nabije toekomst (Epstein et al., 2004).

### **Communicatie en emotie**

Ook communicatie over emoties met de arts is een belangrijk thema. Het adequaat omgaan met emoties van patiënten is essentieel voor goede medische zorg. Allereerst bepaalt de manier waarop de arts op de emoties van de patiënten reageert of het vertrouwen zal ontstaan dat nodig is voor een goede arts-patiëntrelatie. Tevens moet aandacht worden besteed aan emoties van de patiënt omdat ze invloed kunnen hebben op de voortgang van het gesprek. Wanneer emoties geen aandacht krijgen van de arts, zal dit het luisteren en reageren op de arts bij de patiënt bemoeilijken. Daarnaast kan aandacht voor emoties nodig zijn om de ziekte en consequenties van de ziekte ervan te verwerken. Onderzoek wijst erop dat er in de communicatie tussen arts en patiënt vaak weinig ruimte is voor communicatie over psychosociale thema's (Maguire, 1999). Daarnaast worstelen veel kankerpatiënten met emoties als angst en somberheid, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek van Nordin et al (2001).

### **2.6 Communicatiestijl**

Het doel van communiceren is afhankelijk van de plaats en context waarin dit gebeurt. In de context van een consult heeft elk woord en elke uiting een betekenis. Aan de ene kant dienen artsen het "probleem" van de patiënt te ontdekken en aan de andere kant dienen de patiënten de enorme hoeveelheid informatie, adviezen en instructies op te nemen. Artsen kunnen deze informatie op verschillende manieren en niveaus aan patiënten overdragen. De manier waarop deze informatie wordt gebracht bij patiënten kan allerlei invloeden hebben op de uitkomsten bij patiënten. In deze paragraaf zullen vier verschillende communicatiestijlen worden beschreven. De toepassing in meer of mindere mate van elk van deze manieren om informatie over te dragen zal van invloed zijn op de patiënten (Van Dulmen, 2002).

#### *Instrumenteel gedrag en affectief gedrag*

In de communicatie tussen arts en patiënt is een belangrijk onderscheid te maken in instrumenteel gedrag en affectief gedrag. Instrumenteel gedrag, ook wel taakgericht gedrag genoemd, staat in het teken van het oplossen van medische problemen en is cognitief en rationeel van aard. Instrumenteel gedrag gaat uit van de technische vaardigheden en kennis van een arts om het probleem van de patiënt op te lossen. Hierbij staat informatie-uitwisseling centraal. Het goed structureren van een consult is eveneens een vorm van instrumenteel werken.

Affectief gedrag is gericht op het scheppen van een werkzame arts-patiëntrelatie en is gericht op de emotionele laag van de patiënt. De arts kan een vertrouwensrelatie bereiken door aandachtig te luisteren en empathie te tonen. Door deze houding komen psychosociale problemen gemakkelijker aan de orde, en is er meer ruimte om te praten over de emotionele beleving van de klachten, de angsten en de onzekerheid. Een affectieve arts zal vaak passief zijn in het consult: hij zal luisteren, meeresoneren met wat de patiënt vertelt, en goed gebruik maken van de stilte. Een ander effect is dat op deze wijze gemakkelijker een gelijkwaardiger relatie tussen arts en patiënt ontstaat (Bensing, 1991). Door affectief gedrag toe te passen heeft de patiënt het gevoel een persoon te zijn en niet een zaak.

Zowel instrumenteel gedrag als affectief gedrag is van groot belang tijdens een consult. Wanneer een arts niet de juiste vragen (instrumenteel gedrag) stelt tijdens een consult, zal de arts de relevante informatie niet verkrijgen van de patiënt. En wanneer de arts geen empathie (affectief gedrag) toont, zal de patiënt eerder geneigd zijn de therapie niet trouw te zijn. In de tabel 1 zijn de affectieve en instrumentele gedragingen verder uitgewerkt.

Tabel 1 Affectieve en instrumentele gedragingen

Affectieve gedragingen	Instrumentele gedragingen
Persoonlijke aandacht, sociale conversatie	Transition words (overgaan op een nieuw onderwerp)
Lachen, grapjes	Het geven van instructies
Goedkeuring laten zien	Checken of informatie goed is overgekomen
Het geven van een compliment	Vragen om herhaling
Overeenstemming laten zien	Vragen om een mening
Back-Channel antwoorden, zoals oké, aha, mmh	Gesloten vragen over medische conditie, de behandeling, leefstijl, psychosociale conditie of andere vragen
Empathie (zich inleven in de gevoelens van een ander)	Open vragen over medische conditie, de behandeling, leefstijl, psychosociale conditie of andere vragen
Zich zorgen maken	Geven van informatie over medische conditie, de behandeling, leefstijl, psychosociale conditie of overige informatie
Geruststellen, aanmoedigen, optimisme tonen	Sturing van gedrag m.b.t. medische conditie en behandeling
Zich legitimeren	Sturing van gedrag m.b.t. leefstijl en psychosociale conditie
Partnership	Verzoeken om diensten of medicijnen
Op zichzelf betrekken	
Iets afkeuren	
Ergens kritiek op hebben	
Vragen om geruststelling	

Bron: Sandvik et al., 2002

### Verbaal en non-verbaal gedrag

Er is veel onderzoek gedaan naar verbale communicatie. Het blijkt dat non-verbale communicatie is achtergebleven in het onderzoek naar communicatie. Wanneer we het onderscheid maken in instrumenteel en affectief gedrag, is affectief gedrag, de emotionele kant van communicatie, niet altijd verbaal op te merken. Affectief gedrag bestaat ook uit non-verbale handelingen als oogcontact, aanrakingen en houdingen (Bensing, 1991). Doordat een arts meer non-verbaal gedrag uit, kan een patiënt zich meer op zijn gemak voelen, waardoor de patiënt gemakkelijker en meer informatie verstrekt dat weer van invloed kan zijn op de te stellen diagnose van de arts en daarmee uiteindelijk de gezondheid van de patiënt.

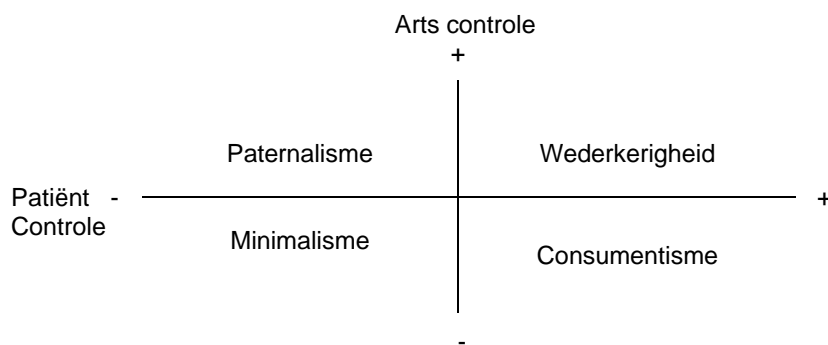
### Vocabulaire

De keuze van de vocabulaire van de arts is een belangrijk ingrediënt voor een goede arts-patiëntcommunicatie. Artsen gebruiken zowel vakjargon als dagelijkse taal. Patiënten daarentegen zijn dikwijls onbekend met de medische vocabulaire en gebruiken vooral dagelijkse taal tijdens de consulten. Van de arts wordt verlangd dat hij/zij een switch maakt tussen het medisch taalgebruik en dagelijks taalgebruik. Aan de andere kant zijn veel patiënten op de hoogte van een standaard vocabulaire aan medische termen. Uit onderzoek van Bourhis et al (1989) blijkt dat artsen van het medisch taalgebruik automatisch ombuigen naar dagelijks taalgebruik wanneer artsen opmerken dat patiënten hun niet begrijpen. Het gebruik van dagelijks taalgebruik zorgt ervoor dat patiënten artsen beter begrijpen.

### Beheersing over gedrag

De beheersing over gedrag is voor zowel arts als patiënt een belangrijk aspect in de communicatie. Hierbij valt onderscheid te maken in een hoge en lage controle van gedrag door zowel arts als patiënt. Dit kan resulteren in een breed scala van interactiepatronen en arts-patiëntrelaties. Dit is theoretisch uitgewerkt door Roter et al (1992), die een typologie van arts-patiëntrelaties (zie figuur 5) heeft opgezet langs twee assen, die de invloed van de arts en patiënt op het medische consult aangeven.

Figuur 5 Typologie arts-patiëntrelatie



Bron: Roter et al (1992)

De meest voorkomende vorm van controle is de hoge artsen controle en de lage patiënten controle. Hierbij houdt de arts de touwtjes in handen en een onderdanige patiënt volgt. In deze relatie denkt de arts vanuit het standpunt van de patiënt. Deze vorm wordt ook wel paternalisme genoemd en is de meest traditionele vorm van een arts-patiëntrelatie. De rechterbovenhoek beschrijft een gelijke relatie tussen arts en patiënt, ofwel een wederkerige relatie. Deze relatie wordt gekenmerkt door het uitwisselen van informatie en gezamenlijke besluitvorming. Dit is het ideale consult voor artsen en patiënten. In het onderste deel van het figuur oefent de arts weinig invloed uit tijdens het consult. Rechtsonder is de besluitvorming door de patiënt overgenomen in een consumentenmodel. De patiënt is hierin consument en de arts bedient de consument. Linksonder staat de minimalistische arts-patiëntrelatie, waar arts noch patiënt veel invloed heeft tijdens het consult. Dit consulttype komt in de moderne Westerse wereld bijna niet voor. Deze relatie kan optreden bij consulten met patiënten uit minderheidsgroepen die de voertaal van het land niet goed beheersen. Het blijkt dus dat er een scala aan communicatiestrategieën nodig is bij het consult. Praten met jonge, goed opgeleide, zelfstandige mensen is iets anders dan praten met ouderen die slecht uit hun woorden komen. Bovendien is aangetoond dat het ook afhangt van het type en de ernst van de aandoening welke arts-patiëntrelatie de voorkeur heeft (Brink-Muinen, 2004).

## 2.7 Communicatie en patiëntenuitkomsten

Er is veel onderzoek gedaan naar de patiëntenuitkomsten als gevolg van bepaalde communicatieve gedragingen. Patiënttevredenheid is een van de meest voorkomende patiëntenuitkomsten die gebruikt zijn in onderzoek naar de communicatieve gedragingen. Uit verschillende onderzoeken naar patiënttevredenheid blijkt 38% van de patiënten die in een ziekenhuis op consult komen ontevreden te zijn over de hoeveelheid informatie die zij krijgen van de arts. 65% van patiënten die een ziekenhuis bezoeken geeft de arts te weinig informatie. In 6% van de gevallen geeft de arts te veel informatie en in maar 29% van de gevallen zijn de patiënten tevreden over de hoeveelheid informatie (Ley, 1988). Uit onderzoek van Castejón (1993) blijkt dat 52% van patiënten met kanker alleen informatie willen over de prognose en behandeling van de ziekte. Uit onderzoek van Roter (1988) blijkt dat instrumenteel gedrag van de arts samenhangt met de tevredenheid van de patiënt. De tevredenheid van de patiënt neemt toe naarmate de patiënt meer informatie ontvangt. De affectieve gedragingen van de arts daarentegen hangen volgens Roter (1988) in mindere mate samen met de patiënttevredenheid. Volgens Larsen et al (1981) is een hogere patiënttevredenheid te bewerkstelligen naarmate de arts zich meer non-verbaal uit.

Naast patiënttevredenheid is ook de therapietrouw van patiënten als gevolg van de communicatieve gedragingen van de arts onderzocht. Uit onderzoek van Pruyn et al (1985) blijkt dat therapietrouw niet samenhangt met de communicatieve gedragingen van de arts. Roter daarentegen, verklaart dat er een samenhang bestaat tussen therapietrouw en communicatieve gedragingen van de arts. Zij verklaart dat positieve uitingen en meer informatie zorgen voor een hogere therapietrouw.

Kaplan et al (1989) hebben deze studie nog iets verder uitgewerkt en hebben onderzocht of de communicatieve gedragingen ook van invloed zijn op de gezondheid van de patiënt. Kaplan et al hebben dit gedaan door middel van het meten van de bloeddruk en bloedsuiker van de patiënt. Uit deze studie blijkt dat meer emoties en meer informatie zorgen voor een betere gezondheid van de patiënt. Gedragingen door de arts die ervoor zorgen dat de patiënt meer zelfvertrouwen, motivatie en een positieve kijk krijgen op hun gezondheid, zijn indirect van invloed op de gezondheid van de patiënt. Uit ander onderzoek blijkt bovendien dat de wijze van communiceren van de arts samenhangt met het psychisch welzijn van de patiënt (Deveugele, 2003 en Maguire, 1999).

## 2.8 Meten van communicatie

Inmiddels zijn er veel instrumenten ontwikkeld om de interactie tussen arts en patiënt te analyseren. Voorbeelden hiervan zijn de Bales' Interaction Process Analysis, de Roter Interaction Analysis System (RIAS), de Maastricht History-Taking and Advice Checklist, de Observer Checklist, de Patient Centred-Method, de Medical Interview Aural Rating Scale (MIARS) en het hiervoor beschreven shared decision making model (SDM).

Om de interactie tussen artsen en patiënten te kwantificeren wordt er in de huidige wetenschap veel gebruik gemaakt van twee van deze instrumenten; het shared decision making model en de Roter Interaction Analysis System (RIAS). Het shared decision making model zoals in paragraaf 2.5 beschreven is vooral gericht op de besluitvorming tijdens een consult. Doordat dit instrument zich grotendeels richt op de besluitvorming tijdens een consult, komen de andere kenmerken van communicatie, emoties en informatievoorziening, niet tot nauwelijks aan bod.

Roter (2002) is dieper ingegaan op de Bales' Interaction Process Analysis en is gekomen tot het Roter Interaction Analysis System. Met het speciaal aangepaste instrument 'The Roter Interaction Analysis System' (RIAS) kan gedurende het consult de interactie tussen arts en patiënt gecodeerd worden. In dit instrument gaat Roter uit van twee typen gedragingen tijdens een consult: instrumentele gedragingen en affectieve gedragingen. In kenmerken van communicatie betekent dit dat door het RIAS te gebruiken niet alleen de informatievoorziening en besluitvorming tijdens een consult wordt geanalyseerd, maar ook de emoties van zowel arts als patiënt.

Over de hele wereld hebben onderzoekers dit instrument gebruikt om de arts-patientcommunicatie te analyseren. In eerste instantie heeft Roter met dit instrument veel onderzoek gedaan naar de huisartsengeneeskunde, later heeft ze dit uitgebreid naar de oncologie.

Om alle kenmerken (emoties, besluitvorming en informatievoorziening) van de kwaliteit van communicatie tijdens de consulten te analyseren van zowel de arts als de patiënt, is in dit onderzoek voor het RIAS instrument gekozen.

## **2.9 Probleemstelling en deelvragen van het onderzoek**

In dit onderzoek zal dieper ingegaan worden op de drie aspecten (informatieverstrekking, besluitvorming en emoties) van communicatie tussen arts en patiënt. Uit het voorgaande blijkt dat er veel onderzoek is gedaan naar het besluitvormingsproces en het verstrekken van informatie door de arts. Er is echter maar weinig onderzoek gedaan op het gebied van emoties tijdens het consult. Dit onderzoek brengt de kenmerken van communicatie samen. Er zal dieper ingegaan worden op de communicatie tussen artsen en patiënten van het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt;

*'Hoe verloopt de (verbale) communicatie tussen de oncologen van het MCRZ en hun patiënten?'*

Om tot een duidelijk antwoord te komen op de probleemstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld;

1. In hoeverre wordt de instrumentele communicatie gebruikt door de afzonderlijke oncologen?
2. Is er samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult en het voorkomen van instrumentele communicatie?
3. In hoeverre wordt affectieve communicatie gebruikt door de afzonderlijke oncologen?
4. Is er samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult en het voorkomen van affectieve communicatie?
5. In hoeverre voldoen de oncologen aan de standaard informatievoorziening?
6. Is de stemming van de arts en de patiënt van invloed op de communicatie?
7. In hoeverre wordt tijdens de consulten instrumentele en affectieve communicatie door de patiënten gebruikt? En in hoeverre spelen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult hierin een rol?

## **2.10 Doel van het onderzoek**

De communicatie tussen arts en patiënt is een cruciaal onderdeel van de zorg. De juiste vaststelling van de klacht of het probleem waarvoor de patiënt de arts raadpleegt, de vertaling hiervan in de juiste diagnose en de behandeling behoren tot de belangrijkste taken van een arts. Het goed uitvoeren van deze taken is voor een groot deel afhankelijk van een goede communicatie tussen arts en patiënt.

Zeker bij een ziekte als kanker is het van essentieel belang dat een goede kwaliteit van communicatie geboden kan worden. Dit kan door op een juiste wijze en een goede hoeveelheid informatie te bieden, aandacht voor emoties te hebben en een goed besluitvormingsproces te creëren. Deze aspecten dienen voldoende en op een juiste wijze te worden toegepast door zowel arts als patiënt.

Doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de huidige wijze van communiceren van oncologen en patiënten door middel van het meten en beschrijven van de communicatie en vanuit deze beschrijving een frictie of verband te vinden tussen de werkelijke communicatie en de wenselijke in de literatuur beschreven communicatie. Wanneer knelpunten worden ontdekt, kunnen deze een prikkel geven om bepaalde aspecten van communicatie te verbeteren. Vanuit deze knelpunten zullen aanbevelingen worden gedaan. Zo kan door middel van dit onderzoek een bijdrage worden geleverd aan de kwaliteit van communicatie tussen artsen en patiënten.

### **3. Methoden**

#### **3.1 Onderzoeksopzet**

Om de probleemstelling te beantwoorden is een mix-method onderzoeksdesign gehanteerd. Het onderzoek bevat zowel kwalitatieve als kwantitatieve eigenschappen. Het kwalitatieve aspect door het opnemen van consulten op audiotape. En het kwantitatieve aspect door het scoren van de gedragingen van de artsen en patiënten tijdens de consulten. Het bijzondere aan dit onderzoek is dan ook dat de kwalitatieve informatie wordt omgezet in kwantitatieve informatie.

#### **3.2 De onderzoekspopulatie**

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling oncologie van het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid. De onderzoekspopulatie bestaat uit vier oncologen (één mannelijke oncoloog en drie vrouwelijke oncologen) van de afdeling oncologie en een aantal patiënten dat onder behandeling bij één van de oncologen staat. De patiënten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen zijn allen gediagnosticeerd met diverse vormen van kanker. Tijdens het ziekteproces staan deze patiënten voor de keuze wel of niet behandelen. En zo ja, welke behandeling de beste optie is. De gesprekken waarin deze keuze wordt gemaakt zijn opgenomen op audiotape en gebruikt voor dit onderzoek. Elk van deze patiënten is in de periode van februari tot mei 2006 op het spreekuur bij een van de artsen van het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (MCRZ) geweest. Voordat de patiënten geïnccludeerd werden in het onderzoek zijn de patiënten geïnformeerd over het onderzoek door middel van een brief (zie bijlage 1). In deze brief werd benadrukt dat aan de privacy van de patiënt volledige aandacht wordt besteed en dat gegevens worden geanonimiseerd. De medisch secretaresse van het MCRZ heeft deze brieven verzonden om de anonimiteit en privacy van de patiënten te waarborgen. Deze brief is verstuurd naar alle nieuwe patiënten die een consult hebben aangevraagd. Tijdens het consult is door de arts toestemming gevraagd voor de opname van het consult, zodat aan de informed consent plicht (WGBO, art.448) wordt voldaan. Wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven, is het consult opgenomen. Naast dat de gegevens van de patiënten volledig geanonimiseerd zijn, zijn de gegevens van de oncologen in de onderzoeksresultaten eveneens geanonimiseerd.

#### **3.3 Achtergrondkenmerken**

Om tot een antwoord te komen op de vraagstellingen is er in dit onderzoek naar de communicatie tussen arts en patiënt rekening gehouden met een aantal achtergrondkenmerken van zowel de patiënt als de arts. Nadat de patiënt toestemming heeft gegeven voor de opname van het consult heeft de arts op een registratieformulier de variabelen geslacht, geboortedatum en diagnose van de patiënt ingevuld. De onderzoeker heeft vervolgens de achtergrondvariabele diagnose onderverdeeld in verschillende groepen kanker: kanker aan de spijsverteringsorganen, beenmergkanker, bloedkanker, kanker aan het lymfestelsel en borstkanker. Deze diagnosegroepen zijn nader gespecificeerd op pagina 32. Naast patiëntenkenmerken zijn op het voorblad (bijlage 3) van de scoreformulieren bij elke opname de naam en het geslacht van de arts als achtergrondkenmerk genoteerd. Tevens is op dit formulier de duur van het consult en de aanwezigheid van een derde partij tijdens het consult genoteerd. Deze achtergrondkenmerken kunnen allen van invloed zijn op de communicatie tussen de arts en de patiënt.

### 3.4 Context

Het MCRZ is een groot algemeen ziekenhuis dat een vooraanstaande plaats in de regio inneemt. Het ziekenhuis heeft vrijwel elk basisspecialisme in huis en vier topklinische functies: hartchirurgie, interventiecardiologie, dialyse en brandwondenzorg. Het MCRZ is in januari 2000 ontstaan uit een fusie tussen het St. Clara Ziekenhuis en het Zuiderziekenhuis. Momenteel worden beide locaties van het MCRZ – met het oog op nieuwbouw – heringericht tot een locatie voor electieve zorg en een locatie voor acute zorg, met een grote regionale spoedeisende hulp. Op dit moment telt het MCRZ 679 bedden die verdeeld zijn over beide locaties. Het ziekenhuis heeft 3300 werknemers in dienst en telt een medische staf van 169 leden. Binnen het specialisme interne geneeskunde zijn dertien medisch specialisten werkzaam, onder wie de oncologen die deelnemen aan dit onderzoek. Binnen de afdeling oncologie vindt consultatie en diagnostiek plaats. Voor onderzoek en langdurige behandeling worden de patiënten verwezen naar andere afdelingen binnen het MCRZ, waaronder de afdelingen radiologie en chirurgie.

### 3.5 Dataverzameling

De onderzoeksdata zijn verzameld door middel van het opnemen van consulten tussen oncologen en hun patiënten op audiotape. Tijdens deze consulten werden op basis van onderzoeksuitslagen belangrijke beslissingen omtrent de behandeling van de patiënt genomen. Het totale aantal op te nemen consulten door de oncologen is niet vooraf door de onderzoeker bepaald. Het was ter beoordeling van de oncologen of het consult een belangrijke beslissing omtrent de behandeling bevatte. De opgenomen consulten zijn door de onderzoeker wekelijks afgetapt en op een computer gezet.

In totaal zijn er 43 consulten door de vier oncologen opgenomen, waarvan er 38 geschikt waren voor analyse. Enkele opnames zijn afgevallen doordat de diagnoses van deze consulten zich niet op het terrein van de oncologie bevonden. Andere consulten zijn afgevallen door vergissingen in het gebruik van de opnameapparatuur. Het aantal opgenomen consulten varieerde per oncoloog. Van de vier oncologen zijn negen, negen, negen en vijf consulten in dit onderzoek gebruikt voor de analyse. Van de oncoloog met vijf bandopnames waren niet meer opnames beschikbaar. In totaal zijn er dus in dit onderzoek 32 consulten gebruikt voor analyse.

Tijdens het consult is door de arts toestemming gevraagd voor de opname van het consult, zodat aan de informed consent plicht (WGBO, art.448) werd voldaan. Wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven, is het consult opgenomen. Doordat de artsen aan het begin van elk consult toestemming hebben gevraagd voor de opname mist bij elk consult de binnenkomst van de patiënt. Daarnaast is een aantal gesprekken abrupt afgebroken doordat de artsen het lichamelijk onderzoek niet hebben opgenomen. Na afloop van het consult hebben de artsen een aantal achtergrondkenmerken van de patiënt genoteerd. Vervolgens zijn de opnames van de verschillende artsen random geanalyseerd en gecodeerd met behulp van drie verschillende instrumenten, het Roter Interaction Analysis System (Roter, 2002), de Global Affect schaal (idem) en de Proficiency Checklist (idem).



### 3.6 Roter Interaction Analysis System

Het Roter Interaction Analysis System (RIAS) is afgeleid van het instrument Interaction Process Analysis van Robert Bales. (In figuur 1 zijn de verschillen tussen de instrumenten van Bales en Roter weergegeven). Het RIAS is een instrument om de communicatie tijdens het consult tussen arts en patiënt te coderen. Elke uitspraak van zowel arts als patiënt wordt geclassificeerd met behulp van dit instrument. Deze verbale uitspraak kan bestaan uit één woord maar ook uit één zin. Door de consulten op te nemen op tape of video maakt dit het direct coderen van de communicatie mogelijk en kunnen intonatie en emotie gemakkelijker worden opgemerkt. Andere instrumenten worden eerst uitgewerkt op script en achtereenvolgens gecodeerd, met als gevolg dat onder andere intonatie en emoties niet worden opgemerkt. Het RIAS is een gemengd systeem: het is in staat om een groot deel in de variatie van kwaliteitsoordelen te verklaren, ongeacht of het gaat om medisch technische kwaliteit, de psychosociale kwaliteit of de kwaliteit van een arts-patiëntrelatie. Omdat het RIAS is gericht op de medische (oncologische) setting en het in dit onderzoek draait om de emoties en informatievoorziening tijdens het consult is ervoor gekozen om het RIAS als analyse-instrument te gebruiken.

*Figuur 1 Verschillen tussen de Interaction Process Analysis en de Roter Interaction Analysis System*

Interaction Process Analysis	Roter Interaction Analysis System
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gericht op communicatie in het algemeen. (En dus geen onderscheid in partijen en setting/context)</li> <li>• Gecodeerd vanaf script</li> <li>• Intonatie en emotie kunnen niet opgemerkt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gericht op meerdere partijen (arts, patiënt, naaste)</li> <li>• Specifiek gericht op het consult</li> <li>• Gecodeerd vanaf tape of video</li> <li>• Intonatie en emotie kunnen worden opgemerkt</li> </ul>

In het originele RIAS worden 37 categorieën voor de arts en 33 categorieën voor de patiënt onderscheiden (zie bijlage 2). Deze categorieën van zowel de patiënt als de arts worden onderscheiden in 29 instrumentele en 14 affectieve categorieën. Om de uitkomsten gemakkelijker te interpreteren zijn de instrumentele en affectieve categorieën door Roter geclusterd. De instrumentele categorieën zijn geclusterd in: vragen stellen, informatie geven en het sturen en counselen van de patiënt. De affectieve categorieën zijn geclusterd in: sociaal gedrag, verbale (positieve) aandacht, medeleven tonen en negatieve uitspraken.

#### 3.6.1 Toevoegingen en wijzigingen door de onderzoeker ten opzichte van het RIAS

Het RIAS beschikt over een hoog aanpassingsvermogen en kan gemakkelijk aangepast worden aan de medische situatie, context en omstandigheden (Roter & Larson, 2002). Het instrument is zeer flexibel in het toevoegen van extra sprekers, het veranderen van de subcategorieën en het verfijnen van categorieën. In dit onderzoek zijn door de onderzoeker een zestal toevoegingen / wijzigingen aan het RIAS gedaan, deze zijn hieronder weergegeven.

1. Uit literatuuronderzoek en het gebruik van het RIAS blijkt dat het RIAS een aantal cruciale factoren mist in de te coderen categorieën. Sandvik et al (2002) hebben geadviseerd de categorie huilen op te nemen tussen de andere affectieve categorieën. Roter geeft aan dat huilen gecodeerd dient te worden als 'zich zorgen of ongerust maken'. Omdat huilen een bijzondere emotie is, is er in dit onderzoek voor gekozen om huilen als extra categorie toe te voegen aan het RIAS.

2. Bij een ziekte als kanker wordt tijdens het consult veel gesproken over de bijwerkingen van de behandelingen. In het RIAS worden “bijwerkingen” gecodeerd als het geven van therapeutische informatie. Het begrip therapeutische informatie is een omvangrijk begrip. Onder dit begrip valt veel andere informatie over de behandeling. Om deze informatie te splitsen van de bijwerkingen is gekozen voor een aparte categorie “bijwerkingen van de behandeling”.

3. De categorie “orientation” van Roter is in dit onderzoek opgesplitst in “orientation” en “instruction”. Er is namelijk een duidelijk verschil tussen deze twee categorieën. “orientation” wordt gezien als een verwachting van het consult of behandeling, terwijl “instruction” door Roter wordt beschreven als een instructie tijdens het consult.

4. Niet elke categorie in het RIAS wordt gebruikt voor beiden partijen. De “back-channel” categorie, ofwel de indicator van interesse, wordt door Roter alleen gebruikt als categorie voor de arts. Doordat de patiënten tijdens de consulten de back-channel categorie veelvuldig gebruikten is deze categorie ook voor hen toegevoegd. En wordt de back-channel categorie voor beide partijen gebruikt. Ook hebben Sandvik et al (2002) een aanbeveling gedaan tot het gebruik van de back-channel categorie voor beide partijen.

5. Het RIAS is origineel bedoeld om de communicatie tussen twee partijen te coderen. Aangezien veel patiënten met een familielid of naaste naar het consult komen is ervoor gekozen de uitspraken van de derde partij te coderen als een uitspraak van de patiënt. Doordat de consulten op audiotape zijn vastgelegd was het geluidstechnisch niet mogelijk om de uitspraken van de derde partij apart te coderen.

6. Daarnaast worden de categorieën door Roter in te grote categorieën geclusterd. In dit onderzoek is de categorie clustering aangehouden van Ishikawa et al (2002). In figuur 2 is de clustering van Ishikawa et al opgenomen.

Figuur 2 Clustering RIAS categorieën

Clusters	Originele RIAS Categorie
Open-ended questions	Open-ended questions about all topics (i.e. medical condition, therapeutic regimen, lifestyle, psychosocial feelings)
Closed-ended questions	Closed-ended questions about all topics
Information giving	Information giving about medical condition, therapeutic regimen, lifestyle, psychosocial feelings***, <i>side-effects</i> *
Direction	Counseling and direction about all topics
Facilitation	Paraphrase/check, ask for understanding, ask for opinion **
Orientation	Gives orientation **, <i>instruction</i> *
Requests for service	Requests for service
Emotional expression	Show concern, reassurance, self-disclosure **, empathy **, ask for reassurance ***, <i>cry</i> <sup>***</sup>
Positive talk	Shows agreement, approval, laughs/tells jokes, compliment
Negative talk	Shows disapproval, criticism
Social talk	Personal remarks, social conversation

Bron: Ishikawa et al. (2002)

\* Toegevoegde categorie aan RIAS

\*\* Categorie alleen bedoeld voor artsen

\*\*\* Categorie alleen bedoeld voor patiënten

Een aantal categorieën is door Ishikawa et al (2002) geschrapt uit het originele RIAS instrument. In dit onderzoek worden deze categorieën echter wel gebruikt. Het gaat hierbij om de categorieën: “overige open vragen”, “overige gesloten vragen” en “verstrekken van overige informatie”. Daarnaast worden de categorieën “vragen om herhaling”, “vragen om een mening van een arts”, “het legitimeren van een arts” en het begrip “partnership” toegevoegd aan het cluster “facilitation”. Het “geruststellen van een patiënt” wordt toegevoegd aan het cluster “positive talk”.

### 3.7 Global Affect schaal

De Global Affect schaal (Roter, 2002) wordt als aanvulling op het RIAS gebruikt. Met behulp van het RIAS wordt elke uitspraak of zinsnede gecodeerd, de Global Affect schaal doet dit niet. De Global Affect schaal wordt gebruikt om een algemene affectieve impressie van het consult weer te geven. Het weergeven van deze impressie is meer gericht op de intonatie tijdens het consult dan op de werkelijke dialoog tussen arts en patiënt. De algemene impressie wordt na het beluisteren van het consult voor zowel de arts als de patiënt door de onderzoeker weergegeven. De Global Affect schaal bestaat uit een Likert schaal van laag naar hoog (1-6), waarbij er bij 1 geen enkele vorm van assertiviteit bestaat, bij 3 en 4 een gemiddelde vorm van assertiviteit bestaat en bij 6 een dominante spreker overheerst. In dit onderzoek zijn vijf global affectmaten voor zowel de arts als patiënt gescoord. In figuur 3 zijn deze Global Affectmaten weergegeven.

*Figuur 3 Global affectmaten*

#### Global affectmaten

- Boosheid / irritatie
- Angst / nervositeit
- Dominantie / assertiviteit
- Interesse / bezorgdheid
- Warmte / vriendelijkheid

### 3.8 Proficiency Checklist

De Proficiency Checklist (Roter, 2002) is een instrument dat door Roter met behulp van experts uit het veld is ontwikkeld. Deze checklist kan gezien worden als een gouden standaard wat betreft informatievoorziening door de arts. Vooralsnog wordt de checklist maar weinig gebruikt door onderzoekers. Roter (2006) verklaart dat de checklist een goede aanvulling op het RIAS is. Het RIAS geeft vijf categorieën van informatievoorziening aan waarin een bepaalde hoeveelheid informatie wordt gescoord. Het is na analyse echter niet duidelijk welke onderwerpen van informatie deze scores precies betreffen. Door de Proficiency Checklist toe te voegen, kan precies worden nagegaan welke informatie is verstrekt door de arts. Bij de Proficiency Checklist gaat het niet om de frequentie van het geven van informatie, maar om de vaardigheid van de arts.

De Proficiency Checklist (bijlage 4) bestaat uit zestien items die gedurende het consult aan de orde dienen te komen. Op drie vragen na kunnen alle vragen beantwoord worden met ja of nee. Voor twee van deze vragen zijn in de vraag de antwoordmogelijkheden opgenomen. In de laatste vraag die niet met ja of nee kan worden beantwoord, wordt gevraagd de einddiagnose te noteren.

### **3.8.1 Toevoegingen en wijzigingen door de onderzoeker ten opzichte van de Proficiency**

#### **Checklist**

In de originele Proficiency Checklist is een aantal kleine wijzigingen aangebracht door de onderzoeker. Hieronder zullen deze wijzigingen nader worden uitgewerkt.

1. De vragen 1a en 1b zijn samengevoegd tot één vraag. In de originele Proficiency Checklist van Roter worden de vragen als twee identiek dezelfde vragen gesteld, alleen de antwoordcategorie verschilt. Op vraag 1a kan geantwoord worden met strikt en op vraag 1b kan geantwoord worden met minder strikt. De onderzoeker heeft ervoor gekozen de vragen samen te voegen tot één vraag en de vraag te beantwoorden met ja of nee. Voor vraag 2a en 2b geldt hetzelfde, ook deze zijn samengevoegd tot één vraag.

2. In de laatste vraag van de Proficiency Checklist wordt gevraagd de einddiagnose en het opkomen van nieuwe vragen te noteren. Deze vraag is in dit onderzoek maar gedeeltelijk opgenomen. De einddiagnose van elk consult is op het voorblad van het RIAS genoteerd. De nieuw opgekomen vragen na het beluisteren van het consult zijn vanwege tijdstechnische beperkingen in dit onderzoek niet opgenomen.

3. De referentie met betrekking tot de familie van de patiënt is eveneens niet opgenomen. Omdat een patiënt vaak voor meerdere consulten bij een oncoloog komt en er maar één consult van de reeks consulten die een patiënt doorloopt is opgenomen, bestaat er een grote kans dat de referentie met betrekking tot de familie in eerdere consulten is besproken. Wanneer tijdens één van deze consulten waarin een beslissing tot behandeling wordt gemaakt, niet de familie wordt nagevraagd, wil dat niet zeggen dat dit niet eerder is gebeurd.

### **3.9 Betrouwbaarheid en validiteit**

Om de betrouwbaarheid en validiteit te vergroten in dit onderzoek is een aantal aandachtspunten in acht genomen. De interne validiteit heeft betrekking op een juiste conclusie op basis van de gevonden gegevens en waarnemingen. In dit onderzoek is de interne validiteit vergroot doordat datatriangulatie (diverse bronnen) is toegepast, door bandopnames te gebruiken van verschillende artsen. Om tijdens het scoren van de consulten niet gewend te raken aan de consultstijl en uitingen van een arts, zijn de bandopnames van de verschillende artsen random gecodeerd.

Daarnaast is de interne validiteit vergroot doordat de analyse van de opnames is uitgewerkt door één onderzoeker. Op deze manier zullen de consulten op een uniforme wijze worden benaderd.

De externe validiteit (generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten) kan worden vergroot door de uitkomsten van dit onderzoek te vergelijken met eerder uitgevoerd onderzoek.

Het werken met een kleine populatie en één onderzoeksinstelling zorgen ervoor dat er bij de bespreking van de resultaten dieper gefocust kan worden op de populatie en de instelling. Wanneer de populatie toeneemt zal de focus van de onderzoeker breder worden en zullen details minder snel opgemerkt worden door de onderzoeker.

De interne betrouwbaarheid in dit onderzoek wordt vergroot door expliciete beoordeling van een externe beoordelaar. Daarnaast heeft de onderzoeker zich voorafgaand aan de dataverzameling verdiept in de literatuur. Om vertekening te voorkomen en de interne betrouwbaarheid te vergroten is de oncologen alleen de globale bedoeling van het onderzoek medegedeeld, dit in verband met sociaal wenselijk gedrag dat de oncologen kunnen toepassen. Bij de dataverzameling is gebruikgemaakt van digitale apparatuur, waardoor de geluidskwaliteit en dus de betrouwbaarheid enorm toeneemt. De oncologen zijn vooraf geïnstrueerd over het gebruik van deze digitale opnameapparatuur, zodat vergissingen in opname zoveel mogelijk beperkt bleven. Wekelijks is de apparatuur afgetapt en op computer gezet. Vervolgens zijn de opnames naar twee onderzoekers verzonden en dus op verschillende plaatsen opgeslagen. Alle opnames zijn gestructureerd bewaard. Door de opnames gestructureerd te bewaren wordt tevens de externe betrouwbaarheid vergroot. Herhaalbaarheid van het onderzoek zal hiermee worden gestimuleerd. Dubbel coderen had de interne betrouwbaarheid vergroot, maar was in verband met de tijd helaas niet haalbaar. Door alle opnames en SPSS-bestanden gestructureerd te bewaren is dit eventueel een optie in de toekomst. De uitkomsten van het onderzoek kunnen een indicatie geven over communicatie tussen arts en patiënt en daarmee aanwijzingen geven voor eventueel vervolgonderzoek. Tegelijkertijd kunnen de sterke en zwakke punten met betrekking tot de communicatie van deze oncologen een goede leerschool zijn voor anderen artsen die dit onderzoek onder ogen krijgen.

### **3.10 Analyse**

Tijdens het beluisteren van de consulten zijn de consulten met behulp van het RIAS, de Global Affect schaal en de Proficiency Checklist geanalyseerd. In bijlage 3, 4 en 5 zijn de scoreformulieren opgenomen, waarop de consulten zijn gescoord. Voor elk consult zijn deze formulieren afzonderlijk ingevuld, zodat vergelijkbare informatie ontstond. Elk consult is door de onderzoeker éénmaal beluisterd. De tijd om de consulten te coderen was ongeveer driemaal zo lang als de consultduur. De gemiddelde codeertijd was ongeveer 53 minuten per consult met een standaarddeviatie van 28 minuten.

De scores op deze instrumenten zijn vervolgens ingevoerd en statistisch bewerkt met behulp van SPSS (versie 12.01). (In bijlage 6 is het codeboek van het gebruikte SPSS bestand opgenomen). Omdat het RIAS 37 categorieën voor de arts en 33 categorieën voor de patiënt telt, zijn deze categorieën geclusterd volgens de clustering van Ishikawa et al (2002) (Figuur 2, pagina 26).

Uitgaande van de geclusterde scores zijn door middel van kruistabellen de scores van de afzonderlijke artsen en patiënten beschreven. Op basis van deze gegevens zijn de frequenties en gemiddelden berekend voor de instrumentele en affectieve communicatie van zowel arts als patiënt. Bij het bespreken van de resultaten wordt regelmatig het aantal uitspraken aangehaald. In dit onderzoek wordt onder een uitspraak “een woord”, “een deel van een zin” of een “hele zin” verstaan. Eén zin kan dus bestaan uit meer uitspraken.

Na het bespreken van de kruistabellen is vervolgens met verschillende toetsen (zie tabel 1) nagegaan of er samenhang bestaat tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult en de verschillende vormen van communicatie. Een bewuste keuze is gemaakt om de achtergrondkenmerken van de oncologen niet te toetsen met het gebruik van de verschillende soorten communicatie, daar de achtergrondkenmerken leeftijd en ervaringsjaren van de verschillende oncologen te dicht bij elkaar liggen. Daarnaast is er geen evenredige verdeling over het geslacht tussen de oncologen. Er is echter wel getoetst op de verschillen in communicatie tussen de oncologen.

Voor de Global Affect schaal en de Proficiency Checklist zijn eveneens verschillende beschrijvingen gedaan aan de hand van kruistabellen. Om een verschil aan te tonen op het gebied van de affectieve impressie tussen de verschillende oncologen is een Kruskal-Wallis toets uitgevoerd. Daarnaast is door middel van een Pearson Chi-kwadraat toets getoetst of de onderwerpen van de Global Affect schaal van invloed zijn op de communicatie van zowel arts als patiënt.

Bij alle toetsen in dit onderzoek is een significantieniveau van 0.05 gehanteerd, wat overeenkomt met betrouwbaarheidsinterval van 95%. Wanneer het significantieniveau van een toets kleiner is dan 0,05 wordt de nulhypothese verworpen, en de alternatieve hypothese geaccepteerd. De nulhypothese gaat ervan uit dat er geen verband is tussen de twee te toetsen elementen. Indien de nulhypothese wordt verworpen en de alternatieve hypothese wordt geaccepteerd kan er worden verklaard dat er een verband bestaat tussen de twee getoetste elementen. Op basis van de conclusies uit de toetsen is geprobeerd een antwoord te geven op de probleemstelling en de deelvragen.

Tabel 1 SPSS-toets per achtergrondkenmerk

<b>(N=32)</b>	<b>Instrumentele of affectieve communicatie</b>
Diagnose	ANOVA
Geslacht	T-toets
Leeftijd	Pearson chi-kwadraat toets
Aanwezigheid 3 <sup>de</sup> partij	T-toets
Duur van het consult	Pearson chi-kwadraat toets
Oncoloog	ANOVA

## **4. Resultaten**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die uit de scores van de consulten tussen de oncologen en patiënten naar voren zijn gekomen. Allereerst zullen de achtergrondkenmerken zoals beschreven in paragraaf 3.3 worden gepresenteerd, daarna zullen de achtergrondkenmerken per oncoloog worden beschreven. In paragraaf 4.3 zal worden ingegaan op de instrumentele en affectieve communicatie van de arts en in paragraaf 4.4 zal worden ingegaan op de instrumentele en affectieve communicatie van de patiënt. De algemene impressie van het consult zal in paragraaf 4.5 worden behandeld. Tenslotte zal in paragraaf 4.6 de vakbekwaamheid ten aanzien van de informatievoorziening aan de orde komen.

### **4.2 Achtergrondkenmerken**

Achtereenvolgens zullen in deze paragraaf de achtergrondkenmerken van de oncologen, de patiënten en het consult worden besproken.

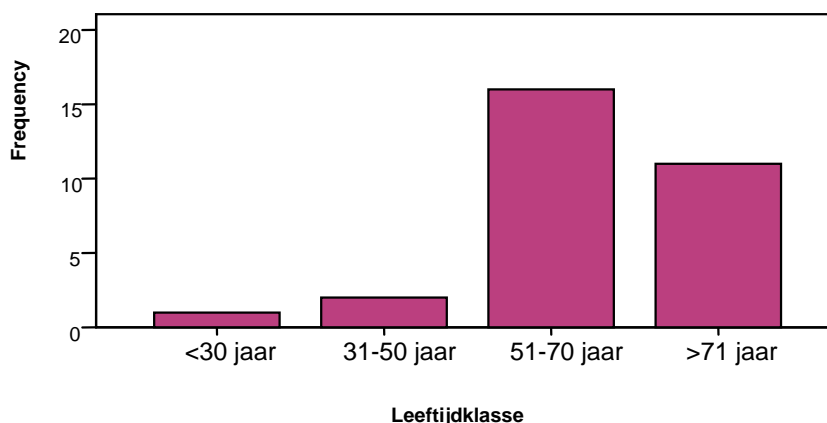
#### **4.2.1 Oncologen**

Aan dit onderzoek hebben vier oncologen deelgenomen, waarvan drie vrouwelijke oncologen en één mannelijke oncoloog. De gemiddelde leeftijd van de oncologen op het moment van opname van de consulten was 48 jaar met een spreiding tussen de 45 jaar en 56 jaar. De werkervaring van de oncologen varieerde tussen de vijf en achttien jaar. Gemiddeld zijn de artsen tien jaar werkzaam als oncoloog.

#### **4.2.2 Patiënten**

De oncologen hebben voorafgaand aan het consult toestemming aan de patiënt voor de bandopname gevraagd. Aan hoeveel patiënten de oncologen hebben gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek is niet duidelijk. De patiënten die niet wilden deelnemen aan het onderzoek zijn niet geregistreerd. In totaal hebben de oncologen 43 consulten opgenomen op audiotape, 38 van deze consulten waren bruikbaar voor analyse. Vijf opnames waren niet bruikbaar voor analyse doordat er iets tijdens de opname verkeerd is gegaan of er een andere diagnose dan kanker was gesteld tijdens het consult. Om een gelijke spreiding van het aantal opnames per oncoloog te krijgen zijn er 32 consulten daadwerkelijk gebruikt voor analyse. Van drie oncologen zijn negen consulten gebruikt voor het onderzoek en van één oncoloog zijn vijf consulten voor het onderzoek gebruikt. Van deze laatste oncoloog waren niet meer opnames beschikbaar. Tweeëndertig patiënten zijn uiteindelijk opgenomen in het onderzoek naar de communicatie tussen arts en patiënt. Van deze 32 patiënten waren 26 vrouw en 6 man. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 64.5 jaar. De jongste patiënt was 23 jaar en de oudste was 85 jaar. De standaarddeviatie was 12.8 jaar. In figuur 1 is de leeftijdsopbouw van de patiënten weergegeven in leeftijdsklassen. Duidelijk zichtbaar uit deze figuur is dat de meerderheid van de patiëntenpopulatie ouder is dan 51 jaar. Ongeveer 51% van de populatie is tussen de 51 en 70 jaar en ongeveer 35% van de populatie is ouder dan 71 jaar. Onder de leeftijdsklasse tot 50 jaar valt ongeveer 10% van de populatie.

Figuur 1 Leeftijdklasse patiënten



#### 4.2.3 Aanwezigheid van een derde partij

Bij het horen van de diagnose kanker brengt dit bij patiënten vaak emoties teweeg. Ruimte voor deze emoties en emotionele steun door de arts en een naaste van een patiënt, bijvoorbeeld familie, is op dit soort momenten van belang. In 85,0% van de consulten had de patiënt dan ook een naaste naar het consult meegenomen. Over het algemeen waren dit partners en kinderen. Deze naasten van patiënten kunnen gezien worden als support of als hulpbron. In het geval van support gaat het om emotionele steun en in het geval van hulpbron gaat het om het overdragen van de informatie op de patiënt. In maar een beperkt aantal (15%) consulten kwam de patiënt alleen naar het consult.

#### 4.2.4 Diagnose

De oncologen hebben bij elke bandopname de diagnose van de patiënt geregistreerd op papier. In totaal zijn er bij de tweeëndertig patiënten tien verschillende diagnoses gesteld en geregistreerd. Op basis van de site van KWF kankerbestrijding zijn de diagnoses gecategoriseerd naar verschillende vormen van kanker. Een onderscheid is gemaakt in kanker van de spijsverteringsorganen, kanker aan het lymfestelsel, beenmergkanker, bloedkanker en borstkanker.

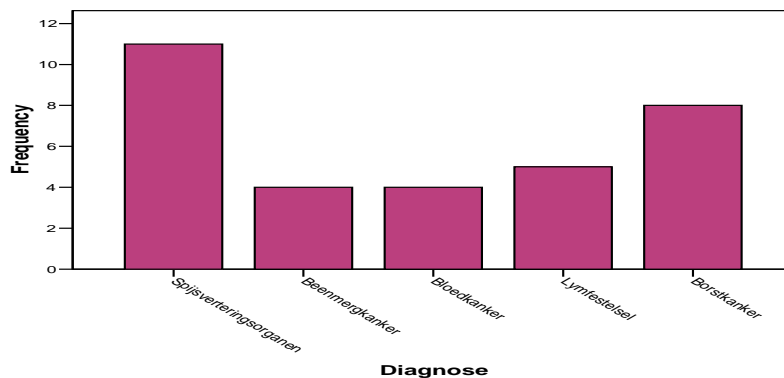
- Kanker van de spijsverteringsorganen, hieronder vallen dikkedarmkanker, slokdarmkanker, maagkanker en alveesklieerkanker. ([www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl))
- Kanker aan het lymfestelsel, hieronder vallen het Hodgkin-lymfoom (de ziekte van Hodgkin) en Non-Hodgkin-lymfomen. Bij het Hodgkin-lymfoom en Non-Hodgkin-lymfoom is er sprake van abnormale groei van lymfocyten (bepaalde witte bloedlichaampjes). Door deze woekering verliezen de lymfocyten hun normale afweerfunctie. Het lichaam is dan vatbaarder voor infecties. ([www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl))
- Beenmergkanker, hieronder vallen de ziekte Van Waldenström en de ziekte Van Kahler (Multipel myeloom). De ziekte Van Waldenström en Van Kahler is een kwaadaardige woekering van bepaalde witte bloedcellen in het beenmerg. De woekerende cellen produceren de afwijkende antistof M-proteïne. De woekering van (plasma)cellen verhindert de normale aanmaak van bloedcellen, zoals rode en witte bloedcellen. ([www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl))



- Bloedkanker, hieronder vallen acute leukemie en chronische leukemie. Bij leukemie ontstaat er door veranderingen in het erfelijk materiaal (DNA) van beenmergcellen een overproductie van afwijkende witte bloedcellen. De afwijkende cellen hopen zich eerst op in het beenmerg. Daarna verspreiden ze zich door het lichaam, via het bloed. ([www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl))
- Borstkanker (mammacarcinoom), bij borstkanker gaat het meestal om een zogenoemd ductaal carcinoom. Een ductaal carcinoom ontstaat in de melkgangen van de borst. Soms is er sprake van een lobulair carcinoom. Een lobulair carcinoom begint in de melkkliertjes en groeit meestal verspreid door de borst. ([www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl))

In figuur 2 is de verdeling van de respondenten over de verschillende groepen kanker schematisch weergegeven. De grootste diagnosegroep in dit onderzoek betreft de diagnosegroep kanker aan de spijsverteringsorganen. Elf patiënten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek hebben een vorm van kanker aan de spijsverteringsorganen. Acht patiënten die geïnccludeerd zijn in dit onderzoek hebben borstkanker. Vijf patiënten in dit onderzoek hebben een vorm van kanker aan het lymfestelsel. De diagnosegroepen beenmergkanker en bloedkanker bevatten beiden vier patiënten.

*Figuur 2: Verdeling diagnosegroepen*



#### 4.2.5 De consultduur

De consultduur varieerde sterk per patiënt, het kortste consult was ongeveer 4 minuten en het langste consult was ongeveer 37 minuten. De gemiddelde duur van een consult bedroeg 18 minuten met een standaarddeviatie van 8 minuten. De gemiddelde gesprekstijden per diagnosegroep varieerde sterk. Een consult met een patiënt met kanker aan één van de spijsverteringsorganen duurde gemiddeld 23 minuten. Een consult met een patiënt met borstkanker duurde ongeveer 20 minuten. Met een patiënt met kanker aan het lymfestelsel ongeveer 13 minuten. Met een patiënt met een vorm van beenmergkanker ongeveer 11 minuten en met een patiënt met een vorm van bloedkanker duurde het consult het kortst en was ongeveer 7 minuten. Naast dat de consultduur per diagnosegroep verschilt, verschilt de consultduur ook per oncoloog. Dokter D en dokter C hadden beiden een gemiddelde consultduur van 23 minuten, de consulten van dokter A duurden ongeveer 16 minuten en dokter B had een gemiddelde consultduur van 11 minuten.

#### 4.2.6 Achtergrondkenmerken

In de voorgaande paragrafen zijn de achtergrondkenmerken van de gehele patiëntengroep besproken. Om een duidelijker en overzichtelijker beeld per oncoloog te krijgen zijn in tabel 1 alle achtergrondkenmerken van de patiënten en het consult per oncoloog gerangschikt.

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van patiënten en consult per oncoloog weergegeven

	Dokter A	Dokter B	Dokter C	Dokter D
Aantal consulten (N)	9	9	9	5
Gemiddelde leeftijd patiënten	68 jaar	65 jaar	61 jaar	64 jaar
Jongste patiënt	52 jaar	23 jaar	42 jaar	59 jaar
Oudste patiënt	85 jaar	80 jaar	76 jaar	67 jaar
Diagnose				
1. Spijsverteringsorganen	1	1	5	4
2. Beenmergkanker	1	3	0	0
3. Bloedkanker	4	4	0	0
4. Lymfestelsel	0	1	0	0
5. Borstkanker	3	0	4	1
Geslacht patiënt				
1. Man	2	2	1	1
2. Vrouw	7	7	8	4
Gemiddelde consultduur	16 minuten	11 minuten	23 minuten	23 minuten
Aanwezigheid derde partij				
1. Ja	7	8	8	4
2. Nee	2	1	1	1

#### 4.3 Instrumentele en affectieve communicatie door de afzonderlijke oncologen

In het RIAS worden zevenendertig categorieën voor de arts en drieëndertig categorieën voor de patiënt onderscheiden. Elk van deze categorieën behoort tot de affectieve of instrumentele communicatie. Vervolgens zijn de affectieve en instrumentele communicatieve gedragingen geclusterd volgens het model van Ishikawa et al (2002). Ishikawa et al hebben een onderscheid gemaakt in de volgende instrumentele categorieën; open vragen, gesloten vragen, informatie verstrekken, sturing en counseling, faciliteren, verwachtingen van het consult en het verzoeken om een dienst. De affectieve communicatieve gedragingen zijn door Ishikawa et al onderscheiden in emotionele uitingen, positieve uitingen, negatieve uitingen en sociale uitingen. In figuur 3 is dit onderscheid weergegeven. Zoals in figuur 2 op pagina 26 duidelijk zichtbaar is, vallen onder deze clusters verschillende communicatieve gedragingen. In deze paragraaf zullen de communicatieve en affectieve gedragingen door de afzonderlijke oncologen aan de hand van de clusters, weergegeven in figuur 3, worden beschreven.

Figuur 3 Clusters instrumentele en affectieve gedragingen

Instrumentele gedragingen	Affectieve gedragingen
Open-vragen	Emotionele uitingen
Gesloten-vragen	Positieve uitingen
Informatie verstrekken	Negatieve uitingen
Sturing en counseling*	Sociale uitingen
Faciliteren	
Verwachtingen	
Verzoeken om een dienst **	

\* Cluster alleen bedoeld voor artsen

\*\* Cluster alleen bedoeld voor patiënten

### 4.3.1 Instrumentele communicatie door de afzonderlijke oncologen

Het gemiddelde aantal instrumentele uitspraken varieert per oncoloog. Dokter D past tijdens de consulten gemiddeld de meeste instrumentele communicatie toe. Dokter D doet gemiddeld 186 maal per consult uitspraken die vallen onder de instrumentele communicatie. Dit komt neer op ongeveer 8.1 uitspraken per minuut. Dokter B past het minst instrumentele communicatie toe, gemiddeld doet dokter B 79 maal een instrumentele uitspraak per consult. Hij/zij doet ongeveer 7.2 uitspraken per minuut die vallen onder instrumentele communicatie. Dit verschil (weergegeven in tabel 2) ontstaat door de hoeveelheid verstrekte informatie door dokter D en dokter B. Dokter D verstrekt 33% meer informatie dan dokter B. Dokter C heeft een gemiddelde van 169 instrumentele uitspraken per consult en dokter A past gemiddeld 116 uitspraken per consult instrumentele communicatie toe. Dit betekent dat beide artsen ongeveer 7.3 uitspraken per minuut doen die vallen onder instrumentele communicatie.

Grote verschillen tussen de oncologen zijn te zien bij het vragen stellen aan de patiënt. Opvallend is dat er bijna geen vragen worden gesteld over de leefstijl en de psychosociale status van de patiënt.

Daarnaast worden open vragen veel minder gesteld dan gesloten vragen. Gesloten vragen worden bijna viermaal zoveel gesteld. Het stellen van gesloten vragen kost dan ook veel minder tijd dan het stellen van open vragen. Tussen de oncologen is een groot verschil zichtbaar in het stellen van vragen. Dokter B stelt tijdens de consulten zowel de meeste open vragen (gemiddeld 3.33 vragen per consult) als gesloten vragen (11.33 vragen per consult). Dit betekent dat dokter B na correctie voor de consultduur ongeveer zesmaal zoveel open vragen stelt dan dokter A. De gesloten vragen worden het minst door dokter D gesteld (gemiddeld 7.8 vragen per consult). De meeste gesloten vragen worden door dokter B gesteld. Na correctie voor de consultduur blijkt dat dokter B ongeveer driemaal zoveel gesloten vragen stelt als dokter D.

Tabel 2 Instrumentele communicatie per oncoloog in uitspraken

Instrumentele Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Open vragen								
-Gemiddelde	<b>0,78</b>	<b>0,049</b>	<b>3,33</b>	<b>0,303</b>	<b>4,44</b>	<b>0,193</b>	<b>3,00</b>	<b>0,130</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
-Maximum	<b>2</b>		<b>9</b>		<b>11</b>		<b>4</b>	
Gesloten vragen								
-Gemiddelde	<b>5,67</b>	<b>0,354</b>	<b>11,33</b>	<b>1,03</b>	<b>19,67</b>	<b>0,855</b>	<b>7,80</b>	<b>0,339</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>3</b>		<b>12</b>		<b>1</b>	
-Maximum	<b>13</b>		<b>26</b>		<b>29</b>		<b>14</b>	

Een ander onderdeel van instrumentele communicatie is het informatie verstrekken aan de patiënt. De meeste informatie wordt gegeven over de behandeling en de medische conditie van de patiënt. De minste informatie wordt gegeven over de leefstijl van de patiënt en de psychosociale status van de patiënt.

De oncologen besteden gemiddeld 110 uitspraken per consult aan informatieverstrekking aan de patiënt. De hoeveelheid verstrekte informatie varieert per oncoloog tussen de vijf uitspraken en zeven uitspraken per minuut. Dokter D geeft de meeste informatie aan zijn patiënten, gemiddeld 6.9 uitspraken per minuut. Dokter B gaf de minste informatie aan zijn/haar patiënten met een gemiddelde van 5.2 uitspraken per minuut. Dokter C verstrekte gemiddeld 5.5 uitspraken per minuut informatie en dokter A 6.0 uitspraken per minuut. Tevens is gekeken naar de minimale en maximale informatievoorziening. De minste informatie is gegeven tijdens een consult van dokter B, tijdens dit consult zijn er 15 uitspraken gedaan

door de oncoloog over informatie. Een logische verklaring hiervoor is de relatief korte gemiddelde consultduur van 11 minuten. De meeste informatie is verschaft tijdens een consult van Dokter D. Tijdens dit consult heeft de oncoloog 288 uitspraken gedaan waarin informatie werd gegeven aan de patiënt. Er bestaat dus een uiteenlopende range van 15 informatieve uitspraken tot 288 informatieve uitspraken per consult. Echter dient er rekening te worden gehouden met de duur van een consult.

Tabel 3 Instrumentele communicatie per oncoloog in uitspraken

Instrumentele Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Informatie								
-Gemiddelde	<b>96,44</b>	<b>6,028</b>	<b>57,00</b>	<b>5,182</b>	<b>126,67</b>	<b>5,507</b>	<b>159,80</b>	<b>6,948</b>
-Minimum	<b>51</b>		<b>15</b>		<b>54</b>		<b>37</b>	
-Maximum	<b>139</b>		<b>116</b>		<b>282</b>		<b>288</b>	

Verwachtingen van het consult en instructies tijdens het consult worden ongeveer evenveel door de verschillende oncologen weergegeven tijdens het consult. Na correctie voor de consultduur blijkt dat ongeveer éénmaal per vijf minuten door de oncologen een zinsdeel waarin een instructie wordt gegeven of een verwachting naar voren komt wordt gedaan. Bij het faciliteren van de patiënt gaat het erom dat de arts zich ervan verzekerd dat de gegeven informatie op de patiënt is overgekomen. Dit kan de arts doen door te vragen of de informatie begrijpelijk is voor de patiënt of de patiënt de informatie te laten herhalen. Tevens kan in deze categorie om een mening van een patiënt ten opzichte van een behandeling worden gevraagd. Dokter C faciliteert zijn/haar patiënten het vaakst met een gemiddelde van 11.67 uitspraken per consult. Dokter D doet dit gemiddeld met 10 uitspraken per consult, en faciliteert zijn/haar patiënten na correctie voor de duur van het consult hiermee het minst. Alle oncologen faciliteren hun patiënten ongeveer met één uitspraak per twee minuten. Het vragen om een mening van een patiënt naar een behandeling is 32 maal voorgekomen. Bij sommige patiënten meermalen en andere patiënten helemaal niet. Dokter A heeft twaalfmaal naar de mening van de patiënt omtrent een behandeling gevraagd. Dokter C deed dit tienmaal. Dokter D vroeg zevenmaal naar de mening van de patiënt en dokter B driemaal. Sturing en counseling tijdens de consulten wordt nauwelijks door de afzonderlijke oncologen toegepast. Bij een gemiddelde consultduur van 18 minuten besteden de oncologen tussen de 0.16 en 0.89 uitspraken per consult aan sturen en/of counselen. De oncologen sturen of counselen hun patiënten dus gemiddeld in één uitspraak per twee consulten.

Tabel 4 Instrumentele communicatie per oncoloog in uitspraken

Instrumentele Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Verwachtingen								
-Gemiddelde	<b>4,33</b>	<b>0,271</b>	<b>2,22</b>	<b>0,202</b>	<b>5,11</b>	<b>0,222</b>	<b>6,20</b>	<b>0,270</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>3</b>		<b>1</b>	
-Maximum	<b>16</b>		<b>4</b>		<b>9</b>		<b>12</b>	
Faciliteren								
-Gemiddelde	<b>7,67</b>	<b>0,479</b>	<b>5,00</b>	<b>0,455</b>	<b>11,67</b>	<b>0,507</b>	<b>10</b>	<b>0,435</b>
-Minimum	<b>1</b>		<b>0</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	
-Maximum	<b>15</b>		<b>10</b>		<b>23</b>		<b>29</b>	
Sturing en counseling								
-Gemiddelde	<b>0,78</b>	<b>0,049</b>	<b>0,44</b>	<b>0,040</b>	<b>1,11</b>	<b>0,048</b>	<b>0,20</b>	<b>0,009</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>3</b>		<b>3</b>		<b>5</b>		<b>1</b>	

### 4.3.2 Affectieve communicatie door de afzonderlijke oncologen

Ook de gebruikte affectieve communicatie verschilt per arts. Dokter C gebruikt affectieve communicatie met een gemiddelde van 28 uitspraken per consult het meest. Dokter D gebruikt gemiddeld 17 uitspraken per consult affectieve communicatie, dokter A past gemiddeld 15 uitspraken per consult affectieve communicatie toe. En dokter B doet dit gemiddeld 9 uitspraken per consult. Gecorrigeerd voor de consultduur betekent dit dat dokter C het meeste affectieve communicatie gebruikt, dit doet dokter C met iets meer dan één uitspraak per minuut (1,22). Dokter D gebruikt de minste affectieve communicatie en dat doet hij/zij met iets minder dan één uitspraak per minuut (0,74). Dokter A en B zitten hier tussenin, zij besteden 0,94 en 0,82 uitspraken per minuut aan affectieve communicatie.

Een belangrijk onderdeel van affectieve communicatie zijn de emotionele uitingen. Onder deze emotionele uitingen wordt hier verstaan, zich in de ander invoelen, zich zorgen maken, een onderwerp op jezelf betrekken en vragen om geruststelling. Dokter A en dokter C gebruiken tijdens hun consulten de meeste emotionele uitdrukkingen. Zij kunnen zich (op basis van deze categorieën) het best in hun patiënt inleven. Daarnaast betrekken dokter A en C de behandeling of een gespreksonderwerp tijdens het consult het meest op zichzelf. Dokter B toonde de meeste bezorgdheid naar de patiënten. In tabel 5 is het gemiddeld aantal emotionele uitspraken per consult weergegeven.

Tabel 5 Affectieve communicatie per oncoloog in uitspraken

Affectieve Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Emotionele uitingen								
-Gemiddelde	<b>6,89</b>	<b>0,431</b>	<b>4,11</b>	<b>0,374</b>	<b>14,56</b>	<b>0,633</b>	<b>3,80</b>	<b>0,165</b>
-Minimum	<b>1</b>		<b>0</b>		<b>3</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>23</b>		<b>13</b>		<b>27</b>		<b>9</b>	

Negatieve uitingen door de artsen naar de patiënten komen nauwelijks voor. Na berekening blijkt dat de verschillende oncologen zich met één uitspraak in de 154 minuten negatief uiten door bijvoorbeeld kritiek te uiten. Dit betekent dat er éénmaal in de negen consulten een negatieve uiting door een oncoloog naar voren wordt gebracht. Alle vier de oncologen uiten zich dus over het algemeen meer positief dan negatief. Zij doen dit door de patiënten gerust te stellen, complimentjes te geven, zo nu en dan een grapje te maken en optimisme te tonen. Dokter D scoort hierin het hoogst met gemiddeld 11,8 uitspraken per consult, gecorrigeerd voor de tijdsduur van een consult betekent dit dat dokter D zich met iets meer dan één uitspraak per twee minuten positief uit. Dokter B uit zich het minst positief naar zijn/haar patiënten, dokter B doet dit met gemiddeld 4,78 uitspraken per consult, dat neerkomt op zich iets minder dan éénmaal per twee minuten positief uiten door middel van een uitspraak.

Tabel 6 Affectieve communicatie per oncoloog in uitspraken

Affectieve Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Positieve uitingen								
-Gemiddelde	<b>7,44</b>	<b>0,465</b>	<b>4,78</b>	<b>0,435</b>	<b>10,33</b>	<b>0,449</b>	<b>11,80</b>	<b>0,513</b>
-Minimum	<b>2</b>		<b>1</b>		<b>4</b>		<b>3</b>	
-Maximum	<b>15</b>		<b>10</b>		<b>19</b>		<b>28</b>	
Negatieve uitingen								
-Gemiddelde	<b>0,11</b>	<b>0,007</b>	<b>0,11</b>	<b>0,010</b>	<b>0,11</b>	<b>0,005</b>	<b>0,20</b>	<b>0,009</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	

In de uitspraken op het sociale vlak is een duidelijk verschil zichtbaar tussen de oncologen. Dokter C ging zesmaal zoveel als dokter B in op het sociale vlak van de patiënt. Dokter C en dokter D maakten vaker een persoonlijk praatje met hun patiënten dan de andere oncologen. Persoonlijke praatjes kosten vaak veel tijd tijdens het consult, dit is ook duidelijk zichtbaar in de duur van de consulten. Dokter C en dokter D hebben beiden een gemiddelde consultduur van 23 minuten, terwijl dokter A een gemiddelde consultduur van 16 minuten heeft en dokter B een gemiddelde duur van 11 minuten telt.

Tabel 7 Affectieve communicatie per oncoloog in uitspraken

Affectieve Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Sociale uitingen								
-Gemiddelde	<b>0,44</b>	<b>0,028</b>	<b>0,22</b>	<b>0,020</b>	<b>2,89</b>	<b>0,126</b>	<b>1,20</b>	<b>0,052</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>3</b>		<b>1</b>		<b>17</b>		<b>3</b>	

### 4.3.3 Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van instrumentele communicatie van de arts

Tijdens het consult en tijdens het beluisteren van het consult zijn de achtergrondkenmerken leeftijd, geslacht, aanwezigheid van een derde partij, de diagnose, de duur van het consult en de naam van de oncoloog genoteerd. In deze paragraaf wordt gekeken of deze achtergrondkenmerken van de patiënt of het consult van invloed zijn op de verschillende instrumentele clusters (open vragen, gesloten vragen, informatievoorziening, verwachtingen, faciliteren en counselen/sturen van de patiënt). Onder elke paragraaf zijn de p-waarden van het betreffende achtergrondkenmerk aangegeven.

Door middel van een Pearson Chi-kwadrat toets is gekeken of leeftijd van invloed is op deze instrumentele clusters. De nulhypothese gaat ervan uit dat er geen samenhang bestaat tussen de leeftijd en de hoeveelheid uitspraken met betrekking tot instrumentele communicatie die een arts gebruikt. Na het toetsen blijkt dat er in dit onderzoek geen samenhang bestaat tussen het stellen van open en gesloten vragen, het verstrekken van informatie, verwachtingen van het consult, het counselen/sturen en faciliteren van de patiënt en de leeftijd van de patiënt. Er is dus vooralsnog geen reden om aan te nemen dat oncologen meer of minder instrumentele communicatie gebruiken naarmate de patiënt jonger of ouder is. Echter dient opgemerkt te worden dat driekwart van de patiënten in dit onderzoek ouder is dan vijftig jaar.

Door middel van een T-toets is nagegaan of het geslacht van de patiënt van invloed is op het gebruik van instrumentele communicatie door de arts. Het blijkt ook dat het geslacht van de patiënt geen enkele invloed heeft op het gebruik van instrumentele communicatie door de oncologen. Mannen en vrouwen worden op het gebied van instrumentele communicatie op gelijke wijze benaderd en worden dan ook op gelijke wijze voorzien van instrumentele communicatie. Er is geen verschil op te maken tussen de hoeveelheid gestelde open en gesloten vragen, gegeven informatie, uitgesproken verwachtingen, het faciliteren en het sturen van de patiënt en zijn geslacht.

Tabel 8 P-waarden instrumentele communicatie

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / Counselen
Leeftijd	<b>0.497</b>	<b>0.172</b>	<b>0.184</b>	<b>0.348</b>	<b>0.312</b>	<b>0.751</b>
Geslacht	<b>0.454</b>	<b>0.839</b>	<b>0.404</b>	<b>0.191</b>	<b>0.498</b>	<b>0.452</b>

\* P <0.05

Instrumentele communicatie heeft voor een groot deel te maken met de praktische zaken rondom een consult. Aannemelijk zou kunnen zijn dat naarmate een consult langer duurt meer instrumentele communicatie wordt gebruikt door de arts. Om dit te toetsen is een Pearson Chi-kwadraat toets uitgevoerd. Uit de toetsresultaten blijkt dat er in dit onderzoek geen samenhang bestaat tussen de duur van het consult en de hoeveelheid gebruikte instrumentele communicatie door de arts. De hoeveelheid instrumentele communicatie zoals het stellen van vragen, het verstrekken van informatie, het uiten van verwachtingen van een consult, het faciliteren en het sturen van de patiënt zijn niet afhankelijk van de duur van een consult. Eveneens is gekeken of de duur van een consult afhankelijk is van de gestelde diagnose. Met een p-waarde van 0.385 kan worden verklaard dat er geen samenhang is tussen de diagnose en de duur van een consult.

Om de samenhang tussen de hoeveelheid gebruikte instrumentele communicatie en de aanwezigheid van een derde te partij te toetsen is gekozen voor een T-toets. Ook hier is bij de nulhypothese ervan uitgegaan dat er geen samenhang bestaat tussen de aanwezigheid van een derde partij en de hoeveelheid gebruikte instrumentele uitspraken door de arts. De derde partij blijkt in dit onderzoek evenals leeftijd, geslacht en duur van het consult geen invloed te hebben op de hoeveelheid gebruikte instrumentele communicatie door de arts. De oncologen maken niet meer of minder gebruik van instrumentele communicatie wanneer een derde partij aanwezig is.

Tabel 9 P-waarden instrumentele communicatie

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / counselen
Duur van het consult	<b>0.358</b>	<b>0.281</b>	<b>0.241</b>	<b>0.336</b>	<b>0.306</b>	<b>0.385</b>
Aanwezigheid 3 <sup>e</sup> partij	<b>0.801</b>	<b>0.437</b>	<b>0.568</b>	<b>0.319</b>	<b>0.316</b>	<b>0.863</b>

\* P <0.05

Bij de samenhang tussen diagnose van de patiënt en hoeveelheid gebruikte instrumentele communicatie ligt dit anders. Uit de ANOVA-tabel blijkt dat de diagnosegroepen wel degelijk verschillen op het gebied van instrumentele communicatie. Tussen de clusters vragen stellen, verwachtingen van het consult en sturen/counselen en de diagnose van de patiënt is geen samenhang gevonden. Tussen de clusters informatie verstrekken en faciliteren enerzijds en de diagnose van de patiënt anderzijds is wel een samenhang gevonden. Dit betekent dat bij bepaalde diagnoses meer instrumentele communicatie wordt gebruikt door de oncologen dan bij andere diagnoses. Patiënten worden dan meer of minder door hun oncoloog gefaciliteerd of krijgen meer of minder informatie van de oncoloog. Door middel van kruistabellen is het aantal uitspraken in deze categorieën nagegaan. Het blijkt dat de meeste informatie door de oncologen wordt gegeven bij een vorm van kanker aan de spijsverteringsorganen, gemiddeld worden er tijdens een consult 144 uitspraken gewijd aan informatie. Bij vormen van beenmergkanker en borstkanker worden ongeveer evenveel uitspraken gedaan, gericht op informatie verstrekking door de oncologen. Bij een vorm van beenmergkanker zijn dit 108 uitspraken en bij borstkanker zijn dit 93 uitspraken. Relatief minder uitspraken over informatieverstrekking worden er gedaan bij vormen van bloedkanker en kanker aan het lymfestelsel. Bij bloedkanker worden er gemiddeld in 67 uitspraken tijdens een consult informatie verstrekt en bij kanker aan het lymfestel gemiddeld 37 uitspraken. Het verschil in informatievoorziening en daarmee het aantal uitspraken dat aan informatie wordt gependend tussen de diagnosegroepen is dus een factor 4. Patiënten met kanker aan de spijsverteringsorganen krijgen viermaal zoveel informatie van de oncologen als patiënten met kanker aan het lymfestelsel.

Als het gaat om het faciliteren van de patiënt blijkt eveneens dat patiënten die lijden aan kanker aan één van de spijsverteringsorganen of aan beenmergkanker het meest gefaciliteerd worden, gemiddeld in 13 uitspraken en in 9 uitspraken per consult. Patiënten met borstkanker worden gemiddeld met 6 uitspraken tijdens een consult gefaciliteerd. De minste uitspraken ter facilitering worden gedaan bij de patiënten met een vorm van bloedkanker of kanker aan het lymfestelsel. Patiënten met een vorm van bloedkanker worden gemiddeld met 3 uitspraken per consult gefaciliteerd en patiënten met kanker aan het lymfestelsel gemiddeld met 5 uitspraken per consult. Omdat besluitvorming onder het cluster faciliteren valt, is dit apart geanalyseerd. Hieruit blijkt eveneens dat de patiënten met beenmergkanker, borstkanker en kanker aan de spijsverteringsorganen vaker naar hun mening over de behandeling worden gevraagd dan patiënten met bloedkanker of kanker aan het lymfestelsel.

Echter deze aantallen zijn nog niet gecorrigeerd voor de duur van het consult. In paragraaf 4.2.5 is al aangegeven dat de gemiddelde duur van een consult sterk varieert. Wanneer de hoeveelheid informatie en het aantal keren faciliteren is gecorrigeerd voor de consultduur blijkt dat bij patiënten met borstkanker de meeste uitspraken worden gedaan om informatie te verstrekken en bij patiënten met kanker aan het lymfestelsel de minste uitspraken worden gedaan om informatie te verstrekken. De range van het aantal uitspraken dat aan informatie gewijd wordt voor de verschillende diagnosegroepen loopt van 5 uitspraken tot 7 uitspraken aan informatie per minuut. De verschillen tussen de diagnosegroepen zijn dus redelijk klein. Hetzelfde geldt voor het faciliteren van de patiënten, de range loopt hier van 0.27 uitspraken tot 0.71 uitspraken per minuut. Uit de gecorrigeerde berekening blijkt dat patiënten met kanker aan het lymfestelsel het meest door middel van uitspraken gefaciliteerd worden en patiënten met een vorm van bloedkanker het minst.

Tabel 10 P-waarden instrumentele communicatie

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / counselen
Diagnose	<b>0.607</b>	<b>0.196</b>	<b>0.039*</b>	<b>0.525</b>	<b>0.023*</b>	<b>0.904</b>

\* P <0.05

Aan dit onderzoek hebben vier verschillende oncologen deelgenomen. Elk van deze oncologen heeft tijdens de consulten zowel affectieve als instrumentele communicatie toegepast. Op welke instrumentele gebieden de oncologen onderling verschillen is nagegaan met behulp van een toets. Het blijkt dat de oncologen onderling verschillen in het stellen van open en gesloten vragen en informatie verstrekken. In paragraaf 4.3.1 is al eerder toegelicht hoe deze verschillen zijn opgebouwd. Interessant is om te zien dat naast dat er verschil bestaat in informatieverstrekking per diagnose, er ook verschil bestaat in informatieverstrekking per oncoloog. Dit betekent dat de afzonderlijke oncologen een verschillende hoeveelheid uitspraken aan informatie per diagnose verstrekken. Het aantal uitspraken dat wordt gewijd aan het faciliteren van een patiënt bij een bepaalde diagnose blijkt niet te verschillen per oncoloog ondanks dat dit wel verschilt per diagnose.

Tabel 11 P-waarden instrumentele communicatie

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / counselen
Oncologen	<b>0.015*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.019*</b>	<b>0.213</b>	<b>0.128</b>	<b>0.522</b>

\* P <0.05



#### 4.3.4 Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van affectieve communicatie van de arts

Ook in deze paragraaf zal gekeken worden naar de verbanden tussen de gemaakte clusters en de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult. De affectieve communicatie is in vier clusters verdeeld: emotionele uitdrukkingen, positieve gespreksuitingen, negatieve gespreksuitingen en social talk. Bij het toetsen van de verschillende achtergrondkenmerken op de affectieve communicatie is ervan uitgegaan dat de nulhypothese geen verband veronderstelt tussen de achtergrondkenmerken en de clusters van de affectieve communicatie. Door middel van een Pearson Chi-kwadraat toets is de achtergrondvariabele leeftijd getoetst op de verschillende affectieve clusters. Met een significantieniveau van 0.05 kan worden verklaard dat de leeftijd van de patiënt geen enkele invloed heeft op de hoeveelheid zinnen met emotionele uitdrukkingen, positieve en negatieve uitdrukkingen en social talk die een arts uitspreekt. In tabel 12 is te zien dat de p-waarde van de toets tussen leeftijd en social talk vlakbij de kritieke grens ligt. Uit nadere analyse blijkt dat de oncologen met de patiënten boven de 63 jaar bijna geen sociaal praatje hebben gemaakt. Bij 8 van de 32 patiënten is een sociaal praatje gemaakt. Eveneens door een Pearson Chi-kwadraat toets is getoetst of de duur van een consult van invloed is op de affectieve communicatie. Ook hier blijkt met een significantieniveau van 0.05 dat de duur van het consult geen enkele invloed heeft op het gebruik van affectieve communicatie van de arts.

Tabel 12 P-waarden affectieve communicatie

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Leeftijd	<b>0.464</b>	<b>0.193</b>	<b>0.761</b>	<b>0.056</b>
Duur van het consult	<b>0.295</b>	<b>0.306</b>	<b>0.417</b>	<b>0.375</b>

\* P <0.05

De invloed van de achtergrondkenmerken geslacht en de aanwezigheid van een derde partij tijdens het consult zijn getoetst door middel van een T-toets. Ook deze achtergrondkenmerken vertonen geen samenhang met het gebruik van affectieve communicatie. De oncologen gebruiken dus evenveel affectieve communicatie bij mannen en vrouwen. De aanwezigheid van een derde partij vertoont eveneens geen samenhang met het gebruik van affectieve communicatie. Het maakt voor de oncologen in het gebruik van affectieve communicatie geen verschil of een patiënt wel of niet een derde partij als ondersteuning naar een consult meeneemt.

Tabel 13 P-waarden affectieve communicatie

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Geslacht	<b>0.627</b>	<b>0.905</b>	<b>0.103</b>	<b>0.803</b>
Aanwezigheid 3 <sup>e</sup> partij	<b>0.145</b>	<b>0.298</b>	<b>0.595</b>	<b>0.768</b>

\* P <0.05

Bij de instrumentele communicatie bleek de diagnose van de patiënt invloed te hebben op het faciliteren en informatie verstrekken. Bij de affectieve communicatie is door middel van een ANOVA nagegaan of diagnose van invloed is op de affectieve clusters. Het blijkt dat de verschillende diagnoses niet van invloed zijn op het gebruik van emotionele uitdrukkingen, social talk en positieve en negatieve gespreksuitingen. Het gebruik van de affectieve communicatie door de oncologen is dus gelijk bij de verschillende diagnosegroepen (spijsverteringsorganen, beenmergkanker, bloedkanker, lymfestelsel en borstkanker).

Tabel 14 P-waarden affectieve communicatie

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Diagnose	<b>0.145</b>	<b>0.139</b>	<b>0.818</b>	<b>0.587</b>

\* P <0.05

De affectieve communicatie van de oncologen is eveneens getoetst op verschillen in gebruik tussen de oncologen. Er bestaat geen verschil in gebruik van affectieve communicatie tussen de oncologen op het gebied van de positieve gespreksuitingen, negatieve gespreksuitingen en social talk. In het uitdrukken van emoties bestaat wel een verschil tussen de oncologen. In paragraaf 4.3.2 is al eerder aangegeven dat er een groot verschil bestaat in het gebruik van emotionele uitdrukkingen. Dokter C doet bijna viermaal zoveel emotionele uitspraken dan dokter D.

Tabel 15 P-waarden affectieve communicatie

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Oncologen	<b>0.007*</b>	<b>0.101</b>	<b>0.965</b>	<b>0.265</b>

\* P <0.05

#### 4.4 Instrumentele en affectieve communicatie door de patiënt

Omdat met het RIAS meerdere gesprekspartijen kunnen worden gemeten is naast het analyseren van de arts als gesprekspartij gekozen voor het analyseren van de patiënt en eventueel diens naaste als gesprekspartij. Over het algemeen zijn de oncologen veel meer aan het woord dan de patiënten. Het gemiddelde aantal uitspraken van een patiënt tijdens een consult ligt op 78,47 uitspraken. Dit is inclusief de back channel categorie. De back channel categorie bevat alle uh-tjes, ah-tjes, mmmh van het gesprek. Sommige patiënten deden dit nul keer tijdens een consult, andere patiënten deden dit tachtig keer per consult. Gemiddeld gebruikten de patiënten de back channel categorie ongeveer achtmaal per consult. Bij de artsen ligt het gemiddelde aantal uitspraken per consult veel hoger. De oncologen deden ongeveer 155,21 uitspraken per consult. Dit is inclusief gemiddeld zesmaal per consult het gebruiken van de back channel categorie. De back channel categorie werd soms helemaal niet tijdens een consult gebruikt en de andere keer 22 maal per consult. Uit het voorgaande blijkt dat de oncologen gemiddeld tweemaal zoveel uitspraken doen als hun patiënten. In de volgende paragrafen worden voor de patiënt de instrumentele en affectieve clusters op gelijke wijze als voor de arts beschreven.

##### 4.4.1 Instrumentele communicatie door patiënten

Uit de analyse blijkt dat er betrekkelijk weinig open vragen worden gesteld aan de oncologen. Het gemiddelde ligt op één á twee vragen per consult. Aan dokter C en dokter D worden relatief het minst open vragen gesteld. Bij dokter A en dokter B worden de meeste open vragen per consult gesteld, dit varieerde tussen de nul en zes vragen per consult. Waar aan dokter D het minst open vragen werden gesteld, stelden de patiënten aan dokter D de meeste gesloten vragen. Verhoudingsgewijs werden er aan dokter A bijna evenveel gesloten vragen gesteld. In tabel 3 van de instrumentele communicatie van de arts op pagina 36, is terug te zien dat deze oncologen tevens de meeste uitspraken hebben gedaan op het gebied van "informatie geven" aan hun patiënten. Aan dokter B werden de minste gesloten vragen gesteld. Het aantal vragen dat de patiënten stelden aan de oncologen varieerde sterk. Een aantal patiënten stelde geen gesloten vragen en andere patiënten stelden 43 gesloten vragen per consult.

De aparte patiëntencategorie “verzoeken om een dienst” is maar tweemaal gescoord. Omdat deze score zo laag was, zijn deze scores gezien als gesloten of open vragen. En is de categorie “verzoeken om een dienst” in dit onderzoek niet nader uitgewerkt.

Tabel 16 *Instrumentele communicatie van patiënten in uitspraken*

Instrumentele Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Open vragen								
-Gemiddelde	<b>1.889</b>	<b>0,118</b>	<b>1.222</b>	<b>0,111</b>	<b>1.111</b>	<b>0,048</b>	<b>1.400</b>	<b>0,061</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>4</b>		<b>6</b>		<b>2</b>		<b>4</b>	
Gesloten vragen								
-Gemiddelde	<b>11.667</b>	<b>0,729</b>	<b>3.111</b>	<b>0,283</b>	<b>7.556</b>	<b>0,329</b>	<b>18.000</b>	<b>0,783</b>
-Minimum	<b>6</b>		<b>0</b>		<b>1</b>		<b>2</b>	
-Maximum	<b>22</b>		<b>10</b>		<b>19</b>		<b>43</b>	

De gemiddelde informatie die patiënten aan hun oncologen gaven varieerde eveneens. De patiënten van dokter A gaven de minste informatie en de patiënten van dokter B gaven de meeste informatie. De patiënten van dokter B deden tweemaal zoveel uitspraken met informatie als de patiënten van dokter A. Uit de tabel 2 op pagina 35 blijkt dat dokter B driemaal zoveel gesloten vragen en zesmaal zoveel open vragen stelt dan dokter A. Een logisch gevolg hieruit is dan ook dat de hoeveelheid gegeven informatie door de patiënten eveneens toeneemt.

Tabel 17 *Instrumentele communicatie van patiënten in uitspraken*

Instrumentele Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Informatie								
-Gemiddelde	<b>30.333</b>	<b>1,900</b>	<b>43.444</b>	<b>3,949</b>	<b>58.777</b>	<b>2,556</b>	<b>37.800</b>	<b>1,643</b>
-Minimum	<b>14</b>		<b>3</b>		<b>20</b>		<b>19</b>	
-Maximum	<b>65</b>		<b>115</b>		<b>113</b>		<b>70</b>	

Verwachtingen werden niet tot nauwelijks uitgesproken door de patiënten. Alleen bij dokter A zijn verwachtingen over het consult uitgesproken. Het faciliteren door de patiënten gebeurde eveneens maar weinig. Het is vooral de onzekere patiënt die vraagt om herhaling of vraagt of hij/zij het verhaal goed heeft begrepen. Bij dokter D checken patiënten het minst de gehoorde feiten, bij dokter C doen patiënten dit het meest. Gemiddeld doen patiënten dit door middel van één uitspraak per consult.

De instrumentele categorie “sturen en counselen” is vanuit het RIAS alleen geschikt voor artsen en niet voor patiënten, dus is hier niet nader uitgewerkt. In tabel 18 zijn nog eens de instrumentele uitspraken van de patiënten per arts gegroepeerd.

Tabel 18 *Instrumentele communicatie van patiënten in uitspraken*

Instrumentele Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Verwachtingen								
-Gemiddelde	<b>0,333</b>	<b>0,021</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
Faciliteren								
-Gemiddelde	<b>1.000</b>	<b>0,063</b>	<b>0,556</b>	<b>0,051</b>	<b>1.667</b>	<b>0,072</b>	<b>0,800</b>	<b>0,035</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>3</b>		<b>3</b>		<b>13</b>		<b>3</b>	

#### 4.4.2 Affectieve communicatie door patiënten

Ondanks de toch vaak zware diagnose uiten patiënten zich maar weinig emotioneel. Uit de analyse blijkt dat de patiënten zich ongeveer éénmaal tijdens een consult emotioneel uiten door middel van een uitspraak. Het maximale aantal emotionele uitingen tijdens een consult is negen uitspraken. De patiënten van dokter A uiten zich het meest emotioneel tijdens het consult. De patiënten van dokter B uiten zich het minst emotioneel. Opvallend is dat patiënten zich over het algemeen wel positief uiten. In het positief uiten van gevoelens is bijna geen verschil te zien tussen de patiënten van de verschillende oncologen. Alle patiënten uiten zich door middel van één uitspraak per twee minuten positief. Negatieve uitingen door de patiënten komen evenals bij de oncologen weinig voor. De patiënten van dokter D hebben zich iets meer negatief geuit dan de patiënten van de andere artsen. Toch blijft het aantal negatieve uitingen van patiënten gering, hun positie in acht nemend. Het maximale aantal negatieve uitspraken in een consult gegeven door een patiënt van dokter D is vijfmaal. Daarnaast waren er veel patiënten tijdens de consulten die zich op geen enkele manier negatief geuit hebben.

Tabel 19 Affectieve communicatie van patiënten in uitspraken

Affectieve Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Emotionele uitingen								
-Gemiddelde	<b>1.333</b>	<b>0,083</b>	<b>0.111</b>	<b>0,010</b>	<b>0.889</b>	<b>0,039</b>	<b>1.000</b>	<b>0,043</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>9</b>		<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>	
Positieve uitingen								
-Gemiddelde	<b>9.444</b>	<b>0,590</b>	<b>6.555</b>	<b>0,596</b>	<b>12.556</b>	<b>0,546</b>	<b>13.400</b>	<b>0,583</b>
-Minimum	<b>3</b>		<b>3</b>		<b>5</b>		<b>3</b>	
-Maximum	<b>22</b>		<b>10</b>		<b>31</b>		<b>21</b>	
Negatieve uitingen								
-Gemiddelde	<b>0.333</b>	<b>0,021</b>	<b>0.222</b>	<b>0,020</b>	<b>0.667</b>	<b>0,029</b>	<b>1.200</b>	<b>0,052</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>2</b>		<b>1</b>		<b>3</b>		<b>5</b>	

Een groot verschil tussen de patiënten van de oncologen is te zien op het gebied van sociale uitingen. De patiënten van dokter C uiten zich op sociaal gebied met dertienmaal zoveel uitspraken dan de patiënten van dokter D. Ook de patiënten van dokter A uiten zich zeer regelmatig op het sociaal vlak. Een verklaring voor het zoveel uiten op het sociale vlak van de patiënten van dokter C, is dat dokter C zelf regelmatig vraagt naar het sociale vlak van de patiënten en daarnaast ook zeer regelmatig zich zelf uit op het sociale vlak. Uit de affectieve beschrijving van de artsen blijkt dat dokter D dit ook regelmatig doet, de patiënten blijken zich hierdoor niet meer te uiten op het sociale vlak. In tabel 20 zijn nog eens de affectieve uitkomsten van de patiënten per arts gegroepeerd.

Tabel 20 Affectieve communicatie van patiënten in uitspraken

Affectieve Communicatie (in aantal uitspraken)	Dokter A. (N=9)		Dokter B. (N=9)		Dokter C. (N=9)		Dokter D. (N=5)	
	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut	Gem. per consult	Gem. per minuut
Sociale uitingen								
-Gemiddelde	<b>2.888</b>	<b>0,181</b>	<b>0.778</b>	<b>0,070</b>	<b>10.667</b>	<b>0,464</b>	<b>0.800</b>	<b>0,035</b>
-Minimum	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>2</b>		<b>0</b>	
-Maximum	<b>10</b>		<b>3</b>		<b>21</b>		<b>2</b>	

#### 4.4.3 Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van instrumentele communicatie van de patiënt

Om de samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en van het consult en de (instrumentele) uitingen van de patiënt te bepalen zijn eveneens verschillende toetsen uitgevoerd. De achtergrondkenmerken geslacht en de aanwezigheid van een derde partij en de samenhang in het gebruik van instrumentele communicatie zijn getoetst door middel van een T-toets. De achtergrondkenmerken leeftijd en duur van het consult zijn door middel van een Pearson Chi-kwadraattoets getoetst. En het achtergrondkenmerk diagnose en het verschil tussen de oncologen door middel van een ANOVA-toets. Bij deze toetsen is uitgegaan van een P-waarde van 0.05. Na het toetsen van het achtergrondkenmerk leeftijd, is gebleken dat de leeftijd van de patiënt geen enkele invloed heeft op het stellen van gesloten en open vragen aan de arts. Ook blijkt dat de leeftijd van de patiënt geen invloed heeft op het faciliteren van de arts door de patiënt en op het verstrekken van informatie door de patiënt. De p-waarde van de verwachtingen tijdens het consult (0.054) blijkt na het toetsen vlakbij de kritieke grens te liggen (0.05). Ondanks dat de p-waarde vlakbij de kritieke grens ligt heeft leeftijd dus eveneens geen invloed op de verwachtingen die een patiënt heeft van een consult. Bij het toetsen van het geslacht van de patiënt is gebleken dat dit geen invloed heeft op het stellen van vragen (zowel open als gesloten), het informatie verstrekken door de patiënt, de verwachtingen en het facilitatieproces van de patiënt. De p-waarden van deze toetsen reiken ver boven de 0.05.

Tabel 21 P-waarden instrumentele communicatie patiënten

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / counselen
Leeftijd	<b>0.422</b>	<b>0.201</b>	<b>0.516</b>	<b>0.054</b>	<b>0.485</b>	-
Geslacht	<b>0.893</b>	<b>0.978</b>	<b>0.998</b>	<b>0.620</b>	<b>0.552</b>	-

\* P < 0.05

De hoeveelheid instrumentele uitspraken en de duur van het consult blijken na het uitvoeren van de toetsen niet samen te hangen. De mate waarin patiënten zich instrumenteel uiten blijkt niet afhankelijk te zijn van de tijdsduur van een consult. De patiënten stellen dan ook niet meer of minder (open en gesloten) vragen, verstrekken niet meer of minder informatie, hebben niet meer of minder verwachtingen en faciliteren niet meer of minder naar mate het consult langer of korter duurt.

Aanwezigheid van een naaste tijdens het consult zou erop kunnen duiden dat er meer instrumentele communicatie door een patiënt en derde partij wordt gebruikt tijdens een consult. Na het toetsen blijkt dat er geen verband bestaat tussen het gebruik van de instrumentele communicatie door de patiënt en naaste en de aanwezigheid van een derde partij. De aanwezigheid van een derde partij betekent dus niet automatisch dat patiënt en naaste meer open/gesloten vragen stellen, meer informatie verstrekt, meer verwachtingen heeft en meer faciliteert. Ook het achtergrondkenmerk diagnose is niet van invloed op het voorkomen van instrumentele communicatie door de patiënt. De kritieke grens van 0.05 wordt ruim overschreden. Het hebben van een bepaalde vorm van kanker heeft dus geen enkele samenhang met stellen van vragen, informatie verstrekken, verwachtingen en het facilitatieproces.

Tabel 22 P-waarden instrumentele communicatie patiënten

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / counselen
Aanwezigheid 3 <sup>e</sup> partij	<b>0.732</b>	<b>0.690</b>	<b>0.233</b>	<b>0.567</b>	<b>0.866</b>	-
Diagnose	<b>0.558</b>	<b>0.227</b>	<b>0.149</b>	<b>0.786</b>	<b>0.781</b>	-
Duur van het consult	<b>0.375</b>	<b>0.290</b>	<b>0.252</b>	<b>0.406</b>	<b>0.385</b>	-

\* P <0.05

De instrumentele uitspraken van de patiënten kunnen eveneens verschillen bij de afzonderlijke oncologen. Door middel van een ANOVA-toets is er gekeken of er verschillen bestaan in het gebruik van instrumentele communicatie door de patiënten bij de verschillende oncologen. Uit de toets blijkt dat er een verschil is in het stellen van gesloten vragen aan de oncologen. Dit betekent dat er aan de ene oncoloog meer gesloten vragen worden gesteld door de patiënten dan aan de andere oncoloog. Het verschil is bijna een factor 3. Aan dokter A en D worden de meeste gesloten vragen gesteld, tegelijkertijd is te zien dat deze artsen ook de meeste informatie geven. In tabel 23 zijn de p-waarden van deze toets weergegeven.

Tabel 23 P-waarden instrumentele communicatie patiënten

P-waarden	Open vragen	Gesloten vragen	Informatie verstrekken	Verwachtingen van het consult	Faciliteren	Sturen / counselen
Oncologen	<b>0.992</b>	<b>0.012*</b>	<b>0.654</b>	<b>0.567</b>	<b>0.817</b>	-

\* P <0.05

#### 4.4.4 Samenhang tussen de achtergrondkenmerken en het voorkomen van affectieve communicatie van de patiënt

De samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en de affectieve communicatie is evenals in de vorige paragrafen beredeneerd aan de hand van verschillende toetsen (tabel 1, pagina 30). Geen van de affectieve clusters is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Uit tabel 24 blijkt dat de leeftijd van de patiënt niet van invloed is op de emotionele uitingen, positieve en negatieve gespreksuitingen en social talk van de patiënt. Rekening dient hier echter gehouden te worden met de spreiding van leeftijden, merendeel (driekwart) van de patiënten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn boven de vijftig jaar. Het voorkomen van affectieve communicatie is eveneens niet afhankelijk van het geslacht van de patiënt. Het maakt geen verschil in het uiten van emotionele-, positieve- en negatieve gespreksuitingen en de social talk of een patiënt een man of een vrouw is.

Tabel 24 P-waarden affectieve communicatie patiënten

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Leeftijd	<b>0.106</b>	<b>0.193</b>	<b>0.303</b>	<b>0.606</b>
Geslacht	<b>0.456</b>	<b>0.827</b>	<b>0.940</b>	<b>0.437</b>

\* P <0.05

Aannemelijk zou kunnen zijn wanneer een consult langer duurt de patiënt meer de gelegenheid krijgt zich emotioneel te uiten. Toch blijkt de duur van een consult niet van invloed te zijn op het aantal emotionele uitdrukkingen, social talk en positieve en negatieve gespreksuitingen van de patiënt. De patiënten van dokter B die een gemiddelde consultduur van 11 minuten heeft, uiten zich dus evenveel als de patiënten van dokter D en dokter C die een gemiddelde consultduur van 23 minuten hebben.

Of de aanwezigheid van een derde partij in meer of mindere mate van invloed is op de affectieve communicatie is getoetst door middel van een T-toets. Ook uit deze toets blijkt dat de aanwezigheid van een derde partij niet van invloed is op het gebruik van affectieve communicatie door de patiënt en naaste. Patiënten worden niet vaker of minder vaak emotioneler, positiever of juist negatiever wanneer een patiënt wordt gesteund door een naaste. De p-waarden van deze toetsen wordt ver overschreden. Het horen van een bepaalde diagnose kan natuurlijk een vorm van emoties bij de patiënten oproepen. Uit de toets blijkt dat patiënten bij het horen van een bepaalde diagnose niet meer of minder emotioneel, positief of negatief worden. Bij elke diagnose blijkt dat de emotionele, positieve en negatieve uitdrukkingen door de patiënt gelijk blijven.

Tabel 25 P-waarden affectieve communicatie patiënten

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Duur van het consult	<b>0.382</b>	<b>0.311</b>	<b>0.385</b>	<b>0.323</b>
Aanwezigheid 3 <sup>e</sup> partij	<b>0.566</b>	<b>0.321</b>	<b>0.883</b>	<b>0.303</b>
Diagnose	<b>0.507</b>	<b>0.298</b>	<b>0.471</b>	<b>0.463</b>

\* P <0.05

In tabel 26 zijn de uitkomsten van de toetsen van de affectieve communicatie van de patiënten bij de verschillende oncologen weergegeven. De patiënten blijken zich niet anders te uiten bij de verschillende oncologen op het gebied van emoties, positieve gespreksuitingen en negatieve gespreksuitingen. Er is wel een verschil gevonden op het gebied van een sociaal praatje. Bij de ene oncoloog blijkt er meer ruimte te zijn voor een sociaal praatje dan bij de andere oncoloog. Bij dokter C zijn er dertienmaal meer uitspraken op sociaal gebied gescoord dan bij dokter D.

Tabel 26 P-waarden affectieve communicatie patiënten

P-waarden	Emotionele uitdrukkingen	Positieve gespreksuitingen	Negatieve gespreksuitingen	Social talk
Oncologen	<b>0.795</b>	<b>0.231</b>	<b>0.144</b>	<b>0.000*</b>

\* P <0.05

#### 4.5 Affectieve impressie van het consult

Volgens Roter (1992) zijn bij medische communicatie twee typen gedragingen van belang, instrumentele gedragingen en affectieve gedragingen. Het RIAS legt vooral de nadruk op de instrumentele communicatie. Door de Global Affect schaal toe te voegen aan het RIAS wordt door de onderzoeker de algemene affectieve impressie weergegeven. In tabel 27 is de affectieve impressie van de onderzoeker per oncoloog weergegeven.

Tabel 27 Global Affectmaten per oncoloog

Global affectmaten	Dokter A						Dokter B						Dokter C						Dokter D					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Boosheid / irritatie	7	2	0	0	0	0	8	1	0	0	0	0	8	0	1	0	0	0	2	2	1	0	0	0
Angst / nervositeit	7	1	1	0	0	0	4	4	1	0	0	0	9	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Dominantie / assertiviteit	0	4	5	0	0	0	0	2	5	0	1	0	2	2	3	1	0	1	0	3	1	1	0	0
Interesse / bezorgdheid	0	0	4	5	0	0	0	0	3	5	1	0	0	0	3	5	0	1	0	0	3	2	0	0
Warmte / vriendelijkheid	0	0	3	5	1	0	0	0	3	6	0	0	0	0	2	5	1	1	0	0	3	2	0	0

Het blijkt dat de vier oncologen nauwelijks tot niet boos, geïrriteerd, angstig of nerveus zijn geweest tijdens de consulten. Een grotere spreiding is te zien op de affectmaat dominantie. Dokter B is het meest dominant tijdens zijn/haar consulten, het minst dominant is dokter A. Alle oncologen zijn gemiddeld tot boven gemiddeld geïnteresseerd, bezorgd, warm en vriendelijk tegen hun patiënten.

Door middel van een Kruskal-Wallis toets is gekeken of er verschillen in de global affectmaten bestaan tussen de oncologen. Met een betrouwbaarheidsinterval van 95% kan worden verklaard dat er geen verschillen bestaan tussen de oncologen op het gebied van boosheid, irritatie, dominantie, assertiviteit, interesse, bezorgdheid, warmte en vriendelijkheid. Met een p-waarde van 0.015 kan worden gesteld dat op het gebied van angst en nervositeit wel verschillen bestaan tussen de oncologen. De range voor angst en nervositeit loopt van 1 tot 3. Dit betekent dat geen enkele oncoloog tijdens een consult meer dan gemiddeld nerveus of angstig was. Dokter C scoorde voor angst en nervositeit negenmaal een één (geen angst/nervositeit). Ook dokter A scoorde voor het merendeel, zeven van de negen consulten een één, en had dus geen angst of was niet nerveus. Daarnaast scoorde de dokter éénmaal een twee en éénmaal een drie. Bij dokter B was de score over nervositeit en angst meer verdeeld. Dokter B scoorde viermaal een één, viermaal een twee en éénmaal een drie. Dokter D scoorde éénmaal een één, driemaal een twee en éénmaal een drie. In tabel 28 zijn de p-waarden van de overige toetsen weergegeven.

Tabel 28 P-waarden verschil in stemming tussen oncologen

P-waarden	Boosheid / irritatie	Angst / nervositeit	Dominantie / assertiviteit	Interesse / bezorgdheid	Warmte / vriendelijkheid
Oncologen	<b>0.152</b>	<b>0.015*</b>	<b>0.754</b>	<b>0.695</b>	<b>0.405</b>

\* P <0.05

Uit tabel 29 kunnen de global affectmaten voor patiënten worden opgemaakt. Bij de patiënten ligt de range verder gespreid. Een aantal patiënten was dominant, andere patiënten waren zeer terughoudend. De meeste patiënten waren nerveus voor het consult, de nerveusheid varieerde van bijna niet nerveus tot heel erg nerveus. Ook was een aantal patiënten geïrriteerd tijdens het consult, dit had vooral te maken met het treffen van de ziekten met hen als persoon en had geen betrekking op de oncologen persoonlijk. Over het algemeen waren de patiënten vrij terughoudend, vriendelijk, geïnteresseerd, nerveus en bezorgd. Veel patiënten hebben passief deelgenomen aan het gesprek en hebben alle informatie van de oncoloog op zich af laten komen.

Tabel 29 Global Affectmaten van patiënten gegroepeerd per oncoloog

Global affectmaten	Dokter A						Dokter B						Dokter C						Dokter D					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Boosheid / irritatie	9	0	0	0	0	0	7	1	1	0	0	0	8	0	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0
Angst / nervositeit	1	3	4	0	0	1	3	2	3	1	0	0	1	2	4	2	0	0	1	0	2	1	1	0
Dominantie / assertiviteit	2	5	1	1	0	0	1	4	3	0	1	0	4	2	2	1	0	0	0	3	1	1	0	0
Interesse / bezorgdheid	0	0	1	7	1	0	0	1	3	4	0	1	0	0	0	7	0	2	0	0	1	3	1	0
Warmte / vriendelijkheid	0	0	1	6	1	1	0	0	2	5	3	0	0	1	0	6	1	1	0	0	1	3	1	0

Door middel van de Kruskal-Wallis toets is nagegaan of de stemming van de patiënten verschilt per oncoloog. Met 95% zekerheid kan worden verklaard dat de stemming van de patiënten niet verschilt per oncoloog. Het maakt dus niet uit bij welke oncoloog de patiënt op consult komt, de stemming van de patiënt blijft gelijk. In tabel 30 zijn de p-waarden van de uitgevoerde toetsen weergegeven.



Tabel 30 P-waarden verschil in stemming tussen oncologen

P-waarden	Boosheid / irritatie	Angst / nervositeit	Dominantie / assertiviteit	Interesse / bezorgdheid	Warmte / vriendelijkheid
Oncologen	<b>0.239</b>	<b>0.483</b>	<b>0.520</b>	<b>0.236</b>	<b>0,982</b>

\* P <0.05

#### 4.5.1 Stemming en communicatie van de arts

De stemming van een dokter of patiënt kan van grote invloed zijn op de communicatie van zowel de arts als de patiënt. In deze paragraaf wordt bekeken in hoeverre deze stemming van invloed is op de communicatie tijdens het consult. Om dit te toetsen zijn verschillende ANOVA-tabellen opgezet. Als eerste is gekeken naar de stemming van de arts en patiënt en de invloed daarvan op de communicatie van de arts. Op de volgende gebieden blijkt er een verband te zijn:

- De dominantie van de arts en het aantal gestelde open vragen door de arts. Na verdere analyse blijkt dat hoe minder dominant de artsen zijn tijdens een consult, hoe meer open vragen zij stellen aan hun patiënten.
- Dominantie van de arts en het aantal uitspraken met betrekking tot het sturen en counselen door de arts. De artsen die minder dominant zijn tijdens hun consult hebben hoger gescoord op het aantal uitspraken over sturen en counselen van de patiënt.
- De interesse en bezorgdheid van de arts en het aantal gemeten uitspraken over sturen en counselen. Hoe meer geïnteresseerd de arts was in zijn patiënt, hoe minder uitspraken er werden genoteerd met betrekking tot sturen en counselen. Tevens is te zien dat wanneer patiënten meer bezorgd waren over hun gezondheid, de arts vaker een uitspraak deed op het gebied van het sturen en counselen.
- Ook de warmte en vriendelijkheid van de arts en patiënt zijn van invloed op het aantal uitspraken dat de arts doet over het sturen en counselen van de patiënt. Hoe warmer en vriendelijker de patiënten waren hoe meer uitspraken de oncologen aan het sturen en counselen van de patiënt hebben besteed. Andersom geldt hetzelfde. Naarmate de artsen tijdens het consult vriendelijker waren, hebben zij meer aandacht besteed aan het counselen van hun patiënten.

De overige stemmingen van de arts en de patiënt zijn niet van invloed op de communicatie van de arts. In tabel 31 zijn de p-waarden van deze verschillende toetsen opgenomen.

Tabel 31 P-waarden stemming van patiënt en dokter op instrumentele communicatie dokter

P-waarden	Boosheid / irritatie		Angst / nervositeit		Dominantie / assertiviteit		Interesse / bezorgdheid		Warmte / vriendelijkheid	
	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.
Open vragen	<b>0.909</b>	<b>0.057</b>	<b>0.830</b>	<b>0.512</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.471</b>	<b>0.722</b>	<b>0.432</b>	<b>0.880</b>	<b>0.962</b>
Gesloten vragen	<b>0.349</b>	<b>0.932</b>	<b>0.167</b>	<b>0.637</b>	<b>0.746</b>	<b>0.693</b>	<b>0.786</b>	<b>0.923</b>	<b>0.780</b>	<b>0.734</b>
Informatie verstrekken	<b>0.338</b>	<b>0.313</b>	<b>0.338</b>	<b>0.350</b>	<b>0.322</b>	<b>0.369</b>	<b>0.313</b>	<b>0.382</b>	<b>0.375</b>	<b>0.292</b>
Verwachtingen van het consult	<b>0.134</b>	<b>0.638</b>	<b>0.414</b>	<b>0.737</b>	<b>0.095</b>	<b>0.501</b>	<b>0.805</b>	<b>0.970</b>	<b>0.907</b>	<b>0.331</b>
Faciliteren	<b>0.857</b>	<b>1.000</b>	<b>0.548</b>	<b>0.922</b>	<b>0.505</b>	<b>0.906</b>	<b>0.981</b>	<b>0.960</b>	<b>0.489</b>	<b>0.123</b>
Sturen/counselen	<b>0.703</b>	<b>0.760</b>	<b>0.820</b>	<b>0.896</b>	<b>0.005*</b>	<b>0.933</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.274*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.012*</b>

\* P <0.05

Dezelfde toetsen zijn uitgevoerd voor de affectieve communicatie van de arts en de verschillende stemmingen van de arts en de patiënt. In tabel 32 zijn de p-waarden van de toetsen opgenomen. Ook hier blijken weer verschillende stemmingen van de artsen en patiënten van invloed te zijn op de affectieve communicatie van de arts.

- Een logisch verband is zichtbaar tussen het aantal positieve uitspraken van de arts en de boosheid en irritatie van de arts en de patiënt. Hoe minder geïrriteerd de artsen en patiënten zijn, hoe meer positieve uitspraken de arts tijdens het consult doet.
- De dominantie van de arts hangt eveneens samen met het aantal emotionele uitspraken dat een arts doet. Er kan worden gesteld dat hoe dominanter een arts is, hoe minder emotionele uitspraken een arts doet.
- De dominantie van de patiënt en het aantal negatieve uitspraken dat een arts doet hangt ook met elkaar samen. Opvallend is dat de arts meer negatieve uitspraken doet naar de patiënt naarmate de patiënt minder dominant is. Er zijn echter maar weinig negatieve uitspraken gedaan door de artsen, dus dit kan toeval zijn.

De overige stemmingen van de artsen en de patiënten hangen niet significant samen met de affectieve communicatie van de arts. In tabel 32 zijn de p-waarden van deze toetsen opgenomen.

Tabel 32 P-waarden stemming van patiënt en dokter op affectieve communicatie dokter

P-waarden	Boosheid / irritatie		Angst / nervositeit		Dominantie / assertiviteit		Interesse / bezorgdheid		Warmte / vriendelijkheid	
	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.
Emotionele uitdrukkingen	<b>0.301</b>	<b>0.752</b>	<b>0.754</b>	<b>0.364</b>	<b>0.013*</b>	<b>0.385</b>	<b>0.072</b>	<b>0.155</b>	<b>0.164</b>	<b>0.150</b>
Positieve gespreksuitingen	<b>0.026*</b>	<b>0.023*</b>	<b>0.425</b>	<b>0.069</b>	<b>0.222</b>	<b>0.180</b>	<b>0.992</b>	<b>0.472</b>	<b>0.832</b>	<b>0.747</b>
Negatieve gespreksuitingen	<b>0.122</b>	<b>0.838</b>	<b>0.419</b>	<b>0.957</b>	<b>0.659</b>	<b>0.048*</b>	<b>0.942</b>	<b>0.664</b>	<b>0.853</b>	<b>0.767</b>
Social talk	<b>0.671</b>	<b>0.290</b>	<b>0.762</b>	<b>0.920</b>	<b>0.957</b>	<b>0.496</b>	<b>0.948</b>	<b>0.958</b>	<b>0.983</b>	<b>0.521</b>

\* P <0.05

#### 4.5.2 Stemming en communicatie van de patiënt

Op de instrumentele communicatie van de patiënt is de stemming van de arts of patiënt een stuk minder van invloed. Op de volgende gebieden blijkt er een verband te zijn:

- Boosheid en irritatie van de dokter is van invloed op de uitspraken van de patiënt. Na analyse blijkt dat hoe minder boos of geïrriteerd de dokter is, hoe meer gesloten vragen de patiënt stelt.
- Ook blijkt dat naarmate de arts meer geïrriteerd is, de patiënt minder durft te vragen om herhaling of de gegeven informatie durft te checken bij de arts. Daarnaast is er een samenhang geconstateerd in de vriendelijkheid van de patiënt en het faciliteren dat de patiënt doet.

Alle overige stemmingen van zowel de arts als de patiënt blijken niet significant samen te hangen met communicatie van de patiënt. In tabel 33 zijn de p-waarden van de toetsen opgenomen.

Tabel 33 P-waarden stemming van patiënt en dokter op instrumentele communicatie patiënt

P-waarden	Boosheid / irritatie		Angst / nervositeit		Dominantie / assertiviteit		Interesse / bezorgdheid		Warmte / vriendelijkheid	
	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.
Open vragen	<b>0.453</b>	<b>0.954</b>	<b>0.130</b>	<b>0.559</b>	<b>0.109</b>	<b>0.246</b>	<b>0.765</b>	<b>0.782</b>	<b>0.439</b>	<b>0.554</b>
Gesloten vragen	<b>0.037*</b>	<b>0.617</b>	<b>0.513</b>	<b>0.213</b>	<b>0.098</b>	<b>0.883</b>	<b>0.247</b>	<b>0.793</b>	<b>0.653</b>	<b>0.163</b>
Informatie verstrekken	<b>0.810</b>	<b>0.898</b>	<b>0.573</b>	<b>0.939</b>	<b>0.125</b>	<b>0.284</b>	<b>0.169</b>	<b>0.602</b>	<b>0.220</b>	<b>0.227</b>
Verwachtingen van het consult	<b>0.214</b>	<b>0.999</b>	<b>0.467</b>	<b>0.882</b>	<b>0.980</b>	<b>0.188</b>	<b>0.794</b>	<b>0.997</b>	<b>0.667</b>	<b>0.455</b>
Faciliteren	<b>0.004*</b>	<b>0.813</b>	<b>0.525</b>	<b>0.526</b>	<b>0.352</b>	<b>0.070</b>	<b>0.964</b>	<b>0.454</b>	<b>0.342</b>	<b>0.002*</b>
Sturen/counselen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\* P <0.05

Waar de stemming van de arts en patiënt bijna geen invloed had op de instrumentele communicatie van de patiënt, ligt dit anders voor de affectieve communicatie van de patiënt.

- Irritatie van de patiënt en dokter blijken van invloed te zijn op het aantal emotionele uitspraken van de patiënt. Voor beide geldt hoe minder geïrriteerd of boos de patiënt of arts is, hoe meer de patiënt zijn emotionele gevoelens uit. De emotionele uitdrukkingen van de patiënt hangen ook samen met de warmte en vriendelijkheid van de patiënt. Uit nadere analyse blijkt dat naarmate een patiënt vriendelijker is, het aantal emotionele uitdrukkingen van de patiënt toeneemt.
- Een logische samenhang is gevonden tussen het aantal negatieve uitspraken van de patiënt en de irritatie of boosheid van de arts of de patiënt zelf. Hoe bozer of geïrriteerder een arts of patiënt is, hoe meer negatieve opmerkingen een patiënt doet.
- Een duidelijke samenhang is ook gevonden tussen de angst en nervositeit van de patiënt en dokter en het aantal emotionele uitspraken van de patiënt. Hoe minder nerveus een arts of patiënt is voor het consult, hoe meer emoties een patiënt zal vertonen tijdens een consult.
- De angst en nervositeit hangt ook samen met het aantal negatieve uitspraken dat een patiënt tijdens een consult doet. Hoe angstiger een patiënt is voor een consult, des te meer negatieve opmerkingen de patiënt tijdens een consult maakt.
- De negatieve uitspraken van de patiënt houden ook verband met de dominantie van een patiënt tijdens een consult. Duidelijk zichtbaar is naarmate de patiënt dominantier is tijdens een consult het aantal negatieve uitspraken toeneemt.

Tabel 34 P-waarden stemming van patiënt en dokter op affectieve communicatie patiënt

P-waarden	Boosheid / irritatie		Angst / nervositeit		Dominantie / assertiviteit		Interesse / bezorgdheid		Warmte / vriendelijkheid	
	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.	Dr.	Pt.
Emotionele uitdrukkingen	<b>0.003*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.049*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.669</b>	<b>0.372</b>	<b>0.183</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.413</b>	<b>0.901</b>
Positieve gespreksuitingen	<b>0.672</b>	<b>0.726</b>	<b>0.478</b>	<b>0.995</b>	<b>0.449</b>	<b>0.507</b>	<b>0.809</b>	<b>0.983</b>	<b>0.814</b>	<b>0.606</b>
Negatieve gespreksuitingen	<b>0.008*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.149</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.573</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.809</b>	<b>0.084</b>	<b>0.997</b>	<b>0.999</b>
Social talk	<b>0.564</b>	<b>0.976</b>	<b>0.997</b>	<b>0.995</b>	<b>0.441</b>	<b>0.634</b>	<b>0.985</b>	<b>0.999</b>	<b>0.298</b>	<b>0.106</b>

\* P <0.05

#### 4.6 Proficiency Checklist

Na het beluisteren van het consult is naast de achtergrondkenmerken en de Global Affect schaal ook de Proficiency Checklist ingevuld. Deze lijst bestaat uit zestien vragen. Op iedere vraag is voor elk consult antwoord gegeven. In deze paragraaf zullen de vragen worden geanalyseerd. Na deze analyse kan een conclusie worden getrokken over de informatievoorziening door de oncologen.

##### *Verwachtingen, bezorgdheden en gevoelens*

Elke patiënt die een consult van een arts bezoekt heeft zijn eigen verwachtingen, bezorgdheden, vragen en gevoelens over de ziekte waaraan de patiënt op dat moment lijdt. Van de arts wordt verwacht dat de arts op de hoogte is van deze persoonsafhankelijke aspecten. De arts kan hiervan alleen op de hoogte zijn wanneer hij/zij hierover vragen stelt. De Proficiency Checklist bevat over deze aspecten vier vragen. Tijdens een consult mag volgens de Proficiency Checklist worden verwacht dat de dokter nagaat welke zorgen, vragen en verwachtingen er spelen bij de patiënt. Uit de analyse blijkt dat de artsen dit niet consequent nagaan bij hun patiënten. Alleen dokter C is dit bij al de patiënten nagegaan. Dokter D deed dit bij drie van de vijf patiënten, dokter A bij vijf van de negen patiënten en dokter B bij vier van de negen patiënten. Ook blijkt dat drie van de vier oncologen zich er niet van hebben verzekerd dat alle bezorgdheden van de patiënt tijdens het consult aan de orde zijn gekomen. Wederom heeft alleen dokter C bij alle patiënten zich ervan verzekerd dat alle bezorgdheden aan de orde zijn geweest tijdens het consult. Dokter A en dokter B hebben vier van de negen keer nagevraagd aan de patiënt of alle bezorgdheden aan bod waren gekomen tijdens het consult. Dokter D deed dit drie van de vijf consulten. Belangrijk bij een ziekte als kanker is het weten hoe de patiënt tegenover de ziekte staat, welke gevoelens hierbij opspelen en hoe de patiënt staat tegenover de behandeling. Tijdens de gebruikte consulten voor dit onderzoek is een behandeling voorgesteld door de arts. Het standpunt van de patiënt tegenover de behandeling moet dan ook aan de orde zijn geweest tijdens het consult. In negentien van de tweeëndertig consulten is tijdens het consult gesproken over de gevoelens en het standpunt van de patiënt. Dokter C heeft het tijdens zijn/haar consulten acht van de negen maal over de gevoelens en het standpunt van patiënt gehad. Dokter D en dokter B deden dit bij meer dan de helft van hun consulten. Dokter A deed dit drie van de negen consulten.

##### *Probleem, beschikbaarheid arts en familie*

Een andere belangrijke voorwaarde volgens de Proficiency Checklist is de beschikbaarheid van de arts tijdens het consult. Bij alle consulten was een oncoloog aanwezig. Tijdens de consulten is een aantal maal de afwezigheid van een oncoloog naar voren gekomen. Hiervoor werden verschillende maatregelen getroffen. Bij afwezigheid van de 'eigen' behandelend oncoloog gaat de patiënt op consult bij een collega-oncoloog of is er met de behandeling rekening gehouden met de afwezigheid van de behandelend oncoloog en is de patiënt eerder op consult gekomen. Buiten de fysieke aanwezigheid van de arts is ook gekeken naar eventuele onderbrekingen van het consult. Tijdens de 32 consulten zijn er 14 telefonische onderbrekingen geweest. Waarbij bij meerdere consulten meerdere telefonische onderbrekingen zijn genoteerd. Bij elke telefonische onderbreking heeft de arts aan de patiënt toestemming gevraagd voor opname van de telefoon. De arts heeft geen enkel geval de spreekkamer verlaten. Naast de beschikbaarheid van de oncoloog zijn vaak naast van de patiënt aanwezig tijdens een consult. Een naaste kan volgens de Proficiency Checklist om twee redenen tijdens het consult aanwezig zijn. Een naaste kan als support of als hulpbron worden gezien. Als support wordt een naaste gezien wanneer de

naaste alleen emotioneel ondersteunend aanwezig is. Een naaste wordt als hulpbron gezien wanneer deze noodzakelijk is voor het begrijpen/vertalen van de informatie. Tijdens zevenentwintig van de tweeëndertig consulten was er een derde partij aanwezig. De derde partij was in zestien van deze gevallen meegenomen door de patiënt om als hulpbron tijdens het consult te fungeren. Een aantal maal fungeerde deze derde partij zelfs als tolk voor de patiënt. Dit betekent dat de derde partij door de patiënt elfmaal is ingeschakeld als support. De patiënt deed dan zelfstandig het woord.

Het probleem van de patiënt kan zowel door de arts als patiënt worden geconstateerd. Over het algemeen zijn tijdens de consulten de problemen door de arts geconstateerd. In maar twee van de tweeëndertig consulten is de arts door de patiënt gewezen op het probleem. Dit was éénmaal bij dokter C en éénmaal bij dokter D.

#### *Instructiemiddelen en informatie*

Uit de analyse met behulp van het RIAS blijkt dat er heel veel informatie aan de patiënt wordt gegeven tijdens de consulten. Volgens de Proficiency Checklist dient er in theorie zoveel mogelijk informatie op papier gegeven te worden aan de patiënt. In de praktijk is er in vier gevallen van alle consulten informatie op papier aan de patiënt gegeven. De meeste patiënten werden doorverwezen naar de oncologieverpleegkundige, deze verpleegkundige legt nogmaals de behandeling uit en geeft de behandeling op papier mee aan de patiënt. Op deze wijze krijgen de patiënten wel de informatie op papier, maar tijdens een later stadium in het proces. Om de diagnose en de voortgang van de ziekten goed te kunnen bepalen is het gebruik van instructiemiddelen als grafieken, diagrammen, printjes, foto's en medicijnen aanbevolen door de Proficiency Checklist. Tijdens het merendeel (21) van de consulten gebruikt de arts de gegevens van de patiënt. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van uitslagen van testen en foto's die in de computer staan, maar ook van gegevens uit het patiëntendossier. Opvallend is dat dokter C bijna geen gegevens van de patiënt tijdens het consult opzoekt. Dokter C deed dit maar twee van de negen maal. De andere oncologen deden dit bij meer dan de helft van hun consulten. Dokter A deed dit vijf van de negen consulten, dokter B deed dit zes van de negen consulten en dokter D deed dit vier van de vijf consulten.

#### *Andere disciplines en verwijzingen*

Tijdens een consult kan er een tweede medische mening naar voren komen. Geregeld is tijdens de consulten aangehaald dat patiënten in een overleg met meerdere artsen en andere disciplines zijn besproken. Eveneens kan een patiënt vanuit een ander ziekenhuis zijn verwezen en bestaat er dus al een tweede medische mening. Bij twaalf van de tweeëndertig patiënten bestaat een tweede medische mening. Dit zijn zes patiënten van dokter C, drie patiënten van dokter B, twee van dokter A en één van dokter D. Het kan tijdens de consulten ook voorkomen dat de behandelend oncoloog voorstelt dat een patiënt door een tweede arts gezien dient te worden. Dokter A en dokter B hebben beiden tweemaal voorgesteld aan de patiënt om een andere dokter een beoordeling te laten doen. Dokter C en dokter D hebben dit beiden éénmaal voorgesteld. Sprake van een daadwerkelijke nieuwe verwijzing was er maar bij vijf patiënten. De verwijzingen naar de oncologieverpleegkundige of voor diagnostisch onderzoek zijn niet als verwijzing in de Proficiency Checklist opgenomen. Dokter C, dokter A en dokter D verwezen hun patiënten allen éénmaal naar een andere arts. Dokter B heeft twee patiënten verwezen naar een andere arts.

### *Kritiek*

Kritiek kan zowel worden gegeven door artsen als patiënten. De gegeven kritiek kan slaan op de behandelend oncoloog of op een andere arts of discipline. In de Proficiency Checklist zijn twee vragen opgenomen over kritiek. De eerste vraag gaat over kritiek door de behandelend oncoloog op een andere arts of discipline. Zevenmaal is er kritiek geweest op een andere arts of discipline door één van de oncologen. Dokter C heeft de meeste kritiek (door middel van vijf uitspraken) gehad op een andere arts. Dokter D en dokter B hadden beiden éénmaal kritiek op een andere arts. Patiënten kunnen natuurlijk ook kritiek hebben op een arts. Uit de analyse blijken de patiënten van dokter C eveneens de meeste kritiek te hebben op andere artsen. Viermaal hadden de patiënten kritiek op een arts. Bij dokter A was er niemand met kritiek op een arts. Bij dokter B één patiënt en bij dokter D twee patiënten. Een samenhang is te zien tussen de kritiek die een arts geeft en de kritiek die een patiënt geeft. De patiënten van de oncologen en de oncologen zelf geven ongeveer evenveel kritiek op artsen of andere disciplines.

### *Kosten*

Omdat de Proficiency Checklist is ontwikkeld door een Amerikaanse onderzoekster (D. Roter) en kosten van een behandeling in Amerika gevoeliger liggen dan in Nederland is ook het aspect kosten opgenomen in de Proficiency Checklist. Opmerkelijk is dat tijdens een aantal consulten (5) het kostenaspect van de behandeling wel naar voren is gekomen. Tijdens deze consulten ging het over experimentele behandelingen die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, maar wel door de fabrikant van het geneesmiddel. Een patiënt diende dus eerst deel te nemen aan het onderzoek voordat de medicijnen werden vergoed.

### *Verwachtingen voor de toekomst*

Hoewel kanker persoonlijk altijd wordt beschouwd als slecht nieuws, is bij de vraag of er slecht nieuws is voorgekomen tijdens het consult kanker niet direct als slecht nieuws gezien. Slecht nieuws is hier opgevat als de terugkeer van kanker of een eindiagnose. Tijdens twaalf consulten is er slecht nieuws geconstateerd door de artsen. Bij elke oncoloog was dit driemaal. Vanuit de diagnose wordt vaak overgegaan op de korte en lange termijn verwachtingen van de patiënt. Korte termijn verwachtingen komen vaker tijdens een consult naar voren dan langere termijn verwachtingen. Korte termijn verwachtingen ten aanzien van het ziekteproces worden gezien als verwachtingen van enkele maanden en langere termijn verwachtingen ten aanzien van het ziekteproces worden gezien als jaren. Dokter A vertelde alle patiënten de korte termijn verwachtingen. Dokter B en dokter C vertelden in 89% van de consulten de korte termijn verwachtingen van de patiënten. Dokter D deed dit tijdens 60% van de consulten. De langere termijn verwachtingen werden beduidend minder aangehaald tijdens de consulten. Dokter A besprak in 78% van consulten het meest ten opzichte van de collega's de lange termijn verwachtingen met de patiënten. Het minst besprak dokter B de lange termijn verwachtingen met de patiënten, dit deed hij/zij tijdens 33% van de consulten. Dokter D besprak de lange termijn verwachtingen tijdens 40% van de consulten en dokter C deed dit in 56% van de consulten. Bij een ziekte als kanker is het mogelijk dat er onduidelijke verwachtingen zijn. Bij dokter A en dokter B zijn geen onduidelijke verwachtingen naar voren gekomen tijdens de consulten. Bij dokter C kwam dit éénmaal voor en bij dokter D driemaal.

### *Gezondheid*

De functionele en de emotionele conditie dienen tijdens het consult aan bod te komen. Het blijkt dat niet tijdens elk consult de functionele en de emotionele conditie aan bod komen. De functionele conditie van de patiënt is tijdens zevenentwintig consulten naar voren gekomen. Bij dokter D gebeurde dit tweemaal niet en bij dokter A gebeurde dit driemaal niet. Bij de emotionele conditie van de patiënt is meer spreiding te vinden over de oncologen. Bij negen consulten van de tweeëndertig is er helemaal niet gesproken over de emotionele conditie van de patiënt. Dit betekent dat in bijna 30% van de consulten emoties van de patiënt niet aan bod komen. Dokter C (89%) en dokter D (80%) hebben in bijna alle consulten gevraagd naar de emoties van de patiënt. Dokter A ging in 78% van consulten de emotionele conditie van de patiënt na. En dokter B deed dit in 56% van de consulten. Dit betekent dat in 63% van de consulten zowel de emotionele als functionele conditie aan bod is gekomen. Bij dokter A is bij 45% van de consulten zowel de functionele als emotionele conditie aan bod gekomen. Bij dokter B was dit 56%, bij dokter D was dit 60% en bij dokter C was dit 89%.

Een uitgebreide weergave van de scores per oncoloog is opgenomen op de volgende pagina.

Tabel 35 Uitkomsten Proficiency Checklist

Proficiency Checklist	Dokter A (N=9)		Dokter B (N=9)		Dokter C (N=9)		Dokter D (N=5)	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
1.Is de dokter nagegaan welke zorgen, vragen, verwachtingen er spelen bij de patiënt	5	4	4	5	9	0	3	2
2.Heeft de dokter zich er van verzekerd dat alle vragen en bezorgdheden tijdens het consult aan de orde zijn gekomen	4	5	4	5	9	0	3	2
3.Is de mening, gevoelens en overtuigingen van de patiënt over de ziekten/behandeling nagegaan	3	6	5	4	8	1	3	2
4.Wijst de dokter de patiënt op het probleem	9	0	9	0	8	1	4	1
5.Is de dokters beschikbaarheid vastgesteld tijdens het consult	9	0	9	0	9	0	5	0
6.Is er gedurende het consult geschreven informatie aan de patiënt gegeven	2	7	1	8	1	8	0	5
7.Zijn er instructiemiddelen gebruikt tijdens het consult	5	4	6	3	2	7	4	1
8.Werd familie gezien als hulpbron	5	2	6	2	4	4	1	3
9.Is er een tweede medische mening naar voren gekomen	2	7	3	6	6	3	1	4
10.Was er sprake van een nieuwe verwijzing	1	8	2	7	1	8	1	4
11.Heeft de dokter voorgesteld dat de patiënt gecheckt moet worden door een andere dokter	2	7	2	7	1	8	1	4
12.Is er kritiek op andere dokters aan de orde geweest	0	9	1	8	5	4	1	4
13.Had de patiënt kritiek op een arts, of was er zelfkritiek door de arts	0	9	1	8	4	5	2	3
14.Is er gesproken over kosten van de zorgverzekeraar	1	8	0	9	1	8	3	2
15.Is er slecht nieuws of een einddiagnose aan de orde geweest	3	6	3	6	3	6	3	2
16.Zijn de korte termijn verwachtingen besproken	9	0	8	1	8	1	3	2
17.Zijn de lange termijn verwachtingen besproken	7	2	3	6	5	4	2	3
18.Zijn er onduidelijke verwachtingen aan de orde geweest	0	9	0	9	1	8	3	2
19.Is de functionele conditie aan de orde geweest	6	3	9	0	9	0	3	2
20.Is de emotionele conditie aan de orde geweest	7	2	5	4	8	1	4	1
21.Is de gehele conditie aan de orde geweest	4	5	5	4	8	1	3	2



Om tot een vakbekwaam arts te behoren zou volgens Roter (2000) elke vraag uit de Proficiency Checklist met “ja” beantwoord moeten worden. Uit de voorgaande analyse blijkt dat dit niet het geval is. De oncologen blijken niet consequent de verwachtingen, zorgen, gevoelens en de meningen te verifiëren bij de patiënten. Ook werden er tijdens het consult niet altijd de lange en korte termijn verwachtingen besproken. Echter bij een ziekte als kanker zal dit moeilijk te voorspellen zijn. Opvallend is dat de functionele en emotionele conditie ook niet altijd geheel aan de orde kwamen. Bij maar 20 van de 32 consulten is de gehele conditie besproken. Logischer wijs hebben de artsen zich toch meer gericht op de functionele gesteldheid van de patiënt dan op de emotionele gesteldheid van de patiënt. Bij maar liefst acht patiënten is de emotionele gesteldheid niet nagegaan. Tijdens de consulten blijken er maar weinig patiënten doorverwezen te worden naar een ander specialisme. Uit de consulten blijkt dat veel patiënten doorverwezen worden voor diagnostisch onderzoek en naar de oncologieverpleegkundige. Bij deze verpleegkundige krijgen de patiënten de informatie mee op papier. Volgens Roter (2000) zou deze informatie door de oncologen moeten worden gegeven. Er kan dus gesteld worden dat de patiënten de informatie wel krijgen maar op een later tijdstip. Een aantal patiënten heeft informatie over een experimenteel onderzoek meegekregen van de oncoloog. Vaak stonden hier de voorwaarden voor deelname aan het onderzoek in, evenals het kostenaspect van de behandeling. Over het algemeen werd er tijdens de consulten niet over de reguliere kosten gesproken, alleen bij de experimentele behandelingen kwam het kostenaspect naar voren. Naast informatie over de behandeling op papier is maar weinig informatie, zoals foto's of grafieken, gebruikt als uitleg aan de patiënten. Wel hebben de oncologen vaak voor uitslagen in hun computer gekeken. Eén oncoloog deed dit zeer weinig, waarschijnlijk deed deze oncoloog dit voordat hij/zij het consult begon. Uit de consulten kwam vaak naar voren dat de patiënten besproken werden in een overleg met verscheidene disciplines. Geregeld hadden de oncologen kritiek op de andere disciplines of collega's van andere ziekenhuizen. Samenhang ontstond er doordat patiënten vaak kritiek hadden op dezelfde artsen.

Tijdens de consulten werden de patiënten vaak vergezeld door hun naasten. De meeste naasten fungeerden als hulpbron. Reden hiervoor zou de relatief hoge leeftijd van de patiënten kunnen zijn. Meer naar de praktische zaken kijkend, blijkt dat de artsen vaak tijdens hun consulten gestoord worden door de telefoon. Volgens Roter (2000) zou dit niet moeten kunnen, anderzijds bij een levensbedreigende ziekte als kanker lijkt de onderzoeker dit niet meer dan een noodzaak. De artsen hadden dan regelmatig een telefoontje maar verlieten nooit de spreekkamer.

Een conclusie over de informatievoorziening van de oncologen is niet eenduidig te geven. Roter heeft weliswaar dit instrument ontwikkeld om de informatievoorziening meetbaar te maken, maar heeft geen normen aan dit instrument verbonden. Uit het voorgaande blijkt dat niet alle vragen uit de Proficiency Checklist beantwoordt kunnen worden met “ja”. Om toch tot een conclusie te komen heeft de onderzoeker alle vragen die direct met de informatievoorziening te maken hebben geselecteerd uit de Proficiency Checklist. In tabel 36 zijn deze vragen in het grijs weergegeven.

Tabel 36 Vragen Proficiency Checklist

<b>Proficiency Checklist</b>	<b>Dokter A (N=9)</b>	<b>Dokter B (N=9)</b>	<b>Dokter C (N=9)</b>	<b>Dokter D (N=5)</b>
1. Is de dokter nagegaan welke zorgen, vragen, verwachtingen er spelen bij de patiënt	5	4	9	3
2. Heeft de dokter zich er van verzekerd dat alle vragen en bezorgdheden tijdens het consult aan de orde zijn gekomen	4	4	9	3
3. Is de mening, gevoelens en overtuigingen van de patiënt over de ziekten/behandeling nagegaan	3	5	8	3
4. Wijst de dokter de patiënt op het probleem	9	9	8	4
5. Is de dokters beschikbaarheid vastgesteld tijdens het consult	9	9	9	5
6. Is er gedurende het consult geschreven informatie aan de patiënt gegeven	2	1	1	0
7. Zijn er instructiemiddelen gebruikt tijdens het consult	5	6	2	4
8. Werd familie gezien als hulpbron	5	6	4	1
9. Is er een tweede medische mening naar voren gekomen	2	3	6	1
10. Was er sprake van een nieuwe verwijzing	1	2	1	1
11. Heeft de dokter voorgesteld dat de patiënt gecheckt moet worden door een andere dokter	2	2	1	1
12. Is er kritiek op andere dokters aan de orde geweest	0	1	5	1
13. Had de patiënt kritiek op een arts, of was er zelfkritiek door de arts	0	1	4	2
14. Is er gesproken over kosten van de zorgverzekeraar	1	0	1	3
15. Is er slecht nieuws of een einddiagnose aan de orde geweest	3	3	3	3
16. Zijn de korte termijn verwachtingen besproken	9	8	8	3
17. Zijn de lange termijn verwachtingen besproken	7	3	5	2
18. Zijn er onduidelijke verwachtingen aan de orde geweest	0	0	1	3
19. Is de functionele conditie aan de orde geweest	6	9	9	3
20. Is de emotionele conditie aan de orde geweest	7	5	8	4
21. Is de gehele conditie aan de orde geweest	4	5	8	3
<b>TOTAAL</b>	<b>70</b>	<b>68</b>	<b>84</b>	<b>37</b>

\* De in het grijs aangegeven vragen zijn opgenomen in de berekening

Elk van de in het grijs weergegeven vragen dient tijdens het consult besproken te worden. Wanneer deze vraag is besproken tijdens het consult wordt één punt toegekend. Dokter A, B en C hebben allen negen consulten opgenomen dus zouden maximaal negen maal twaalf punten toegekend kunnen krijgen. Dokter D heeft maar vijf consulten opgenomen en kan dus vijf maal twaalf punten toegekend krijgen. In tabel 36 is het aantal punten per arts weergegeven. Gecorrigeerd voor het aantal consulten betekent dit dat dokter C het meest van de twaalf punten met zijn/haar patiënt bespreekt. Hij/zij bespreekt gemiddeld 9.33 van de twaalf vragen met de patiënt. Dokter A bespreekt gemiddeld 7,78 vragen van de twaalf vragen met zijn/haar patiënten. Dokter B en dokter D bespreken bijna evenveel vragen met hun patiënten. Dokter B bespreekt gemiddeld 7,55 vragen van de twaalf vragen en dokter D bespreekt gemiddeld 7.4 vragen van de twaalf vragen. Het maximale aantal punten is dus niet per oncoloog gescoord. Dit betekent dat de oncologen volgens Roter niet voldoen aan de standaardinformatievoorziening.

## Hoofdstuk 5: Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal worden getracht een antwoord te geven op de verschillende vraagstellingen van dit onderzoek. Daarna is een theoretische reflectie opgenomen. Tenslotte zal dit hoofdstuk eindigen met een discussie.

### 5.1 Conclusie deelvragen

Om een antwoord te geven op de probleemstelling zullen eerst de verschillende deelvragen worden besproken.

1. In hoeverre wordt de instrumentele communicatie gebruikt door de afzonderlijke oncologen?

De instrumentele communicatie is onderverdeeld in zes clusters; open vragen, gesloten vragen, informatie, verwachtingen, faciliteren en sturing en counseling. Alle artsen gebruiken deze categorieën in het communiceren naar hun patiënten. Opvallend is dat sommige categorieën meer worden gebruikt dan andere categorieën. De categorie open en gesloten vragen stellen en informatie verstrekken worden in dit onderzoek het meest gebruikt. Een duidelijk verschil is zichtbaar in het stellen van open en gesloten vragen. Alle oncologen stellen meer gesloten dan open vragen. Waarschijnlijk speelt de tijdsdruk op de oncologen hierin een rol. Open vragen stellen aan patiënten kost meer tijd en is gezien de tijdsdruk niet haalbaar. De oncologen verstrekken soms enorm veel informatie aan hun patiënten. Vanuit het informed consent is dit de plicht van de oncologen. De vraag is echter of de patiënten al deze informatie kunnen onthouden. Tijdens de consulten heb je toch vaak te maken met nerveuze en oudere patiënten. Informatie op papier tijdens het consult overhandigen aan de patiënt zou misschien een goede oplossing kunnen zijn voor dit probleem. Een andere oplossing is de informatieoverdracht te delegeren naar een nurse practitioner, die wel voldoende tijd heeft om alle informatie heel precies en eventueel meerdere malen uit te leggen. In de huidige situatie wordt dit al deels gedaan door de oncologieverpleegkundige, echter gebeurt dit niet direct na het consult met de oncoloog. Een nurse practitioner zou de informatie nogmaals kunnen vertellen aansluitend op het consult met de oncoloog.

Regelmatig werd er door de oncologen bij de patiënten gecheckt of de informatie helder en begrijpelijk was. Dit lijkt van groot belang, gegeven de hoeveelheid informatie die patiënten krijgen. Ook werd regelmatig door de artsen de mening van de patiënten met betrekking tot de behandeling gevraagd. Echter dit werd niet standaard bij elke patiënt en behandeling nagevraagd. De vraag is dan ook in hoeverre patiënten worden betrokken bij de besluitvorming tot een behandeling over te gaan. Het blijkt dus dat niet iedere patiënt hierbij wordt betrokken. De artsen gaan er vaak vanuit dat de patiënt de behandeling wil ondergaan, en stellen niet de keuze tot behandelen of niet behandelen.

Opvallend aan het aantal instrumentele uitspraken door de oncologen is dat de clusters verwachtingen en sturen en counseling maar zeer weinig werden gebruikt door de afzonderlijke oncologen. Het sturen en counsellen van de patiënten werd nauwelijks gedaan door de oncologen. Er werden bijzonder weinig tips en adviezen aan de patiënten gegeven. Wellicht een optie om deze tips en adviezen door de oncologieverpleegkundige of nurse practitioner te laten verzorgen.

2. Is er samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult en de instrumentele communicatie van de arts?

Verschillende achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult zijn getoetst op het gebruik van de instrumentele communicatie door de arts. Bij de achtergrondkenmerken van de patiënt blijkt alleen een verband te zijn tussen de diagnose en het faciliteren van de patiënt en het informatie verstrekken. Het faciliteren van de patiënt door de arts verschilt dus per diagnose. Bij de ene diagnose zal vaker naar de mening ten opzichte van de behandeling worden gevraagd of worden nagevraagd of de informatie begrepen is dan bij de andere diagnose. Het blijkt ook dat bij de ene diagnose patiënten meer informatie krijgen dan bij de andere. Behalve dat de patiënten meer of minder informatie krijgen bij een bepaalde diagnose verschilt dit ook nog eens per arts. Er zijn verscheidene verschillen tussen de artsen geconstateerd. Zo blijkt de ene arts meer open en gesloten vragen te stellen en meer informatie te geven dan de andere arts. Opmerkelijk om te zien is dat de leeftijd van de patiënt en de duur van het consult geen invloed hebben op het gebruik van instrumentele communicatie. Aannemelijk zou kunnen zijn dat hoe langer een consult duurt, hoe meer tijd en ruimte er is voor communicatie. Daarnaast lijkt het logisch dat het niveau waarop wordt gecommuniceerd tijdens het consult wordt aangepast aan de leeftijd van de patiënt. Dit blijkt niet zo te zijn. Opgemerkt dient te worden dat de patiënten allemaal van een relatief hoge leeftijd waren. Ook is er geen samenhang gevonden tussen de duur van het consult en de diagnose en de duur van het consult en de afzonderlijke oncologen.

3. In hoeverre wordt affectieve communicatie gebruikt door de afzonderlijke oncologen?

Uit het literatuuronderzoek is al gebleken dat er relatief weinig affectieve communicatie door de oncologen wordt gebruikt. Ook uit dit onderzoek blijkt dat oncologen maar relatief weinig affectieve communicatie gebruiken. Ongeveer 12% van de uitspraken van de oncologen zijn affectieve uitspraken. Opmerkelijk is dat alle oncologen bijna evenveel affectieve communicatie gebruiken. Het aantal positieve en negatieve uitingen van de oncologen is bijna gelijk. Het aantal emotionele uitingen verschilt iets meer van elkaar. De emotionele uitingen van de artsen beslaan ongeveer 5.2% van de uitspraken van de oncologen. De meest voorkomende vorm van affectieve communicatie zijn de positieve gespreksuitingen (5.5% van de uitspraken van de oncologen). De minst voorkomende vorm van affectieve communicatie zijn de negatieve gespreksuitingen (0.08% van de uitspraken van de oncologen). Een sociaal praatje werd ook zeer weinig gemaakt en nam ongeveer 1% van de uitspraken van de oncologen in beslag. Uit vergelijking met onderzoeksresultaten van Ishikawa et al (2000) blijkt dat de oncologen van dit onderzoek zich minder positief en negatief uiten en minder vaak een sociaal praatje maken dan de oncologen die hebben deelgenomen aan het onderzoek van Ishikawa et al. Anderzijds uiten de oncologen in dit onderzoek zich, bijna tweemaal zoveel, emotioneel dan de oncologen van het onderzoek van Ishikawa et al. (2000).

4. Is er samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult en het gebruik van affectieve communicatie door de arts?

Na het toetsen van de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult op het gebruik van de affectieve communicatie door de arts, blijkt er geen samenhang te zijn. Wel ligt het significantieniveau van de toets tussen de leeftijd van de patiënt en een sociaal praatje valkbij de kritieke grens. Eveneens is getoetst op eventuele verschillen tussen de oncologen op het gebied van affectieve communicatie. Na het toetsen is er een verschil geconstateerd tussen de oncologen in het aantal emotionele uitdrukkingen. De

ene oncoloog blijkt zich meer emotioneel te uiten dan de andere oncoloog. Ondanks de verwachtingen dat de duur van het consult invloed zou kunnen hebben op 'een sociaal praatje' en het geslacht invloed zou hebben op de "emotionele uitdrukkingen", blijkt er na analyse maar weinig samenhang te zijn tussen de achtergrondkenmerken en het gebruik van affectieve communicatie.

#### 5. In hoeverre voldoen de oncologen aan de standaard informatievoorziening?

Roter heeft samen met experts uit het veld een lijst ontwikkeld met punten waaraan een goede vakbekwame arts dient te voldoen. Uit de analyse blijkt dat geen van de oncologen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt aan alle punten van deze lijst voldoen. Om een vergelijking te maken tussen de oncologen heeft de onderzoeker een aantal punten uit deze lijst geselecteerd met betrekking tot de informatievoorziening. Deze punten gaan puur over de informatie die in ieder consult gegeven moet worden. Het gaat om een subjectieve normering dus of een naaste als hulpbron of support fungeert, heeft bijvoorbeeld niets te maken met informatievoorziening vanuit de arts, en is dus niet in de lijst opgenomen. Er zijn twaalf punten wel opgenomen. Uit de analyse blijkt dat de artsen qua informatievoorziening redelijk dicht bij elkaar liggen. Er worden gemiddeld tussen de 7.4 en 9.3 punten van de twaalf punten tijdens de consulten verteld aan de patiënten. Drie artsen scoorden tussen de 7.4 en 7.8, één scoorde een 9.3. Het blijkt dus dat de oncologen op zijn minst 62% van de aanbevolen onderwerpen waarover informatie verschaft dient te worden aan hun patiënten mededelen. En maximaal 78% van de informatie aan hun patiënt vertellen. Het blijkt dat de oncologen niet consequent de verwachtingen, zorgen, gevoelens en mening ten aanzien van de behandeling bij de patiënten nagaan. Uit het onderzoek van Van der Arend (2006) blijkt eveneens dat de verwachtingen van een consult maar weinig aan de orde komen tijdens een consult. Daarnaast blijkt uit voorliggend onderzoek dat niet altijd de gehele conditie van de patiënt wordt besproken. De emotionele conditie wordt vaak niet besproken tijdens een consult. Ook komen de lange termijn verwachtingen minder vaak aan de orde dan de korte termijn verwachtingen.

#### 6. Is de stemming van de arts en de patiënt van invloed op de communicatie?

De spreiding over de Global Affectschaal verschilt niet veel per arts. De artsen zijn niet of nauwelijks boos, geïrriteerd of nerveus. Alle artsen zijn bovengemiddeld geïnteresseerd, bezorgd, warm en vriendelijk. Toch blijkt er een verschil tussen de artsen te zitten in de affectmaat angst en nervositeit. Uit de toetsen die zijn uitgevoerd om te kijken of de Global Affectmaten invloed hebben op de instrumentele en affectieve communicatie van de arts en patiënt, blijkt dat de stemming van arts en patiënt wel degelijk invloed heeft op de gebruikte communicatie door beide partijen. Opvallend is dat de Global Affectmaten boosheid, angst, nervositeit en dominantie de meeste invloed hebben op het gebruik van communicatie door zowel arts als patiënt. De Global Affectmaten interesse en vriendelijkheid van de arts en patiënt zijn bijna niet van invloed op de communicatie van de arts en patiënt. Er is alleen een verband gevonden tussen de interesse en vriendelijkheid van de patiënt en de arts enerzijds en het sturen door de arts anderzijds. De negatievere stemmingen lijken dus meer van invloed te zijn op de communicatie dan de positievere stemmingen. Dominantie, boosheid en angst van de patiënt en irritatie en nervositeit van de arts zijn allen van invloed op het gebruik van de affectieve communicatie door de patiënt. Het gebruik van affectieve communicatie van de artsen wordt beïnvloed door de irritatie en dominantie van de arts en de patiënt. De hoeveelheid uitspraken aan instrumentele communicatie door de patiënt wordt eveneens

beïnvloed door de irritatie van de patiënt. De instrumentele communicatie die wordt gegeven door de artsen wordt beïnvloed door de bezorgdheid, warmte en dominantie van de arts. Daarnaast beïnvloeden patiënten de hoeveelheid gegeven instrumentele communicatie door de arts, door het tonen van bezorgdheid en vriendelijk te zijn tegen de arts.

7. In hoeverre wordt er instrumentele en affectieve communicatie door patiënten gebruikt? En is er samenhang tussen de achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult en het gebruik van instrumentele en affectieve communicatie door de patiënt?

De patiënt is 32% van de tijd van de consulten aan het woord geweest. Deze communicatie bestond voor 77% uit instrumentele communicatie en voor ongeveer 23% uit affectieve communicatie. Opvallend is dat de patiënten van dokter A en B tweemaal zoveel open vragen stellen dan de patiënten van dokter C en D, terwijl de consultduur bijna tweemaal zo kort is. Dokter A en D krijgen de meeste vragen gesteld door hun patiënten. Dokter A en D geven dan ook de meeste informatie. Andersom is te zien dat de artsen die de meeste vragen stellen (dokter B en C) ook de meeste informatie krijgen van de patiënt. Er is dus een wisselwerking te zien tussen het stellen van vragen en het ontvangen van informatie.

Verwachtingen worden bijna niet uitgesproken door de patiënten. Opvallend is dat het faciliteren, dus het vragen om herhaling en checken van informatie, bij de ene dokter meer gebeurt dan bij de andere. Ook dit hangt samen met de informatievoorziening. Naarmate een arts meer informatie verstrekt, hoe vaker de patiënt de informatie checkt.

Ondanks de relatief korte consultduur worden bij dokter A de meeste emoties geuit door patiënten. Er is hier een samenhang te zien tussen het aantal uitspraken van de arts met betrekking tot emoties en het aantal uitspraken van de patiënt met betrekking tot emoties. Ook is te zien dat de patiënten bij de ene arts niet negatiever of positiever zijn dan bij de andere arts. Bij het toetsen van de achtergrondkenmerken op de instrumentele en affectieve communicatie is geen enkele samenhang gevonden. Wel zijn er twee verschillen tussen de oncologen geconstateerd. Bij de ene oncoloog stellen patiënten vaker gesloten vragen en maken vaker een sociaal praatje dan bij de andere oncoloog. Opvallend is dat er geen samenhang is gevonden tussen de leeftijd van de patiënt en de communicatie. Echter hier dient rekening gehouden te worden dat bijna alle patiënten boven de 50 jaar zijn. Wanneer er meer jongere patiënten waren geïnccludeerd zou er misschien wel een samenhang gevonden zijn tussen leeftijd en communicatie. Relatief jongere patiënten zijn mondiger dan oudere patiënten. Ook de derde partij heeft geen invloed op het gebruik van communicatie. Aannemelijk zou zijn dat meer personen tijdens een consult zorgt voor meer communicatie. De duur van het consult heeft eveneens niet gezorgd voor een samenhang. De duur van het consult heeft geen invloed op de hoeveelheid communicatie (uitspraken) in de verschillende clusters.

### **Conclusie algemene vraagstelling**

Voor dit onderzoek is een algemene vraagstelling geformuleerd. Met behulp van de deelconclusies in de vorige paragraaf en het theoretisch model kan tot beantwoording van deze vraagstelling worden overgegaan. De volgende algemene vraagstelling is geformuleerd:

“Hoe verloopt de (verbale) communicatie tussen de oncologen van het MCRZ en hun patiënten?”

De kwaliteit van de gezondheidszorg wordt door Donabedian (1988) onderscheiden in structuur, proces en uitkomst. In dit onderzoek is dieper ingegaan op een deel van het proces van de gezondheidszorg, namelijk de communicatie tussen arts en patiënt ofwel de relationele kwaliteit van zorg. De kwaliteit van communicatie is lastig te definiëren, daarom is de kwaliteit van communicatie in dit onderzoek beschreven aan de hand van kenmerken van communicatie. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt in drie kenmerken van communicatie: informatie, emoties en besluitvorming.

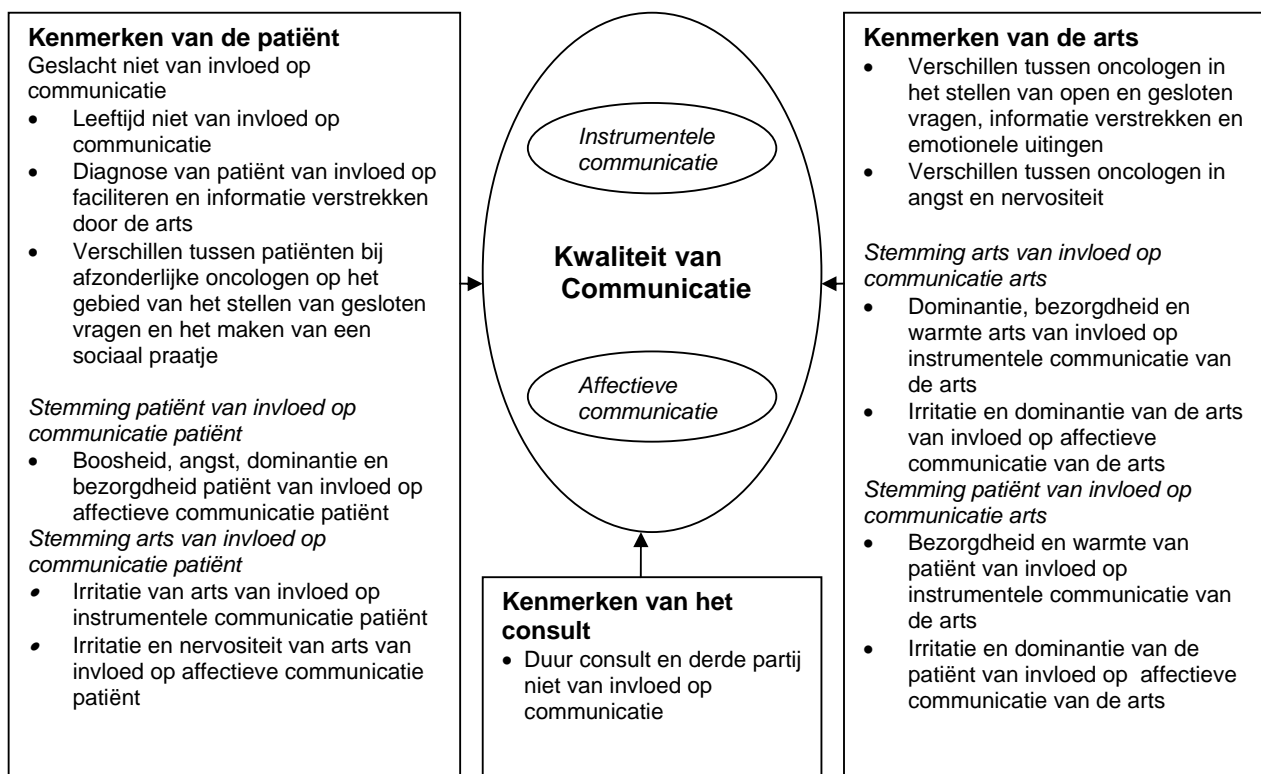
Informatievoorziening heeft alles te maken met instrumentele communicatie. Uit de deelconclusies blijkt dat de oncologen soms veel informatie aan hun patiënten verstrekken. Ongeveer 70% van de tijd van een consult geven de oncologen informatie aan de patiënten. Uit de analyses blijkt dat de hoeveelheid informatie samenhangt met het stellen van vragen. Aan de ene kant is de arts vanuit de WGBO verplicht informatie te geven over de aard van de ingreep, eventuele alternatieven, de ermee gepaard gaande risico's en de prognose. Anderzijds is het de vraag of de patiënt die toch meestal al in een nerveuze positie verkeert deze hoeveelheid informatie kan onthouden. Informatie op papier tijdens het consult meegeven kan ervoor zorgdragen dat patiënten gemakkelijker de informatie kunnen onthouden of nazoeken. Dit is ook één van de punten die Roter stelt op de Proficiency Checklist. Na analyse van de uitkomsten van dit instrument blijkt dat de oncologen niet helemaal voldoen aan de door Roter gestelde eisen aan de informatievoorziening. Het zijn vaak de praktische zaken over de behandeling en de toestand van de patiënt waarover de artsen informatie verlenen. Over emoties, de psychosociale status, over de zorgen, verwachtingen, overtuigingen en gevoelens van de patiënt wordt bijna niet gesproken.

Emoties hebben alles te maken met affectief gedrag dat met behulp van het RIAS is gemeten. Door affectief gedrag toe te passen ontstaat er een relatie tussen arts en patiënt. Hoe artsen omgaan met de emoties van de patiënten, bepaalt het vertrouwen in de arts-patiëntrelatie. Artsen kunnen deze toch wel complexe relatie opbouwen door te luisteren naar hun patiënt en empathie te tonen. Ondanks dat praten over emoties zorgt voor een goede arts-patiëntrelatie, wordt dit maar relatief weinig gedaan. Ongeveer 12% van de uitspraken van de arts gaat over emoties, waar de positieve gespreksuitingen een groot deel van uitmaken. Kijkend naar de verschillende affectieve scores per arts blijken de scores toch redelijk dicht bij elkaar te liggen. Een behoorlijk verschil tussen de artsen is geconstateerd op het gebied van emotionele uitdrukkingen. Het blijkt dat de ene arts meer emotionele uitdrukkingen gebruikt dan de andere. Verder is tussen de artsen een verschil geconstateerd in het beginnen van een sociaal praatje. De ene arts maakt vaker een sociaal praatje dan de andere. Dit blijkt ook zo te zijn voor de patiënten bij de verschillende oncologen. Hier is een wisselwerking te zien tussen de arts en de patiënt. Wanneer een arts meer openstaat voor een praatje, zal een patiënt eerder een sociaal praatje beginnen. Bij de patiënten ligt het aantal uitspraken over emoties iets hoger dan bij de artsen, namelijk 23%. Er wordt dus vrij weinig affectieve communicatie toegepast tijdens de consulten. Terwijl affectieve communicatie toch zorgt voor een goede arts-patiëntrelatie, waar zowel arts als patiënt groot belang bij hebben. Een goede arts-patiëntrelatie zorgt voor een hogere tevredenheid, therapietrouw en zelfs een betere gezondheid. Af te vragen is of er zo weinig affectieve communicatie wordt gebruikt vanwege het tijdsgebrek tijdens de consulten. Of is het de steeds strenger wordende overheid die met de informed consentplicht veel tijd vraagt tijdens de consulten. Of krijgen we te maken met een steeds meer eisende patiënt. Of is het de arts die de vaardigheden niet beschikt. Hierover kan nog niet veel worden gezegd.

Het laatste kenmerk van de kwaliteit van zorg is het besluitvormingsproces. In dit onderzoek is dit niet zo uitgebreid aan de orde gekomen als informatie en emoties. Er is aan de patiënten 32 maal naar een mening over een behandeling gevraagd door de arts. Bij sommige patiënten is dit meermalen gevraagd. Bij andere patiënten is dit helemaal niet gevraagd. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de diagnose van een patiënt samenhangt met het faciliteren van de patiënt, ofwel het vragen van een mening over een behandeling. Bij bepaalde diagnoses werd dus meer naar de mening van de patiënt gevraagd dan bij andere diagnoses. Van shared decision making is in de meeste gevallen geen sprake. Deze conclusie is eveneens getrokken door Van der Arend (2006) die met dezelfde data een onderzoek naar shared decision making heeft gedaan. Artsen gaan er vaak vanuit dat de patiënten de behandeling willen ondergaan en laten niet altijd de keuze aan de patiënt. Vanuit de paternalistische gedachten een prima bevinding, maar in de nieuwe wereld van de arts en patiënt, waarin de gezagsverhoudingen tussen arts en patiënt veranderen, de patiënt mondiger wordt en steeds meer rechten krijgt, zal dit moeten veranderen. Kortom de patiënt is op zoek naar meer wederkerigheid in de arts-patiëntrelatie. Bij deze wederkerigheid hoort gezamenlijke besluitvorming.

In het theoretisch model in figuur 1 zijn nog eens alle verbanden weergegeven die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Kort samengevat kan worden verklaard dat een aantal stemmingen van zowel arts als patiënt van invloed is op de communicatie van de arts en de patiënt. De achtergrondkenmerken van de patiënt en het consult zijn nauwelijks van invloed op de communicatie. Alleen het achtergrondkenmerk diagnose is van invloed op communicatie. De overige achtergrondkenmerken zoals, het geslacht en leeftijd van de patiënt, de duur van het consult en de aanwezigheid van een derde partij waren helemaal niet van invloed op de communicatie.

Figuur 1 Theoretisch model met resultaten





Hiermee is tevens de frictie tussen de wenselijke en werkelijke communicatie opgehelderd. De indruk bestaat dat veel patiënten prijs stellen op informatie, een goede arts-patiëntrelatie op basis van emoties en een gezamenlijke besluitvorming. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de informatievoorziening op pijn is wat betreft de eisen die zijn gesteld door de WGBO. Vanuit de gestelde eisen door Roter in de Proficiency Checklist ontbreken er echter nog enkele punten in de informatievoorziening. De informatie die wordt verstrekt wordt op een duidelijk begrijpbaar niveau overgedragen aan de patiënten. Het is de vraag of er soms niet te veel informatie wordt gegeven aan de patiënten en of dit niet ten kostte gaat van de affectieve communicatie. De kanttekening die gemaakt kan worden bij de affectieve communicatie, is dat de communicatie alleen verbaal is waargenomen. Affectieve communicatie bestaat voor een groot deel uit non-verbale uitingen, die in dit onderzoek niet zijn meegenomen. De besluitvorming omtrent een behandeling zou op een meer gezamenlijke manier tot stand kunnen komen. Echter heeft de onderzoeker niet het gevoel gekregen dat de oncologen op een dwingende wijze een behandeling opdroegen. Deze uitkomsten staven eveneens met de uitkomsten van het onderzoek van Van der Arend (2006). Zij concludeert dat de oncologen een beperkte betrokkenheid van patiënten bij de klinische besluitvorming creëren. De grootste problemen doen zich voor bij het onderzoeken van de informatiebehoefte van de patiënt en van de gewenste betrokkenheid van de patiënt bij de klinische besluitvorming, aldus Van der Arend. Concluderend kan worden gesteld dat er een nog een frictie in de werkelijke en wenselijke communicatie is.

### **Theoretische reflectie**

In de theoretische reflectie zal aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek een koppeling worden gelegd met de literatuur en het theoretisch model van dit onderzoek. Deze beschrijving zal worden gedaan met behulp van de kenmerken van communicatie.

#### **Informatievoorziening**

Uit de onderzoeken van Ong (2000), Ishikawa et al (2000), Bensing (1991) en Roter (1988) blijkt dat artsen veel langer aan het woord zijn tijdens het consult dan de patiënten. Ook in dit onderzoek bleken de artsen tweemaal zolang aan het woord te zijn dan de patiënten. Uit de onderzoeksresultaten van Roter (1992) blijkt dat de arts 23% van de tijd aan het vragen stellen is en 35% van de tijd informatie aan het geven is. In dit onderzoek is de arts ongeveer 11% van de tijd vragen aan het stellen en 79% van de tijd aan het informatie geven. Dit is een opvallend verschil in bestede tijd aan informatievoorziening. In dit onderzoek wordt dus tweemaal zoveel informatie gegeven aan de patiënten dan in het onderzoek van Roter. De vraag is of dit te maken heeft met de eisen die in Nederland gesteld zijn aan de informatievoorziening. Ishikawa et al (2000) stellen dat het informatie geven van de arts afhankelijk is van de leeftijd en geslacht van de patiënt. In dit onderzoek bleek dit niet het geval. Wel blijkt in dit onderzoek evenals uit het onderzoek van Ong (2000) de diagnose van de patiënt van invloed op de hoeveelheid verstrekte informatie door de oncologen. Daarnaast stellen Ishikawa et al (2000) en Sutherland (1989) dat het vragen stellen van de patiënt van invloed is op de hoeveelheid informatie die arts geeft. Ook in dit onderzoek bleek dit zo te zijn.

Tevens komt uit de onderzoeken van Ishikawa et al (2000) en Sutherland (1989) naar voren dat er door de arts meer gesloten dan open vragen worden gesteld. In dit onderzoek is dit eveneens het geval. De duur van het consult is volgens de onderzoekers Ishikawa et al (2000) en Bensing (1991) ook van invloed op de hoeveelheid informatie die een patiënt krijgt van een arts. In dit onderzoek vertoonde de duur van het consult geen samenhang met de hoeveelheid informatie die een patiënt kreeg.

### Emoties

Maguire(1999) heeft door middel van onderzoek aangetoond dat er tijdens de consulten maar weinig aandacht voor de psychosociale status van de patiënt is. In dit onderzoek is dit eveneens geconstateerd. Er wordt meer aandacht gericht op de instrumentele kant van de communicatie dan de affectieve kant. Ishikawa et al (2000) heeft zich in het onderzoek meer gericht op de achtergrondkenmerken. Ishikawa et al heeft geconstateerd dat het geslacht en de aanwezigheid van een naaste van invloed zijn op het uiten van emoties van de patiënt. Daarnaast hebben Ishikawa et al geconstateerd dat de emotionele uitingen van de arts samenhangen met de duur van het consult. In dit onderzoek is gebleken dat dit geen enkel verband had met elkaar. Wel is er in dit onderzoek een verschil in emotionele uitingen tussen de oncologen geconstateerd. Naar de scores in dit onderzoek op de Global Affect schaal kijkend blijken dit ongeveer dezelfde scores te zijn als de scores die Ong (2000) uit haar onderzoek heeft gekregen. De stemmingen van de patiënten en oncologen tijdens een consult blijken dus ongeveer gelijk te zijn. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de hoeveelheid counselende uitspraken van de arts samenhangt met de interesse/bezorgdheid en warmte/vriendelijkheid van de arts. Deze uitkomsten zijn eveneens gevonden door Bensing in een onderzoek naar de arts-patiëntrelatie en de kwaliteit van zorg (1991). De overige toetsen met betrekking tot de stemmingen kunnen niet worden vergeleken omdat er door Bensing andere clusters zijn gebruikt.

### Besluitvorming

Volgens Edwards en Elwyn (2001) dient bij patiëntgericht handelen rekening te worden gehouden met ervaringen en waarden van patiënten en dat de arts de mate verkent waarin een patiënt betrokken wil worden bij de besluitvorming tot een behandeling. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten niet altijd betrokken worden bij de keuze tot een behandeling. Van der Arend (2006) heeft met dezelfde onderzoeksdata gewerkt als in dit onderzoek. Zij heeft met andere instrumenten de gesprekken beoordeeld, op een shared decision making perspectief. Uit het onderzoek van Van der Arend blijkt eveneens dat de artsen weinig aandacht hebben voor het vaststellen of een patiënt bij de behandelingsbeslissing betrokken wil worden. Hiermee wordt de indruk gewekt dat de artsen de controle over het consult traditioneel in handen willen houden. Dit contrasteert met de bevindingen van Douma (2005), Edwards en Elwyn (2001) en Koedoot (2003), die allen spreken van een verschuiving van het paternalisme naar shared decision making in de arts-patiëntrelatie. Wellicht is de wens tot shared decision making er wel, maar is het handelen daar nog niet direct mee in lijn gezet.

### **Methodologische beperkingen**

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de beperkingen van het onderzoek. Allereerst zal dieper ingegaan worden op de methodologische beperkingen binnen de gekozen onderzoeksopzet, daarna zal worden ingegaan op de beperkingen van de gebruikte onderzoeksinstrumenten.

#### **5.4.1 Methodologische beperkingen van de onderzoeksopzet**

De onderzoekspopulatie is gevormd door een relatief kleine groep oncologen en patiënten. Bovendien is het onderzoek uitgevoerd in één instelling. Daardoor zijn de resultaten niet direct generaliseerbaar naar alle oncologen. Doordat een intensieve vorming op de communicatieve vaardigheden van de oncologen door de opleiding heeft plaatsgevonden, zal dit onderzoek ook niet naar andere artsengroepen te generaliseren zijn. Oncologen zullen in de meeste gevallen communicatief sterkere spelers zijn en zullen een onderzoek als dit niet als bedreigend ervaren.

Ook is er selectie opgetreden in de keuze van patiënten. De oncologen hebben een selectie gemaakt uit patiënten waarvan zij van te voren wisten dat er een beslissing tot wel of niet behandelen werd gemaakt. Ook uit deze groep zou weer een selectie kunnen optreden. Consulten waar geen beslissing werd gemaakt werden niet opgenomen. Optioneel was geweest om alle consulten op te nemen.

Wanneer alle consulten consequent waren opgenomen, waren er wellicht andere uitkomsten uit dit onderzoek voortgekomen.

Doordat de oncologen van tevoren is verteld dat het onderzoek over communicatie gaat, kan sociaal wenselijk gedrag zijn ontstaan. Om toestemming van de patiënten te krijgen voor de deelname aan het onderzoek was het van belang dat de oncologen wisten waar het onderzoek over ging. Sociaal wenselijk gedrag kan eveneens voor vertekening in de resultaten van het onderzoek zorgen. Nog minder informatie verstrekken aan de oncologen was een optie geweest om dit te voorkomen. Daarnaast verschilde het aantal consulten dat de oncologen hebben opgenomen en verschilden de duur en de diagnoses van de consulten. Oplossing is het stellen van een maximale duur van een consult en dezelfde diagnoses voor de vergelijking gebruiken.

Naast een relatief kleine groep oncologen zijn er relatief weinig patiënten geïnccludeerd in het onderzoek. Aan deze patiënten is voorafgaand aan het onderzoek toestemming tot deelname gevraagd. In deze groep patiënten zou selectie opgetreden kunnen zijn doordat patiënten niet mondig of juist wel mondig genoeg zijn geweest om niet deel te nemen aan het onderzoek. Indien de mondige patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek zal er veel meer communicatie plaatsvinden dan wanneer de niet mondige patiënten deelnemen aan het onderzoek. Dit zou een vertekend beeld van de uitkomsten kunnen opleveren. Daarnaast waren de patiënten relatief gezien allemaal op leeftijd. Oudere patiënten zijn vaak minder mondig. Ook blijken patiënten met een ziekte als kanker minder mondig te zijn dan chronisch zieken (Bensing, 1991). Het probleem van de mondigheid van de patiënt kan worden ondervangen door de patiënt langere tijd te volgen. De patiënt krijgt dan een band met de arts en zal zich waarschijnlijk communicatief opener gedragen. Daarmee wordt gelijk het probleem van de Proficiency Checklist ondervangen. Door een patiënt langere tijd te volgen weet de onderzoeker precies welke informatie wel en niet is verteld tijdens de consulten.

In vervolgonderzoek is het noodzakelijk om de steekproefgrootte (het aantal patiënten, oncologen en instellingen) te vergroten. Op deze manier is het onderzoek gemakkelijker te generaliseren. Daarnaast kan dieper ingegaan worden op de scores per categorie en hoeft clustering van de categorieën niet plaats te vinden, omdat er meer scores zullen zijn op de afzonderlijke categorieën. Rekeninghoudend met de tijd en de kosten van een grootschalig onderzoek was dit niet mogelijk in het huidige onderzoek. Echter deze kleine onderzoekspopulatie zorgt wel voor een gedetailleerde beschrijving.

#### 5.4.2 Methodologische beperkingen van de meetinstrumenten

In dit onderzoek is gewerkt met drie verschillende meetinstrumenten. Voor de aanvang van het onderzoek heeft de onderzoeker zich verdiept in de handleidingen van deze instrumenten. Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker volgens deze handleidingen gewerkt en gerapporteerd. Dit zal de herhaalbaarheid van het onderzoek vergemakkelijken. Het scoren op de verschillende instrumenten was aan de hand van de uitgebreide handleiding gemakkelijk geleerd. Het scoren op de instrumenten heeft zowel een objectief als subjectief karakter. De onderzoeker gaat tijdens het scoren subjectief te werk, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek afneemt. Tegelijkertijd neemt de betrouwbaarheid en validiteit toe doordat alle consulten geanalyseerd worden door één onderzoeker. Om een hogere validiteit en betrouwbaarheid te creëren wordt een training van de onderzoeker door middel van een video-opname aanbevolen. Naast een subjectief karakter heeft het RIAS een objectief karakter. Door middel van het RIAS wordt elke uitspraak van een arts of patiënt genoteerd, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek toeneemt. Ook de Global Affect schaal en de Proficiency Checklist hebben een subjectief karakter. De Global Affect schaal is opgebouwd volgens de Likert-schaal. Een belangrijk nadeel van een Likert-schaal is dat er vaak wordt gescoord aan de hand van een vergelijking. De onderzoeker vergelijkt als het ware de consulten met elkaar en bepaald aan de hand van deze vergelijking de scores. De betrouwbaarheid van het onderzoek daalt hierdoor. Het subjectieve karakter van deze instrumenten kan worden ondervangen door meer onderzoekers dezelfde consulten te laten analyseren. Door meer onderzoekers de consulten te laten analyseren ontstaat een gemiddelde score en wordt het scoringsgedrag van de onderzoeker beperkt. Anderzijds wanneer één onderzoeker alle consulten scoort blijft de betrouwbaarheid en validiteit op een gelijk niveau, mits deze onderzoeken niet vergeleken worden met ander onderzoek.

Verder naar het RIAS kijkend blijkt dat het RIAS zeer flexibel is. De onderzoeker kan ervoor kiezen categorieën toe te voegen of juist te verwijderen en kan bovendien zelf samengestelde clusters maken. In dit onderzoek is op aanbeveling van Sandvik et al (2002) de categorie huilen toegevoegd. Betwistbaar is of deze categorie daadwerkelijk in de toekomst toegevoegd dient te worden. In dit onderzoek is de categorie relatief weinig gebruikt. Daarnaast is door de onderzoeker zelf de categorie "bijwerkingen van de behandeling" toegevoegd. Deze categorie had hoge scores in deze setting en is dus een aanbeveling voor toekomstig onderzoek onder oncologiepatiënten. Twee categorieën zijn niet of nauwelijks gebruikt. Het gaat hier om de categorieën "verzoeken om een dienst" en "sturen en counselen". Zoals Ong (2000) suggereert zou dit kunnen komen doordat deze categorieën wellicht voor een andere onderzoekssetting bedoeld zijn. Een volgende onderzoeker kan overwegen deze categorieën niet op te nemen in het RIAS. Door categorieën te verwijderen of toe te voegen ontstaat er veel verschil in de opbouw van de clusters.

Het toevoegen en verwijderen van de categorieën betekent aan de ene kant flexibiliteit van het instrument. Anderzijds betekent dit ook dat het bijna niet mogelijk is om onderzoek met elkaar te vergelijken. Standaardiseren van het instrument betekent dat vergelijken gemakkelijker is, maar dat de flexibiliteit afneemt. De onderzoeker prefereert de flexibiliteit van het instrument boven de standaardisatie van het instrument. Door het instrument te standaardiseren zou het minder gemakkelijk toepasbaar zijn in verschillende onderzoekssettings.

Eveneens flexibel is het RIAS in de manier van het opnemen van het consult. Het consult kan zowel op audiotape als videotape worden opgenomen. Rekeninghoudend met de kosten van het onderzoek is er in dit onderzoek voor gekozen om de consulten op audiotape op te nemen. Omdat communicatie zowel emotionele als cognitieve elementen bevat prefereert de onderzoeker in de toekomst de consulten op te nemen op video. Door de communicatie op audiotape op te nemen gaat er een groot deel aan affectieve communicatie (zoals aanrakingen en oogcontact) verloren. Daarnaast zijn er tijdens consulten momenten van stilte, waarin een video-opname registreert wat er gebeurt en een audio-opname niet. Tegelijkertijd kunnen video-opname ervoor zorgen dat patiënten en artsen zich anders gaan gedragen doordat zij worden gefilmd. Een geluidsopname maakt toch vaker minder indruk op mensen, dan een video-opname.

Een beperking aan de opnames van de consulten is dat er vooraf toestemming aan de patiënt gevraagd dient te worden. Doordat er voorafgaand aan het consult door de oncoloog toestemming voor opname gevraagd moet worden aan de patiënt gaat een essentieel deel (de begroeting) van het consult verloren. Een optie zou kunnen zijn dat de assistente in de wachtkamer al deze toestemming vraagt. Op deze manier kan de apparatuur al ingeschakeld worden bij binnenkomst. Ook tijdens medisch onderzoek is de opnameapparatuur uitgeschakeld, waardoor er essentiële communicatie ontbreekt. Dit zou ondervangen kunnen worden door vooraf met de oncologen af te spreken het medisch onderzoek wel op te nemen.

Een heikel punt van de drie instrumenten die gebruikt zijn voor dit onderzoek is de normering. Aan geen van de instrumenten is een normering gekoppeld. Hoe bepaal je wat goede communicatie is? Roter et al (1988) stellen dat het RIAS niet is ontwikkeld om te beoordelen of een consult goed of slecht is. Na dit onderzoek kan dus niet worden geconcludeerd of de manier van communiceren voldoet aan de eisen. Tegelijkertijd maakt dit onderzoek wel een verschillenanalyse tussen de oncologen mogelijk. Daarnaast kan dit onderzoek vergeleken worden met ander onderzoek. Uit deze vergelijking kan echter wel een conclusie getrokken worden. Door de variatie in clusters en de variatie in het scoren van de onderzoekers is het echter de vraag of vergelijking van onderzoek mogelijk is.

Normen stellen aan communicatie lijkt een goede optie. Maar hoe stel je deze normen op? Naast dat communicatie en de arts-patiëntrelatie cultuurafhankelijk is (Ong, 2000), zal de communicatie ook per ziektebeeld verschillen. Normen zullen van allerlei factoren afhankelijk zijn. De grote vraag is hoe artsen omgaan met een "normering" van communicatie. Door normen op te stellen kunnen de vaardigheden van de artsen gemakkelijker worden geanalyseerd. Door artsen te vertellen welke vaardigheden in consultvoering ontbreken, neemt de kwaliteit van consultvoering toe. En zal dit uiteindelijk inwerken op de arts-patiëntrelatie en daarmee de therapietrouw, tevredenheid en de gezondheid van de patiënt. Ook kunnen artsen hun eigen communicatieve vaardigheden vergelijken met de vaardigheden van hun collega's. Tegelijkertijd zal door het stellen van normen aan communicatie steeds meer druk worden gelegd op de artsen. Door de schaarse middelen moeten de artsen in een relatief korte tijd naast de eisen van de WGBO aan nog meer communicatie-eisen gaan voldoen tijdens een consult. De vraag is of het mindere gebruik van affectieve communicatie met een gebrek aan vaardigheden van een arts te maken heeft. Of dat het met de tijdsdruk van de tegenwoordige consulten te maken heeft. Om hier achter te komen kunnen "oudere" consulten op gelijke wijze worden geanalyseerd en worden vergeleken met huidige consulten. Daarnaast zullen de opleidingseisen moeten worden geanalyseerd.

## Hoofdstuk 6: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek en voor de praktijk.

### 6.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Om het wetenschappelijk inzicht in communicatie tussen arts en patiënt te vergroten is het van belang dat er meer onderzoek komt naar communicatie. Om de validiteit van deze onderzoeken te verbeteren is het aan te raden om in het onderzoek meer onderzoeksinstellingen, meer oncologen en meer patiënten te betrekken. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen is het van belang om meer onderzoekers dezelfde consulten te laten analyseren, of één onderzoeker meermalen hetzelfde consult te laten analyseren. Op deze manier ontstaat er een gemiddelde score van de consulten. Een goede training van de onderzoeker is van belang voordat de onderzoeker de consulten gaat analyseren. Aanbeveling is hier een instructie van de instrumenten te ontwikkelen op video. Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is het consult op te nemen op video. Door het consult niet op te nemen op video in dit onderzoek is veel affectieve communicatie buiten het onderzoek gebleven.

Voorkeur van de onderzoeker heeft het, de clusterindeling gelijk te houden, zodat vervolgonderzoek gemakkelijker vergeleken kan worden. De onderzoeker raadt de vervolgondezoeker aan om in deze clusters de categorie “bijwerkingen” op te nemen. Door de categorie “bijwerkingen” op te nemen kan er een onderscheid worden gemaakt in therapeutische informatie en informatie over bijwerkingen. De categorie “hуilen” dient niet opgenomen te worden in het RIAS, en zou de onderzoeker in het vervolg coderen als “zich zorgen maken”. Ook van belang is het om in vervolgonderzoek de clusters verder uit te diepen, zodat meer gezegd kan worden over de afzonderlijke categorieën die onder de clusters vallen.

Door verder onderzoek op dezelfde manier in te richten als dit onderzoek, door middel van de clusters, is vergelijking van de onderzoeken gemakkelijker. Daarnaast kan nieuw onderzoek worden vergeleken met de bestaande literatuur. Om te kunnen stellen of oncologen andere communicatieve vaardigheden bezitten dan andere artsen, is het een optie om onderzoek te vergelijken met een andere artsengroep. Op deze manier verandert de setting waar het onderzoek plaatsvindt. Om een goede vergelijking van onderzoek te maken is normering van communicatie van groot belang. Op dit moment bestaan er nog geen normen. Aanbeveling voor de toekomst is een normering van communicatie te ontwikkelen. Of een onderzoek met patiëntenuitkomsten, bijvoorbeeld tevredenheid, te koppelen aan een communicatief onderzoek zoals dit. Op deze manier kan ook een normering worden bewerkstelligd.

Ook is in dit onderzoek is specifiek gekeken naar de invloed van de achtergrondkenmerken van de patiënt op communicatie. Voor vervolgonderzoek wanneer er meer oncologen geïnccludeerd zijn in het onderzoek, is het een optie om de achtergrondkenmerken van de oncologen op te nemen in het onderzoek.

## 6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek blijkt dat van de drie kenmerken van communicatie twee kenmerken tijdens het consult maar weinig naar voren komen. Het uiten van emoties en gezamenlijke besluitvorming blijft ver achter bij de informatievoorziening tijdens het consult. Dit wekt de indruk dat tijdens de artsenopleiding weinig aandacht wordt besteed aan de vaardigheden die nodig zijn voor gezamenlijke besluitvorming en het uiten van emoties. Een belangrijke aanbeveling van dit onderzoek is dan ook serieus te investeren in training- en onderwijsprogramma's voor de ontwikkeling van specifieke psychosociale technieken en shared decision making technieken die geschikt zijn voor de oncologie. Zodat de huidige oncologen een bijscholing kunnen genieten, en dit voor de toekomstige oncologen in het onderwijsprogramma wordt opgenomen. Door een dergelijk onderwijsprogramma wordt in ieder geval het bewustzijn van emoties en gezamenlijke besluitvorming van de oncologen geprikkeld, daarnaast zullen er specifieke vaardigheden ontwikkeld dienen te worden. Hieronder worden een aantal aandachtspunten opgesomd, afkomstig uit de resultaten van dit onderzoek, waarmee bij ontwikkeling van het onderwijsprogramma rekening gehouden kan worden. Omdat onderstaande aandachtspunten voor het onderwijsprogramma op basis van dit onderzoek zijn samengesteld, zijn dit tevens aandachtspunten waarop de oncologen uit dit onderzoek actie kunnen ondernemen ter verbetering van hun communicatie.

- Oncologen dienen de verwachtingen van het consult en de behandeling bij de patiënten vaker na te gaan.
- Om een beeld te krijgen van de emoties van de patiënt dienen meer psychosociale vragen te worden gesteld. (Bij voorkeur dienen dit open vragen te zijn, zodat patiënten meer ruimte krijgen hun verhaal te doen).
- Meer affectieve communicatie toepassen tijdens een consult draagt bij aan het vertrouwen in een arts-patiëntrelatie. Waardoor de tevredenheid van de patiënt toeneemt en dit zich zal uiten in een hogere therapietrouw en een betere gezondheid van de patiënt.
- Eveneens betekent het toepassen van meer affectieve communicatie dat de emotionele conditie van de patiënt vaker aan bod komt tijdens een consult. Op deze wijze zal zowel de functionele als emotionele gezondheid aan de orde komen.
- Oncologen dienen er meer van verzekerd te zijn dat vragen en zorgen van de patiënt zijn weggenomen.
- Biedt meer keuzemogelijkheden voor behandeling, zodat de patiënt zelf een keuze kan maken tussen de behandelingen. Daarnaast dienen de mening, overtuiging en gevoelens tegenover een bepaalde behandeling bij een patiënt na te worden gegaan.
- Ga na in hoeverre patiënten betrokken willen worden in het gezamenlijke besluitvormingsproces.
- Door de grote hoeveelheid informatie die patiënten krijgen is het van belang dat vaker wordt gecheckt of informatie opgenomen is door de patiënt. Informatie op papier is een goede aanvulling.
- Creëer een meer wederkerige arts-patiëntrelatie in plaats van een paternalistische arts-patiëntrelatie. Patiënten krijgen in een wederkerige arts-patiëntrelatie meer ruimte voor emoties. Tevens is gezamenlijke besluitvorming vanuit deze relatie gemakkelijker.

## Referentielijst

Arend, L. van der 2006. *Klinische besluitvorming in de oncologische zorg. Een onderzoek naar shared decision making in MCRZ*. Rotterdam: IBMG.

Bensing, J. 1991. *Doctor-patient communication and the quality of care*. Utrecht: Nivel.

Blanchard C.G, Ruckdeschel J.C, Blanchard E.B, et al. *Interactions Between Oncologists and Patients During Rounds*. *Annals of Internal Medicine* 1983, 99:694-699.

Bourhis R.Y., Roth S, MacQueen G. *Communication in the Hospital Setting: A Survey of Medical and Every Day Language Use Amongst Patients, Nurses and Doctors*. *Social Science and Medicine* 1989,28,4:339-346.

Brink-Muinen, A. van den et al. 2004. *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: Nivel.

Buller M.K., Buller D.B. Physicians, Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behaviour* 1987, 28:375-388.

Castejón J, López-Roig S, Pastor M.A, Picó C, Reig M.T, Rodríguez-Marin, J., Terol, C. Cancer Patients: Health Information and Quality of Life. The 7<sup>th</sup> Conference of the European Health Psychology Society 1993. Abstract.

Charles C, et al. *What do we mean by partnership in making decisions about treatment?* *BNJ* 1999;319:780-2.

Craggs, R. & M. McGeeWood. 2003. *Annotating emotion in dialogue*. [Internet]. [Aangehaald 28-12-2006] Bereikbaar op [http://www.sigdial.org/workshops/workshop4/proceedings/14\\_SHORT\\_craggs\\_emotionInDialogue.pdf](http://www.sigdial.org/workshops/workshop4/proceedings/14_SHORT_craggs_emotionInDialogue.pdf).

Cresswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 2<sup>nd</sup> ed. United States of America: Sage Publications, Inc.

Deveugele, M. 2003. *Doctor-patient communication in general practice. An observational study in six European countries*. Gent.

Donabedian, A. 'The quality of care. How can it be assessed' *JAMA* .1988;260: 1743-1748.

Douma, J. 2005. 'Shared Decision-Making in de palliatieve zorg' [Internet]. [Aangehaald op 15-11-2006]. Bereikbaar op <http://www.boerhaavenet.nl/books/2425.pdf>.



Dulmen, S. 2002. 'The key to good healthcare communication.' *Patient education and Counseling* 46 (2002) 233-234.

Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersly, P & R. Grol. Measuring the involvement of patients in shared decision making: a systematic review of instruments. *Patient education and Counseling* 43 (2001) 5-22.

Epstein RM, et al *Communicating evidence for participatory decision making*. JAMA 2004;291:2359-66.

Garrity T.F. Medical Compliance and the Clinician-Patient Relationship: a Review. *Social Science and Medicine* 1981, 15:215-222.

Gezondheidsraad. *Medisch handelen op een tweesprong*. Den Haag:1991.

Haes, J.C.J.M. e.a.. 1999. *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier/Bunge.

Heaven & C. Green. 2001. *Medical Interview Aural Rating Scale*, CRC psychological medical group, Oktober.

Hoofdakker, R.H. van den. *Het bolwerk der beterveters, over de medische ethiek en de status quo*. Amsterdam: Van Gennep, 1971.

Ishikawa, H. e.a.. 2000. 'The interaction between physician and patient communication behaviours in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics'. *Patient Education and Counseling* 46 (2002) 277-285.

Freemon B, Negrete V.F, Davis M, et al. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatric Research* 1971,5:298-311.

Kaba. R. & P. Sooriakumaran. 2006. 'The evolution of the doctor-patient relationship'. *International Journal of Surgery* (2006).

Kaplan S.H, Greenfield S, Ware J.E. *Assessing the Effects of Physician-Patient Interaction on the Outcomes of Chronic Disease*. *Medical Care* 1989, 27:110-127.

KNMG, 2003. 'Kwaliteitsmanifest' . [Internet]. [Aangehaald op 11-12-2006]. Bereikbaar op [http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R129044484254242](http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R129044484254242).

Koedoot, C.G. (2003). *Against a sea of troubles. Choosing palliative chemotherapy and watchful waiting*. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn.

Krupat, E. 2004. 'The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behaviour.' *Patient Education and Counseling xxx* (2005) 1-8.

KWF Kanker Bestrijding. 2005. *Soorten kanker*. [Internet]. [Aangehaald op 10-07-2006]. Bereikbaar op <http://www.kwfkankerbestrijding.nl/folderViewer.jsp?id=7>.

Ley P. *Communication with Patients. Improving Communication, Satisfaction and Compliance* (1988). Chapman and Hall: London.

Leydon GM, et al *Cancer patient's information needs and information seeking behaviour: in depth interview study*. *BMJ*;2000:320:909-13.

Maas, P.J. e.a. 1999. *Volksgesondheid en Gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Maguire, P. (1999). *Improving communication with cancer patients*. *European Journal of Cancer*, 35(14), 2058-2065.

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid. 2007. *Geschiedenis van het MCRZ*. [Internet]. [Aangehaald op 22-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.mcrz.nl/nieuws/organisatie/historie-B.htm>.

Meredith C, et al. *Information needs of cancer patients in Scotland: cross sectional survey of patient's views*. *BMJ*;1996:313:724-6.

Moll, W & M. Haimé. 2001. *Ruwaard van Putten Ziekenhuis; Werkboek Kwaliteitszorg Leidinggevenden*. Spijkenisse: RWP.

Morrow G.R. Hoagland A.C., Carpenter P.J. *Improving Physicians-Patient Communication in Cancer Treatment*. *Journal of Psychosocial Oncology* 1983,1:93-101.

Nivel. 1998. *Communication skills of medical specialist in oncology*. [Internet]. Hulsman, 1998. [aangehaald op 11-1-2006]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl>.

Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., & Sjöden, P.-O. (2001). *Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model*. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.

Ong. L.M.L. 2000. *Communication between doctors and cancer patients: taping the initial consultation*. Amsterdam: Thela Thesis.

Pruyn J.F.A., Ruckman R.M, van Brunschot C.J.M, van den Borne H.W. *Cancer Patients' Personality Characteristics, Physicians-Patient Communications and Adoption of Moerman Diet*. *Social Science and Medicine* 1985, 20,8:841-847.

Redactie Wetgeving Gezondheidszorg. 2002. Tekstuitgave wetgeving gezondheidszorg. Houten:Bohn Stafleu van Loghum:Houten.

Rizo. C. a. e.a. 2002. 'What's a good doctor and how do you make one?' *BMJ volume 325* (2002) 711-715.

Roter Interaction Analysis System. 2006. *Roter Interaction Analysis System Manual*. [internet]. Debra Roter, 2002. [aangehaald op 11-1-2006]. Bereikbaar op <http://www.rias.org>.

Roter, D.L. & J.A. Hall.1992. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*. London: Auburn House.

Roter, D.L., Hall J.A., Katz N.R. Relations Between Physicians. Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall and Impressions. *Medical Care* 1987, 25,5:437-451.

Roter, D.L., Hall J.A., Katz N.R. Patient-Physician Communication: A descriptive Summary of the Literature. *Patient Education and Counseling* 1988,12: 99-119.

Roter, D. & S. Larson. 2001. 'The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *'Patient Education and Counseling* 46 (2002): 243-251.

Rutten, G.E.H.M. (red). Huisarts en patiënt. *Richtlijnen en uitgangspunten*. Utrecht: NHG, 1996.

Sandvik, S. e.a.. 2000. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *'Patient Education and Counseling* 46 (2002): 235-241.

Schouten, B.C. e.a.. 2005. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherland. *'Patient Education and Counseling* 58 (2005): 288-295.

Schouten, J.A.M. 2003. *Anamnese en Advies. Nieuwe richtlijn voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt*. Samson Stafleu: Alphen aan den Rijn.

Segers, J. & Hutjes J. *De gevalstudie*. Hoofdstuk 11 in: Segers J.Methoden voor de maatschappijwetenschappen. Assen: van Gorcum 1999; 339-366.

Stewart, M. & D. Roter. 1989. *Communicating with medical patients*. California: Sage publications.

Sutherland H.J., Llewellyn-Thomas H.A, Lockwood G.A. , et al. Cancer patients: Their desire for information and participation in treatment decisions. *Journal of the royal society of medicine* 1989,82:260-263.

Waitzkin H. Doctor-Patient Communication Clinical Implications of Social Scientific Research. *The Journal of the American Medical Association* 1984, 252, 17: 2441-2446.

Wortman, J.L.C. *Psychosomatische geneeskunde*. Lochem: De Tijdstroom, 1950.

## Bijlage 1

### Brief aan patiënten

Rotterdam, 14 februari 2006

Betreft: onderzoek naar communicatie in de oncologische zorg

Geachte meneer, mevrouw,

Graag zouden wij uw aandacht willen vragen voor het volgende. In MCRZ vindt een onderzoek plaats naar communicatie tussen artsen en patiënten. Het onderzoek is een initiatief van twee afstuderende onderzoekers van de opleiding Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Onder communicatie verstaan we onder andere: hoe het gesprek verloopt tijdens het consult, hoe uw arts u op de hoogte brengt van de diagnose en hoe u wordt begeleid naar de keuze voor een behandeling. De artsen binnen uw afdeling hebben aangegeven hierover graag informatie te willen ontvangen, zodat zij te weten komen hoe zij het doen op communicatiegebied.

Daarom vragen zij u om uw toestemming voor het op geluidsband opnemen van een consult tussen u en uw oncoloog in MCRZ. Vlak voor het consult zal worden gevraagd of u het eens met de opname van het gesprek. U hoeft dus niet te reageren op deze brief. Uw oncoloog zal zorgdragen voor de opname; u hoeft zelf verder niets te doen. De gegevens die worden opgenomen, zullen later worden gebruikt voor het onderzoek.

Bij deelname zal maximale zorg aan uw privacy worden besteed. De gegevens worden volledig geanonimiseerd (zonder naam verwerkt) en de gegevens zullen voor niemand anders dan de onderzoekers toegankelijk zijn.

Wanneer u prijs stelt op nadere informatie dan kunt u die verkrijgen via telefoonnummer 06-47398129 of 06-45614013 of via de e-mailadressen: l.vanderarend@student.unimaas.nl of aliciafister@hotmail.com. U neemt dan contact op met een van de onderzoekers.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw eventuele medewerking.

Met vriendelijke groet,

Alicia Fister en Lieke van der Arend

Studenten Masteropleiding Zorgmanagement  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Facultaire begeleider: Mw. Dr. M.A. Goossensen

## Bijlage 2

### RIAS: Categorieën per spreker

Arts	Patiënt
Closed-ended Questions Medical Condition	Closed-ended Questions Medical Condition
Closed-ended Questions Therapeutic Regimen	Closed-ended Questions Therapeutic Regimen
Closed-ended Questions Lifestyle	Closed-ended Questions Lifestyle
Closed-ended Questions Psychosocial Feelings	Closed-ended Questions Psychosocial Feelings
Closed-ended Questions Other	Closed-ended Questions Other
Open-ended Questions Medical Condition	Open-ended Questions Medical Condition
Open-ended Questions Therapeutic Regimen	Open-ended Questions Therapeutic Regimen
Open-ended Questions Lifestyle	Open-ended Questions Lifestyle
Open-ended Questions Psychosocial Feelings	Open-ended Questions Psychosocial Feelings
Open-ended Questions Other	Open-ended Questions Other
Gives information Medical Condition	Gives information Medical Condition
Gives information Therapeutic Regimen	Gives information Therapeutic Regimen
Gives information Lifestyle	Gives information Lifestyle
X	Gives information Psychosocial Feeling
Gives information Other	Gives information Other
Gives Orientation, Instructions	Gives Orientation, Instructions
Paraphrase/checks for Understanding	Paraphrase/checks for Understanding
Bid for Repetition	Bid for Repetition
Ask for Understanding	Ask for Understanding
Ask for Opinion	X
Legitimizes	Legitimizes
Partnership	X
Empathy	Empathy
Shows concern or Worry	Shows Concern or Worry
Reassures, Encourages or Shows Optimism	Reassures, Encourages or Shows Optimism
Self-disclosure	X
Laughs, Tell Jokes	Laughs, Tell Jokes
Shows Approval	Shows Approval
Gives Compliment	Gives Compliment
Shows agreement or understanding	Shows agreement or understanding
Ask for Reassurance	Ask for Reassurance
Shows disapproval	Shows disapproval
Shows criticism	Shows criticism
Counsels Medical Condition / Therapeutic Regimen	X
Counsels Lifestyle / Psychosocial Feelings	X
X	Requests for Service
Transition Words	Transition Words
Back-channel response	X
Unintelligible utterances	Unintelligible utterances



## Bijlage 4

### Proficiency Checklist: Het instrument

#### Proficiency Checklist

- 1a) Is de dokter nagegaan welke zorgen, vragen en verwachtingen er spelen bij de patiënt m.b.t. het consult?
- 1b) Is de dokter nagegaan welke zorgen, vragen en verwachtingen er spelen bij de patiënt m.b.t. het consult?
- 1c) Heeft de dokter zich er van verzekerd dat alle vragen en bezorgdheden van de patiënt gedurende het consult aan de orde zijn gekomen?
- 2a) Is de dokter de mening, gevoelens en overtuigingen van de patiënt in de aard/soort ziekten of behandeling nagegaan?
- 2b) Is de dokter de mening, gevoelens en overtuigingen van de patiënt in de aard/soort ziekten of behandeling nagegaan?
- 3 Wijst de dokter de patiënt op het probleem of meldt de patiënt het probleem aan de dokter?
- 4 Was de dokters beschikbaarheid vastgesteld tijdens het consult?
- 5 Is er gedurende het consult geschreven informatie aan de patiënt gegeven?
6. Zijn er grafieken, diagrammen, printjes, foto's, medicijnen (dozen, flessen) of andere instructiehulpmiddelen gebruikt tijdens het consult?
- 7 Is er enige referentie nagetrokken betreft de communicatie met familieleden?
- 8 Werd de familie die aanwezig was als support of als hulpbron voor informatie gezien?
- 9a) Is er in het gesprek een tweede medische mening naar voren gekomen?
- 9b) Was er sprake geweest van een nieuwe verwijzing naar een andere specialist?
- 9c) Heeft de dokter voorgesteld dat de patiënt gecheckt moet worden door een andere dokter, met wie de patiënt al een relatie heeft?
- 10 Is eventuele kritiek van andere dokters of medische staf aan de orde geweest tijdens het consult?
- 11 Had de patiënt kritiek op deze dokter of een andere dokter of was er zelfkritiek of een bekenning van een fout van deze dokter?
- 12 Is er in het gesprek gesproken over kosten / verzekeraar?
- 13 Is in het gesprek slecht nieuws of een einddiagnose aan bod gekomen? Geef een indicatie van naam en type.
- 14a) Zijn de korte termijn verwachtingen tijdens het consult ter sprake gekomen?
- 14b) Zijn er lange termijn verwachtingen tijdens het consult ter sprake gekomen?
- 14c) Zijn er onduidelijke lange / korte termijn verwachtingen aan bod gekomen tijdens het consult? Geef de mate van de discussie een cijfer. Heeft de dokter hierbij een levensverwachting in tijd aangegeven?
- 15a) Is de functionele (lichamelijke) conditie aan bod gekomen tijdens het consult?
- 15b) Is de sociaal/emotionele conditie aan bod gekomen tijdens het consult?
- 15c) Is de gehele conditie aan bod gekomen tijdens het consult?
- 16) Noteer alle einddiagnoses (closing statements). Vermeld de nieuwe vragen die opkomen aan de hand van de einddiagnoses.



**Bijlage 5**

**RIAS: Scoreformulier**

	Physician										Patient										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dr	Pt
<b>Open-ended ?</b>																						
?med																						
?Thera																						
?L/S																						
?P/S-F																						
?Other																						
<b>Closed-ended ?</b>																						
?med																						
?Thera																						
?L/S																						
?P/S-F																						
?Other																						
<b>Information giving</b>																						
Gives-Med																						
Gives-Thera																						
Gives-L/S																						
Gives-P/S (Pt only)																						
Gives-Other																						
Side-effects																						
Gives-Other																						
<b>Orientation</b>																						
Instruct																						
Orient																						
<b>Positive Talk</b>																						
Approve																						
Agree																						
Comp																						
Laughs																						
R/O																						
<b>Negative talk</b>																						
Disapprove																						
Crit																						
<b>Social Talk</b>																						
Personal																						
<b>Emotional expressions</b>																						
Empathy																						
Concern																						
Sdis (Dr only)																						
Cry																						
?Reassure																						
<b>Facilitation</b>																						
Check																						
?Bid																						
?Understand																						
?Opinion (Dr only)																						
Legit																						
<b>Partnership</b>																						
Partner (Dr only)																						
<b>Direction</b>																						
C-Med/Thera (Dr only)																						
C-L/S-P/S (Dr only)																						
<b>Request for Service</b>																						
?Service (Pt only)																						
Unintell																						
Trans																						
BC																						

**Bijlage 6**  
**Codeboek databestand RIAS**

Naamdr	Naam oncoloog 1. Dokter A 2. Dokter B 3. Dokter C 4. Dokter D
Gsldr	Geslacht oncoloog 1. Man 2. Vrouw
Ptno	Patiëntnummer
Gesprduur	Consultduur
Codtime	Codeertijd van het consult
Glspt	Geslacht patiënt 1. Man 2. Vrouw
Gebdatpt	Geboortedatum patiënt
Diagnose	Spijsverteringsorganen 1. Beenmergkanker 2. Bloedkanker 3. Lymfestelsel 4. Borstkanker
Tapekwal	Kwaliteit van opname 1. Goed 2. Redelijk 3. Bevat onverstaanbare delen 4. Slecht
Begin	Abrupt begin 1. Ja 2. Nee
Eind	Abrupt eind 1. Ja 2. Nee
Derdepartij	Aanwezigheid derde partij 1. Ja 2. Nee
LFTKLAS	Leeftijdklasse 1. < 30 jaar 2. 31-50 jaar 3. 51-70 jaar 4. <71 jaar
onderbreki	Onderbrekingen tijdens consult 1. Derde partij 2. Telefoon 3. Arts verlaat spreekkamer 4. Anders 5. Telefoon en derde partij
Global affect	Global affectmaten 1. Niet 2. Een beetje 3. Onder gemiddeld 4. Gemiddeld 5. Boven gemiddeld 6. Dominant
RIAS categorieën	Categorieën van RIAS
PC	Categorieën van de Proficiency Checklist 1. Ja 2. Nee