

Met het oog op kwaliteit



Een internationaal observatieonderzoek naar de kwaliteit van communicatie vanuit het perspectief van de patiënt

juni 2009

Nederland: Jozien Bensing (NIVEL, Universiteit Utrecht)
Atie Schipaanboord (NPCF)
Corine Geurts (NIVEL)
Liesbeth van Vliet (NIVEL)

Engeland: Ian Fletcher (Universiteit van Liverpool)

Italie: Francesca Moretti (Universiteit van Verona)
Michaela Rimondini (Universiteit van Verona)
Marieangela Mazzi (Universiteit van Verona)
Guiseppe Deledda (Universiteit van Verona)
Christa Zimmermann (Universiteit van Verona)

Met dank aan:

- Fonds PGO voor de financiële steun
- Universiteit van Liverpool voor het beschikbaar stellen van het videomateriaal
- Alle deelnemers aan het onderzoek, zonder wie dit project niet mogelijk was geweest



UNIVERSITY OF
LIVERPOOL



Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Communicatietraining: een zaak van professionals	5
1.2	Een rol voor patiënten	5
1.3	Met het <i>oog</i> op kwaliteit	6
1.4	Doel van de studie	7
2	Methode	9
2.1	Het videomateriaal	9
2.2	De deelnemers aan het onderzoek	10
2.3	De procedures van de kwaliteitsmeting	11
2.4	De gebruikte meetinstrumenten	12
2.5	Analyses	12
3	Resultaten	15
3.1	Kwaliteit van de gegevens	15
3.2	Resultaten van de kwaliteitsbeoordelingen	17
3.3	Tips voor dokters en patiënten	20
3.3.1	Grote lijnen	20
3.3.2	Open deuren?	20
3.3.3	Dilemma's	21
4	Samenvatting en conclusies	22

1 Inleiding

Weinig dokters zullen betwisten dat goede communicatie belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg die zij aan hun patiënten leveren. Daarom wordt in de meeste medische opleidingen in de westerse wereld aandacht besteed aan de training van communicatievaardigheden. Op sommige universiteiten, met name in Engeland en Nederland, wordt communicatie tegenwoordig zelfs formeel getoetst voor het artsexamen. Hiermee wil men voorkomen dat artsen die ondermaats met hun patiënten communiceren een klinische functie kunnen gaan vervullen. Deze formele toetsing heeft ook een symboolwaarde: het laat medisch studenten op krachtige wijze zien dat goede communicatie gezien wordt als een essentieel onderdeel van de medische zorg. De toetsing van de medische communicatievaardigheden vindt gewoonlijk plaats in zogenaamde OSCE-stations: gestandaardiseerde situaties waarin de medische studenten een consult moeten voeren met simulatiepatiënten die speciaal zijn opgeleid om een bepaald van te voren ontwikkeld scenario te spelen, en daarbij zo authentiek mogelijk te reageren op de dokter in spé. Met deze techniek is inmiddels veel ervaring opgedaan; op deze wijze kan de kwaliteit van de communicatie op een betrouwbare manier worden vastgesteld.

1.1 Communicatietraining: een zaak van professionals

Tot op heden wordt zowel de training in communicatievaardigheden als de toetsing daarop vrijwel uitsluitend bepaald door professionals, meestal artsen en psychologen. Dit is opvallend, omdat er immers altijd *twee* partijen betrokken zijn bij de communicatie in de gezondheidszorg: de arts en de patiënt. Patiënten worden echter zelden op een systematisch wijze betrokken bij de vraag wat nu eigenlijk goede communicatie is. In feite wordt er impliciet vanuit gegaan dat de professionals bij de ontwikkeling van de trainingen en toetsen rekening zullen houden met het belang van de patiënt. Het is een legitieme vraag of dat wel terecht is. Aan de ene kant zou men kunnen stellen dat artsen altijd het belang van de patiënt voorop moeten stellen, en zich daarom goed moeten vergewissen wat de patiënt wil of nodig heeft. Dat is ook onderdeel van de beroepsethiek. In die opvatting zou men artsen kunnen zien als de belangenbehartiger van de patiënt, ook als het gaat om het bepalen van de inhoud van communicatietrainingen. Echter, we weten intussen uit onderzoek dat artsen lang niet altijd in de gaten hebben wat hun patiënten van hun verwachten of verlangen, en ook dat de belangen van arts en patiënt in het consult lang niet altijd parallel hoeven te lopen. Zo staat de druk op efficiencyverhoging in de praktijk vaak op gespannen voet met de behoefte van patiënten aan tijd, aandacht en een luisterend oor. Aangezien veel patiënten heel goed kunnen verwoorden wat zij belangrijk vinden in de kwaliteit van de zorg is er feitelijk weinig reden om hen *niet* systematisch te betrekken bij de beoordeling van de kwaliteit van de zorg.

1.2 Een rol voor patiënten

Het wordt dus tijd voor een nieuwe koers. Het wordt tijd om patiënten en consumenten rechtstreeks te betrekken bij het bepalen van de kwaliteit van de communicatie in de gezondheidszorg, en dit oordeel niet meer uitsluitend over te laten aan de artsen zelf, hoe integer en goedwillend die ook mogen zijn. Het betrekken van patiëntenoordelen bij het bepalen van de kwaliteit van communicatie is overigens niet

helemaal een onontgonnen terrein. In de eerste plaats wordt in sommige universiteiten aan de simulatiepatiënten gevraagd een oordeel te geven over de kwaliteit van de communicatie van de patiënt. Het is echter de vraag in hoeverre dit oordeel beschouwd kan worden als komend vanuit een patiëntenperspectief. De simulatiepatiënten zijn immers in hun rol getraind door de professionals die de trainingen en toetsen hebben ontwikkeld; er is dus sprake van een zekere mate van protoprofessionalisering. Ook wordt regelmatig bij patiënten na afloop van een medisch consult een vragenlijst afgenomen om de tevredenheid vast te stellen. Echter die laten meestal hoge scores en weinig variatie zien, waarschijnlijk omdat patiënten zich afhankelijk voelen van hun arts en een basale behoefte hebben hun arts te (kunnen) vertrouwen. Ten slotte worden mensen ook wel in zijn algemeenheid gevraagd naar wat zij belangrijk vinden in de kwaliteit van de zorg (inclusief de communicatie), maar het is moeilijk om de validiteit van die oordelen vast te stellen, omdat ze niet gerelateerd zijn aan een gestandaardiseerde situatie, waardoor men niet kan vaststellen waar het oordeel op is gebaseerd. Daardoor blijven het abstracte oordelen.

1.3 Met het oog op kwaliteit

Met deze overwegingen in het achterhoofd heeft een internationale groep van communicatieonderzoekers een grootschalige multicenter studie opgezet, waarin een aantal op video opgenomen medische consulten zijn voorgelegd aan willekeurige mensen uit de algemene bevolking (leken) in drie West-Europese landen: Nederland, Engeland en Italië. Deze mensen hebben geen instructie gekregen over wat zij zouden moeten verstaan onder goede communicatie. Benadrukt is dat wij juist veel belang hechten aan hun eigen oordeel daarover. Dit betekent dat dit oordeel daadwerkelijk kan worden gezien als komend vanuit een patiëntenperspectief. De deelnemers aan het onderzoek zijn onafhankelijk van de dokters op de video, en dus geheel vrij om hun mening te geven. Op basis daarvan verwachten wij een grotere spreiding in oordelen en een kritischer houding dan in het gebruikelijke tevredenheidonderzoek. Deelnemers krijgen dezelfde video's te zien, waardoor hun meningen en argumenten gerelateerd kunnen worden aan concrete voorbeelden die voor alle deelnemers hetzelfde zijn. Met deze werkwijze verwachten wij de kwaliteit van de communicatie op een betrouwbare en valide manier vanuit een patiëntenperspectief te kunnen meten.

1.4 Doel van de studie

Het doel van dit project is tweeledig. In de eerste plaats willen we onderzoeken of het patiëntperspectief voldoende wordt weerspiegeld in de gebruikelijke methoden om artsen te trainen en te toetsen op communicatievaardigheden. Daarnaast willen we de ervaringen van de deelnemers aan het onderzoek gebruiken voor het formuleren van een aantal tips voor een succesvol consult vanuit patiëntperspectief. Het onderzoek is goedgekeurd door de medisch ethische commissie van de Universiteit van Liverpool, de Universiteit waarvan het videomateriaal afkomstig is.

2 Methode

Het onderzoek is uitgevoerd door drie onderzoekscentra: NIVEL (Nederland), de Universiteit van Verona (Italië), en de Universiteit van Liverpool, onder leiding van prof. Joziet M. Bensing. Tijdens de voorbereiding en uitvoering is intensief overleg gevoerd om een goede procedure te ontwikkelen, en de integriteit van de dataverzameling te bewaken. We zullen achtereenvolgens beschrijven welk videomateriaal er voor het onderzoek is gebruikt, hoe de deelnemers aan het onderzoek zijn gerekruteerd, welke procedures er zijn gehanteerd bij de kwaliteitsbeoordeling en welke meetinstrumenten er in het onderzoek zijn gebruikt.

2.1 Het videomateriaal

Het voor dit onderzoek gebruikte videomateriaal is afkomstig van de eindexamens (OSCE's) van medische studenten van de Universiteit van Liverpool. Gekozen is voor examenvideo's omdat wij videomateriaal wilden gebruiken (a) van een aantal verschillende dokters (b) van een vergelijkbaar niveau in ontwikkeling (c) die een zelfde type consult voeren. Bijkomstig voordeel van het gebruik van examenvideo's is, dat de resultaten van dit onderzoek ook hun doorwerking kunnen gaan hebben in het medisch onderwijs.

Simulatie patiënten (SP's) vormen een geïntegreerd onderdeel van dit examen. Zij zijn gezonde mensen die zorgvuldig zijn getraind zijn om, op gestandaardiseerde wijze, specifieke, sociale, emotionele en fysieke aspecten van het betreffende gezondheidsprobleem te vertolken, als reactie op vragen of opmerkingen van de student. Gedurende het examen moeten de examenkandidaten deze simulatiepatiënten behandelen alsof het echte patiënten zijn.

In het OSCE station dat gebruikt is in dit onderzoek zijn de studenten beoordeeld op hun communicatievaardigheden tijdens een gestandaardiseerd gynaecologisch consult. Vrouwelijke simulatiepatiënten presenteren één van onderstaande scenario's aan de studenten in tien minuten durende consulten.

- Scenario 1: Vaginale afscheiding gerelateerd aan onveilige seks met een onbekende partner en een mogelijke diagnose van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).
- Scenario 2: Erge menstruatie pijn, die resulteert in regelmatig werkverzuim waardoor de patiënt bang is voor ontslag (MP)

De scenario's refereren naar klinische problemen met een zekere emotionele lading. Van de studenten werd verwacht dat zij hun communicatievaardigheden gebruiken om het medische probleem goed te analyseren, inclusief de emotionele problemen die daaraan verbonden zijn. Na afloop van het examen gaf de simulatiepatiënt een rapportcijfer tussen 1 en 10. Daarnaast werden de studenten door een examiner geëvalueerd aan de hand van een checklist.

Uit de beschikbare video's (N=65) werd een selectie gemaakt voor gebruik in dit onderzoek. Wij streefden naar een zo groot mogelijke spreiding in de kwaliteit van de communicatie volgens examiner en simulatiepatiënt. Daarom zijn van beide scenario's (de menstruatiepijn en de seksueel overdraagbare aandoening) vier verschillende op video opgenomen consulten geselecteerd:

- een consult dat in het hoogste kwartiel werd beoordeeld door zowel de examiner als door de simulatiepatiënt (++)

- een consult dat in het hoogste kwartiel beoordeeld werd door de examiner en in het laagste kwartiel door de simulatiepatiënt (+-)
- een consult dat in het laagste kwartiel werd beoordeeld door de examiner en in het hoogste kwartiel door de simulatiepatiënt (-+)
- een consult dat in het laagste kwartiel werd beoordeeld door zowel de examiner als de simulatiepatiënt (--)

In totaal werden daarmee 8 verschillende consulten in dit onderzoek betrokken. In Italië werden deze consulten nagesynchroniseerd; in Nederland werden zij ondertiteld, conform de wijze waarop in beide landen buitenlandse televisieprogramma's toegankelijk worden gemaakt voor een nationaal publiek.

2.2 De deelnemers aan het onderzoek

De deelnemers aan het onderzoek werden geworven uit de algemene bevolking. De werving vond plaats in winkelcentra, andere openbare ruimten, via advertenties in gratis huis-aan-huisbladen, en via de sneeuwbalmethode. Inclusiecriteria waren:

- leeftijd > 18 jaar
- interesse in het onderwerp van de studie

Exclusiecriteria waren:

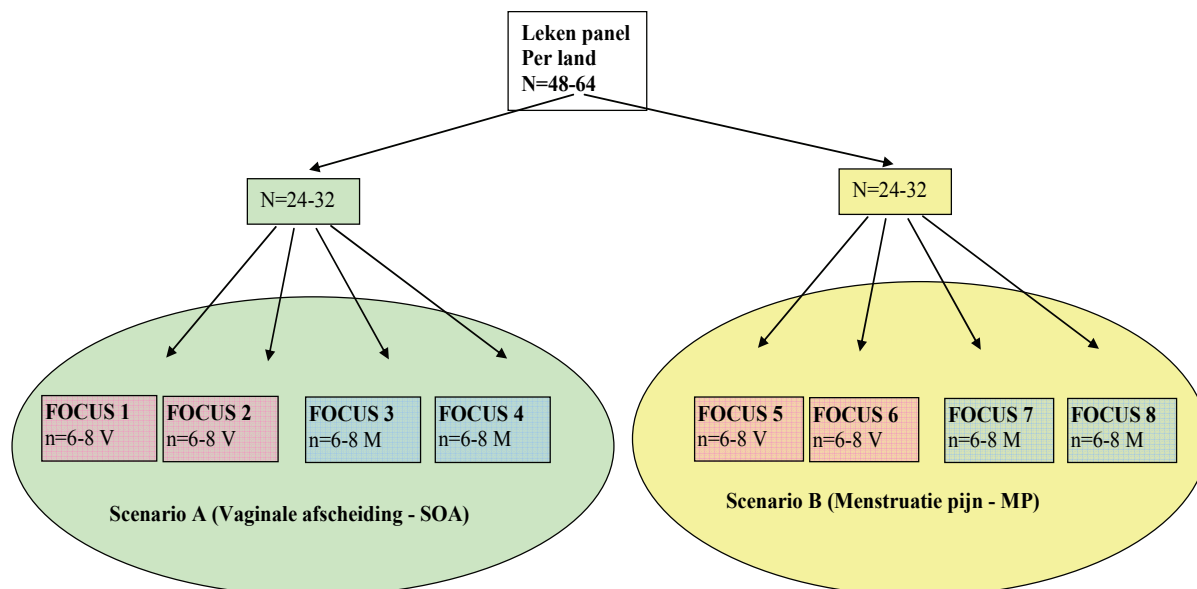
- recente betrokkenheid in een rechtszaak of klachtenprocedure in de gezondheidszorg
- geen goede beheersing van de taal van het land waarin de werving had plaatsgevonden.

Het design van de studie voorzag in een aantal individuele taken en een aantal groepstaken. Ten behoeve van de groepstaken werden in ieder land 9 focusgroepen gevormd uit de mensen die zich voor het onderzoek hadden aangemeld (8 focusgroepen voor de eigenlijke studie + 1 focusgroep voor de pilotstudie, waarin de gehele procedure tot in detail werd getest).

Op advies van een Patiënten Adviesraad uit Liverpool werden – gelet op de inhoud van de scenario's - afzonderlijke focusgroepen gevormd van mannen en vrouwen. De focusgroepen werden gevuld op volgorde van aanmelding, waarbij werd gestratificeerd naar leeftijd (18-29; 30-49; >50). Het doel was 6 tot 8 deelnemers te werven per focusgroep. De verdeling van deelnemers per focusgroep is weergegeven in figuur 2.1.

Alles bij elkaar werden in de drie landen tussen de 162 en 216 mensen uit de algemene bevolking uitgenodigd om aan dit onderzoek deel te nemen. De deelnemers kregen een vergoeding voor hun werkzaamheden, die werd uitgekeerd nadat zij alle taken hadden volbracht.

Figuur 2.1 Design van de studie



2.3 De procedures van de kwaliteitsmeting

In de drie landen werd exact dezelfde procedure gehanteerd. Iedere focusgroep kreeg alle geselecteerde video's (++, +-, -, --) aangeboden van een van beide scenario's (ofwel de menstruatiepijn, ofwel de vaginale afscheiding). Deze vier video's werden door vier verschillende focusgroepen bekeken: twee met uitsluitend mannelijke deelnemers en twee met uitsluitend vrouwelijke deelnemers. Om volgorde-effecten te vermijden werd de volgorde van de vertoonde video's zowel bij de mannen als de vrouwen gewisseld op basis van de score van de simulatiepatiënt: bij de ene groep werd eerst de best beoordeelde student-dokter getoond, bij de andere de laagst beoordeelde.

De deelnemers kregen achtereenvolgens zes verschillende taken, die deels individueel en deels in groepsverband werden uitgevoerd:

Taak 1 (individueel): het invullen van enkele vragenlijsten (zie verder 2.4). Dit gebeurde voorafgaand aan de kwaliteitsbeoordeling

Taak 2 (individueel): het bekijken van vier verschillende op video opgenomen consulten met hetzelfde scenario (menstruatiepijn, dan wel vaginale afscheiding), het toekennen van een rapportcijfer voor de kwaliteit van de communicatie (variërend van 1 tot 10) en het rangordenen van de vier vertoonde artsen op volgorde van voorkeur ('welke arts zou je, respectievelijk je vrouw of vriendin het liefste willen hebben?'). Aan de deelnemers werd verder gevraagd om opvallende positieve en negatieve punten met een + of - te markeren op het bijgeleverde transcript.

Taak 3 (groep): discussie binnen de focusgroep over de argumenten waarom de communicatie van een bepaalde arts juist wel of juist niet werd gewaardeerd. Benadrukt werd dat er geen 'goede' of 'foute' argumenten zijn, maar dat alle argumenten belangrijk zijn. De deelnemers werd gevraagd zich te verplaatsen

in de positie van de patiënt, of – in de mannelijke focusgroepen – zich te verplaatsen in hoe de eigen vrouw of vriendin zou reageren.

Taak 4 (*individueel*): herhaling van taak 2, maar dan toegespitst op een beperkt aantal tevoren geselecteerde fragmenten (vier fragmenten per consult). In elk van deze fragmenten geeft de simulatiepatiënt een hint of signaal, en wordt de deelnemers gevraagd een kwaliteitsoordeel te geven over de reactie van de arts op dit signaal van de patiënt.

Taak 5 (*groep*): herhaling van taak 3, maar dan toegespitst op de fragmenten van taak 4. De deelnemers aan de focusgroep werd gevraagd te discussiëren over de argumenten waarom bepaalde reacties van een arts juist wel of juist niet werd gewaardeerd. Wederom werd benadrukt dat iedere mening telt en belangrijk is

Taak 6 (*groep*): aan het eind van de middag werd de deelnemers gevraagd om op basis van hun ervaringen tijdens deze kwaliteitsbeoordeling, maar ook op basis van eigen ervaringen met de gezondheidszorg een aantal tips te formuleren om medische consulten succesvoller te maken vanuit het perspectief van patiënten. Er werd gevraagd zowel na te denken over tips voor artsen als voor patiënten.

Tussen de taken 2 en 3, en tussen de taken 4 en 5 werd een korte koffiepauze gehouden, waarin de deelnemers werd verzocht nog niet met elkaar over het getoonde videomateriaal te praten. Tussen de taken 3 en 4 werd een lunchpauze gehouden. Na afloop werd de deelnemers informatie gegeven over het doel van het onderzoek.

Aangezien de pilot focusgroep in elk van de drie landen probleemloos verliep en niet tot aanpassingen in het protocol leidde, werden de resultaten van deze pilot focusgroepen meegenomen in de analyses

2.4 De gebruikte meetinstrumenten

De deelnemers kregen voorafgaand aan de kwaliteitsmeting een aantal vragenlijsten voorgelegd:

1. sociodemografische achtergrondkenmerken, zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, werksituatie, leefsituatie, etniciteit
2. eigen lichamelijke (COOP-WONCA) en geestelijke (GHQ) gezondheid, aanwezigheid van chronische aandoeningen, dokters/ziekenhuisbezoek in het afgelopen jaar)
3. eigen preferenties met betrekking tot communicatie in de medische zorg (Quote-com)
4. vertrouwen in de medische professionals (TMP)
5. lidmaatschap van patiëntenorganisatie (zoja: welke?)

Voor zover de vragenlijsten niet beschikbaar waren in de taal van de deelnemende landen werden ze vertaald volgens de gebruikelijke forward – backward procedure.

2.5 Analyses

Voor de toets op de evenwichtigheid van de totale onderzoekspopulatie werd een drieweg loglineair model toegepast, waarbij werd gecontroleerd voor de drie stratificatievariabelen (land, geslacht en leeftijd). Leeftijd werd getransformeerd naar een categorische variabele volgens de leeftijdsindeling in het onderzoeksdesign (18-29; 30-49; >50). De frequentieverdeling van de socio-demografische, klinische en overige kenmerken van de onderzoekspopulaties over de twee scenario's en de drie landen werd getoetst met Pearsons

Chikwadrat in een analyse van tweeweg contingency tables. Bij significante verschillen werd een adjusted residual analysis toegepast om vast te stellen welke afweken van de verwachting.

Voor de toets op verschillen in het kwaliteitsoordeel tussen de deelnemers in de verschillende landen werd een variantie analyse en co-variantie analyse uitgevoerd met herhaalde metingen, waarbij rekening werd gehouden met het feit dat iedere deelnemer vier kwaliteitsoordelen heeft gegeven (te weten in van vier verschillende video's. De scores van examiner en SP werden in het model ingevoerd als 'fixed effect'.

De kwantitatieve data werden geanalyseerd met Stata 9.2.

De kwalitatieve data (focusgroep discussies en gepresenteerde tips) werden geanalyseerd met een inhoudsanalyse.

3 Resultaten

3.1 Kwaliteit van de gegevens

Dank zij het tot in detail uitgeschreven onderzoeksprotocol kon de studie in alle drie de landen uniform worden uitgevoerd. Het totale aantal deelnemers bedraagt 206; deze zijn gelijkmatig verdeeld over de landen (NL: 64; UK: 70; It: 72). De verdeling van de deelnemers naar leeftijd en geslacht is gerealiseerd zoals in het onderzoeksprotocol was vastgelegd (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1 Leeftijd en geslacht deelnemers per land en per scenario
(MP = menstruatiepijn; SOA = vaginale afscheiding)

Leeftijd	Nederland		Italie		Engeland		Totaal	
	MP	SOA	MP	SOA	MP	SOA	MP	SOA
Mannen								
18-29	4	6	4	6	7	2	15	14
30-49	5	4	7	6	5	10	17	20
>=50	4	6	5	5	6	4	15	15
Totaal	13	16	16	17	18	16	47	49
Vrouwen								
18-29	9	4	6	5	3	2	18	11
30-49	6	5	8	6	8	9	22	20
>=50	7	3	8	6	6	8	21	17
Totaal	22	12	22	17	17	19	61	48
Totaal	35	28	38	34	35	35	108	97

Een vragenlijst ging verloren; in de 205 overige vragenlijsten werden weinig missende waarden aangetroffen (1 tot 4), met uitzondering van de vraag naar de aanwezigheid van chronische ziekten; deze vraag werd door 7 % van de deelnemers niet ingevuld.

In Tabel 3.2 zijn de kenmerken van de deelnemers gepresenteerd per scenario (menstruatiepijn en vaginale afscheiding) en per land (Nederland, Engeland en Italië).

Tabel 3.2 Achtergrondkenmerken van de deelnemers per scenario en per land

		Scenario			Land			p-value
		Totaal N=205	MP (n=108)	SOA (n=98)	NL (n=63)	IT (n=72)	UK (n=70)	
Achtergrondkenmerken								
Leeftijd Mannen	18-29	30.2 %	31.9 %	28.6 %	34.5 %	30.3 %	26.5 %	ns
	30-49	38.5 %	36.2 %	40.8 %	31.0 %	39.4 %	44.1 %	
	≥ 50	31.3 %	31.9 %	30.6 %	34.5 %	30.3 %	29.4 %	
Leeftijd Vrouwen	18-29	26.6 %	29.5 %	22.9 %	38.2 %	28.2 %	13.9 %	ns
	30-49	38.5 %	36.1 %	41.7 %	32.4 %	35.9 %	47.2 %	
	≥ 50	34.9 %	34.4 %	35.4 %	29.4 %	35.9 %	38.9 %	
Hoger opgeleid		45.8 %	49.1 %	42.3 %	38.1 %	36.1 %	62.9 %	P<0.01
Getrouwd / samenwonend		45.4 %	48.2 %	42.2 %	42.9 %	33.4 %	60.0 %	P<0.01
betaald werk		59.8 %	57.0 %	62.9 %	29.0 %	55.6 %	91.4 %	P<0.01
Gezondheidssituatie								
% met chronische ziekte		21.9 %	22.7 %	21.1 %	33.3 %	15.3 %	17.5 %	P=0.03
% zeer goede gezondheid		53.9 %	53.7 %	54.1 %	45.3 %	41.7 %	74.3 %	P<0.01
% GHQ Score >3		21.8 %	22.2 %	21.4 %	28.1 %	20.8 %	17.1 %	ns
% ooit bezoek eerste hulp		21.4 %	22.2 %	20.4 %	26,6 %	20,8 %	17,1 %	ns
% ooit ziekenhuisopname		10,7 %	10,2 %	11,2 %	17,2 %	8,3 %	7,1 %	ns
% ooit medisch specialist		57,8 %	52,8 %	63,3 %	68,7 %	62,5 %	42,9 %	ns
% contact met huisarts								P=0.02
< 5 keer per jaar		76.7 %	78.7 %	74.5 %	65.6 %	73.6 %	90.0 %	
6-10 keer per jaar		15.1 %	13.9 %	16.3 %	23.4 %	19.4 %	2.9 %	
Minstens 1x per maand		8.3 %	7.4 %	9.2 %	10.9 %	7.0 %	7.1 %	
Attitude								
Vertrouwen: gemiddelde (sd)		31.0 (4.9)	31.4 (6.7)	32.8 (5.9)	30.1 (4.2)	31.5 (5.0)	31.2 (5.4)	Ns
Preferentie communicatie care: gemiddelde (sd)		3.14 (0.42)	3.18 (0.42)	3.10 (0.41)	3.19 (0.41)	3.08 (0.38)	3.16 (0.43)	Ns
Preferentie communicatie cure: gemiddelde (sd)		3.20 (0.37)	3.22 (0.38)	3.18 (0.37)	3.16 (0.38)	3.22 (0.36)	3.23 (0.37)	Ns

Er zijn geen verschillen geconstateerd in de kenmerken van de deelnemers die de twee verschillende scenario's hebben beoordeeld. Aangezien bovendien het gemiddelde kwaliteitsoordeel over de beide scenario's ook niet van elkaar verschilde is besloten de gegevens van de twee scenario's te combineren in een dataset. Tussen de landen werden wel enkele significante verschillen gevonden in de achtergrondkenmerken van de deelnemers, waarbij opvalt, dat de Engelse deelnemers gemiddeld genomen hoger opgeleid, vaker getrouwd en gezonder zijn dan de deelnemers in Nederland en Italië. Met deze verschillen wordt in de analyses en bij de interpretatie van de resultaten rekening gehouden. Er zijn geen verschillen tussen de deelnemers van de verschillende landen in de attitudes: men heeft gemiddeld dezelfde voorkeuren voor de care en cure elementen in de communicatie, en men heeft eenzelfde mate van vertrouwen in medische professionals.

Overigens laat tabel 3.2 ook zien dat de onderzoekspopulatie zeer gevarieerd is. Ons streven om een zo gewoon mogelijke dwarsdoorsnede van de bevolking te werven lijkt goed gelukt. In Nederland deden zelfs twee daklozen uit Hoog Catharijne mee aan het onderzoek

3.2 Resultaten van de kwaliteitsbeoordelingen

Het gemiddelde rapportcijfer van alle deelnemers over alle video's bedraagt 6,8 (standaarddeviatie 1,75). Alle cijfers van 1 tot 10 werden ook daadwerkelijk gebruikt. Daarmee is een eerste doel van dit project bereikt: deze methode van werken laat een grotere variatie aan kwaliteitsoordelen zien dan het traditionele tevredenheidonderzoek.

Tabel 3.3 toont de gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de kwaliteitsoordelen voor de vier verschillende video's (++; +; -+ en ++).

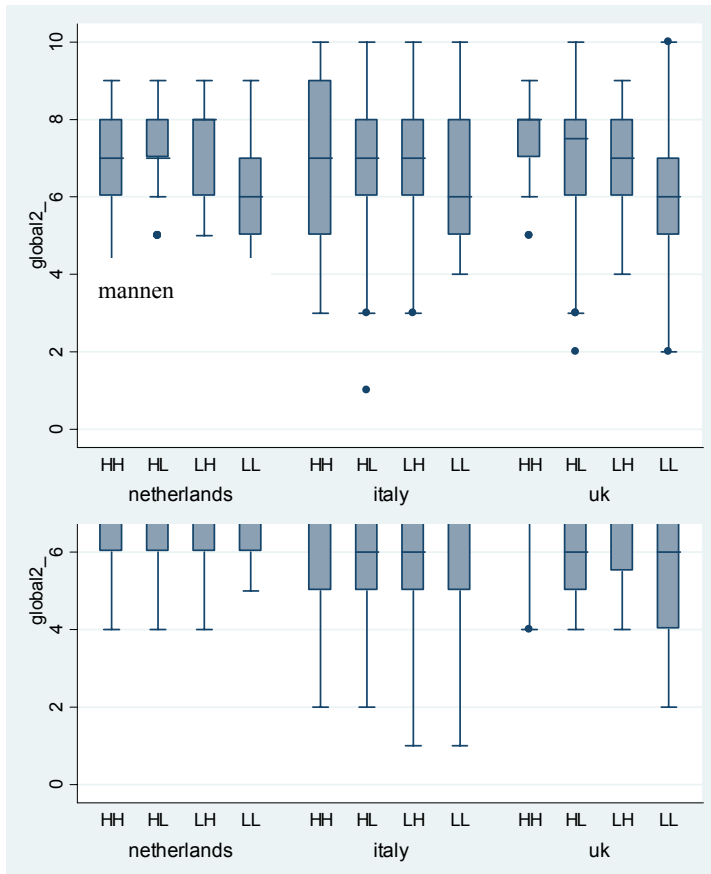
Tabel 3.3 Kwaliteitsbeoordeling van de verschillende video's

Externe beoordeling	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Minimum	Maximum
Hoog – Hoog	7.15	1.71	2	10
Hoog – Laag	6.74	1.79	1	10
Laag – Hoog	6.87	1.64	1	10
Laag – Laag	6.38	1.79	1	10

We zien dat de artsen die zowel door de examiner als de simulatiepatiënt positief zijn beoordeeld op de kwaliteit van hun communicatievaardigheden inderdaad hoger beoordeeld worden door de deelnemers aan ons onderzoek, terwijl de artsen die door examiner en SP allebei negatief zijn beoordeeld ook van onze deelnemers een significant lager rapportcijfer hebben gekregen (7,2 versus 6,4; $p < 0,1$). Met andere woorden: de kwaliteitsverschillen die in het onderzoeksdesign zijn aangebracht worden door de deelnemers aan onze studie herkend.

Verder valt op dat er geen systematische verschillen zijn in de gemiddelde hoogte van de kwaliteitsoordelen tussen de deelnemers in de drie landen, maar dat er wel een grote variatie is in de kwaliteitsoordelen (zie figuur 2.2). Blijkbaar wordt dezelfde arts heel verschillend beoordeeld door verschillende mensen. Communicatie is geen eenheidsworst. Het is duidelijk dat er nooit sprake kan zijn van 'one size fits all'.

Figuur 3.2 Spreiding van de kwaliteitsoordelen van de deelnemers uit de verschillende landen



Deze verschillen in de kwaliteitsoordelen over hetzelfde consult leidde regelmatig tot lange en intensieve discussies binnen de focusgroepen. Dit materiaal zal nog verder worden geanalyseerd en in een afzonderlijk artikel worden gepubliceerd. Ook de vraag welke achtergrondkenmerken van de deelnemers van invloed zijn op het kwaliteitsoordeel zal in een afzonderlijk artikel worden gepubliceerd.

Tabel 3.5 Tips voor dokters en patiënten om het consult succesvoller te laten verlopen

Tips voor dokters	Tips voor patiënten
In de voorbereiding:	In de voorbereiding:
<ul style="list-style-type: none"> - Geef patiënten de gelegenheid voor direct contact; laat niet de eerste screening door een receptioniste doen - Bereid het consult voor; weet wie er komt en wat diens medische geschiedenis is - Verdiep je in de culturele achtergrond - Vermijd vooroordelen; houdt een open geest - Schrijf op de muur: 'wat verwacht je van de dokter?' zodat patiënten daar alvast over nadenken 	<ul style="list-style-type: none"> - Ga naar de huisarts als het nodig is, maar gebruik 'm niet als substituut voor je sociale leven - Bereid je zelf goed voor: <ul style="list-style-type: none"> - houd een logboek bij van je symptomen - schrijf op wat je wilt vragen - denk na over wat je verwacht - weet welke medicijnen je gebruikt - Neem iemand mee als je dat nuttig lijkt - Houdt je aan je afspraak!
Tijdens het consult:	Tijdens het consult:
<ul style="list-style-type: none"> - Introduceer je bij onbekende patiënten - Laat zien dat de patiënt welkom is om zijn verhaal te vertellen: <ul style="list-style-type: none"> - heb oogcontact - luister, onderbreek patiënten niet - leef mee; ben empathisch - Neem de tijd; laat het niet zien als je haast hebt - Behandel patiënten als mensen en niet als een bundeltje symptomen - Neem de patiënt serieus - Bepaal samen met de patiënt de agenda - Wees altijd eerlijk zonder bot te zijn - Vermijd jargon, vergewis je of de patiënt begrijpt wat je bedoelt - Ken je grenzen; weet wanneer je moet doorverwijzen - Ben je bewust van de medische omgeving, laat consulten niet worden verstoord door computer of telefoon 	<ul style="list-style-type: none"> - Maak aantekeningen - Ben eerlijk over je medisch probleem, overdrijf niet, maar houd je ook niet groot, voel je niet opgelaten - Vertel de dokter wat je zelf al hebt gedaan, inclusief alternatieve geneeswijzen - Ben voldoende assertief: <ul style="list-style-type: none"> - vertel de dokter wat je verwacht - stel vragen als je iets niet begrijpt - vraag of er andere behandelingen mogelijk zijn - vraag wat je zelf kunt doen - Ben realistisch, verwacht geen wonderen; de dokter is God niet - Realiseer je dat er ook andere patiënten zijn - Ga niet weg voordat je tevreden bent met het plan van aanpak, of vraag om een nieuwe afspraak
In de nazorg:	In de nazorg:
<ul style="list-style-type: none"> - Geef de patiënt de testuitslagen, ook als deze goed zijn - Geef de patiënt instructies wat te doen in bepaalde omstandigheden - Geef mogelijkheden voor emailcontact - Biedt andere bronnen van informatie aan die te vertrouwen zijn (websites) 	<ul style="list-style-type: none"> - Volg het behandeladvies op - Informeer je dokter over het resultaat van de behandeling (evt. per email) - Verzamel meer informatie uit vertrouwde bronnen - Respecteer de privacy van je dokter - Zoek een andere dokter als je niet tevreden hebt, maar probeer er eerst over te praten

3.3 Tips voor dokters en patiënten

Na afloop van de kwaliteitsbeoordeling werd in iedere focusgroep (27 focusgroepen; in totaal 206 deelnemers) een uur besteed aan het formuleren van tips om medische consulten succesvoller te maken vanuit het perspectief van de patiënt. Aan de deelnemers werd gevraagd om zowel tips voor artsen als voor patiënten te formuleren. Deze tips werden in een eerste stap per land gebundeld. Vervolgens werden de lijsten in een groepsbijeenkomst van de onderzoekers uit de drie landen met elkaar vergeleken, ontdebeld en geïntegreerd. De resultaten zijn beschreven in tabel 3.5.

3.3.1 Grote lijnen

Bij het bewerken van het materiaal vielen drie zaken onmiddellijk op.

1. In de eerste plaats is er een **grote overeenstemming** in de tips die in de verschillende landen zijn geformuleerd. Soms zijn er verschillen die ook goed te verklaren zijn uit verschillen in de wijze waarop de gezondheidszorg in de drie landen georganiseerd is (we geven later hier nog voorbeelden van), maar de overeenkomsten zijn duidelijk groter dan de verschillen. Een belangrijk verschil tussen Italië enerzijds en Nederland en Engeland anderzijds is zichtbaar in de wijze waarop over de rechtspositie van patiënten gesproken wordt. In Nederland en Engeland is men zich meer bewust van de rechten van de patiënt dan in Italië, waarin de arts nog veel meer op een voetstuk staat.
2. Door de deelnemers in alle landen wordt de **verantwoordelijkheid** voor een succesvol consult duidelijk **bij beide partijen** gelegd, zowel bij de arts als bij de patiënt (*'it takes two to tango'*). Dat leidt tot veel spiegelbeeldige tips. Zo wordt in alle landen het belang benadrukt van een goede, open en eerlijke relatie tussen arts en patiënt, waarin respect is voor elkaar en elkaars positie en achtergrond, en waarin ruimte is voor begrip en compassie. De wijze waarop deze elementen worden verwoord is soms verschillend voor de arts en voor de patiënt, maar in de geformuleerde tips komen voortdurend dezelfde concepten terug (zie tabel 3.5 voor de voorbeelden)
3. Tenslotte valt op dat de deelnemers aan ons onderzoek vinden dat een goed consult niet op zichzelf staat, maar begint met een goede voorbereiding en ook een goede nazorg vergt. Daarbij valt op dat men de verantwoordelijkheid voor deze **continuïteit van de zorg** niet alleen een zaak vindt van de arts is, maar evenzeer van de patiënt. Ook in dit opzicht is een spiegelbeeld zichtbaar in de tips voor de dokters en de tips voor de patiënten. Een mooi voorbeeld vormen de tips voor de follow-up: dokters moeten hun patiënten altijd informeren over de resultaten van diagnostisch onderzoek, ook al zijn er geen afwijkingen geconstateerd (daarmee wordt ook voorkomen dat door administratieve fouten testuitslagen ten onrechte in cyberspace verdwijnen). Maar evengoed zouden patiënten hun arts altijd op de hoogte moeten stellen van het resultaat van de behandeling, positief of negatief. Dat kan in een vervolgsconsult, maar als zo'n consult verder niet nodig is ook met een emailberichtje, dat door de assistente in het medisch dossier kan worden gezet.

3.3.2 Open deuren?

Wellicht ontstaat bij het lezen van een aantal tips het gevoel van een open deur. Zo benoemen de deelnemers in alle landen hoe belangrijk het is eerst een goede verstandhouding met de patiënt op te bouwen, alvorens tot zaken te komen. Dat klinkt logisch en vanzelfsprekend; zoiets zou eigenlijk niet gezegd hoeven te worden. Echter, het feit dat het gezegd wordt, en op zo grote schaal betekent dat dit in de hedendaagse gezondheidszorg veel minder vanzelfsprekend is dan velen graag zouden zien. De gezondheidszorg wordt

zakelijker en efficiënter, en lijkt daarmee ook te verschromen in de ogen van onze lekenpanels. Dat blijkt ook uit de allereerste tip uit tabel 3.5: 'Geef patiënten als ze dat willen en wanneer ze dat willen de gelegenheid om direct contact met de arts te hebben en laat de eerste screening van de gezondheidsproblemen niet door een receptioniste doen. Met name in Engeland en in Nederland was dit een thema dat in nagenoeg alle focusgroepen terugkwam. In Italië gebeurt dit nog niet en kan een patiënt nog steeds meteen zonder filters bij een arts terecht. Overigens betekent deze tip niet dat patiënten niets te maken willen hebben met medisch hulppersoneel. Integendeel, men is vaak goed te spreken over de inzet van verpleegkundigen en praktijkassistenten. Maar over één zaak bestaat unanimititeit: dit hulppersoneel mag pas worden ingezet als de diagnose en het behandelplan helder zijn. Tot die tijd wil men eerst een dokter zien. En dat is in Nederland en in Engeland bepaald geen open deur.

3.3.3 *Dilemma's*

Niet alle discussies in de focusgroepen leidden gemakkelijk tot tips. Vaak werden lange discussies gehouden waarin de complexiteit van de moderne gezondheidszorg op een evenwichtige wijze werd belicht. We geven twee voorbeelden:

1. Men is het er over eens dat het gebruik van moderne technologie vanzelfsprekend is in de gezondheidszorg en steeds vanzelfsprekender zal worden. Artsen zullen steeds vaker een computer, maar ook internet gaan gebruiken. Dat is echter nog wel een uitdaging. Veel deelnemers klagen erover dat de computer soms letterlijk en altijd figuurlijk een barrière vormt tussen arts en patiënt. Een Engelse deelnemer merkte op dat de computer er vooral voor de arts lijkt te zijn, en niet voor de patiënt, terwijl ook patiënten er veel aan zouden kunnen hebben (bijvoorbeeld patiënten mee laten kijken als er informatie wordt ingevoerd, zodat de patiënt desgewenst aanpassingen kan suggereren, of een uitdraai maken van het medisch dossier, of van relevante patiënteninformatie van het internet). En ook patiënten moeten nog leren omgaan met de verworvenheid van de moderne informatiemaatschappij. In vrijwel alle focusgroepen werd gediscussieerd over de waarde, maar ook de gevaren van internet. Een veel gehoorde opvatting is dat patiënten internet het beste pas kunnen raadplegen na het medisch consult, wanneer de diagnose bekend is. Als je te vroeg op internet gaat zoeken zou je onnodig ongerust kunnen worden. Er waren uiteraard ook deelnemers die dat risico lager inschatten. Het belang van goede, door de Overheid gecontroleerde, betrouwbare gezondheidssites was een ander thema dat vaak terugkwam in de discussie.
2. Eerlijkheid wordt heel belangrijk gevonden (zie ook tabel 3.5). Het is een thema dat vaak terugkwam in de focusgroepen. Echter, veel deelnemers realiseren zich ook heel goed dat eerlijkheid gemakkelijker gezegd is dan gedaan. Veel patiënten durven simpelweg niet eerlijk te zijn, omdat ze bang zijn voor de reactie van de arts, bijvoorbeeld over het gebruik van alternatieve geneeswijzen. Ook beperken veel patiënten zich in hun verhaal, omdat zij zien dat de arts gestresst is. De tip aan artsen om op een professionele wijze met hun haast-gevoelens om te gaan is op deze observatie gebaseerd. En ook de eerlijkheid van artsen heeft zijn grenzen. Lang niet alle patiënten willen alles weten, zeker niet wanneer het nieuws negatief is. Eerlijkheid zou nooit tot botheid moeten leiden, maar altijd moeten worden ingebed in een zekere gevoeligheid voor de andere partij. En ook dat geldt beide kanten op.

4 Samenvatting en conclusies

In dit onderzoek werd aan gewone mensen uit de algemene bevolking van drie West-Europese landen (Nederland, Engeland, en Italië) de gelegenheid gegeven zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van de communicatie in een aantal op video opgenomen consulten, en daarover met elkaar in discussie te gaan. In totaal hebben 27 focusgroepen plaatsgevonden met in totaal 206 deelnemers. Een dergelijke grootschalige en intensieve manier van kwaliteitstoetsing vanuit een patiëntenperspectief is tot op heden nog niet in de literatuur gerapporteerd. Het project kan om veel redenen als een succes worden gezien.

In de eerste plaats kostte het geen enkele moeite om de deelnemers te werven. Het dubbele aantal zou ook mogelijk zijn geweest. De financiële vergoeding die werd gegeven en het feit dat de deelnemers door de onderzoekers zeer serieus werden genomen hebben hier waarschijnlijk aan bijgedragen.

In de tweede plaats gaven de rapportcijfers van de deelnemers (gemiddeld een 6.8) een kritischer en gevarieerder beeld van de kwaliteit van de communicatie dan gebruikelijk is in het traditionele tevredenheids onderzoek. Bovendien bleek dat de deelnemers gemiddeld genomen het meest positief waren over de arts die ook als beste was beoordeeld door diens examinerator en door de simulatiepatiënt waarmee het consult was gevoerd. De arts met de laagste scores van examinerator en simulatiepatiënt werd door de lekenpanels ook het meest kritisch beoordeeld. Dit betekent dat de lekenpanels de kwaliteit herkennen die door professionals is gedefinieerd. Het zijn niet totaal verschillende werelden. Dat is belangrijk om te weten.

Wat wellicht echter nog belangrijker is, is de grote variatie in kwaliteitsoordelen. Wat door de ene deelnemer als een positief kwaliteitskenmerk werd gedefinieerd, werd door een ander niet eens opgemerkt. Omgekeerd ergerden sommige deelnemers zich aan bepaalde vormen van communicatie (vaak non-verbale communicatie), die andere deelnemers helemaal niet stoorde. Ook waren de algemene voorkeuren duidelijk verschillend. Terwijl sommige deelnemers een duidelijke voorkeur uitspraken voor een zakelijke, probleemgeoriënteerde arts, wilden veel andere deelnemers juist een arts die warm en affectief was en de patiënt als mens benaderde, en niet als een niet goed functionerend lichaamsdeel. Deze grote verschillen tussen de deelnemers in wat als goede of slechte communicatie werd gedefinieerd is een belangrijk resultaat van dit onderzoek. Het betekent dat het weinig zin heeft om uitsluitend algemene richtlijnen voor goede communicatie te definiëren. Patiëntgerichte communicatie betekent eerst en vooral dat artsen zich in het consult moeten vergewissen wat voor iemand tegenover hen zit. Het gezamenlijk opstellen van een agenda kan helpen om communicatie op maat te voeren. Overigens is het ook hiervoor nodig om de patiënt ruimte te geven zijn eigen verhaal naar voren te brengen, zoals zo beeldend werd beschreven in de ‘Tips voor Dokters’ (zie tabel 3.5). Verder levert dit onderzoek een schat aan materiaal op om meer zicht te krijgen op waar die verschillen in kwaliteitsbeoordeling precies naar verwijzen. In de focusgroepen is namelijk aan de deelnemers gevraagd de positieve en negatieve elementen concreet te benoemen en uit te leggen waarom deze vorm van communicatie wel of juist niet werd gewaardeerd. De inhoudsanalyse van deze focusgroepen zal meer zicht geven op inhoud en achtergrond van de geconstateerde verschillen in kwaliteitsbeoordeling. Aangezien van iedere deelnemer een aantal achtergrondgegevens bekend zijn (waaronder de eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid, vertrouwen in medische professionals, en communicatiepreferenties) kan ook worden nagegaan of er systematische verschillen zijn in kwaliteitsbeoordeling tussen mensen met een verschillende achtergrond. Ook deze kennis kan bijdragen tot meer communicatie-op-maat. Het is de bedoeling dat hierover in een vervolgstudie afzonderlijk wordt gerapporteerd.

Wanneer we de balans opmaken van wat deze studie heeft opgeleverd, dan kunnen we constateren dat leken heel goedbetrokken kunnen worden in het oordeel over de kwaliteit van communicatie. Zij zijn rationeel en redelijk, overvragen niet, en zijn zich goed bewust van het feit dat in de arts-patiënt relatie twee partijen actief zijn, die allebei hun eigen verantwoordelijkheid dragen. Een interessante bevinding uit dit onderzoek was het spiegelbeeldig karakter van veel van de tips die werden geformuleerd voor dokters en patiënten (zie tabel 3.5).

Veel van de tips die door de lekenpanels zijn geformuleerd komen overeen met wat er uit de professionele literatuur bekend is over goede arts-patiënt communicatie, zoals:

- de waarde van betrokkenheid en empathie in het realiseren van een effectieve arts-patiënt relatie
- het belang van een goede dialoog (samenspraak), in plaats van het uitwisselen van monologen
- de relevantie van non-verbale communicatie; veel van onze deelnemers waren uitermate gevoelig voor de nonverbale communicatie
- de uitdaging om tenminste een subjectief gevoel van voldoende tijd te creëren.

Maar er waren ook enkele onverwachte bevindingen. Bijvoorbeeld het feit dat niet alleen artsen, maar ook de patiënt zelf verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg. Dit is een aanprekend idee, omdat het bijdraagt aan een beter evenwicht in de relatie tussen arts en patiënt. Nieuw was ook de sterke opvatting in de Nederlandse en Engelse focusgroepen over het triage-systeem. Artsen zouden bij binnenkomst geen barrières moeten opwerpen tussen zichzelf en de patiënt. Het inschakelen van hulppersoneel, zoals verpleegkundigen of praktijkassistenten, vindt men op zich prima, maar pas als het medisch probleem duidelijk is, en er een behandelplan is afgesproken. In het traject daarvoor moet de arts direct aanspreekbaar zijn, zo vonden de meeste deelnemers. In Italië kwam dit onderwerp niet aan de orde, maar daar bestaat dit systeem ook (nog) niet. In de medische wereld wordt ook nagedacht over de vraag hoe de roep om meer efficiency gecombineerd kan worden met het handhaven van een humane, patiëntgerichte zorg. Professionals zouden er goed aan doen het resultaat van dit onderzoek in hun overwegingen te betrekken. Ook bij de uitdaging de computer op een patiëntgerichte wijze in de dagelijkse zorg te betrekken kunnen de inzichten van leken(panels) waardevol zijn.

Maar de belangrijkste conclusie van dit onderzoek is, is dat het zowel mogelijk als interessant is om de ideeën en verwachtingen van leken te betrekken bij discussies over de kwaliteit van de zorg. En dit zou eigenlijk moeten beginnen binnen het medisch consult zelf, tussen de patiënt en diens eigen arts: als daar een beter management plaatsvindt van de wederzijdse verwachtingen is dat een goede eerste stap naar meer succesvolle medische consulten.