

Klinische vaardigheden en communicatie 2

1. CONSULTVAARDIGHEDEN

Doelstellingen:

- De student(e) kent de principes van gezamenlijke besluitvorming en kan deze toepassen in een gesprek.
- De student(e) kent de structuur van het consult.
- De student(e) kent de verbale en non-verbale gesprekstechnieken die relevant zijn in de verschillende onderdelen van het consult.
- De student(e) kan de gesprekstechnieken toepassen in een gesprek met een simulatiepatiënt.
- De student(e) kan reflecteren op de eigen gesprekstechnieken en deze van medestudenten

Consultvaardigheden

= patiënt gericht, rekening houdend met de beleving van de patiënt en shared-decision making moet centraal staan.

Dubbele agenda: wat is de taak van de arts tijdens het consult vs. wat wil de patiënt

Reden van een consult

Diagnostiek, behandeling, informeren, administratief (ziekenbriefje voor school/werk), ...
Effect op patiënt: geruststelling, verlichting van de klachten, bijleren, excuus, ...

ICE(E)

Ideas: wat denkt de patiënt zelf dat er aan de hand is?

Concerns: waar maakt de patiënt zich zorgen over?

Expectations: wat verwacht de patiënt van jou en van de consultatie?

Effects: wat zijn de effecten op het dagelijks leven van de patiënt?

Uitdaging arts vs. patiënt

We beginnen het consult met patiënttijd (meer dan 18 seconden!) waarin de patiënt aan het woord is. De rest van het consult is een verweving van arts- en patiënttijd. Je moet hierbij in het achterhoofd houden dat er een verschil is tussen de ziekte (feitelijke diagnose) en de klachten (ziekte-ervaring) van de patiënt.

Structuur van consult – Calgary Cambridge model

Begin van het consult: voorbereiding (dossier doorlezen), eerste contact tot stand brengen, reden(en) van consult (= aanmeldingsklacht) vaststellen

Informatie inwinnen: problemen van de patiënt onderzoeken en de informatie bekijken vanuit een biomedisch perspectief, perspectief van de patiënt en met de achtergrond/contextinformatie.

Lichamelijk onderzoek

Uitleg, advies planning: de juiste hoeveelheid en juiste soort informatie geven, wederzijds begrip tot stand brengen (aandacht hebben voor klachtenkader van patiënt), planning (gezamenlijke besluitvorming, zie later)

Einde van het consult: afsluiten op het juiste moment, planning van volgende afspraken

Het is belangrijk om structuur te bieden tijdens het gesprek. Dit kan je doen door een inzicht te geven in de opbouw van het consult (ik ga nu ... en daarna gaan we ...). Het is belangrijk om tijdens het consult aandacht te hebben voor het gespreksverloop.

Ook belangrijk is het opbouwen van een relatie. Artsen moeten hun non-verbaal gedrag aanpassen aan de omstandigheden, een vertrouwensband ontwikkelen en de patiënt overal bij betrekken.

Anamnese

We moeten voldoende open vragen stellen. We kunnen ook opvolgvragen stellen (doorvragen). Dit kunnen open en gesloten vragen zijn.

Uitleg geven

Informatieverstrekende vaardigheden (zie vorig jaar)

Shared decision making

Hoe: met voorzichtigheid, respect en expertise

Calgary-Cambridge Observatielijst

Begin van Consult
<i>Vorbereiding</i> 1) Legt vorige taak terzijde 2) Concentreert zich en bereidt zich voor op volgende consult, vraagt waar nodig toestemming
<i>Eerste contact tot stand brengen</i> 3) Begroet de patiënt en vraagt zijn naam 4) Stelt zichzelf voor en maakt zijn rol duidelijk 5) Toont interesse en respect; zorgt ervoor dat de patiënt zich fysiek zo prettig mogelijk voelt
<i>De reden(en) voor het consult vaststellen</i> 6) Stelt vast welke problemen of onderwerpen de patiënt wil aankaarten 7) Luistert naar de eerste opmerkingen van de patiënt: aandachtig en zonder deze te onderbreken of door suggestieve vragen in een bepaalde richting te sturen 8) Neemt de lijst van problemen of onderwerpen nogmaals door 9) Legt het verloop van het consult vast, daarbij rekening houdend met de behoeften van zowel de patiënt als hulpverlener

Informatie inwinnen
<i>Problemen verhelderen</i> 10) Moedigt de patiënt aan zijn problemen te vertellen, vanaf het eerste optreden van de klachten tot nu toe, in zijn eigen woorden 11) Gebruikt open-en gesloten-vraagtechnieken, en wisselt deze op de juiste momenten af 12) Luistert aandachtig; laat de patiënt uitpraten; geeft de patiënt de ruimte om na te denken alvorens te antwoorden of om na een pauze verder te gaan 13) Ondersteunt de uitingen van de patiënt verbaal en non-verbaal, bijvoorbeeld aanmoediging, stiltes, herhaling, parafrasering, interpretatie 14) Registreert verbale en non-verbale signalen (lichaamstaal, manier van spreken, gezichtsuitdrukking, houding) en brengt dit waar nodig ter sprake 15) Vraagt door op uitlatingen die vaag zijn of andere toelichting behoeven 16) Vat van tijd tot tijd het relaas samen om te verifiëren het of verhaal van de patiënt goed begrepen is; vraagt de patiënt de interpretatie te corrigeren en aanvullende informatie te geven 17) Gebruikt beknopte, gemakkelijk te begrijpen vragen en antwoorden, vermijdt jargon, of legt dit goed uit 18) Stelt vast wanneer de klachten zijn begonnen
<i>Het gezichtspunt van de patiënt leren kennen</i> 19) Onderzoekt actief het perspectief van de patiënt (ideeën, zorgen, verwachtingen, effecten op het leven) 20) Stimuleert de patiënt zijn gevoelens en gedachten te uiten

Structuur in het consult aanbrengen
<i>Een open sfeer bevorderen</i>
21) Vat na elk onderdeel van het gesprek het gezegde samen om te controleren of alles duidelijk is geworden; gaat pas daarna door
22) Maakt overgangsopmmerkingen, waarbij het motief voor het volgende onderwerp wordt aangegeven
<i>Verloop van het gesprek</i>
23) Geeft het gesprek een logische structuur
24) Houdt de tijd in het oog en zorgt dat niet van het onderwerp wordt afgedwaald

De relatie opbouwen
<i>Gepast non-verbaal gedragen vertonen</i>
25) Vertoont gepast non-verbaal gedrag (oogcontact, gezichtsuitdrukking, houding en positie, beweging), let op stemgebruik, bijvoorbeeld tempo, volume en intonatie
26) Zorgt ervoor dat bij lezen, schrijven of computergebruik de dialoog of het contact met de patiënt niet verstoord wordt
27) Straalt zelfvertrouwen uit
<i>Het ontwikkelen van een goede verstandshouding</i>
28) Erkent en accepteert de denkbelden en gevoelens van de patiënt zonder te oordelen of te veroordelen
29) Toont inlevingsvermogen in de gevoelens en toestand van de patiënt
30) Drukt zorg, begrip en hulpvaardigheid uit, accepteert pogingen van de patiënt om de situatie het hoofd te bieden
31) Gaat respectvol en tactvol om met gênante en lastige onderwerpen en fysieke pijn, ook bij lichamelijk onderzoek
<i>De patiënt bij de gang van zaken betrekken</i>
32) Denkt met de patiënt mee om zijn betrokkenheid te stimuleren
33) Legt uit waarom bepaalde vragen moeten worden gesteld of lichamelijk onderzoek moet plaatsvinden dat misschien onlogisch lijkt
34) Legt tijdens lichamelijk onderzoek de gang van zaken uit en vraagt toestemming

Uitleg, advies en planning
<i>De juiste hoeveelheid en de juiste soort informatie geven</i>
35) Verstrekt informatie bij stukjes en beetjes en controleert steeds of de patiënt het begrijpt
36) Stelt vast wat de patiënt al weet
37) Vraagt de patiënt welke andere informatie nuttig zou zijn, bijvoorbeeld etiologie, prognose
38) Geeft geen advies of informatie, of uit geen geruststellingen als de patiënt daar nog niet aan toe is
<i>Bevorderen dat de informatie wordt begrepen en onthouden</i>
39) Deelt de informatie op in kleine porties en houdt een logische volgorde aan
40) Gebruikt een duidelijke categorisering of markering
41) Gebruikt herhalingen en samenvattingen om informatie goed te laten doordringen
42) Doet beknopte, gemakkelijk te begrijpen uitspraken, vermijdt jargon of legt dit duidelijk uit
43) Gebruikt visuele methoden voor informatieoverdracht zoals grafieken, modellen, geschreven informatie in instructies
44) Controleert of de patiënt de gegeven informatie (of het behandelplan) begrijpt, bijvoorbeeld door hem te vragen de informatie in zijn eigen woorden te herhalen, legt indien nodig bepaalde informatie opnieuw uit

<i>Aandacht voor gezichtspunt van de patiënt</i> 45) Stemt de uitleg af op de toestand en de opvattingen van de patiënt en houdt rekening met eerder geuite ideeën, zorgen en verwachtingen 46) Stimuleert de patiënt om aan het gesprek deel te nemen door vragen te stellen, om opheldering te vragen of twijfels te uiten, honoreert deze bijdragen op de juiste manier 47) Merkt verbale en non-verbale signalen van de patiënt op, bijvoorbeeld als hij iets zou willen vertellen of vragen, als hij informatie niet kan verwerken of als de zenuwen hem de baas worden 48) Ontlokt aan de patiënt gedachten, reacties en gevoelens over de gegeven informatie of de gebruikte termen en neemt deze serieus
<i>Planning: gezamenlijke besluitvorming</i> 49) Uit de eigen gedachten, ideeën, denkprocessen en dilemma's, voor zover dit mogelijk is 50) Betreft de patiënt door suggesties te doen en keuzes te bieden en de patiënt te stimuleren zijn gedachten en suggesties te uiten 51) Onderzoekt welke plannen mogelijk zijn 52) Stelt vast in hoeverre de patiënt betrokken wil worden bij de besluitvorming 53) Maakt een plan dat voor beiden acceptabel is 54) Gaat met de patiënt na of alle problemen aan de orde zijn geweest
Consult beëindigen
<i>Planning voor de toekomst</i> 55) Maakt afspraken over de volgende stappen voor hulpverlener en patiënt 56) Waarschuwt voor mogelijke gevolgen, wat te doen als het plan niet werkt, wanneer hulp zoeken en waar
<i>Zorgen voor een passend afsluitingspunt</i> 57) Vat het consult kort samen en verheldert het verdere behandelplan 58) Controleert of de patiënt het met het plan eens is en of het hem bevalt, of hij nog vragen en opmerkingen heeft of iets wil corrigeren

Aandachtspunten:

- *Voorstelling: kennismaking, functie, aftoetsen patiënt*
- *Transparantie*
- *Overgang*
- *Toestemming: ontlok-geef-ontlok*
- *Shared decision making*
- *Aftoetsen van beleving*

Consult invoeren via het SOEP model

- **Subjectief:** wat vertelt de patiënt je (contactreden, ICE, gerichte anamnese)
- **Objectief:** wat brengt het KO je objectief bij + ev. technische onderzoeken
- **Evaluatie:** welke is je (werk)diagnose
- **Plan:** acties/follow-up, wat onderneem je verder vb. medicatievoorschrift, technische onderzoeken, verwijzing naar specialist

We schrijven alles zo gecodeerd mogelijk.

2. GEZAMELIJKE BESLUITSVORMING / SHARED DECISION MAKING (SDM) – WZ

Samen beslissen is niet altijd zo lineair:

- **Keuze stap:** er valt iets te kiezen, je nodigt de patiënt uit
- **Optie stap:** overzicht van de opties met voor- en nadelen, risicocommunicatie, ... neutraal geformuleerd
- **Voorkeur stap:** opties begrijpen, waarden van patiënt verhelderen, waarden betrekken bij opties
- **Besluit stap:** vragen of alles duidelijk is en of de patiënt nu wil kiezen

We gaan voorlichten over de aard en resultaten van de mogelijke behandelingen en terwijl vaststellen welke redenen de patiënt zou kunnen hebben om de adviezen niet op te volgen (financiële, sociale of persoonlijke factoren) en ook ingaan op deze ervaren drempels en naar mogelijkheden zoeken om de problemen op te lossen. Het gaat dus om een interactie tussen de 2 partijen.

Het doel is het uitwisselen van informatie door beide partijen zodat expertises vanuit beide domeinen gedeeld kunnen worden. Er is een integratie van de ervaring en bedenkingen van de patiënt en de adviezen van de arts zodat er een geïnformeerde keuze gemaakt kan worden door de patiënt zelf in overeenstemming met de arts zijn professionele voorkeuren. Arts en patiënt komen tot een consensus.

Noodzakelijke onderdelen van shared decision making

Patiënten en artsen moeten samen werken aan:

- *probleemdefiniëring*
- *de zoektocht naar de mogelijkheden*
- *het bespreken van pro's en contra's (nadelen, risico's, kosten, ...)*
- *het onderzoeken van de waarden en voorkeuren van de patiënt*
- *het meenemen van mogelijkheden en het zelfvertrouwen van de patiënt*
- *het bespreken van de kennis en aanbevelingen van de arts*
- *het controleren van elkaars begrip*
- *het expliciet maken of verwerpen van besluiten*
- *het organiseren van een follow-up*

Waarom belangrijk?

Uit verschillende studies blijkt dat SDM een positief effect heeft op herstel.

- *Schulman (1979): patiënten met hoge bloeddruk herstellen meer indien actief deelnemen aan behandelplan (beter begrip van aandoening, sneller bereid gezond te leven en bloeddruk beter onder controle houden)*
- *Kaplan et al. (1989, 1996): patiënten met chronische aandoening haalden betere resultaten wanneer zij samenwerkte met arts ipv dat deze overheersend aanwezig was minder geneigd andere arts te zoeken, minder gezondheidsproblemen en meer bewust van lichamelijke toestand*

Competenties

- Je kan de patiënt informeren over zijn gezondheid, behandelopties en risico's.
- Je kan de patiënt stimuleren om zelf de verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid op te nemen.
- Je kan de patiënt actief betrekken bij beslissingen over zijn gezondheid.
- Je kan rekening houden met de rechten, waarden en religieuze en culturele achtergrond van de patiënt.
- Je kan samen met de patiënt naar een oplossing zoeken om de impact van communicatieproblemen op de kwaliteit van de zorg te beperken en veilige zorg te kunnen garanderen

Three-talk model of Shared Decision making

- 1) *Team talk: beslissing samen nemen en zorgverlener en de patiënt (en eventuele mantelzorgers) vormen een team*
- 2) *Option talk: bespreken van verschillende opties*
- 3) *Decision talk: maken van beslissingen op basis van de voorkeuren*

Centraal staan: actief luisteren en deliberatie

Deelvaardigheden

Hardop denken: ideeën, persoonlijke gedachtegang en dilemma's

- Minder onzekerheid
- Stimuleren van het uiten van eigen denkbeelden (patiënt)
- Hulpmiddel om informatie duidelijk en overzichtelijk te brengen
- Slaan geen logische stappen over

Patiënt betrekken bij het denkproces

- Suggesties doen en keuzes laten maken
- Patiënt aanmoedigen om eigen ideeën en voorstellen te uiten

Onderhandelen met patiënt over behandelplan

- Verdiepend werken op beschikbare opties (info risico's en voordelen)

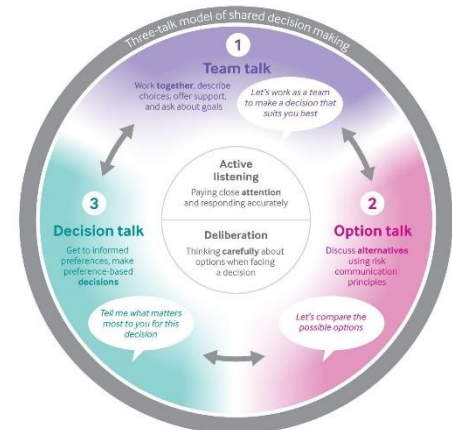
Risicocommunicatie

= uitwisseling van informatie en waardeoordelen zodat dit leidt tot een beter begrip en een geïnformeerde beslissing ten aanzien van de behandelingsmogelijkheden

We moeten rekening houden met de **risicoperceptie** van de patiënt. Dit is de persoonlijke verwerking van de informatie en het toekennen van de risico's die hieraan verbonden zijn.

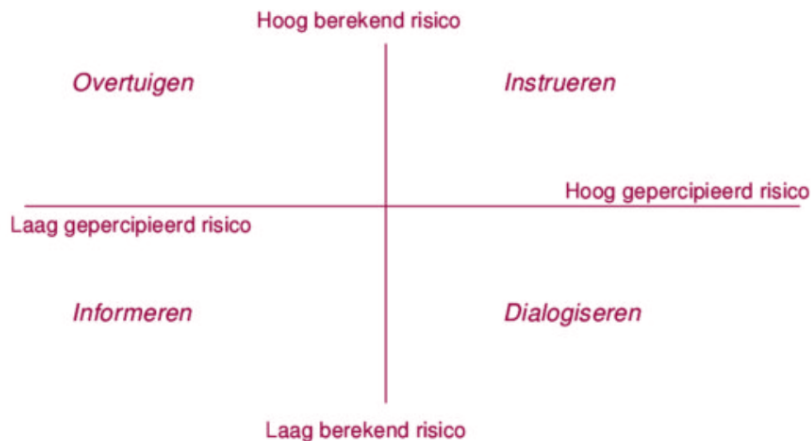
Beïnvloed door:

- Daadwerkelijk risico
- Kenmerken van het risico
- Toegankelijkheid van het risico (~ ver-van-mijn-bed)
- Betrokkenheid van de patiënt



Bij risicocommunicatie moet er gelet worden op een aantal zaken:

- *Niet enkel descriptieve termen gebruiken (hoog, laag, veel voorkomend, weinig..)*
- *Risico op gelijke noemer plaatsen, 1 op 25 (hoger risico) en 1 op 200 kan verkeerd begrepen worden*
- *Gebalanceerd framen (3 op de 100 geen effect, 97 op de 100 wel effect) → framings-effect*
- *Beter geen relatief risico in vergelijking tussen behandelingen maar absolute getallen (behandeling A 50pct goed resultaat, behandeling B 25pct ipv in de ene behandeling dubbel zoveel)*
- *Visuele methoden ondersteuning*



Valkuilen SDM

- *Veronderstellen dat patiënt je raad direct opvolgt (geen aandacht voor perspectief patiënt en geen overeenstemming = onderschatten van eigen autonomie patiënt (~therapietrouwheid))*
- *Niet stilstaan bij persoonlijke inbreng bij besluitvorming voor patiënt*
- *Te veel keuze overlaten aan de patiënt waardoor er eenrichtingsverkeer (via patiënt) is (bv: Je kan antibiotica nemen of rusten, kies maar!)*
- *Geen aandacht voor weerstand hebben*

3. ARTS-PATIËNT RELATIE

Thema's psychiatrische aandoening in de zorg

Afstand/nabijheid

Geef je je privé gsm-nummer aan patiënt?

Zelfbeschikking/keuzevrijheid

Geldt shared decision making ook voor een patiënt met psychiatrische problematiek?

Diagnose voor- en nadelen

Diagnose is de eerste stap naar de oplossing?

Psychiatrische opname

Maakt een opname in een psychiatrische ziekenhuis de problemen erger?

Verantwoordelijkheid

Is de patiënt zelf verantwoordelijk voor zijn psychologische problemen?

Emoties: let op met oordelen en hou rekening met de noden van de patiënt

4. REAGEREN OP EMOTIES

Het ontwikkelen van een goede verstandhouding

- *Patiënt moet zich gehoord voelen (actief luisteren, parafraseren, ...)*
- *Vriendelijke verwelkoming*
- *Interesse tonen in de leefwereld van de patiënt (studies, werk, ...)*
- *Erkenning geven (parafraseren, benoemen van gevoelens)*
- *Aandacht voor non-verbaal gedrag (en eigen gedrag hierop aanpassen)*
- *Erkennen en accepteren van gevoelens zonder te oordelen of veroordelen (erkennen is niet hetzelfde als akkoord gaan)*
- *Inlevingsvermogen in de gevoelens en toestand van de patiënt tonen*
- *Zorg, begrip en hulpvaardigheid uitdrukken, pogingen van de patiënt om de situatie het hoofd te bieden accepteren*
- *Respectvol en tactvol omgaan met gênante en lastige onderwerpen (normaal doen, benoemen dat het een lastig onderwerp is, ...)*
- *Patiënt betrekken bij de gang van zaken*

Verdriet: ineengedoken, tranen, waterige ogen, stille en hakenige stem, ...

Boosheid: dichtklappen, non-verbaal, luide stem, ...

Angst: nerveus, geen oogcontact, stil of snel praten, ...

Let op

- *Zorg dat je de patiënt niet direct wilt geruststellen*
- *Laat ruimte voor negatieve emoties (niet te oplossingsgericht te werk gaan)*
- *Rustig blijven zelfs als de patiënt boos op jou wordt*

5. MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

4 processen van motiverende gespreksvoering



De kernvaardigheden van motiverende gespreksvoering zijn ORBS+

- Open vragen
- Reflecteren
- Bevestigen
- Samenvatten
- + informeren en adviseren met toestemming (vragen – aanbieden – vragen, VAV)

STAP 1: engageren – het aangaan van een behulpzaam contact en een werkrelatie
Het is hierbij belangrijk dat we actief luisteren en ORBS toepassen.

We stellen open vragen zoals:

- Welke invloed heeft dit probleem op je dagelijks leven?
- Hoe hoop je dat je leven over vijf jaar anders zal zijn dan nu?
- Welk gedrag vind jij belangrijk om te veranderen
- Wat maakt dat je dit belangrijk vindt
- Wat maakt dat je nu nog niet verandert bent
- Welke invloed heeft het gedrag op je dagelijks leven

Bij reflecteren kunnen we 3 soorten reflecties toepassen

- Eenvoudig (bv.: parafraseren)
- Complex (bv.: bijvoorbeeld een gevoelsreflectie (versterken en verkleinen))
- Dubbelzijdig: ‘aan de ene kant zie ik dat je ..., maar aan de andere kant zie ik dat je ...’

Bij bevestigen ga je benadrukken wat positief is. Je moet een ondersteunende partner met coachende houding zijn in het gesprek.

Bij samenvatten kan je de VAV ook toepassen.

STAP 2: focussen – een specifieke richting in het gesprek ontwikkelen en behouden
In deze stap willen we duidelijkheid krijgen over de doelen en de richting binnen het contact.

Qua gespreksvaardigheden is VAV heel belangrijk bij het uitwisselen van informatie. Ook gaan we het gedrag in kaart brengen. Als je als arts een bezorgdheid hebt mag dit zeker aangekaart worden (maar zonder veroordeling). Je benadrukt hierbij wel de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en bevaart de visie van de patiënt op de situatie.

Ontlok (vraag toestemming) - Geef (geef informatie) - Ontlok (lok reactie uit met open vraag)

STAP 3: ontlokken – ontlokken en versterken van innerlijke motivatie om te veranderen (kern van motiverende gespreksvoering)

Het is belangrijk om hier ambivalentie te verkennen. We willen weten wat de redenen zijn voor de patiënt om wel of net niet te stoppen met het stellen van bepaald gedrag. Ambivalentie is eigenlijk de frictie tussen verandertaal en behoudtaal.

Ook willen we verandertaal ontlokken en versterken. We willen weten hoe de patiënt t.o.v. de verandering staat. Je moet echter ook kunnen omgaan met behoudtaal en wrijving. Er zijn 6 soorten in verandertaal en behoudtaal

- 1) Verlangen: uitspraken over wens om te veranderen (ik wil ...)
- 2) Vermogen: uitspraken over bekwaamheid (ik zou kunnen ...)
- 3) Redenen: specifieke argumenten
- 4) Noodzaak: uitspraken over de plicht tot veranderen (ik zou moeten ...)
- 5) Vastbeslotenheid: uitspraken over de aannemelijkheid van verandering (ik ga ...)
- 6) Stappen zetten: uitspraken over acties die zijn ondernomen

We kunnen de verandertaal op verschillende manieren ontlokken

- Ontlokkende vragen stellen
- Doorvragen en uitweiden
- Differentiërvragen: ‘wat maakt dat dit in het verleden heeft gewerkt en dat je dat nu niet meer toepast?’
- Gereedheidslinealen: ‘je geeft jezelf nu een score van 6/10, wat maakt dat je jezelf geen 5/10 geeft?’
- Achterom kijken
- Vooruitkijken
- Circulaire vragen: ‘hoe zou iemand anders daar naar kijken?’
- Mirakelvraag: ‘stel dat alles is opgelost en alles goed is, wat zou er dan voor jou veranderd zijn?’
- Waarden en doelen verkennen
- Informatie uitwisselen

Wrijving kan ontstaan bij verdedigen, aanvallen, onderbreken of negeren. Er zijn verschillende manieren om hiermee om te gaan

- Reflecteren
- Autonomie bevestigen
- Herkaderen
- Aandacht verleggen
- Vragen naar de voordelen van de huidige situatie (paradoxaal werken: jij kan als hulpverlener ook achteruit gaan zitten en zeggen dat het voor jou niet moet, maar dat het in de handen van de patiënt zelf ligt)

STAP 4: plannen – het ontwikkelen van vastbeslotenheid om te veranderen en het formuleren van een concreet plan van actie

Je moet hier inzetten op het onderhandelen over een veranderplan, de toewijding voor het veranderplan versterken en de verandering ondersteunen. Je kan patiënten doorverwijzen, faciliteren om aan een bepaald programma deel te nemen, ...