

Kwaliteit van communicatie in de zorg

In dit artikel wordt aandacht gevraagd voor onderzoek naar de kwaliteit van de communicatie in de zorg

Welling M.A.J. en Goossensen M.A.

De afgelopen jaren wordt in de zorg steeds meer gewerkt met evidence-based methoden. Kwaliteit van zorg gaat echter verder dan evidence-based werken. Uit onderzoek naar effecten van psychotherapie blijkt dat methoden en technieken maar een klein deel van het resultaat van de behandeling bepalen. Non specifieke factoren, waaronder communicatie bepalen een veel groter deel van het effect van de behandeling. In dit artikel bespreken we een aantal concepten om de kwaliteit van de communicatie te beoordelen en instrumenten voor wetenschappelijk onderzoek.

Communicatie in de zorg is van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen; informatie uit te wisselen en behandelbesluiten te nemen. Goede communicatie is een krachtig instrument om in de intakefase niet alleen om de juiste diagnose te stellen, maar ook de 'vraag achter de vraag' te achterhalen. Vertrouwen is de kern. Cliënten vinden het belangrijk dat de hulpverlener goed luistert, hen serieus neemt en open is (Ong e.a. 1995).

Het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg gaat verder dan het gebruik van evidence based methoden. Eigenlijk kan de inhoud niet eens los gezien worden van hoe deze geboden wordt (Braspenning e.a. 2004). Het gaat niet alleen om wat er gecommuniceerd wordt, maar ook hoe. In hoeverre weet een hulpverlener aan te sluiten bij de belevingswereld van cliënten? Hoe krijgt hij zicht op wat er haalbaar is? Hoe kan er een besluit genomen worden dat maximaal recht doet aan de voorkeuren van de cliënt? Deze aspecten van de behandeling zijn van invloed op de te behalen resultaten en kunnen meer systematisch bij kwaliteitsbeleid betrokken worden. De mate waarin en de precieze invulling is afhankelijk van de situatie. Zo zou bij de intake, vooral bij de keuze voor de therapievorm, hier veel aandacht voor moeten zijn. In crisissituaties is het minder aan de orde.

Effect van communicatie

Uit onderzoek naar de effecten van de psychotherapie weten we dat slechts 15 % van het effect van therapie is toe te schrijven aan de gebruikte technieken (Lambert 1992), 40 % is toe te schrijven aan factoren buiten de therapie (cliëntfactoren, egosterkte en sociale steun). Dan is nog eens 15% van het effect van de therapie toe te schrijven aan placebo-effecten zoals verwachtingen, het besef van de cliënt dat hij of zij in behandeling is en de geloofwaardigheid van de behandelmethoden. En maar liefst 30% van het effect is toe te schrijven aan algemene therapiefactoren. Onder deze noemer valt een breed scala van bejegeningaspecten van de hulpverlener, zoals betrokkenheid, warmte, empathie, acceptatie, aanmoediging en wederzijds respect.

Dat houdt in dat de communicatie tussen hulpverlener en cliënt een belangrijk aangrijpingsmiddel is om het effect van de therapie te beïnvloeden. En dat het van belang is aandacht te besteden aan communicatie als middel om de effectiviteit van de hulp te vergroten.

In de eerstelijns gezondheidszorg is veel onderzoek gedaan naar de communicatie (Bensing 2000, Roter 2000, Ong e.a. 1995). Aangetoond is dat een goede arts- cliënt relatie directe en indirecte gezondheidseffecten teweeg kan brengen (Stewart 2000, Heaven 2003). Ook blijkt dat een goede communicatie tussen arts en cliënt de therapietrouw verhoogt (Ley 1982). Goede communicatie zorgt dat cliënten meer greep krijgen op de situatie en de zelfwerkzaamheid wordt vergroot (Brink-Muinen e.a. 2004).

De veronderstelling is dat het voor de verslavingszorg, jeugdzorg en het maatschappelijk werk niet anders zal zijn. Ook cliëntenraden in de verslavingszorg hebben bejegening als één van de thema's voor verbetering gekozen (projectplan cliëntenraden2007).

Kenniskring Verslavingszorg

Genoeg reden voor de Kenniskring Verslavingszorg van de hogeschool INHolland om de communicatie tussen hulpverlener en cliënt in de verslavingszorg systematisch en wetenschappelijk in kaart te brengen en om trainingen hierin te verzorgen. In 2008 hebben we vanuit de Kenniskring literatuuronderzoek gedaan naar de kwaliteit van de communicatie en een pilot uitgevoerd bij een verslavingszorginstelling. Er bleek geen wetenschappelijk literatuur voorhanden over de combinatie van communicatieonderzoek en verslavingszorg (Medline, Pubmed). Maar er zijn wel diverse concepten en instrumenten gevonden, die geschikt zijn voor communicatieonderzoek in de verslavingszorg. Deze concepten en instrumenten zijn ook bruikbaar voor andere sectoren in de zorg, zoals de jeugdzorg en het maatschappelijk werk.

CONCEPT

Cliëntgerichtheid

Een concept van waaruit we communicatie kunnen beoordelen is de mate van cliëntgerichtheid. Cliëntgericht houdt in dat niet de ziekte of het probleem maar de betekenis van ervan centraal staat (Van den Brink-Muinen e.a. 2004). Cliëntgericht is het tegenovergestelde van probleemgericht. Het is net zo belangrijk de cliënt te kennen als de ziekte of het probleem dat de cliënt heeft. Het betekent aansluiten op de wensen, voorkeuren en belevingen van cliënten. Cliëntgericht is ook het tegenovergestelde van hulpverlenergericht. Het is niet alleen de hulpverlener die besluit wat er met de cliënt gebeurt, maar de cliënt heeft het recht keuzes te maken in de behandeling. Daarbij is het belangrijk de voorkeuren van de cliënt te achterhalen en informatie te geven om de juiste beslissingen te nemen. Er is een beweging gaande waarbij de cliënt steeds meer als 'partner' wordt beschouwd binnen een gelijkwaardige relatie waarin overleg een belangrijke plaats heeft (Zijlstra e.a. 2007). Uit onderzoek blijkt dat cliëntgerichtheid niet alleen geassocieerd wordt met meer tevredenheid en minder angst, maar ook met beter onthouden van informatie, beter opvolgen van behandeladviezen, betere beheersing van de situatie en herstel (Heaven e.a. 2003). Cliëntgerichtheid is één van de basisconcepten om communicatie te beschrijven.

Affectieve en instrumentele communicatie

Een manier om cliëntgerichtheid te operationaliseren is de mate van affectieve en instrumentele communicatie. Gesprekken kennen beide componenten. Instrumentele communicatie sluit aan op de cognitieve behoefte van de cliënt en affectieve communicatie op de emotionele behoefte. Juiste medische communicatie bevat beide en het gaat om het vinden van de balans daarin (Bensing e.a. 2006). Het geven van persoonlijke aandacht, sociale conversatie en het tonen van empathie zijn vormen van affectieve communicatie, bijvoorbeeld: 'Hallo, ik ben Erik Jansen. Heeft u lang moeten wachten?'; 'Dit is moeilijk voor u, dat begrijp ik'. Bij instrumentele communicatie gaat het bijvoorbeeld om het geven van instructies: 'Ik ga eerst het intakeverslag met u bespreken' of het checken of de informatie is overgekomen: 'Begrijpt u wat ik u verteld heb?' en vragen over medische conditie: 'Heeft u last van onthoudingsverschijnselen?' We weten uit onderzoek van bijvoorbeeld Ong e.a. (1995) dat hulpverleners een bepaalde voorkeursstijl hebben met meer of minder affectieve communicatiepatronen. Onderzoek naar dit aspect van communicatie kan bijdragen aan precieze reflectie over communicatiestijlen. Ook kunnen hulpverleners proberen consensus te bereiken over een gewenste communicatiestijl op deze punten. Een interessante vraag is of een meer affectief gerichte communicatiestijl samenhangt met drop-out percentages.

Gezamenlijke besluitvorming

Een ander manier om cliëntgerichtheid te operationaliseren is de mate van Shared Decision Making (SDM) of gezamenlijke besluitvorming. Dit staat voor communicatievaardigheden, waarbij arts en cliënt tot een gezamenlijk gedragen behandelbeslissing komen (Elwyn e.a. 2005). Gezamenlijke besluitvorming wordt gezien als een model dat de autonomie van de cliënt bevordert. Het houdt rekening met de doelen en voorkeuren van cliënten en bevordert dat zij grip houden op de situatie. De cliënt wordt aangemoedigd tot participeren bij beslissingen. Maar, slechts in zoverre de cliënt dat zelf wenst. Een belangrijk aspect van dit concept is communicatie met de cliënt over de mate van gewenste participatie (Zijlstra e.a. 2007).

Samenvattend blijkt dat er verschillende wijzen zijn om kwaliteit van communicatie te operationaliseren. Hiernaar is onderzoek gedaan, in Nederland en internationaal.

INSTRUMENTEN

Hoe kan dergelijk onderzoek uitgevoerd worden? Video-opnames zijn het middel bij uitstek waarmee de communicatie tussen hulpverlener en cliënt kan worden vastgelegd, omdat deze opnames zowel verbaal als non-verbaal gedrag registreren. Er zijn verschillende onderzoeksinstrumenten, waarmee deze data geanalyseerd kan worden.

Roter Interaction process Analysis System

Het RIAS (Roter Interaction process Analysis System) is een instrument dat de mate van affectief en instrumenteel gedrag meet (Roter e.a. 2002). Het is een observatie-instrument dat scores oplevert voor een groot aantal kenmerken van communicatie, zowel van de hulpverlener als de cliënt. Het is een observatie-instrument dat scores oplevert voor een groot aantal kenmerken van communicatie, zowel van de hulpverlener als de cliënt. Het is een veel gebruikt

internationaal observatiesysteem met bewezen validiteit en betrouwbaarheid (Ong e.a. 1998). Het RIAS onderscheidt affectief (sociaal-emotioneel) en instrumenteel (taakgericht) gedrag. De instrumentele categorieën zijn bijvoorbeeld geclusterd in: aanwijzingen geven, vragen stellen, informatie geven en counselen. De affectieve categorieën zijn bijvoorbeeld geclusterd in: persoonlijke opmerkingen, bevestigen, betrokkenheid tonen. Alle opmerkingen worden gescoord en ingedeeld in een categorie. Onderzoek met het RIAS is in Nederland gedaan in de eerste lijnsgezondheidszorg (Bensing 2006, Brink-Muinen e.a 2004) en in de oncologiezorg (Fister 2007). De resultaten gaven grote verschillen te zien in de hoeveelheid affectieve uitspraken tussen de verschillende artsen.

Observing cliënt involvement

Het OPTION instrument (observing cliënt involvement) is een instrument om te meten in welke mate cliënten worden betrokken bij de besluitvorming (Elwyn 2005). Het OPTION instrument is een gevalideerd instrument dat het systematisch scoren van gespreksvaardigheden vanuit Shared Decision Making (SDM) perspectief mogelijk maakt. Het instrument is gebaseerd op onderzoek naar de gespreksvaardigheden die hulpverleners zouden moeten beheersen om tot SDM te komen (Zijlstra e.a. 2007). Het OPTION instrument geeft betrouwbare scores voor wat betreft de mate dat cliënten betrokken worden in de besluitvorming (Elwyn e.a. 2005). Uitgangspunt is dat de hulpverlener mogelijkheden moet aanbieden en de cliënt moet stimuleren om mee te beslissen omdat het anders niet plaatsvindt. De schaal bestaat uit twaalf categorieën die begint bij “aandacht vragen voor het probleem waarover een beslissing moet worden genomen” en loopt tot “de mogelijkheid bieden om op de beslissing terug te komen”. Onderzoek van bij acht arts-assistenten op een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) in Nederland (Goossensen e. a. 2007) naar shared decision making gaf een behoorlijke variatie binnen de gesprekken per persoon te zien.

Medical Aural Rating Scale

MIARS (The Medical Aural Rating Scale) is een instrument dat de interactie bekijkt, hoe de hulpverlener en cliënt op elkaar reageren (Caris Verhallen 2003). Het instrument inventariseert de vaardigheden van de hulpverlener: open vragen, onderzoeksvragen, onderhandelen, samenvatten, psychologisch, cognitief, psychiatrisch of probleemoplossend gedrag. Vastgelegd wordt of cliënten zich emotioneel uiten door signalen te geven of door zorgen te benoemen en wat de reacties van professionals daarop zijn. In een vergelijkende studie naar arts-clieënt communicatie op eenbedskamers en vierbedskamers op een verpleegafdeling in een ziekenhuis werden op eenbedskamers meer en verdergaande emotionele uitingen gescoord per gesprek dan op vierbedskamers (van de Glind & Goossensen 2007).

Met behulp van deze instrumenten wordt het mogelijk om feedback te geven aan instellingen en individuele hulpverleners. Door dit soort onderzoek wordt het mogelijk om communicatie als een aspect van kwaliteit van zorg te beschouwen en te operationaliseren. Ook benchmarks behoren tot de mogelijkheid. Het onderzoek levert aanbevelingen op voor de praktijk om de communicatie te verbeteren.

VERVOLG EN AANBEVELINGEN

In 2008 deden we vanuit de kenniskring verslaving een pilot bij een verslavingszorginstelling. We maakten video-opnames van intakegesprekken en scoorden vervolgens de vaardigheden met het OPTION instrument. De eerste scores zijn met het intake-team besproken en de feedback werd als zeer zinvol ervaren en gaf direct aanknopingspunten voor verbetering van de communicatie. Het onderzoek in de verslavingszorg is nog in volle gang. De resultaten zullen in wetenschappelijke publicaties worden vastgelegd.

Het is zinvol een dergelijk onderzoek ook in andere sectoren van de zorg zoals de jeugdzorg en het maatschappelijk werk uit te voeren. Het bestrijkt een nieuw gebied van kwaliteit, geeft aanknopingspunten voor verbetering van de communicatie en heeft direct een meerwaarde voor de praktijk.

Drs. Marion Welling , freelance adviseur en projectleider www.marionwelling.nl,
docent/onderzoeker Hogeschool INHolland tot 1-7-2008

Dr. Anne Goossensen, Lector Verslavingszorg, Hogeschool INHolland
www.inholland.nl/verslavingszorg en senior onderzoeker IBMG Erasmus MC

Informatie: m.welling@hetnet.nl of anne.goossensen@inholland.nl

Samenvatting

1. De kwaliteit van de zorg gaat verder dan het werken met evidence-based methoden.
2. Kwaliteit van de communicatie is essentieel voor het resultaat van de behandeling.
3. Er zijn wetenschappelijke concepten en instrumenten voor communicatieonderzoek beschikbaar.
4. Onderzoek naar de kwaliteit van de communicatie biedt aanknopingspunten voor verbetering van de zorg.

Literatuur

Bensing J M (2000) Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and cliënt-centered medicine, *Patient Education and Counseling*, 39, 17-25.

Bensing J M, Figdor C G, Scheres B J G, Zaanen J (2006) *NWO-Spinozapremies 2006*, Den Haag: NWO.

Braspenning J CC, Schellevis FG, Grol RPTM(2004) *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/ Nijmegen: NIVEL/WOK.

Brink-Muinen A van den, Bensing JM, Dulmen AM van (2004) *Oog voor communicatie: huisarts-clieënt communicatie in Nederland*, Utrecht: NIVEL.

Caris-Verhallen W, Timmermans L, Dulmen S van (2004) Observation of nurse-patient interaction in oncologie: review of assessment instruments, *Patient Education and Counseling*, 54, 307-320.

Donabedian A (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring (vol 1): the definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan, Ann Arbor: health Administration Press.

Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Grol R (2005) *Shared Decision Making, Measurement using the OPTION instrument*, Cardiff University.

Emmelkamp P, Vedel E (2007) *Alcohol en drugverslaving, en gids voor effectief gebleken behandelingen*, Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Fister A (2007) *Samenspraak. Een onderzoek naar communicatie tussen arts en patient in de oncologische zorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam, scriptie

Goossensen A, Zijlstra P, Koopmanschap M (2007) Measuring shared decision making processes in psychiatry: Skills versus patient satisfaction, *Patient Education and Counseling* 67, 30-56

Heijst A van (2005) Er is een grote kloof tussen wat veel werkers in de zorg bezielt & wat écht professioneel geldt, interview door J. Prij en T. Jansen in: *Beroepszeer Waarom Nederland niet goed werkt*, G. van den Brink, T. Jansen, D. Pessers, Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Heaven C, Maguire P, Green C, (2003) A patient-centred approach to defining and assessing interviewing competency, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, 2.

Holzhauser FFO (2002) *Communicatie Theorie en praktijk*, Academic service Schoonhoven

Lambert MJ (1992) *Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. Handbook of psychotherapy integration*. Norcross and Goldstein. New York, Basic Books: 94-129

Ley P (1982) Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychology* 21, p 241-54

Ong LML, de Haes JCJM and Lammes B (1995) Doctor-patient patient communication: A review of the literature, *Social Science and & Medicine* volume 40, 903-918.

Ong LML, Visser MRM, Kruyver IPM, Bensing JM, Brink-Muinen A van den, Stouthart JML, Lammes FB, Haes JCM de (1998) The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in oncological consultations: psychometric properties, *Psycho-Oncology*, 7, 387-401

Roter D, (2000) The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling* 39, 5-15.

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

Sandvik M, Eide H, Lind M, Graugaard PK, Torper J, Finset A. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling*. 2002 Apr;46(4): 235-41

Schippers GM, Es M van, Mulder E, Dijk A van (2005) De verslavingszorg professionaliseert, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 527-539.

Smeijsters H (2006) Vakmanschap is meesterschap, *Maandblad Geestelijk Volksgezondheid*, 61, 930-941.

Stewart M, Brown BB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J (2000) The impact of client-centered care on outcomes, *The journal of family practice*, vol 49 no. 9.

Welling M (2004) *Vraaggericht werken in de jeugdhulpverlening* Lemma Utrecht

Zijlstra P, Goossensen A (2007) Shared Decision making in de psychiatrie *TSG* jaargang 85 92-97