**Advies[[1]](#footnote-1)** van de Patiënten Advies Raad Onderwijs en Opleidingen RHA aan de directie van de RHA inzake het **Communicatieonderwijs- en samenwerkingsonderwijs in de opleidingen GNK.**

**Inleiding**

Vanuit patiëntenperspectief zijn de communicatie- en interactievaardigheden van een (basis)arts uitermate belangrijk.

Wij gaan uit van de wens van de patiënt. Indien de patiënt dat wil, moet hij/zij zélf de regie kunnen voeren over het diagnostisch-, behandel- en genezingsproces. Daarnaast gaan we ervanuit dat de arts beschikt over de medisch-technische kennis en kunde om de patiënt (incl. de naasten) adequaat te ondersteunen in diens keuzes, zodat zij samenwerkend een proces van Shared Decision Making kunnen waarmaken (SDM).

Met dit advies beogen we aandacht te vragen voor de communicatie-, interactie- en samenwerkingsvaardigheden waar iedere basisarts (en praktiserende arts) over zou moeten beschikken om persoonsgerichte zorg te kunnen realiseren. In 2019 zal een herziening van het RAAMPLAN geneeskunde worden voorbereid en vastgesteld. De PAR O&O wil in die ontwikkeling -als groep ervaringsdeskundigen-graag een rol van betekenis spelen, zodat de patiëntbehoeften nadrukkelijker een rol zullen spelen in de geneeskundige opleidingen (en in de praktijken van artsen.) Daarom hebben we dit advies opgesteld.

In dit advies pleiten wij voor intensivering en verbreding van communicatieonderwijs naar onderwijs in communicatie- én SAMENWERKINGSVAARDIGHEDEN, zodat basisartsen goed zijn toegerust op hun toekomstige werksituaties. (en er in de geneeskundige vervolgopleidingen aandacht uitgaat naar de samenwerkings- en communicatie-vaardigheden).

**Standpunt**

De Patiënten Advies Raad Onderwijs en Opleidingen RHA&O onderscheidt in communicatie-onderwijs twee elementen:

* De communicatie/interactie met de patiënt, diens partner(s)/ gezinsleden/

mantelzorgers/ belangrijke derden, gericht op het bieden van persoonsgerichte zorg.

* De communicatie in het zorgproces met andere professionals, dus het realiseren van betere samenwerking tussen artsen onderling én met andere professionals in de inter- en multidisciplinaire samenwerking.

Vanuit ons perspectief zijn de volgende elementen belangrijk:

* Een veel gehoorde klacht over patiëntcontacten is dat er veel aandacht uitgaat naar het pc-scherm, in combinatie met te weinig aandacht voor de patiënt en diens naaste. Wij vragen ons af of er in het medisch onderwijs voor dit soort praktische aspecten genoeg aandacht is.
* Er is (te) weinig aandacht in de medische opleidingen voor rechtstreekse communicatie met partners/mantelzorgers van de patiënt.
* Belangrijk is dat er meer aandacht uitgaat naar de vaardigheden om te verifiëren dat de patiënt het gesprek begrijpt en dat de arts én patiënt overzien wat dit betekent voor het dagelijks leven van de patiënt. (Vaardigheden als actief luisteren, feedback vragen en geven, toetsen wat de patiënt begrijpt, ontdekken wat het perspectief is van de patiënt; bestaat er échte aandacht voor de drie goede vragen en de opties die daaruit voortvloeien, en voor het ondersteunen van de patiënt bij het komen tot de eigen persoonlijke, meest passende, keuzen?)
* Er is in het curriculum te weinig aandacht voor effectief communiceren met andere artsen en professionals van divers opleidingsniveau.
* Simulatiepatiënten (SP) worden veelvuldig ingezet. Die inzet kan deels vervangen worden door les/training met ‘echte patiënten”[[2]](#footnote-2), omdat dit een realistischer beeld biedt, zodat de student eerlijke feedback krijgt op zijn/haar handelen in de interactie met patiënten. Uitgangspunt zou moeten zijn dat bij voorkeur gewerkt wordt met ervaringsdeskundigen, tenzij simulatiepatiënten beter geschikt zijn om de betreffende onderwijsdoelen te behalen. De inzet van ervaringsdeskundigheid op key-moments in de opleiding verdient nadere uitwerking. Echte patiënten hebben in dat onderwijs een aantoonbare meerwaarde als ze op hun taak zijn toegerust (opgeleid) en er tevens rekening wordt gehouden met de evidence over effectiviteit van het onderwijs.(Vgl. v.d. Eertwegh, 2015[[3]](#footnote-3))

Wij willen graag dat de opleiding **basisartsen ‘aflevert’ die**

* in patiëntcontacten, inclusief de naasten, **empathisch** zijn: kunnen aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt en diens waarden en normen en oprechte interesse hebben in de **zieke**, en niet alleen in de **ziekTe**, tegenover hen. Dit betekent dat zij actief luisteren, en een gelijkwaardig communicatie-niveau realiseren tussen patiënt(naaste) en arts. Het contact moet erop gericht zijn dat *op* basis van wederzijds respect én vertrouwen de patiënt en diens partner(s) tot hun recht komen als volwaardige gesprekspartner.
* vanuit voldoende medische kennis en kunde de patiënt **adequaat kunnen adviseren** over de mogelijke diagnostische opties (incl. de belasting en de relatieve winst van dat onderzoek) en de diagnose. Om daarna aan de hand van bijvoorbeeld de ‘drie goede vragen’ de patiënt te ondersteunen bij het komen tot een (behandel)voorstel samen met de patiënt en diens naasten[[4]](#footnote-4). Overigens is niet iedere patiënt bij machte keuzes te maken.[[5]](#footnote-5) Wij vinden het belangrijk dat de patiënt vrij is om aan te geven dat hij de keuze ‘niet aankan’ en dat de arts er dan in toestemt dat in het belang van de patiënt de arts (*vanuit de waarden en normen van de patiënt*) de keuze(n) maakt.

Daarnaast is het gewenst dat de arts helder verwoordt wat de afspraken zijn en deze, na accordering van de patiënt, eenduidig vastlegt.

* **adequaat samenwerken** in inter- én multidisciplinaire teams, waarbij zij zich realiseren dat ‘persoonlijke efficiency’ opgevat zou moeten worden als efficiency met *drie dimensies:*
- de ‘medisch-technische’ dimensie
- de interdisciplinaire en multidisciplinaire effectiviteit van het team dat zij

coördineert/leidt
- het versterken van het eigenaarschap van de regie over het genezingsproces door

 de patiënt (en diens naasten).

* Bewust zijn van, en om kunnen gaan met, de (toenemende) effecten van de **digitale mogelijkheden** in patiënt- en collegiale(multidisciplinaire) interactie en communicatie /afspraken.

We denken daarbij aan:

-de patiënt die de aantekeningen en opmerkingen van de artsen in zijn digitaal dossier kan meelezen.

-de patiënt die de uitslagen eerder op z’n app. heeft dan de arts ze heeft kunnen bekijken.

-vertrouwd zijn met de mogelijkheden die online communicatie van de patiënt (en monitoring van data op afstand) met de arts biedt.

Wij vinden het belangrijk dat de basisarts beschikt over volgende **samenwerkingsvaardigheden:**

1. vaardig zijn in het bespreken met de patiënt welk besluiten tot welke consequenties leiden in het leven van de patiënt en de naaste(n).
2. de verantwoordelijkheid nemen voor het overdragen en verifiëren van de informatie; begrijpt de patiënt de afspraken? Toetst de arts dit adequaat?[[6]](#footnote-6)
3. zich realiseren dat samenwerken met de patiënt, en met de andere teamleden, alleen succesvol kan zijn als een *feedback-loop wordt gestart en benut* in de opeenvolgende contacten met de patiënt. Dit betekent dat de arts actief volgt welke effecten de opeenvolgende stappen (diagnostische ervaringen en behandelervaringen) hebben op de (beleving van de) patiënt (en diens naasten). Dus vraagt de arts feedback op de ingezette behandellijn en de wijzen waarop de patiënt zich bejegend voelt.[[7]](#footnote-7)
4. de patiënt tijdig informeren over de disciplines die betrokken zijn bij het proces en over de overdracht aan die verschillende disciplines, het starten van de feedback-loop en het (ondersteunen van het)vergroten van de verantwoordelijkheid van de patiënt.
5. de eigen beperkingen kennen en dus goed in staat zijn *tijdig* te verwijzen naar anders-deskundigen die in de (deel)materie beter geëquipeerd zijn om de patiënt te ondersteunen.
6. de kwaliteit van de samenwerking (intern- en extern, inter- en multidisciplinair) tot je verantwoordelijkheid rekenen. Wij zien graag een cultuur ontstaan waarin het gewoon is dat de samenwerkende hulpverleners\* elkaar aanspreken op afspraken. Dus dat er een ‘aanspreekcultuur’ wordt gerealiseerd i.p.v. een hiërarchische cultuur. Essentieel is dat de arts leert zich kwetsbaar op te stellen, fouten tijdig leertte bespreken met de patiënt en met andere hulpverleners, zodat er een cultuur van ‘leren mág’ ontstaat.
7. In de meest wenselijke situatie zou de patiënt door de coördinerend arts bevraagd moeten worden of en op welke wijze hij betrokken wil zijn in de behandelbespreking(en) of in het multidisciplinair overleg; het artsenteam zou dan vaardig moeten zijn in het bespreken met collegae én de patiënt wat het wenselijke (behandel)beleid zou moeten zijn.

**Adviezen om een bijdrage te leveren aan de gewenste verbetering.**

We vinden dat patiënten een zinvolle bijdrage kunnen leveren in het curriculum. Bijv. in de volgende aspecten.

1. Patiënten betrekken bij het toetsen van de consultvaardigheden op het gebied van de interactievaardigheden. Een patiënt zou als adviseur terzake kunnen functioneren.

We zijn dan ook van mening dat patiënten een goede rol kunnen vervullen bij de evaluatie en beoordeling van o.a. de SMP/Bring Your Own Patiënt/RYOP.

1. Wij stellen voor als beoordelingscriterium in het curriculum toe te voegen: goed en effectief (liefst ook positief gericht) samenwerkingsgedrag laten zien,

-in het team-functioneren, én

-in het tot zijn recht laten komen van de kwaliteiten van andere teamleden, zodat een beter resultaat voor de patiënt gerealiseerd wordt.

1. We zien graag dat meer ‘echte patiënten’ meewerken als Simulatiepatiënt, althans dat de feedback vanuit doorleefd patiëntenperspectief kan worden gegeven, op basis van de hier -en-nu ervaring in het oefenconsult. Juist leren van goede voorbeelden is immers effectief. Wij zien graag dat patiënten betrokken worden bij

-de scholing van simulatiepatiënten (SP) om zo de authenticiteit van de SP-contacten te bevorderen

-de opleiding/nascholing van docent-mentoren in de masterfase (coaches in de bachelor).

1. We adviseren de ‘lijn communicatie’ te wijzigen in de lijn ‘communicatie- en samenwerkingsonderwijs’; we vinden dat in de opleiding, bijv. in ieder CKO-voor en -na, gemiddeld 5x 2 uur besteed zou moeten worden aan communicatieonderwijs en tenminste 2x 2 uur aan samenwerkingsonderwijs.
2. Wij zien in ‘interprofessioneel opleiden’ (alle niveaus samen) een goed middel om goed te leren samenwerken en op elkaar te leren vertrouwen. Op die manier kan de kern van team-samenwerken al vroeg in de opleiding ervaren worden en ontstaan mogelijkheden om te experimenteren met samenwerkingsgedrag en het te trainen.

 Wij zullen in een afzonderlijk advies verder ingaan op interprofessioneel leren.

De Patiënten Advies Raad Onderwijs en Opleidingen RHA,

Maart 2019

1. Ter voorbereiding van dit advies is door leden van de Patiënten Advies Raad Onderwijs en Opleidingen RHA gesproken met Ellemieke Rasenberg, Evelyn van Weel-Baumgarten en Ietske Siemann.  [↑](#footnote-ref-1)
2. De toegevoegde waarde van patiënten in het onderwijs is dat zij vanuit patiëntperspectief informatie en feedback kunnen geven. De inzet van patiënten zou gebaseerd moeten worden op de leerbehoefte/ontwikkelingsstadium van de betreffende student om effectief te kunnen zijn. Die patiënt zal moeten begrijpen waar de student zich in zijn professionele ontwikkeling bevindt. Daarvoor zal scholing en coaching van die patiënten nodig zijn. [↑](#footnote-ref-2)
3. V.d.Eertwegh: Unraveling postgraduate communication learning: from transfer to transformative learning, Maastricht, 2015. [↑](#footnote-ref-3)
4. Met de term ‘naasten’ sluiten we aan bij het taalgebruik in het communicatieonderwijs. Wij bedoelen ermee de partner/gezinsleden/mantelzorger(s) of andere mensen die in het leven van de patiënt een betrokken rol invullen. [↑](#footnote-ref-4)
5. Belangrijk is dus dat de arts samen met de patiënt nagaat of deze patiënt in staat en bereid is verantwoordelijkheid te dragen voor de keuzes die ‘eraan staan te komen’. Dit betreft én de diagnostische fase (welke belasting brengt een bepaald diagnostisch instrument met zich mee en wat is de [relatieve] winst voor de behandelopties?), én de keuzes voor behandeling die kan worden geboden. (Welke opties staan open, welke worden geadviseerd en wat is de winst in termen van genezing en van kwaliteit van leven tijdens en na de behandeling?) [↑](#footnote-ref-5)
6. De patiënt op zijn beurt draagt verantwoordelijkheid voor het goed, en correct informeren van de arts over zijn beleving en zijn relevante waarden en normen. Indien de patiënt daar niet in slaagt zou dit signaalwaarde moeten hebben voor de arts. Waar gaat het mis qua vertrouwen? [↑](#footnote-ref-6)
7. Deze ‘volgplicht’ is belangrijk om adequaat te kunnen ingaan op de angsten, onzekerheden en (on)juiste overtuigingen van de patiënt terzake, zodat er écht sprake is van sámen werken aan het genezingsproces. De patiënt is immers de drager van relevante informatie (ervaringen met de diagnoses en behandeling, de wijze waarop de andere teamleden functioneren t.a.v. de patiënt, etc.). Uitsluitend als de arts de patiënt hierop bevraagt (op een eerlijke, belangstellende wijze), kan de patiënt zijn rol als mede regisseur oppakken. [↑](#footnote-ref-7)