

Communicatie tussen cardioloog, patiënt en naaste

*Het perspectief van de cardioloog: Doelen,
hindernissen en hulpmiddelen*



De Hart & Vaatgroep

VAN EN VOOR MENSEN MET EEN HART- OF VAATZIEKTE



Colofon:

Gegevens auteur

Naam: Kitty Wouthuysen BAsc. Psychology
Adres: IJsvogel 99
3602 XM Maarssen

Telefoonnummer: 06-20 27 39 88
E-mail: kitty@magna-mens.nl

Gegevens opdrachtgever

Opdrachtgever: De Hart&Vaatgroep
Contactpersoon: Drs. Jos van Erp
Adres: Prinses Catharina-Amaliastraat 10
2496 Den Haag

Telefoon: 070-315 55 55
E-mail: J.vErp@hartstichting.nl

Gegevens school

School: Hogeschool Leiden
Adres: Zernikedreef 11
2333 CK Leiden

Docentbegeleider: Drs. Dafne Schutter
Telefoonnummer: 071-518 88 00
E-mail: schutter.d@hsleiden.nl

© Kitty Wouthuysen

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd, gefotografeerd, op microfilm gezet, vermenigvuldigd in welke vorm dan ook, inclusief gebruik op internet, cd, eboek, cdrom, enz., zonder schriftelijke toestemming van de auteur.

Voorwoord

Dit communicatie-onderzoek CardioCom2 is een afstudeervervolgonderzoek op het stageonderzoek CardioCom1 met dezelfde probleemstelling maar nu vanuit het cardiologenperspectief. Beide onderzoeken zijn gedaan in het kader van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hogeschool Leiden.

Goede communicatie tussen de zorgverlener en zijn patiënt is belangrijk ter bevordering van het genezingsproces. Voor mij is dit een belangrijk statement als Bachelor Toegepast Psycholoog met een medische achtergrond. Bij dezen wil ik De Hart&Vaatgroep en de Hartstichting bedanken voor de mogelijkheid om hierin af te studeren zodat ik hierin een steentje bij kan dragen. Het team van De Hart&Vaatgroep en van de Hartstichting wil ik bedanken voor hun ondersteuning in het vinden van respondenten met in het bijzonder de heer drs. Jos van Erp voor zijn hulp en zijn begeleiding daarin. Ook wil ik de begeleiders vanuit mijn opleiding, mijn familie en vrienden bedanken voor hun hulp en inzet bij het tot stand brengen van het afstudeerverslag.

In het bijzonder wil ik alle respondenten bedanken voor hun tijd, hun vertrouwen en hun openheid tijdens de interviews en mijn jeugdvriend DirkJan van Veldhuisen voor de inspiratie.

Last but not least wil ik mijn geliefde vriend en echtgenoot Bauke Wolters bedanken die altijd met raad en daad voor me klaar staat.

Ik wens de lezer veel leesplezier toe.

Kitty

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Managementsamenvatting	6
Abstract	8
1 Inleiding	10
1.1 Achtergrond	10
1.2 Aanleiding	11
2 Onderzoekopzet	12
2.1 Probleemanalyse.....	12
2.2 Probleemstelling.....	12
2.3 Doelstelling.....	12
2.4 Operationalisaties	12
2.5 Theoretisch kader	13
2.6 Onderzoeksdomeinen.....	13
3 Onderzoeksmethode	14
3.1 Onderzoekspopulatie.....	14
3.2 Type interview.....	14
3.3 Topicslijst.....	14
3.4 Vertrouwelijkheid	15
3.5 Analyse interviews.....	15
4 Resultaten.....	16
4.1 Instrumentele en affectieve communicatie.....	16
4.1.1 <i>De invloed van persoonlijke voorkeuren en overtuigingen.....</i>	<i>16</i>
4.1.2 <i>Afwegingen voor de balans tussen instrumentele en affectieve communicatie.....</i>	<i>18</i>
4.1.3 <i>Inschatting eigen communicatievaardigheden en trainingen.....</i>	<i>19</i>
4.2 Belangrijke aspecten binnen de communicatie met de patiënt	20
4.2.1 <i>Het geven van uitleg en advies aan de patiënt.....</i>	<i>20</i>
4.2.2 <i>Het geven van aandacht aan de emoties tijdens het consult.....</i>	<i>22</i>
4.2.3 <i>De omgang met de controlebehoefte van de patiënt</i>	<i>22</i>
4.2.4 <i>De omgang met de patiënt met een andere culturele achtergrond.....</i>	<i>22</i>
4.2.5 <i>Het bespreken van de impact van de aandoening op het dagelijks leven.....</i>	<i>23</i>
4.2.6 <i>Het bespreken van de co- en multimorbiditeit</i>	<i>24</i>
4.2.7 <i>Het bevorderen van de zelfmanagement</i>	<i>24</i>
4.2.8 <i>De dokter-patiëntrelatie vanuit de visie van de respondent</i>	<i>25</i>
4.3 Belangrijke hindernissen binnen de communicatie met de patiënt.....	27
4.3.1 <i>De hindernissen die ervaren worden bij het geven van uitleg en advies.....</i>	<i>27</i>
4.3.2 <i>De hindernissen bij het geven van aandacht voor emoties</i>	<i>28</i>
4.3.3 <i>De hindernissen in de laagdrempelige bereikbaarheid</i>	<i>29</i>
4.3.4 <i>De hindernissen in de omgang met controlebehoefte bij patiënten.....</i>	<i>29</i>
4.3.5 <i>De hindernissen in de omgang met culturele verschillen</i>	<i>30</i>
4.3.6 <i>De hindernissen bij co- en multimorbiditeit</i>	<i>31</i>
4.3.7 <i>De hindernissen bij het bevorderen van het zelfmanagement.....</i>	<i>32</i>
4.3.8 <i>Specifieke onderwerpen die als moeilijk bespreekbaar ervaren worden</i>	<i>32</i>
4.4 Belangrijke hulpmiddelen binnen de communicatie met de patiënt.....	33

4.4.1 De hulpmiddelen bij het geven van uitleg en advies	33
4.4.2 De hulpmiddelen bij het geven van aandacht voor de emoties	34
4.4.3 De hulpmiddelen in de omgang met controlebehoeftige patiënten	35
4.4.4 De hulpmiddelen bij het bespreken van de co- en multimorbiditeit	36
4.4.5 De hulpmiddelen in de omgang met de culturele verschillen	36
4.4.6 De hulpmiddelen rondom het bevorderen van zelfmanagement	36
5 De meest benoemde onderwerpen per deelgebied	38
5.1 De meest benoemde onderwerpen binnen het deelgebied “Belangrijke aspecten”	38
5.2 De meest benoemde onderwerpen binnen het deelgebied “Hindernissen”	39
5.3 De meest benoemde onderwerpen binnen het deelgebied “Hulpmiddelen”	40
6 Organisatorische kaders	42
6.1 De invloed van de zorgverzekeraar op de communicatie met de patiënt	42
6.1.1 Transparantie	42
6.1.2 Tijdsdruk	42
6.1.3 Administratiedruk	42
6.2 De invloed van de zorginstelling op de communicatie met de patiënt	43
6.2.1 Communicatie binnen de verschillende soorten zorginstellingen	43
6.2.2 Administratie: Het EPD	46
6.2.3 Hindernissen die ervaren worden bij het gebruik van de EPD	46
7 Conclusies	50
7.1 Doel van de communicatie	50
7.2 Hindernissen bij de communicatie	50
7.3 Hulpmiddelen bij de communicatie	51
7.4 De invloed van de Hart&Vaatgroep en de Hartstichting op de communicatie	51
8 Aanbevelingen	53
9 Discussie	54
Bijlage I E-mailuitnodiging	55
Bijlage II Topicslijst CardioCom2	56
Bijlage III Verantwoording topicslijst	61
Literatuurlijst	63

Managementsamenvatting

Aanleiding

In oktober 2013 gaf De Hart&Vaatgroep opdracht tot een vervolgonderzoek op het eerdere onderzoek CardioCom1 waarbij de behoeften en knelpunten die ervaren worden in de communicatie met de cardioloog vanuit het patiëntperspectief in kaart zijn gebracht. Het CardioCom2-onderzoek met dezelfde probleemstelling is gedaan vanuit het cardiologenperspectief. Beide opdrachten hebben als doel het verbeteren van de communicatie in de cardiologische zorg met als achterliggend doel het verminderen van ongemak en leed dat ontstaat door een hart- en/of vaatziekte.

Het CardioCom2-onderzoek leidt voor De Hart&Vaatgroep tot informatie over de probleemvraag, de conclusies en aanbevelingen die daarop gebaseerd zijn. Vooraf is literatuuronderzoek gedaan naar communicatie tussen zorgverleners en patiënten en eventuele naasten en is het competentieprofiel van de cardioloog met betrekking tot de communicatie bestudeerd. Op grond van de bevindingen en de gegevens van het CardioCom1-onderzoek is een topicslijst opgesteld en via half gestructureerde interviews informatie verzameld.

De conclusies

De tijd nemen om duidelijke uitleg en informatie over de diagnose en behandeling te geven aan de patiënt, waarbij het van belang is om af te stemmen op de patiënt. Dit is wat de cardiologen binnen dit onderzoek als de belangrijkste aspecten zien wat betreft de communicatie met hun patiënten.

De doelen binnen de communicatie met zijn patiënt en eventuele naaste zijn: afstemmen op de patiënt met behulp van instrumentele en affectieve communicatie zodat op basis van gedeelde besluitvorming een behandeling gestart of voortgezet wordt.

De belangrijkste hindernissen die door de respondenten ervaren worden binnen de communicatie met hun patiënten zijn: tijdsdruk, administratiedruk en patiënten die geen verantwoordelijkheid nemen voor hun behandeling. De druk vanuit zorgverzekeraars en zorginstellingen om de consulttijd te verkorten, gecombineerd met een toenemende administratiedruk, zorgt ervoor dat er steeds minder tijd beschikbaar is voor de inhoudelijke aspecten van de communicatie.

De hulpmiddelen die ingezet worden om de tijdsdruk te hanteren zijn: het verlengen van de consulttijd, flexibel omgaan met de consulttijd, het vergroten van de bereikbaarheid buiten het consult en het doen van de administratie na het consult. De hulpmiddelen die ingezet worden voor het verduidelijken van informatie zijn het gebruik van andere vormen van informatie zoals websites en fora. Tevens wordt de hulp van naasten ingezet om de patiënt te steunen in zijn ziekteproces.

De aanbevelingen

Op basis van de conclusies van het onderzoek wordt aan De Hart&Vaatgroep aanbevolen om alle betrokken partijen het belang van communicatie en vooral van affectieve communicatie in te laten zien.

Aanbevelingen met betrekking tot de cardiologen:

- agendering van het belang van affectieve communicatie bij de doelgroep en de belangenverenigingen;
- voorlichting geven aan de cardiologen over het belang van een meer integrale benadering van ziekte waarbij de focus niet alleen moet liggen op de biomedische kant van de ziekte maar ook op de psychosociale en genderspecifieke kant van de ziekte;
- voorlichting geven aan de cardiologen gericht op de bewustwording van de voordelen in het verbeteren van de affectieve communicatie waarbij de nadruk ligt op de tijdwinst, patiënttevredenheid en therapietrouw;
- het aanbieden van mogelijkheden aan de cardiologen om zich in de communicatie te verbeteren door middel van training. Daarbij dienen de trainingen een duidelijk en helder doel te hebben zodat de cardiologen de te investeren tijd en moeite er graag voor over hebben;
- de vaardigheid met betrekking tot de communicatie in de vijfjarige registratie op te nemen.

Aanbevelingen met betrekking tot zorginstellingen en zorgverzekeraars:

- onderzoek naar de mogelijkheden van een meer integrale behandeling van ziekte en de kostenbesparingen die hierdoor mogelijk zijn door verbetering van leefstijl, therapietrouw en kwaliteit van leven.

Aanbevelingen met betrekking tot de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep:

- aandacht voor de psychosociale kant van de ziekte;
- patiëntgerichte voorlichting geven over:
 - het belang van de eigen verantwoordelijkheid en participatie in de omgang met de eigen ziekte, waarbij in de voorlichting verwerkt dient te worden hoe dit vorm gegeven wordt;
 - het belang van de psychosociale kant van de ziekte.

Algemene aanbevelingen:

Alle partijen kunnen leren door Best Practices over te nemen. Tijdens het onderzoek zijn veel originele, creatieve, effectieve oplossingen door de cardiologen zelf gevonden voor problemen waar bijna iedereen mee worstelt. Het wiel hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

Om tot een verbetering van de communicatie binnen de cardiologische zorg te komen is vervolgonderzoek naar hetzelfde probleem onder een grotere groep respondenten gewenst. Omdat het moeilijk was om respondenten voor het onderzoek te vinden is daardoor voorlichting over het belang van de communicatie vooraf aan het onderzoek noodzakelijk.

Abstract

Motive

In October 2013, the Hart&Vaatgroep commissioned a follow-up study on the previous research CardioCom1, where the needs and bottlenecks experienced in communicating with the cardiologist from the patient's perspective have been mapped. In the CardioCom2 study, the same problem is researched, this time from a cardiologist's perspective. Both researchers have the aim of improving communication between cardiologists and their patients, with the goal to reduce discomfort and suffering caused by cardiac and/or vascular disease.

The results of the CardioCom2 investigation provides more information for the Hart&Vaatgroep about the research question, the conclusions and recommendations based thereon.

First, a literature study is performed to investigate the communication between caregivers and patients (and their help, if applicable), and the competence of the cardiologist regarding communication. Based on the findings and data from the CardioCom1 research, a topic list is compiled and information is collected by semi-structured interviews.

Conclusions

The cardiologists in this study regard the most important aspects, with regard to communicating with their patients, to be: Taking the time during a consultation to provide a clear explanation, and provide information on diagnosis and treatment of the patient, whereby it is important to align the patient.

The goals for communicating with his patients are to align with the patient using instrumental and affective communication. This facilitates a shared decision treatment to be started or continued.

The main obstacles experienced by respondents within the communication with their patients are: time constraints, administrative pressure, and patients who do not take responsibility for their treatment. The pressure from health insurers and health care institutions to reduce consultation time, combined with increasing administration cause that there is less and less time available for the substantive aspects of communication.

The resources which can be used in the time allotted for consultations are: flexibility in handling consultation time, increasing the availability outside the consultation hours, and doing the paperwork after the consultation.

Other forms of information, such as websites and webforums, are tools that used to clarify information. Furthermore, the help of neighbours is used to support the patients' disease process.

Recommendations

Based on the conclusions of the research, it is recommended to the Hart&Vaatgroep to show all parties involved the importance of communication, especially affective communication.

Recommendations regarding the cardiologists:

- Emphasize the importance of affective communication with the target group and interest groups;
- Provide information to cardiologists about the importance of a more integrated approach to diseases in which the focus should not only be on the biomedical side of the disease, but also on the psychological and gender-specific side of the disease;
- Provide information to cardiologists aimed at raising awareness of the benefits in improving affective communication with the emphasis on the time savings, patient satisfaction and adherence to therapy;
- Offering opportunities for cardiologists to improve in communication through training. The training should have a clear objective so that the cardiologists are motivated to invest time and effort for successful completion of the training;
- Defining communication skills in the five-year registration record.

Recommendations regarding health care and health insurance:

- Awareness and attention to the psychosocial aspects of the disease;
- Provide patient-centered information considering:
 - The importance of personal responsibility in dealing with their own illness, while providing information about this participation process to the patient;
 - The importance of the psychosocial aspects of the disease.

General recommendations

During the study, many original, creative, and effective solutions were observed or found by the cardiologists themselves for common problems. Reinventing the wheel is not necessary; we therefore encourage communication among all parties so they can learn from one another.

Recommendations for further research

In order to achieve an improvement of the communication with the cardiac care, further research into the same problem within a large group of respondents is recommended. Due to the difficulty to find respondents for the research, awareness about the importance of communication is therefore necessary prior to a follow-up the research.

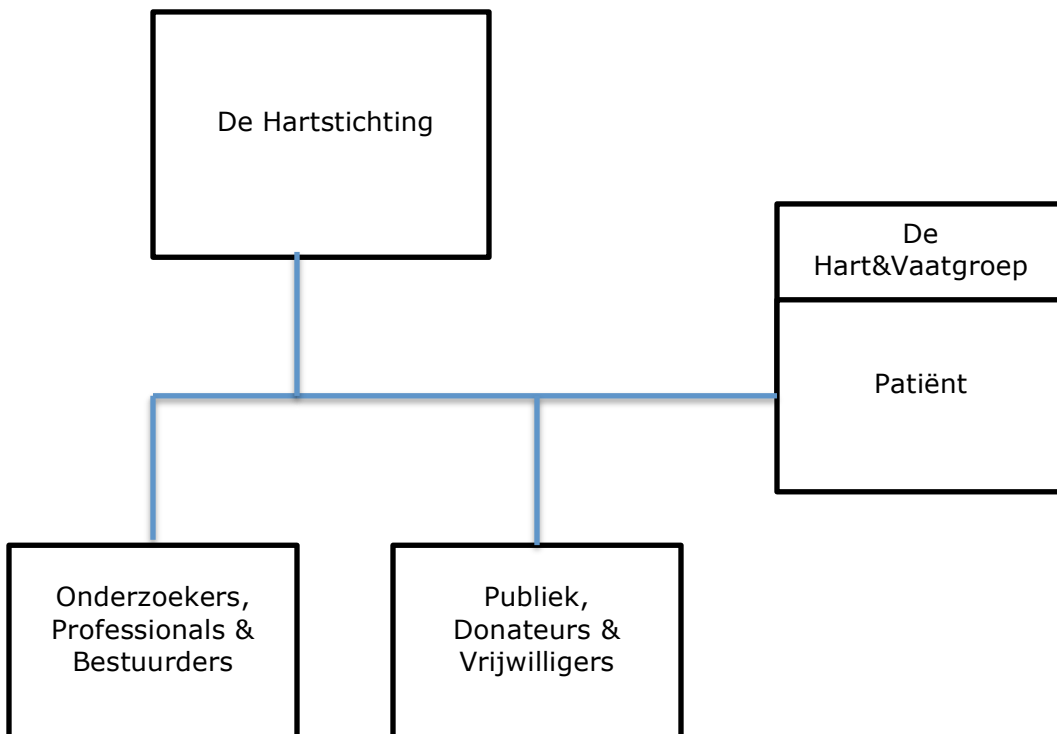
1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De Hartstichting strijdt tegen hart- en vaatziekten. Het doel is dat minder mensen overlijden aan hart- en vaatziekten en dat patiënten zo goed mogelijk moeten kunnen leven met hun aandoening. Daarom investeert de Hartstichting in onderzoek, voorlichting en kwaliteitsverbetering van de zorg.

De drie afdelingen binnen de Hartstichting die zich op deze speerpunten richten zijn:

- afdeling "Onderzoekers, Professionals en Bestuurders";
- afdeling "Publiek" die bestaat uit donateurs en vrijwilligers;
- afdeling "Patiënt" (Hartstichting, 2014).



Figuur 1: de afdelingen binnen de Hartstichting

De Hartstichting en De Hart&Vaatgroep werken sinds januari 2013 samen aan de behartiging van de belangen van hart- en vaatpatiënten. Samen vormen en vullen zij de afdeling Patiënt (Hart&Vaatgroep, 2014).

Deze afdeling, die bijna in zijn geheel uit De Hart&Vaatgroep bestaat, richt zich volledig op de hart- en vaatpatiënt waarbij de nadruk ligt op het omgaan en het leven met een hart- en vaatziekte. Verbetering van communicatie tussen patiënt en zorgverlener is hierbij een van de aandachtspunten.

1.2 Aanleiding

Binnen de afdeling "Patiënt" wordt het programma "Afstemmen van communicatie op patiëntenperspectief binnen de cardiologische zorg" ontwikkeld dat gericht is op de verbetering van de communicatie in de cardiologische zorg. Dit programma is mogelijk gemaakt door een gift aan de Hartstichting die is ondergebracht in het Fonds Gisolf-Smit. Een belangrijk onderdeel van dit programma is het in kaart brengen van de behoeften en belemmeringen in de communicatie tussen patiënt en cardioloog.

Voor zover bekend bij De Hart&Vaatgroep en de Hartstichting is er nog niet eerder een inventariserend onderzoek gedaan specifiek naar dit onderwerp. In februari 2013 is besloten om een inventariserend kwantitatief onderzoek, CardioCom1, te doen vanuit het patiëntenperspectief. De resultaten van dit onderzoek onder 2.222 patiënten is in verkorte vorm gepubliceerd in juli 2013 in het blad "Vida" van De Hart&Vaatgroep. Het complete verslag is voor geïnteresseerden op te vragen bij de onderzoekster en auteur, Kitty Wouthuysen via kitty@magna-mens.nl of 06-20 27 39 88.

Een aanbeveling die uit het onderzoek naar voren kwam was een vervolgonderzoek in de vorm van een inventariserend kwalitatief onderzoek, CardioCom2, vanuit het cardiologenperspectief (Wouthuysen, 2013).

2 Onderzoeksopzet

2.1 Probleemanalyse

Goede patiëntgerichte communicatie is een sleutel tot succes voor begeleiding en behandeling door medische specialisten (Hagihara & Tarumi, 2006), (Kayaniyil et al., 2009). Binnen veel inventariserend onderzoek komt communicatie als een belangrijk aspect bovendrijven in met name de specialistische zorg (Dulmen, Humphris, & Eide, 2012). De meerderheid van de klachten die patiënten en hun naasten rapporteren, heeft betrekking op dit aspect. Inmiddels is op het gebied van communicatie in de cardiologische zorg een inventariserend onderzoek gedaan vanuit het patiëntenperspectief. Om een volledig beeld te krijgen is het noodzakelijk om het perspectief van de cardioloog met betrekking tot dit onderwerp te inventariseren.

2.2 Probleemstelling

Voor het in kaart brengen van het cardiologenperspectief is de volgende probleemstelling geformuleerd:

“Wat zijn vanuit het cardiologenperspectief de doelen, hindernissen en hulpmiddelen bij communicatie met de patiënt en eventuele naaste?”

2.3 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is op korte termijn het in kaart brengen van de doelen, hindernissen en hulpmiddelen die cardiologen binnen de communicatie met hun patiënt en eventuele naaste ervaren en inzetten.

Op de langere termijn is het doel het verbeteren van de communicatie binnen de cardiologische zorg, waardoor een betere afstemming van die zorg op de behoeften van de patiënten mogelijk wordt, wat vervolgens zal leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven van de patiënt.

2.4 Operationalisaties

Onder “communicatie met de patiënt” wordt verstaan de gesprekken die gevoerd worden tijdens consulten en andere contacten die de cardioloog met zijn patiënt en eventuele naaste heeft tijdens het behandelingstraject. De “naaste” van de patiënt omvatten de mensen die de mantelzorg aan hem verlenen. Meestal gaat het om de partner, directe familieleden, vrienden en eventuele burens. Wanneer een naaste mee gaat naar het consult, dan gaat het in de regel om één naaste.

De interviewlijst bevat 4 onderdelen:

1. persoonlijke gegevens en werksituatie;
2. belangrijke aspecten binnen de communicatie;
3. hindernissen binnen de communicatie;
4. hulpmiddelen bij de communicatie.

Met de onderdelen 2,3 en 4 worden doelen, hindernissen en hulpmiddelen uit de probleemstelling in kaart gebracht.

2.5 Theoretisch kader

Bij een communicatieonderzoek onder zorgverleners en hun patiënten (Brink-Muinen, Dulmen, Jung, & Bensing, 2007) werd geconcludeerd dat de behoefte van de patiënt in communicatie met zijn behandelaar tweeledig is: ze willen het gezondheidsprobleem kennen en begrijpen en ze willen zich gekend en begrepen voelen. Enerzijds verwachten zij dat hun behandelaar taakgericht is en een middel heeft tegen hun kwaal, hierop is de **instrumentele communicatie** gericht. Anderzijds zijn patiënten misschien angstig en willen ze gerustgesteld worden, hierop is de **affectieve communicatie** gericht (Dulmen, 2012).

De communicatie van de zorgverlener is net als bij de patiënt ook tweeledig, namelijk ook instrumenteel en affectief. De instrumentele communicatie van zorgverlener is gereguleerd in richtlijnen en standaarden, in diagnose behandelcombinaties (DBC's) en in wetgeving. De affectieve communicatie van de zorgverlener verloopt minder vanzelf. Naast het feit dat patiënten hun emoties vaak impliciet uiten in plaats van expliciet, krijgen de zorgverleners niet altijd voldoende gelegenheid om daarop in te gaan. Indien de beide soorten communicatie van de zorgverlener tegemoetkomen aan de voorkeuren van de patiënt, zal dit de tevredenheid, therapietrouw en gezondheid van de patiënt bevorderen. Daarbij geldt dat de mate waarin de zorgverlener affectief of patiëntgericht overkomt, mede bepaalt of hij tegemoet komt aan de zorgbehoefte van de patiënt (Brink-Muinen et al., 2007).

Het vinden van een goede balans tussen instrumentele en affectieve communicatie door medisch specialisten heeft dan ook een grote invloed op de patiënttevredenheid. Het is met name bij het zoeken naar die balans dat specialisten behoeften en hindernissen ervaren.

2.6 Onderzoeksdomeinen

De te onderzoeken domeinen zijn gebaseerd op literatuuronderzoek over communicatie bij zorgverleners en een vergelijkbaar onderzoek van Bensing en Van Dulmen (Brink-Muinen et al., 2007). Daarnaast is gebruik gemaakt van de competentie "Communicatie" die vermeld staat in het opleidingsplan van cardiologen (NVVC, 2009). Belangrijke communicatiekwaliteiten die daarin staan beschreven zijn:

- adequaat overleg van de cardioloog met medebehandelaars en andere zorgverleners in het zorgproces;
- het verschaffen van begrijpelijke informatie door de cardioloog;
- aandacht voor de gevolgen van de aandoening op de levensomstandigheden van de patiënt;
- het betrekken van de patiënt bij de behandelingsaspecten die zich daarvoor lenen (leefstijl, therapietrouw);
- begrip voor de emotionele gevolgen die de aandoening heeft voor de patiënt.

3 Onderzoeksmethode

3.1 Onderzoekspopulatie

De respondentengroep bestaat uit 14 mannelijke en 3 vrouwelijke cardiologen van wie de leeftijd varieert tussen de 40 en 60 jaar. Hun gemiddelde leeftijd is 51 jaar. De hoeveelheid tijd dat de respondenten als geregistreerd cardioloog werkzaam zijn is gemiddeld 16 jaar en varieert tussen de 3 maanden en 28 jaar. Tijdens de interviews waren de cardiologen werkzaam in een universitair medisch centrum, een cardiologisch centrum, een revalidatiecentrum, een streekziekenhuis of een combinatie van de verschillende instellingen. Hun patiënten kwamen binnen via de acute poli en via verwijzingen van de 1^e, 2^e en 3^e lijn. De 2^e en 3^e lijns-verwijzingen kwamen via collega-cardiologen, waarbij sprake kon zijn van een second, third of fourth opinion.

De groep van uiteindelijk 17 respondenten die zich gemeld hadden bestond uit cardiologen die gemotiveerd waren om mee te doen met het onderzoek omdat zij communicatie een belangrijk onderdeel van hun werkzaamheden vinden. Deze vaststelling is van belang omdat dit zorgt voor bias in dit onderzoek.

3.2 Type interview

De gebruikte onderzoeksmethode is het kwalitatief survey-onderzoek op basis waarvan de inventarisatie plaatsvindt. Gekozen is voor halfgestructureerde diepte-interviews waarbij aan de hand van een topicslijst een gesprek plaats vindt tussen de interviewer en één respondent. Tijdens de interviews krijgen de respondenten zoveel mogelijk de ruimte om zelf de onderwerpen aan te kaarten die in eerste instantie bij hen opkomen. Voor dit type interview is gekozen om tot een open mening van de respondent te komen waarbij zoveel mogelijk voorkomen wordt dat hij een sociaal wenselijk antwoord geeft of beïnvloedt wordt door de aangereikte topics. Wanneer de respondent uitgesproken is, worden de topics die niet ter sprake gekomen zijn alsnog aan de orde gesteld.

3.3 Topicslijst

De topicslijst die tijdens de interviews gebruikt is, bestaat uit 4 onderdelen:

1. persoonlijke gegevens en werksituatie;
2. belangrijke aspecten binnen de communicatie;
3. hindernissen binnen de communicatie;
4. hulpmiddelen bij de communicatie.

De topiclijst en de verantwoording ervan zijn te vinden in respectievelijk bijlage II en III.

3.4 Vertrouwelijkheid

Om de vertrouwelijkheid en de openheid van de respondent te garanderen is telkens aan het begin van het interview toestemming aan de respondent gevraagd of hij akkoord ging met de opname van het interview.

In verband met de vertrouwensrelatie met de respondenten is uitgegaan van de beroepscode voor psychologen die geformuleerd is door het Nederlandse Instituut voor Psychologen (NIP). Het gaat daarbij om het handhaven van artikel III3.3.1 met betrekking tot geheimhouding, artikel III3.3.2 met betrekking tot zorgvuldigheid in de communicatie en artikel III3.3.3 met betrekking tot geheimhouding bij rapportage en gegevensverwerking (Rothfus, 2012). In de praktijk houdt dit in dat de verkregen data uitsluitend in beheer blijft van de onderzoeker en alleen via de onderzoeker inzage in de data verleend kan worden.

In verband met de privacy zal naar alle cardiologen in dit onderzoeksverslag verwezen worden in de mannelijke vorm.

3.5 Analyse interviews

Na opname van de interviews werd de data uitgetypt. De eerste gegevensvoorbereiding bestond uit het reduceren van de tekst door het verwijderen van fragmenten die niet relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarna werd de relevante tekst opgesplitst in de analyse-eenheden "tekstfragmenten" die voorzien werden van een label dat bestaat uit een korte beschrijving van het fragment. Aan de hand van de onderzoeksvraag werden de labels axiaal gecodeerd, dat wil zeggen dat ze op grond van verwantschap werden geordend. Een eerste ordening werd gemaakt bij de eerste vijf gelabelde transcripties waarbij de ordening telkens gecontroleerd en bijgesteld werd bij de resterende elf gelabelde transcripties.

Door axiaal coderen werden de kernlabels gevormd die de oorspronkelijke concrete teksten samenvatten en de informatie tot een hoger abstractieniveau brengt. De definitie van de kernlabels werden vervolgens opnieuw onderzocht en getoetst op de reikwijdte ervan met betrekking tot de inhoud van de onderliggende labels.

Daarnaast werd gekeken naar de lading van het label, waarbij positief staat voor "doelen", negatief staat voor "hindernissen" en neutraal voor "behoeften" in de communicatie (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005).

Om de onderzoekskwaliteit te bewaken is onder andere gebruik gemaakt van intersubjectiviteit. Dit houdt in dat nagegaan wordt in hoeverre gevonden resultaten gekleurd zijn door de persoon van de onderzoeker. Een tweede onderzoeker, een collega Toegepast Psycholoog, is gevraagd om de onderzoeksopzet en de vraagstelling door te nemen en de transcripties te voorzien van een eigen labelingsysteem. De gevonden discrepanties werden vervolgens besproken en op basis van gemeenschappelijkheid aangepast.

4 Resultaten

4.1 Instrumentele en affectieve communicatie

4.1.1 De invloed van persoonlijke voorkeuren en overtuigingen

Elk respondent is uniek. Hoe hij zijn communicatie vorm geeft en daarin zijn prioriteiten stelt hangt af van voorkeuren die gebaseerd zijn op zijn professionele drijfveren, persoonlijke ervaringen en interesses. De persoonlijke overtuigingen met betrekking tot communicatie werden duidelijk aan de hand van het antwoord op de vraag wat de respondent leuk vindt aan zijn beroep als cardioloog en wat hij daarin belangrijk vindt met betrekking tot de communicatie met zijn patiënt. De antwoorden van de verschillende respondenten op deze vraag zijn globaal onder te brengen in twee categorieën, instrumentele communicatie en affectieve communicatie. Hieronder een overzicht van de antwoorden van de respondenten ondergebracht in de genoemde categorieën.

Instrumentele communicatie

- Begrijpen van ziektebeeld en behandelmethoden:

"Dat mensen toch vinden dat wat ik ze vertel dat het ze wat meer begrip geeft van wat er aan de hand is en waarom het verstandig kan zijn. Daar gaat het dan vaak om in die eerste contacten. Waarom ze dus een ICD zouden moeten hebben. Maar ik probeer dat zo uit te leggen dat ze begrijpen en dat ze dan ook die keuze kunnen maken van oké ik snap het en dat wil ik."

"ik vind het heel belangrijk dat ze goed begrijpen waar ze aan beginnen. Dus dat ze dat ze weten dat het niet altijd kan lukken bijvoorbeeld, of dat er risico's zijn. Maar dat ze in die wetenschap zich toch comfortabel voelen om de behandeling te gaan doen."

"Informed consent, heel belangrijk."

- Duidelijkheid:

"Dat je duidelijk bent denk ik, dat is eigenlijk het belangrijkste en ja toch wel een beetje medeleven denk ik, je een beetje probeert in te leven in wat mensen ervan vinden en wat het voor ze betekent."

"Duidelijkheid is heel belangrijk, maar of de patiënt tevreden is (in communicatie) hangt niet alleen van de cardioloog af maar ook van de patiënt en de hele setting eromheen."

"Eerlijkheid en openheid. Dat geldt van beide kanten (dokter, patiënt). Wat is de reden, wat is hun vraag eigenlijk en binnen welke bepaalde grenzen het bevindt. En als je dat zelf als dokter niet aangeeft en de patiënt er ook niet over nagedacht heeft dan kan je misverstanden krijgen al meteen in het begin, dus ik ben daar altijd redelijk helder over."

- Probleem oplossen:

"Mijn persoonlijke interesse is gericht op het oplossen van die vraagstukken waar mensen mee komen. Dus informatie krijgen, is heel belangrijk en daarvoor moet je de patiënt op de juiste manier bevragen. Of je moet een atmosfeer creëren dat de patiënt in staat is om die informatie te geven, dan wel bereid is om te geven."

- Effectieve voorlichting / leefstijlcoaching:

"Binnen heel veel patiënten is nog heel veel ruimte om de levensstijl te verbeteren en daarmee de kans op ziekte te verminderen, maar zich ook veel beter te laten voelen. Als iemand veel sport en goed op gewicht is en dat daarvoor niet was, dan zal hij zich in de nieuwe situatie veel fitter en vrolijker voelen. Dus dat helpt ook in het, laten we zeggen, het verbeteren van de prognose maar ook hoe mensen zich voelen."

- Zelfregulatie:

"Uitleggen vind ik belangrijk. Ik ben voorstander ervan dat mensen zoveel mogelijk uiteindelijk zelf kunnen en zelfregulerend zijn en ik denk dat, zonder dat ze snappen wat er aan de hand is en dat ze weten wat ze moeten doen, dat zelfregulatie eigenlijk onmogelijk is. Dus uitleggen zou eigenlijk een continu proces moeten zijn. Waarbij je op afstand of makkelijker en zo laagdrempelig mogelijk maakt dat mensen nog even vragen kunnen stellen."

Affectieve communicatie

- Vertrouwen:

"Vertrouwen, wederzijds vertrouwen eigenlijk... Ik denk dat het wel heel belangrijk is dat de patiënt weet dat hij de dokter/ hulpverlener kan vertrouwen dat hij er alles aan zal doen om de hulpvrager te helpen."

- Geruststelling:

"Je moet veel uitleggen. Iemand komt met een klacht en heeft natuurlijk de angst dat zijn hart niet in orde is of dat hij acuut hartlijden heeft of gevaarlijke ritmestoornissen en een groot deel is geruststelling."

- Wederkerigheid:

"Maar belangrijk vind ik dat ik weet wat daar aan de overkant gebeurt bij hem en haar hè, bij de partners maar ook dat zij weten waarom wij bepaalde dingen doen, waarom wij bepaalde dingen voorstellen, of waarom wij bepaalde dingen niet doen. Dus er moet over en weer begrip zijn."

- Interactie van mens tot mens:

"Als specialist kan je pas goed functioneren/communiceren als je goed in je vel zit en als daar niet aan gewerkt wordt, dan krijg je problemen. Want als jij gefrustreerd bent en boos bent op de collega die naast je zit, dan ga je misschien wel daarover klagen naar de patiënt."

- Het menselijke gedeelte:

"En dat vind ik eigenlijk nog het meest leuke hè, de mensen toch een beetje in een goede baan en met hun ziekte te helpen. Niet zozeer medisch maar... juist het menselijke gedeelte. Het technische vind ik zelf heel leuk maar ik vind de interactie met de mensen vind ik juist op dat vlak, iemand toch weer vooruit te kunnen helpen met weinig dingen vind ik leuk."

Instrumentele en affectieve communicatie gecombineerd

- Medische informatie en geruststelling

"Erachter te komen wat er mankeert dus dat vind ik een leuk aspect. Gewoon een beetje puzzelen een beetje Sherlock Holmes zeg maar en dat mensen zich ook op hun gemak voelen. Wat je ook ziet is dat mensen open worden als ze ontspannen zijn. Dan pas kan je echt een goede communicatie met elkaar hebben."

- Medische informatie en bieden van toekomstperspectief:

"Mensen echt verder helpen in hun aandoening, in hun ziekte, in hun kwaliteit van leven...dus niet alleen een keer, maar blijven sturen, blijven helpen. En uiteindelijk zo ver zijn dat mensen zelf weten welke kant ze op kunnen en dan ook over hebben nagedacht. Het is niet zeg maar

niet alleen het contact van goh je hebt dit en dat. Nee we gaan kijken hoe we je verder kunnen helpen. Echt op de meest adequate manier en hoe dat gaat in z'n beloop, zodat ze zich ook echt geholpen voelen. Dat is belangrijk en dat vind ik ook leuk."

- Verantwoordelijkheid:

"Op het moment dat die patiënt voor me zit vind ik het ook mijn probleem."

4.1.2 Afwegingen voor de balans tussen instrumentele en affectieve communicatie

Een algemeen beeld dat naar voren komt vanuit het voorafgaande is dat het de eerste prioriteit is om duidelijkheid te geven over het ziektebeeld en de behandeling. Hierbij betrekken de verschillende respondenten in meer of mindere mate ook de persoonlijke leefwereld en beleving van de patiënt. De mate waarin dit laatste aspect betrokken wordt is afhankelijk van interesses, overtuigingen, voorkeuren en specialisaties van de respondenten zelf.

Instrumentele communicatie: informed consent en effectiviteit

Het vak cardiologie is biomedisch gericht waarbij de nadruk ligt op de ziekte en de behandeling. Communicatie wordt hoofdzakelijk gebruikt als functie in het overbrengen van informatie om tot een behandeling te komen. Door de ontwikkeling in het vakgebied en de veranderingen met betrekking tot de wetgeving aangaande de zorgverzekeraars is het belang van goede communicatie groter geworden. De invoering van "informed consent" zorgt ervoor dat het belang van communicatie is toegenomen, het geven van uitleg en advies op basis waarvan de patiënt toestemming geeft voor een behandeling is noodzakelijk. Daarbij is door de toename van patiënten en de bewerkelijkheid van de poli's effectieve communicatie erg belangrijk geworden.

Affectieve communicatie: psychische en genderspecifieke aspecten

Door nieuwe inzichten die leiden tot een verandering in de benadering van ziekte, blijkt een biomedische insteek niet meer voldoende te zijn om tot een juiste diagnose en behandeling te komen. De respondenten die gespecialiseerd zijn in de psychische kant van de ziekte vinden dat hun collega's er over het algemeen niet voldoende van bewust zijn dat emotionele factoren zich ook lichamelijk kunnen uiten. Een paniekstoornis die zich vooral somatisch uit, wordt negen van de tien keer niet als paniekstoornis erkend. Dat een depressie in een hartinfarct een andere depressie dan een gewone depressie is blijkt ook onbekend te zijn. Wanneer de diagnostiek hoofdzakelijk gefixeerd is op de somatiek, dan kunnen hierdoor onjuiste diagnoses gesteld worden en onterechte behandelingen gegeven worden met alle gevolgen van dien. Een benadering die gebaseerd is op een meer integrale manier van het stellen van een diagnose zal daar een positieve verandering in kunnen brengen, hetgeen betekent dat er een groter beroep gedaan dient te worden op affectieve communicatie.

Een nieuw inzicht in de genderspecifieke geneeskunde is het feit dat een vrouwenlichaam in cardiologische zin anders is dan een mannenlichaam waardoor de symptomen van cardiologische aandoeningen bij beiden verschillen. Zo blijkt de ECG van een vrouw bijvoorbeeld anders dan van een man. Doordat in de cardiologie de man als norm gebruikt wordt dient de norm veranderd te worden met de daarbij

behorende aanpak. De symptomen van cardiologische aandoeningen bij vrouwen kunnen namelijk dusdanig verschillen dat ze niet herkend worden als een somatisch symptoom maar als een psychisch symptoom. Om ook de vrouwelijke patiënt beter te kunnen behandelen is een meer integrale benadering noodzakelijk en affectieve communicatie belangrijk.

4.1.3 Inschatting eigen communicatievaardigheden en trainingen

Alle respondenten vinden communicatie een belangrijk onderdeel van hun werkzaamheden als cardioloog en vinden zichzelf voldoende capabel om met de patiënt te communiceren.

Afhankelijk van de instellingen waar men werkzaam is blijken er mogelijkheden te zijn om te oefenen in het verbeteren van de communicatie door middel van bijvoorbeeld communicatietrainingen, het geven van 360 graden feedback, het regelmatig nagaan van de eigen houding door het maken van filmopnames over het eigen functioneren, of intervisie ten aanzien van de communicatie met de patiënt en met elkaar.

Ondanks het feit dat men op de hoogte is van de verschillende mogelijkheden in het verbeteren van de communicatie gaven vijf respondenten aan dat ze training en scholing in de communicatie voor henzelf niet nodig vinden omdat ze al heel veel ervaring hebben in effectief communiceren en vaak intuïtief wel weten hoe te moeten communiceren met patiënten.

De respondenten die wel trainingen volgen gaven aan dat ze er veel aan hebben tijdens de begeleiding van hun patiënten. Goede communicatie-skills levert volgens hen zelfs tijdwinst op. Daarnaast gaven ze aan dat de meeste klachten die patiënten hebben, niet gerelateerd zijn aan een onjuiste behandeling maar vrijwel uitsluitend gerelateerd zijn aan de communicatie. Een respondent gaf aan dat niet alleen goede communicatie belangrijk is maar ook eerlijkheid en openheid belangrijk zijn om een goed contact met de patiënt te maken. Bij het volgen van trainingen vinden ze het belangrijk om ook de non verbale communicatie onder de loep te nemen.

De respondenten die open staan voor het volgen van een training op communicatiegebied gaven aan dat ze er vaak geen tijd voor hebben en dat ze al zoveel cursussen verplicht moeten volgen voor hun vijfjarige herregistratie. Als ze een training zouden willen volgen dan moet de training wel een specifiek doel hebben zoals het efficiënter en daardoor korter met de patiënt leren communiceren of het verbeteren van therapietrouw van de patiënten. Het doel moet vooral helder zijn en de training niet te lang duren.

Enkelen pleitten ervoor om de communicatievaardigheid te verplichten voor de vijfjarige herregistratie. De tegenstanders gaven aan dat de verplichting van communicatievaardigheden op veel weerstand zou stuiten omdat het naar hun mening niet meetbaar zou zijn of iemand goed of niet goed communiceert.

4.2 Belangrijke aspecten binnen de communicatie met de patiënt

In deze paragraaf worden de topics uit de vragenlijst belicht die door de meerderheid van de respondenten als belangrijk aangemerkt worden. Daarbij wordt per topic beschreven op wat voor manier hier invulling aan wordt gegeven.

4.2.1 Het geven van uitleg en advies aan de patiënt

Afstemmen en tijd nemen

Uit het onderzoek blijkt dat alle respondenten het geven van uitleg en advies belangrijk vinden, waarbij het afstemmen op de patiënt een belangrijke voorwaarde is. Bij het afstemmen op de patiënt worden door zes respondenten de volgende zaken specifiek benoemd die daarin van belang zijn. Deze aspecten zijn tijd nemen om te luisteren, helder hebben wat er zowel vakinhoudelijk als op het menselijk vlak speelt en persoonlijke aandacht voor de patiënt. Belangrijk is daarbij dat de patiënt weet welke aandoening hij heeft, welke behandelingsmogelijkheden er zijn en dat hij de tijd krijgt om zoveel mogelijk vragen te kunnen stellen die hij nodig heeft om te weten welke beslissing in de behandeling het beste bij hem past. Daarbij merkt een respondent op dat als een patiënt eenmaal goed weet wat er aan de hand is en waarom hij klachten heeft, het voor de toekomst tijd oplevert.

Vijf respondenten gaven aan dat het belangrijk is om de uitleg aan te passen aan de patiënt waarbij het niet alleen belangrijk is om aan te sluiten op zijn begripsniveau maar ook dat de boodschap niet erger gebracht wordt dan dat het is. De uitleg dient bovendien eenduidig en uitsluitend op één manier interpreteerbaar te zijn zodat er geen verwarring over kan ontstaan met wat er bedoeld wordt.

Bij het geven van uitleg gaven twaalf respondenten aan dat ze tijdens het consult zelf een tekening maken om de uitleg te ondersteunen. Tien respondenten gaven aan dat het belangrijk is dat alle uitslagen van de verschillende recent afgenomen onderzoeken van de patiënt binnen dienen te zijn. Deze gegevens kunnen dan tijdens het consult besproken worden en het beeldmateriaal van de uitslagen zoals ECG's en echo's kunnen ter ondersteuning gebruikt worden bij het geven van uitleg en advies.

Nagaan of de patiënt de informatie begrepen heeft

De manier waarop nagegaan wordt of de uitleg en informatie door de patiënt is begrepen, wordt door twaalf respondenten gedaan door aan de patiënt de gesloten vraag te stellen of hij de informatie begrepen heeft. Eén respondent gaf aan dat hij het meer op een indirecte manier toetst. Twee respondenten gaven specifiek aan dat zij het belangrijk vinden om net zo lang door te vragen tot zij de indruk hebben dat de patiënt de boodschap begrepen heeft. Eén respondent gaf aan dat er verschil is tussen de informatiebehoefte tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten. Zo hebben vrouwelijke patiënten relatief vaker vragen na het consult dan mannelijke patiënten. Zijn ervaring is dat mannelijke patiënten gewoon hun vragen stellen om er vervolgens antwoord op te krijgen. Vrouwelijke patiënten leggen veel vaker verbanden tussen de verschillende informatie die ze krijgen waardoor ze vervolgens

thuis met veel vragen zitten. Deze respondent pleit er dan ook voor om hier vaker rekening mee te houden.

Bereikbaarheid behandelaar

Vier respondenten gaven specifiek aan dat de patiënt voor vragen altijd telefonisch contact met hen op kan nemen. Alle vier de respondenten gaven aan dat de laagdrempelige telefonische bereikbaarheid tot nu toe nog nooit door een patiënt is misbruikt. Een van de vier respondenten gaf aan dat de bereikbaarheid van de behandelaar in de instelling waar hij werkt ondersteund wordt door een soort web-portaal. Dit is een systeem waarbij de patiënt via internet zijn eigen elektronisch dossier heeft dat hij vanuit zijn eigen computer kan openen. In dit systeem staan al zijn gegevens op, inclusief de verslagen van zijn consulten bij zijn behandelend cardioloog. Via het systeem kan de patiënt vragen stellen waarbij hij binnen 24 uur antwoord krijgt.

De redenen om te kiezen voor laagdrempelige bereikbaarheid is omdat de respondenten het belangrijk vinden dat patiënten snel antwoord krijgen op vragen die soms van levensbelang kunnen zijn. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld een medicatievraag heeft en lang moet wachten op een antwoord, dan kan dit cruciale gevolgen hebben op de therapie en de klachten die hij ondervindt omdat sommige medicatie van levensbelang kan zijn. Een andere reden is dat de respondent het belangrijk vindt dat de patiënt meteen geholpen wordt wanneer hij klachten heeft. Er kan dan adequaat onderzoek gedaan worden en de behandeling kan, indien nodig, meteen gestart worden. Een respondent zei er het volgende over:

"Heel vaak komen mensen met allerlei klachten die zeg maar heel kortdurend zijn die je dus niet gaat vinden door een keer een ECG te maken of een keer een test te doen maar die je alleen kunt vinden op het moment dat ze er last van hebben. Op zo'n moment mogen ze van mij komen, zelfs als het midden in de nacht is en dan kunnen we het vaststellen. Dat spaart je heel veel extra onderzoek, want dat zou je namelijk sowieso ook doen."

Dat de cardioloog bereikbaar is voor vragen buiten de consulten om, blijken alle respondenten belangrijk te vinden. De meest gebruikte manier van bereikbaarheid is via e-mail of via het telefonisch spreekuur waarbij meestal een vervolgspraak gemaakt wordt om de vraag of vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Drie respondenten die voor een vervolgspraak kiezen gaven aan dat het regelmatig voorkomt dat zij uitgebreide en lange e-mails van patiënten krijgen waarbij het vaak onduidelijk is wat precies de vraag is. Ze kiezen er dan altijd voor om geen antwoord te geven via e-mail maar door de patiënt uit te nodigen voor een vervolgspraak. Hierdoor kan op een effectieve en efficiënte manier uitleg gegeven worden over wat er werkelijk gevraagd wordt. De respondent kan dan beter ingaan op wat er werkelijk speelt en kan nagaan of de boodschap goed bij de patiënt over is gekomen en begrepen wordt. Een respondent zei hierover:

"Ik ben heel erg van gewoon persoonlijk contact. Aan de andere kant van de telefoon kan iemand zo maar omlazeren van het bericht wat je hebt. Het kan soms helemaal fout vallen. Mensen krijgen daar bepaalde ideeën over en als ik niet iemand in de ogen kan kijken, kan ik daar niets over zeggen. Als iemand dan zegt, nou bedankt dokter en die hangt op en dan is het klaar, dan denk ik dat het goed is, maar dat weet ik niet."

Een andere respondent heeft de bereikbaarheid voor de patiënt op een andere manier opgelost. Samen met andere collega's en de Hartstichting heeft hij een website ontwikkeld waar iedereen die vragen heeft over hart- en vaatziekten via de

website antwoord kan krijgen van geregistreerde cardiologen. Het doel hiervan is de laagdrempeligheid te bevorderen bij het verstrekken van juiste informatie aan patiënten en geïnteresseerden.

4.2.2 Het geven van aandacht aan de emoties tijdens het consult

Aandacht geven aan emoties tijdens het consult wordt door tien respondenten belangrijk gevonden. Vijf respondenten gaven specifiek aan dat het geven van tijd en ruimte aan de emoties tijdens het consult belangrijk is. Drie respondenten gaven specifiek aan dat het belangrijk is om de emoties die zij zien te benoemen en er aandacht aan te geven. Begrip hebben voor de patiënt en de tijd ervoor nemen is daarbij belangrijk.

Twee respondenten gaven aan dat het weinig zin heeft om uitleg en advies aan de patiënt te geven wanneer er niet eerst tijd en aandacht gegeven wordt aan de emoties van de patiënt. Een andere respondent gaf aan dat als dit tijdens het eerste consult verzuimd wordt, dat het dan zijn weerslag heeft op de volgende consulten omdat het vertrouwen geschaad wordt en moeilijk hersteld kan worden. Hij vergeleek het met een eerste ontmoeting in het dagelijks leven waarbij je ook geen tweede kans hebt voor een eerste indruk. Door het bespreken van de emoties wordt de patiënt ontvankelijk gemaakt voor de informatie die er vervolgens aan hem gegeven wordt.

4.2.3 De omgang met de controlebehoefte van de patiënt

De toenemende mondigheid van de patiënt in combinatie met de overmaat aan informatie op internet die hij over zijn ziekte en aandoening kan vinden zorgt ervoor dat er een toenemende noodzaak is in de communicatieve begeleiding door de cardioloog. Ook hier geldt dat alle respondenten het belangrijk vinden dat de patiënt serieus genomen wordt en voorzien wordt van goede uitleg en advies, omdat de informatie die de patiënt via internet vindt vaak niet aansluit bij zijn specifieke aandoening. De door de patiënt gevonden informatie dient besproken te worden wat betreft de mogelijkheden en onmogelijkheden. Het primaire doel hierbij is de patiënt zo goed mogelijk te informeren, te adviseren, te begeleiden en te behoeden voor valkuilen.

Twee respondenten gaven aan dat specifieke behandelingen die gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld ritmestoornissen uitsluitend gegeven worden nadat de patiënt via een gesprek met een psycholoog en behandelend cardioloog gescreend wordt en vervolgens vlak voor de behandeling expliciet voor "informed consent" tekent. Deze screening voorkomt dat onnodige behandelingen verricht worden waardoor onnodige hartschade voorkomen wordt.

4.2.4 De omgang met de patiënt met een andere culturele achtergrond

De respondenten die regelmatig te maken hebben met patiënten met een andere culturele achtergrond zijn respondenten die werkzaam zijn in de randstad waarbij ze te maken hebben met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of

Antilliaanse afkomst. De respondenten die buiten de randstad werkzaam zijn hebben meer te maken met patiënten die dialect spreken.

Bij de omgang met patiënten met een andere culturele achtergrond vinden alle respondenten het belangrijk dat ook hier de patiënt en zijn naaste goede uitleg en advies krijgen over zijn ziekte. Daarbij zetten ze alle middelen binnen hun mogelijkheden in om de patiënt en zijn naaste zo goed mogelijk te begeleiden.

De meningen van de respondenten over hun ervaringen met andere culturen varieert van: "ik vind het leuk" tot "ik vind het lastig". De vier respondenten die specifiek aangaven het erg leuk te vinden om met patiënten uit verschillende culturen te begeleiden, hadden zelf in het buitenland gewoond of hebben op een andere manier affiniteit met verschillende culturen. Ze spreken soms meerdere talen of ze vinden het interessant om met andere culturen in contact te komen. De respondenten die te maken hebben met patiënten die uitsluitend dialect spreken hebben er geen problemen mee omdat ze het dialect verstaan. Beide gaven ze aan dat ze het belangrijk vinden dat de patiënt zich in zijn dialect kan uiten omdat hij dit vaak beter kan dan in het Nederlands.

4.2.5 Het bespreken van de impact van de aandoening op het dagelijks leven

Het bespreken van de impact die de aandoening heeft op het dagelijks leven vinden alle respondenten belangrijk. Hierbij dient er veel overleg te zijn tussen de verschillende zorgverleners zoals het revalidatieteam en de verpleegkundigen. Vijftien respondenten gaven aan dat ze het met name belangrijk vinden dat de patiënt en zijn naaste weten wat ze kunnen verwachten. Door de aandoening kan de inspanningstolerantie bijvoorbeeld minder worden hetgeen weer effect kan hebben op de leefstijl en mobiliteit van de patiënt.

Het inlichten van de naaste is belangrijk omdat deze als onderdeel van de sociale systeem van de patiënt veel invloed heeft op zijn revalidatie. Wordt de naaste goed ingelicht dan kan dit een positief effect hebben op de revalidatie van de patiënt. Wordt de naaste slecht of onvoldoende ingelicht, dan kan dit door bijvoorbeeld overbezorgdheid een slechte invloed hebben op de revalidatie.

Vier respondenten gaven specifiek aan dat de uitleg over de erfelijke risico's als onderdeel van de diagnostiek van de ziekte besproken dienen te worden. Vier andere respondenten gaven specifiek aan dat ze ook aandacht geven aan de impact van de aandoening die gekoppeld is aan de interpersoonlijke aspecten zoals relatie en seksualiteit waarbij deze aspecten vaak samen met de naaste besproken worden. Tevens worden de maatschappelijke aspecten zoals de woonomstandigheden of werkgelegenheid ook besproken. Wanneer een patiënt niet meer terug kan vallen op de mantelzorg omdat zijn partner ook ernstig ziek is geworden of wanneer een patiënt arbeidsongeschikt raakt, gaven alle vier de respondenten aan dat ze de patiënt daarin ondersteuning geven indien deze het nodig heeft.

4.2.6 Het bespreken van de co- en multimorbiditeit

Overleg met andere behandelaars

Het bespreken van de co- en multimorbiditeit met andere behandelaars wordt door alle respondenten belangrijk gevonden omdat patiënten vaak meervoudige aandoeningen hebben. De manier waarop dit gebeurt is door te overleggen met hun collega-behandelaren tijdens de wekelijkse MDO's. Deze vinden plaats in de kliniek of in de revalidatiecentra. In de revalidatiecentra wordt vaak ook de psychische begeleiding ingeschakeld wanneer dit van toepassing zou zijn.

Psychische problematiek

Vier respondenten gaven aan dat ze het erg belangrijk vinden om met name de psychische problematiek die de ziekte met zich meeneemt onder de aandacht te brengen omdat dit vaak onderschat wordt. Sommige psychische aandoeningen zoals een paniekaanval kunnen namelijk gepaard gaan met somatische klachten die lijken op een hartziekte. Om deze patiënten te scheiden van de patiënten met een hart- en vaatziekte is het belangrijk om als cardioloog integraal naar de patiënt te kijken, dat wil zeggen dat de cardioloog niet alleen naar de symptomen kijkt maar ook naar de psychische gesteldheid van de patiënt.

Indien er psychische hulp nodig is wordt de verwijzing naar een psycholoog het vaakst via de huisarts geregeld omdat de huisarts beter dan de cardioloog op de hoogte is van de sociale omgeving van de patiënt. De huisarts kan de patiënt dan naar een psycholoog in de woonomgeving van de patiënt sturen en indien noodzakelijk kan de naaste van de patiënt in de begeleiding betrokken worden.

Casemanager

Vier respondenten gaven aan dat de rol van de casemanager het beste bij de huisarts kan liggen. De huisarts is degene die het meest op de hoogte gehouden wordt van de status van de patiënt en zijn verschillende behandelaren. Vier andere respondenten gaven aan dat de rol van de casemanager beter bij de hoofdbehandelaar kan liggen omdat de aandoening van de patiënt soms erg specialistisch kan zijn waardoor de begeleiding van de hoofdbehandelaar aan te bevelen is.

4.2.7 Het bevorderen van de zelfmanagement

De cardioloog als begeleider

Het bevorderen van zelfmanagement wordt door alle respondenten belangrijk gevonden. De algemene overtuiging is dat de cardioloog een rol heeft waarin hij de patiënt begeleidt in zijn ziekte totdat de patiënt patiënt af is en zijn leven weer verder op kan pakken.

Leefstijl

Bij het bespreken van zelfmanagement met de patiënt gaven dertien respondenten vooral aandacht aan het bevorderen van een gezonde leefstijl door te stoppen met roken, meer te bewegen en een gezonder dieet te volgen. Ook hier geldt dat er uitleg en advies gegeven dient te worden dat aangepast is aan de behoeften en begripsniveau van de patiënt.

Twee respondenten gaven specifiek aan dat de patiënt vaak wel een gezonde leefstijl wil alleen niet weet hoe dit te realiseren. Op internet is veel zin en onzin te vinden over voeding waarbij de patiënt vaak niet meer weet wat wel en niet belangrijk is. Een respondent die het bevorderen van een gezonde leefstijl zijn core-business vindt, heeft op grond hiervan een boek over een gezonde leefstijl geschreven. Het boek is bedoeld voor iedereen die gezonder wil leven, daarnaast is het ook bedoeld als naslagwerk voor patiënten. Ook stuurt hij via e-mail regelmatig informatie met tips voor een gezonde leefstijl en geeft hij zelf het goede voorbeeld door samen met patiënten te sporten.

Therapietrouw

Naast een gezonde leefstijl wordt de zorg omtrent therapietrouw door alle respondenten belangrijk gevonden. Ondanks de algemene mening dat de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid heeft betreffende zijn medicatiegebruik, vinden negen respondenten het belangrijk dit toch expliciet tijdens de consulten ter sprake te brengen. Ze doen dit door bijvoorbeeld veel uitleg te geven over de werking van de medicatie en het belang ervan om deze op tijd en volgens voorschrift in te nemen. Vier respondenten gaven specifiek aan dat ze navraag doen of de patiënt de medicatie ook daadwerkelijk inneemt. Eén respondent voegde eraan toe dat hij het belangrijker vindt dat de patiënt een eerlijk antwoord geeft dan dat hij oneerlijke informatie geeft. Hierdoor blijft volgens hem de mogelijkheid tot een dialoog open en komt hij niet tot verrassingen te staan bij eventuele bloedonderzoeken die de patiënt moet ondergaan. Een respondent vindt het ook belangrijk om na te gaan of de patiënt de medicatie verdraagt. Indien dit het geval is dan kan de medicatie vervangen worden door een ander merk. Om te voorkomen dat de medicatie-inname te laat vergeten wordt of zelfs vergeten, kan de dosering aangepast worden aan de dagritme van de patiënt.

4.2.8 De dokter-patiëntrelatie vanuit de visie van de respondent

Professionele afstand

Alle respondenten gaven aan het belangrijk te vinden dat de dokter-patiënt relatie professioneel is en met gepaste afstand zodat er objectieve beslissingen genomen kunnen worden. Tijdens de interactie met zijn patiënt spreken alle respondenten de patiënten aan met "u". Alleen in uitzonderlijke gevallen en vooral bij jonge patiënten wordt gebruik gemaakt van de voornaam of "je" of "jou". Alle respondenten willen zelf niet bij de voornaam genoemd worden omdat ze de professionele en respectvolle distantie willen benadrukken. Een respondent zei hierover:

"Nou ze mogen mij wel met jou of je op aanspreken maar niet met voornaam of zo. Er hoeft niet een absolute afstand te zijn maar je moet een beetje als dokter kunnen handelen, wel afstand hebben. En ik ja, ik geef ze nog wel eens op hun kop dat ze gewoon niet goed aan hun medicijnen bezig zijn eh of met hun dieet of noem maar wat op en daar moet je dan wel de

ruimte voor hebben om die in die situatie te zitten of je moet gewoon streng kunnen zijn en dan bagatelliseren ze wat en ja dat is normaal. Ik zit hier om te proberen dat ze langer leven."

Vertrouwen en empathie

Alle respondenten gaven aan het belangrijk te vinden dat de patiënt vertrouwen heeft in zijn cardioloog en dat de patiënt samenwerkt en meedenkt tijdens het hele ziekteproces en de begeleiding. Verder pleiten ze ervoor dat ondanks de professionele afstand, het belangrijk is om altijd persoonlijke aandacht te hebben voor de patiënt. Zeven respondenten gaven aan dat het belangrijk is om niet alleen af te stemmen op de patiënt maar ook empathisch te zijn tegenover de patiënt. Dit houdt in dat ze bij het maken van contact verder gaan dan alleen maar de ziekte van de patiënt. Deze respondenten gaven aan dat ze, vergeleken met andere collega's, vaak veel meer van de patiënt af weten dan uitsluitend van de kwalen waaraan de patiënt lijdt. Eén respondent gaf aan dat het geven van complimenten bij de begeleiding hoort omdat een compliment de patiënt een goed gevoel geeft. Wat men ook belangrijk vindt is eerlijkheid en duidelijkheid over het ziektebeeld en het verloop ervan, dat men zich aanpast aan de manier waarop informatie gegeven wordt en dat de positieve punten van de ziekte, hoe klein ook, benadrukt dienen te worden. Een respondent zei hierover:

"Heel vaak probeer ik dan toch ook weer een positief puntje te vinden, van nou maar dit kan je nog allemaal wel en zo en o ja dat is natuurlijk ook weer. Als het slecht gaat met mensen is het enige wat ze nog hebben is een beetje hoop en als je ze dat ontnemt dan, dat is erg. Dat vind ik niet dat je dat moet doen. En je weet toch heel vaak als je met elkaar communiceert van nou dat hoop is niet nog zo heel veel maar dan nog een klein beetje."

De cardioloog als adviseur

Alle respondenten zien zichzelf in de communicatie met hun patiënt voornamelijk als adviseur. Een respondent gaf aan dat hij zichzelf meer als de coach van de patiënt ziet waarbij ook bij hem de nadruk ligt op het geven van uitleg en advies. Alle respondenten gaven aan dat het heel belangrijk is om op een zo duidelijk mogelijke manier uitleg en advies te geven zodat deze niet multi-interpreteerbaar zijn.

Omgaan met vakjargon

Alle respondenten gaven aan dat ze in geen enkel geval gebruik maken van vakjargon. Drie respondenten gaven specifiek aan dat ze zelfs geen vakjargon gebruiken als ze collega artsen behandelen. Hun uitgangspunt is dat de dokter dan ook patiënt is en dezelfde duidelijkheid nodig heeft als een gemiddelde patiënt. Een respondent zei hierover:

"Vakjargon probeer ik te vermijden, zelfs tegenover collega's. Ik heb huisartsen ik heb specialisten als patiënten en ook bij hen probeer ik vakjargon te vermijden, omdat ik vind dat het een soort mystiek creëert die helemaal niet nodig is. Bovendien geef je mensen in mijn ogen, geen echte informatie, want je gebruikt jouw vakjargon voor de patiënten. En ook al is hij heel goed opgeleid, ook hij heeft behoefte aan goede informatie, begrijpelijke informatie. Vakjargon past daar in mijn beleving niet bij. Dus dat vermijd ik zoveel mogelijk."

4.3 Belangrijke hindernissen binnen de communicatie met de patiënt

In dit hoofdstuk worden de topics uit de vragenlijst belicht waarbinnen de meerderheid van de respondenten belangrijke hindernissen ervaart. Daarnaast wordt per topic beschreven hoe deze hindernissen een rol spelen in de communicatie.

4.3.1 De hindernissen die ervaren worden bij het geven van uitleg en advies

Gebrek aan tijd

De hindernis die door alle respondenten als het grootst ervaren wordt in de communicatie met de patiënt, is het gebrek aan tijd voor datgene wat de respondenten het belangrijkste vinden, namelijk het geven van uitleg en advies over de ziekte, behandeling en begeleiding. Daarbij is de tijd nemen voor een goede afstemming op de patiënt van groot belang. Door het tekort aan tijd gebeurt dit vaak niet voldoende waardoor de boodschap niet voldoende door de patiënt opgenomen wordt. Om na te gaan of de boodschap begrepen is wordt opnieuw door tijdgebrek vaak met de gesloten vraag "Hebt u het begrepen?" nagegaan of de patiënt de informatie begrepen heeft. Deze gesloten vraag nodigt niet uit tot vervolgvragen. Een respondent merkte daarbij op dat sommige patiënten te beleefd zijn om te ontkennen dat ze het hebben begrepen. Hierdoor is het lastig om daadwerkelijk te achterhalen of de patiënt de informatie begrepen heeft en of hij nog meer informatie nodig heeft.

Het gebrek aan tijd heeft ook een negatieve invloed op de respondent zelf. Te weinig tijd zorgt bijvoorbeeld voor een slechte luisterhouding waardoor expliciete boodschappen van de patiënt niet gehoord worden, impliciete boodschappen niet gezien worden of worden genegeerd. Vijf respondenten gaven aan te weinig tijd te hebben voor het tonen van medeleven.

Twee respondenten gaven aan dat zij vooral door gebrek aan tijd per ongeluk toch vakjargon gebruiken zonder het in eerste instantie door te hebben. Zodra ze het in de gaten hebben corrigeren ze de woorden echter wel meteen.

Gebrekkig informatiemateriaal

Naast gebrek aan tijd en de invloed op de interactie met de patiënt wordt het hebben van weinig ondersteuningstools, zoals beeldend materiaal, drie-dimensionele modellen of passende folders, vaak als hindernis ervaren. Enkele respondenten gaven aan dat zij de tekeningen die zij voor hun patiënten maken vaak zelf onduidelijk vinden. Het foldermateriaal dat zij aan hun patiënten meegeven bevat onvoldoende informatie over klachten die hun patiënten specifiek aangaan waarbij het vaak vol staat met vakjargon.

4.3.2 De hindernissen bij het geven van aandacht voor emoties

Gebrek aan tijd

Drie respondenten gaven aan dat zij door gebrek aan tijd alleen aandacht geven aan de emoties tijdens het consult wanneer de patiënt het ter sprake brengt. Eén respondent gaf aan dat hij het lastig vindt om de emoties te bespreken en dit als een grote hindernis ervaart omdat hij niet weet hoe hij ermee om moet gaan.

Door het tekort aan tijd vindt een andere respondent het lastig om het ter sprake te brengen hoe graag hij het soms ook wil bespreken. Hij zei hier vervolgens over dat zijn begeleiding daarin te kort en te weinig frequent is om van enige betekenis te zijn. Goede begeleiding is vaak langdurig waarbij soms het hele systeem van de patiënt en zijn naaste of familie in meegenomen dient te worden. Het enige wat hij daarin wel doet is kort aandacht eraan geven en eventueel doorverwijzen naar de huisarts of het ter sprake brengen tijdens de revalidatie of de MDO's. Naar zijn mening ligt daar de kennis en tijd om de patiënt adequaat te helpen.

Fixatie op somatiek

Een andere grote hindernis die een aantal respondenten in het bespreken van de emotionele gevolgen van de ziekte aangaven is dat patiënten vaak niet erin geïnteresseerd zijn om emoties ter sprake te brengen. Hun ervaring is dat patiënten vaak meer geïnteresseerd zijn in het lichamelijk verloop van hun ziekte dan in de emotionele gevolgen die de ziekte op hen heeft. Enkele respondenten gaven aan dat een groot deel van hun patiënten zelfs met onbegrip reageren wanneer zij de emotionele gevolgen ter sprake brengen, zelfs als dit een grote impact op hun dagelijks leven heeft. Het bespreken van emotionele gevolgen wordt niet gewaardeerd of zelfs raar gevonden.

Eén respondent gaf aan dat 95% van zijn patiënten hem uitsluitend technische vragen stelt. Wanneer de respondent vindt dat het noodzakelijk is om de patiënt door te sturen naar een psycholoog, dan loopt de begeleiding daarin vaak uit op een mislukking omdat zijn patiënten gewoon niet gemotiveerd zijn. Hij zei er het volgende over:

"Mensen zitten meer te wachten op informatie over ziektebeeld, wanneer gaat mijn hart er bijvoorbeeld mee ophouden en dat soort dingen. Patiënten zijn vaak moe en dan gaat het vaak niet om het hart maar meer om de manier waarop ze bezig zijn met de ziekte. En vragen over 'ik heb af en toe een huilbui' en 'het gaat gewoon niet goed', voeren ze toch terug op het hartprobleem. Terwijl het dat niet is. Dat weet ik wel, dat zeg ik dan ook maar dan kijken ze me aan zo van 'ben je nou helemaal van de ratten besnuffeld?' Dat is in ieder geval mijn ervaring."

De algemene mening is dat het lastig is om de patiënt ervan te overtuigen dat de ziekte ook psychisch belastend kan zijn. De hindernissen die hierin een rol spelen zijn het verschil in inzicht over de oorzaken van de symptomen tussen de patiënt en de dokter, de onkunde van de respondent om dit effectief uit te leggen en het tekort aan tijd om het goed uit te leggen.

De fixatie van de medische zorg op de somatiek, de heersende maatschappelijke taboe met betrekking tot de psychische aspecten van de ziekte en de medicalisering van hart- en vaatziekten, zorgen ervoor dat het probleem van de ontkenning van de psychische kant van de ziekte in stand gehouden wordt. Alle aandacht gaat hierdoor

uit naar de somatiek hetgeen mede gehandhaafd wordt door vrijwel uitsluitend op dat gebied een heleboel diagnostiek te doen. Fouten blijven daardoor gehandhaafd omdat er niet meegewerkt wordt aan het opheffen van deze hindernis. Een respondent zei er het volgende over:

"Heel vaak zijn we er niet genoeg van bewust hoe emotionele factoren zich lichamelijk kunnen uiten en depressie in een hartinfarct is een andere depressie dan de huis tuin en keukendepressie. En eh de paniekstoornis die zich vooral somatisch uit wordt negen van de tien keer niet erkent als paniekstoornis. Dus, omdat het zo gefixeerd is en alle aandacht zo naar somatiek uit gaat en wij dat allemaal ook in stand houden door een heleboel diagnostiek te doen, wat je vooral niet moet doen eh, dat maakt het wel moeilijk."

Niet alleen de patiënt maar ook de naaste kan de emotionele hulp die aangeboden wordt dwarsbomen door te ontkennen dat het probleem een psychische insteek heeft. Wanneer de patiënt dan eindelijk overtuigd is, dan kan het alsnog tegengehouden worden door de naaste waardoor effectieve hulp onmogelijk wordt gemaakt. Een respondent zei er het volgende over:

"Sommige mensen willen gewoon pertinent niet dat het benoemd wordt of waarbij je het echt niet verkocht krijgt dat het een psychische oorzaak is van fysieke klachten, of als de patiënt het dan wel accepteert, dat zit er een partner naast die zegt ja, dat gaan we echt niet doen hoor. Je moet echt een test hebben want ik geloof er helemaal niks van. Dus, dat zijn eigenlijk de moeilijke patiënten, dan degene die het wel accepteren."

4.3.3 De hindernissen in de laagdrempelige bereikbaarheid

Vier respondenten vonden de mogelijkheden die cardiologen hun patiënten aanbieden als deze tussentijdse vragen hebben of extra informatie nodig hebben, inadequaat geregeld. Vaak moet de patiënt wachten tot een volgend consult. Dit lange wachten kan leiden tot gevaarlijke situaties als het bijvoorbeeld om medicatievragen gaat. In zijn onwetendheid kan de patiënt er bijvoorbeeld voor kiezen om te stoppen met een bepaald medicijn omdat hij eerst wil wachten op antwoord op zijn vragen omtrent dat medicijn. Daarnaast kan het lange wachten onrust bij de patiënt veroorzaken.

De oplossing zou kunnen liggen in het bieden van laagdrempelig contact met de cardioloog. Dit heeft echter als nadeel dat het niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar waardoor de patiënt en de specialist voor de kosten opdraaien. Respondenten die gebruik maken van laagdrempelige bereikbaarheid via internet lopen tegen het probleem aan dat niet alle patiënten daarvan gebruik kunnen maken zoals oudere patiënten of patiënten die geen beschikking hebben over internet.

4.3.4 De hindernissen in de omgang met controlebehoefte bij patiënten

De patiënt als zijn eigen specialist

De controlebehoefte bij patiënten uit zich vaak in het overmatig opzoeken van informatie over hun ziekte of aandoening, erover inlezen, de informatie tijdens het consult willen bespreken en op basis hiervan een behandeling af proberen te dwingen. Andere uitingen worden gezien bij patiënten die als opdracht krijgen om gedurende een dag hun klachten schriftelijk bij te houden en vervolgens met over gedetailleerde dossiers tijdens het consult komen.

De respondenten ervaren het als tijdrovend om adequaat met deze patiënten om te gaan. Deze patiënten willen vaak niet luisteren, willen hun gelijk halen en zijn vaak

onvermurwbaar in hun ideeën. Een respondent gaf aan dat hij merkt dat dergelijke patiënten weinig waardering tonen voor zijn kunde als cardioloog en zich niets van zijn advies aantrekken. Hij zei hierover:

"Mensen hebben soms toch verwachtingen die niet gebaseerd zijn op enige achtergrondkennis en dat maakt het natuurlijk toch heel lastig. En tegelijkertijd hebben mensen dat dan in hun hoofd zitten en dan kan je uitleggen maar dan zijn ze toch niet met je eens. dit is wat ze bedacht hadden en als je dan iets anders zegt, dan kijken ze je niet eens aan."

De algemene stelling is dat veel uitleg geven en daarvoor de tijd nemen de beste remedie is waar vaak helaas geen tijd voor is.

Eén respondent gaf aan dat hij in zijn zorginstelling een "moeilijke patiënten bespreking" wil gaan invoeren omdat er soms een combinatie lijkt te zijn tussen het hebben van een bepaalde persoonlijkheid en het lijden aan een bepaalde hartaandoening. Zijn patiënten die voor een 2^e, 3^e of soms wel 4^e opinion komen, worden bij aanvang meteen multidisciplinair met een medisch psycholoog gezien om te voorkomen dat de patiënt ingreep op ingreep krijgt die het hart verder beschadigen in plaats van verbeteren.

4.3.5 De hindernissen in de omgang met culturele verschillen

Taalproblemen

Twaalf respondenten ervaren de taalbarrière en de weinige kennis over andere culturen als grootste hindernis in de omgang met patiënten met een ander culturele achtergrond. Zeven respondenten gaven aan dat het door de taalbarrière en het tekort aan tijd moeilijk is om met de patiënten te communiceren en te begrijpen wat er aan de hand is. Wanneer een consult vertaald wordt door een naaste ontstaat de neiging om de naaste meer en vaker aan te kijken dan de patiënt.

Een respondent vindt het belangrijk om de vertaling juist niet door een naaste te laten doen is omdat hij de vertaling van de naaste vaak niet betrouwbaar vindt. De vertaling van de vraag door de naaste naar de patiënt toe kan bijvoorbeeld anders zijn dan wat hij verwacht. Deze is bijvoorbeeld langer of korter dan de vertaling naar de patiënt toe, of het antwoord van de patiënt is veel langer dan de korte vertaling van de naaste. Verder vertelt de respondent dat er soms ook onderwerpen besproken worden die door de culturele achtergrond van de patiënt als onaangenaam ervaren wordt waardoor de kans bestaat dat de naaste de vertaling achterwege laat of slecht vertaalt. Om ervoor te zorgen dat de respondent er zeker van is dat de uitleg en advies correct verloopt kiest hij daarom liever voor de tijdrovende tolkentelefoon.

Wanneer er geen naaste is die voor de patiënt kan vertalen, wordt de tolkentelefoon gebruikt voor de vertaling van de gesprekken. Het nadeel van de tolkentelefoon is dat het veel organisatie en tijd kost. Daarnaast is de tolkentelefoon niet gebruiksvriendelijk en duur.

Culturele beelden van ziekte en behandeling

De patiënten die uit het buitenland komen hebben vaak een andere beeld van ziekte en behandeling dan het beeld dat in Nederland als gebruikelijk ervaren wordt.

Wanneer een patiënt van vakantie terug komt uit zijn thuisland Turkije of Marokko, dan blijkt het voor hem vaak erg moeilijk te zijn om zich aan zijn medicatie inname-

routine te houden, of hij neemt daarnaast andere medicatie in die hij vanuit zijn thuisland meegenomen heeft.

Een andere respondent gaf aan dat de benadering van de ziekte en behandeling anders kan zijn. Hij vertelde er het volgende over:

"Bij Turkse en Marokkaanse mensen merk ik wel aan dat met alleen een gesprek, vinden ze eigenlijk wel een beetje karig, er moet toch wel een pilletje bij. Even simpel gezegd, er moet een soort magische behandeling bij voor mijn gevoel."

Alternatieve overtuigingen

De respondenten die te maken hebben met patiënten met een alternatieve geloofsovertuiging of leefwijze lopen soms tegen problemen aan waarbij de patiënt een behandeling weigert en voor een andere alternatieve behandeling kiest. Wanneer een patiënt vasthoudt aan zijn overtuiging dat hij daarmee de beste beslissing neemt, dan respecteert de respondent de keus van zijn patiënt hoe moeilijk hij het soms ook vindt. Een respondent vertelde het volgende erover: *"Ik had toevallig laatst een tandarts en dan denk ik ja dat is ook een wetenschappelijk gestudeerd. Had ooit eens gekatheteriseerd en moest ook gedotterd worden, heeft hij geweigerd. Toen is hij met relatietherapie zijn leven gaan verbeteren en daar is het bewijsmateriaal ook nul komma weinig van, kost hem veel geld ook nog. Nu kwam ie dan met een hartinfarct binnen en dan heb ik ook wel de neiging om te zeggen van nou 'zie je wel', weet je maar dat is een beetje flauw natuurlijk. Die man ligt in een akelige setting, maar je zegt dan nou die relatietherapie heeft dan wel iets gedaan want ik heb mijn dotterbehandeling zoveel jaar weten uit te stellen."*

Ondanks alle mogelijke moeite die de respondenten doen om hun patiënten met een andere culturele achtergrond zo goed mogelijk te begeleiden gaven vier respondenten aan dat ze twijfels hebben of ze het wel goed doen omdat ze gewoon te weinig kennis hebben over de verschillende culturen en hoe ermee om te gaan.

4.3.6 De hindernissen bij co- en multimorbiditeit

Overleg met andere behandelaars

De hindernissen die ervaren worden bij co- en multimorbiditeit is dat tijdens de MDO's niet alle behandelaren aanwezig zijn of dat de patiënt tijdens het consult niet aangeeft welke andere behandelaren hij nog meer heeft waardoor er lacunes kunnen optreden in de status van de patiënt.

Huisarts als casemanager

Wanneer de huisarts als casemanager optreedt, heeft dat als nadeel dat de patiënt telkens wanneer hij een hart- en vaatziekte-gerelateerde klachten heeft opnieuw naar de huisarts moet. De ervaring is dat de patiënt hierdoor het gevoel krijgt dat hij door zijn behandelend cardioloog afgescheept wordt. In de relatie met zijn cardioloog schaadt dit het vertrouwen, dat ten koste gaat van de continuïteit van de zorg.

Lacunes in het dossier

Wanneer een patiënt bij verschillende ziekenhuizen is behandeld, doet zich het probleem voor dat er lacunes ontstaan in het dossier van de patiënt omdat de Elektronische Patiëntendossiers (EPD's) van de ziekenhuizen niet aan elkaar gekoppeld zijn.

De mogelijkheid bestaat dat dossiers van andere ziekenhuizen opgevraagd kunnen worden en nagestuurd, wanneer de respondent hiervan op tijd op de hoogte is. Maar ook hierdoor komt het regelmatig voor dat sommige informatie gemist wordt en niet meer te achterhalen valt. Dit stoort het continue behandelingsproces en is slecht voor het vertrouwen van de patiënt in zijn behandelend cardioloog.

4.3.7 De hindernissen bij het bevorderen van het zelfmanagement

Zelfmanagement leefstijl: medische behandeling of gedragstherapie?

Bij het bevorderen van het zelfmanagement gaven de meeste respondenten aan dat ze met name door gebrek aan tijd en door weinig kennis over de materie moeite hebben de patiënt hierin te begeleiden. Zeven respondenten gaven aan dat roken en een slechte eetgewoonte vaak vergelijkbaar is met een verslaving die door gedragstherapie behandeld dienen te worden en niet door een cardioloog. Een andere hindernis is dat projecten die op eigen initiatief van de cardioloog opgezet zijn ter voorkoming van obesitas of stoppen met roken weinig succesvol zijn omdat patiënten niet gemotiveerd blijven om mee te doen. Patiënten die lijden aan obesitas door te sturen naar een diëtist heeft geen zin omdat het om gedragsverandering gaat. Daarnaast blijkt de patiënt vaak zelf niet gemotiveerd te zijn om zijn leefstijl te veranderen. Een respondent gaf aan dat patiënten hierin nu eenmaal niet gedwongen kunnen worden en vaak hun eigen plan trekken.

Therapietrouw: problemen met medicatie

Wat betreft de hindernissen in therapietrouw gaven alle respondenten aan dat de patiënten moeite hebben zich aan hun medicatie inname-routine te houden. Vijf respondenten gaven specifiek aan dat patiënten vaak niet eens weten welke medicijnen ze innemen en ook niet eerlijk zijn over het al dan niet innemen ervan. Wanneer de patiënt opgenomen wordt voor een behandeling in het ziekenhuis blijkt dit dan het geval te zijn. Ook hier geldt dat de patiënt vaak zijn eigen plan trekt en niet gedwongen kan worden om zijn medicatie in te nemen.

Een andere hindernis is dat de respondent vaak niet op de hoogte is van de medicatiegebruik van de patiënt terwijl de patiënt denkt dat zijn cardioloog hier volledig van op de hoogte is. Wanneer dit verschil in kennis niet duidelijk gemaakt wordt, dan kan dit direct een negatief effect hebben op het vertrouwen van de patiënt in zijn cardioloog.

4.3.8 Specifieke onderwerpen die als moeilijk bespreekbaar ervaren worden

Op de vraag of er specifieke onderwerpen zijn die de respondenten moeilijk bespreekbaar ervaren, gaven twee respondenten aan geen enkel onderwerp moeilijk te vinden. De algemene mening van de resterende respondenten was dat in principe

elk slechtnieuwsgesprek of een “moeilijk bespreekbaar onderwerp” een uitdaging is om het gesprek met de patiënt aan te gaan.

Relationele en seksuele problematiek

De onderwerpen die aangehaald werden als enigszins problematisch bespreekbaar, zijn onder andere het bespreken van relationele problemen bij patiënten omdat de respondent zichzelf daarin niet kundig genoeg vindt en niet weet in hoeverre hij als cardioloog daarin een rol kan spelen. Twee respondenten gaven aan dat het bespreken van seksualiteit en in het bijzonder seksualiteit bij ouderen een onderwerp is dat ze niet graag ter sprake brengen omdat ze het zien als een tamelijk persoonlijk onderwerp.

Levensende en reanimatiebeleid

Andere onderwerpen die moeilijk bespreekbaar zijn hebben te maken met levensende en het reanimatiebeleid. Een respondent gaf aan dat hij het moeilijk vindt om met zijn patiënt te bespreken dat deze in het eindstadium van zijn ziekte is en niet meer in aanmerking zal komen voor een nieuwe ICD of dat hij de patiënt erop moet attenderen dat deze de hoeveelheid ICD-schokken dient aan te passen aan het laatste stadium van zijn ziekte. Een ander respondent gaf aan dat hij het moeilijk vindt om bepaalde problematieken te bespreken wanneer hij overeenkomsten ervaart tussen hem en de patiënt zoals leeftijd en geslacht.

Verschil tussen inzicht cardioloog en beleving patiënt

Andere moeilijk bespreekbare aspecten ontstaan wanneer het inzicht van het ziekteverloop tussen de cardioloog en zijn patiënt niet overeenkomen. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat de patiënt zichzelf gezonder inschat dan de cardioloog en denkt langer te leven dan wat de inschatting is van de cardioloog, of dat iemand cardiale klachten heeft terwijl de cardioloog geen afwijkingen kan vinden. Een ander onderwerp is dat de respondent de droom van een jonge patiënt niet door kan laten gaan omdat hij een hartkwaal bij zijn patiënt heeft geconstateerd.

4.4 Belangrijke hulpmiddelen binnen de communicatie met de patiënt

Deze hoofdstuk beschrijft de hulpmiddelen die de respondenten inzetten om de ervaren hindernissen te voorkomen of op een adequate manier mee om te gaan.

4.4.1 De hulpmiddelen bij het geven van uitleg en advies

Tijd vrijmaken en inzetten van de naaste

Bij het geven van uitleg en advies tijdens het consult werd het vrijmaken van tijd vaak benoemd. Wanneer het consult uitloopt gaven tien respondenten aan dat het belangrijk is dat ze zich hierover bij de patiënten verontschuldigen. Dit helpt begrip voor de situatie te krijgen bij de patiënten. Eén respondent gaf aan dat het belangrijk is dat de patiënt weet dat zijn cardioloog het druk heeft en er alles aan zal doen om de consulten zo goed mogelijk te laten verlopen binnen zijn mogelijkheden.

Meer focus door de patiënt erop te wijzen zich voor te bereiden op het consult

Acht respondenten gaven aan dat het helpt om van tevoren na te gaan welk onderwerp de patiënt wil bespreken en of hij daarover een specifieke vraag heeft. Naast het maken van een vragenlijst is het ten eerste aan te bevelen om de volledige medicatielijst mee te nemen. Deze maatregelen zorgen ervoor dat de hulpvraag sneller duidelijk wordt, welk uitleg en advies daarbij gegeven dient te worden en welke problemen met betrekking tot de medicatiegebruik besproken dienen te worden.

Wat ook helpt is wanneer de patiënt zich participierend opstelt en dat hij zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Dit houdt in dat hij eerlijk is over zijn medicatiegebruik, zich open stelt voor het gegeven advies en vragen stelt als hij iets niet begrijpt. De vragen die hij van tevoren opschrijft en ter sprake wil brengen dienen kort geformuleerd te zijn zodat snel duidelijk is wat precies de vraag is. Deze houding geldt niet alleen voor de patiënt maar ook voor de naaste van de patiënt.

Eén respondent voegde eraan toe dat de patiënt het doel van het gesprek duidelijk dient te hebben. Een andere respondent gaf aan dat de patiënt met vragen dient te komen over zijn hartkwaal en niet met vragen die er weinig of niets mee te maken hebben. Hij vindt dat de cardioloog hierover duidelijk dient te zijn met betrekking tot de patiënt. Tijdens het interview zei de respondent er het volgende over:

"Daarom zeg ik ook van tevoren, nadenken van wat komen ze hier doen, zeg maar. Wat is de reden, wat is hun vraag eigenlijk en dat het, ja toch zich binnen bepaalde grenzen bevindt. En als je dat zelf als dokter niet aangeeft en de patiënt er ook niet over nagedacht heeft dan kan je misverstanden krijgen al meteen in het begin, dus ik ben daar altijd redelijk helder over. Vriendelijk maar duidelijk, ik zeg van ja, vervelende klacht, maar dat hoort eigenlijk bij de huisarts want dat heeft in ieder geval niets met uw hart. Als mensen daarover twijfelen, dan kan je dat natuurlijk gewoon benoemen. Maar dat vind ik wel prettig om daar helderheid over te geven en ook terug te krijgen."

Wanneer deze maatregelen genomen worden dan kan het gesprek meer gefocust zijn zodat de belangrijke onderwerpen die aan de orde gesteld worden ook daadwerkelijk besproken worden.

Een ander hulpmiddel is de eigen voorbereiding van de respondent op het consult. Alle respondenten gaven aan dat ze dit uitgebreid doen zodat ze op de hoogte zijn wie ze op de poli te zien en te spreken krijgen en wat de status van de patiënten zijn. De voorbereiding bestaat uit het doorlezen van de EPD's waarbij de missende gegevens van tevoren opgevraagd worden en vervolgens aan de status toegevoegd worden. Drie respondenten gaven aan dat zij van tevoren een lijst maken met punten die ze belangrijk vinden om tijdens het consult ter sprake te brengen.

4.4.2 De hulpmiddelen bij het geven van aandacht voor de emoties

Inzetten naaste

Door het tekort aan tijd wordt het geven van aandacht aan emoties tijdens de consulten vaak alleen gedaan als de patiënt dit tijdens het consult expliciet aangeeft. Daarbij kan de naaste de patiënt bijstaan door de emotionele aspecten die moeilijk bespreekbaar zijn toch bespreekbaar te maken.

Doorverwijzen

Wanneer blijkt dat de patiënt daarin begeleiding nodig heeft, dan wordt de patiënt door de respondent doorgestuurd naar een andere behandelaar of naar de huisarts omdat deze beter in staat wordt geacht om de patiënt te begeleiden. Een respondent zei er het volgende over:

"En ja dan vind ik ook ergens dat daar meer werk voor de huisarts zou zitten wij moeten dan ook op een gegeven moment zeggen van nou wij zijn voor het stukje bescherming, cardioloog hart- en vaatziekten en als daar echt grote dingen zijn dan verwijs ik ze toch wel en zeg ik nou ik zie dat er problemen zijn, u bent geïrriteerd of noem maar wat op. Heeft u daar al contact met uw huisarts over gehad want die is de aangewezen punt om daar een lange traject mee in te gaan. En ja, daar probeer ik wel een beetje aandacht te geven maar niet teveel op in te gaan want dat kan gewoon niet hier, dat kan niet. Het is niet mijn werk en je hebt het blokje tijd en daarin moet je een aantal dingen wel doen."

4.4.3 De hulpmiddelen in de omgang met controlebehoefte patiënten

Tijd, duidelijkheid, structuur en ruimte

Bij controlebehoefte patiënten is de algemene mening dat het bieden van duidelijkheid, tijd en ruimte voor de bespreking van de vragen van de patiënt van belang is.

Twee respondenten gaven aan dat het belangrijk is om structurele afspraken te maken als de communicatie voor zowel de respondent als de patiënt niet volgens verwachtingen verloopt. Eén respondent gaf aan dat het inlassen van lange stiltes tijdens het consult helpt om de dieperliggende problemen bij de patiënt duidelijk te krijgen zodat daarop ingegaan kan worden.

Verder onderzoek

Wanneer een controlebehoefte patiënt een klacht heeft en erop staat dat hij een onderzoek noodzakelijk vindt dat niet overeenkomt met het advies van de respondent, dan gaven drie respondenten aan dit onderzoek ook daadwerkelijk uit te voeren. Daarbij wordt wél van tevoren duidelijk met de patiënt afgesproken wélk onderzoek er dan uitgevoerd wordt. Wanneer er opnieuw niets gevonden wordt, dan wordt de patiënt duidelijk gemaakt dat hij dan doorgestuurd wordt naar de huisarts of naar een andere behandelaar die de patiënt beter zou kunnen begeleiden. De reden die de respondenten aangaven om op deze manier te handelen is dat zij het belangrijk vinden om met de patiënt mee te denken en hem proefondervindelijk te laten zien dat er niets wezenlijks aan de hand is. Eén respondent gaf aan dat op deze manier de patiënt door de zekerheid van het onderzoek juist erg geholpen wordt en gerustgesteld wordt. Door op deze manier te handelen wordt een confrontatie met de patiënt vermeden waardoor het vertrouwen in de respondent gehandhaafd blijft.

Doorverwijzen naar collega

Wanneer de samenwerking tussen de respondent en zijn patiënt uiteindelijk niet lukt, dan wordt een patiënt doorgestuurd naar een collega. Zeven respondenten gaven aan dat dit vrijwel nooit voorkomt en dat dit uitsluitend in uiterste gevallen voorkomt nadat ze verschillende pogingen hebben ondernomen om er toch samen uit te komen.

Voordat de respondent de patiënt naar een andere collega doorstuurt wordt de slechte samenwerking wel eerst met de patiënt besproken.

4.4.4 De hulpmiddelen bij het bespreken van de co- en multimorbiditeit

Navragen bij welke andere behandelaren de patiënt onder controle is

De algemene mening bij het bespreken van de co- en multimorbiditeit is dat de patiënt zelf aangeeft bij welke andere behandelaren hij nog meer onder controle is omdat dit soms niet duidelijk in de EPD's vermeld staat. Dit wordt gedaan door direct aan de patiënt na te vragen of ze laatst nog bij andere behandelaren zijn geweest. Tevens gaven de respondenten aan dat zij het belangrijk vinden dat de patiënt zich actief opstelt tijdens de consulten omdat de gegevens van de patiënt vaak bewerkelijk beschreven staat of erg moeilijk terug te vinden zijn in de EPD's waardoor er gauw informatie gemist wordt.

Multidisciplinair overleg

Een ander hulpmiddel bij het bespreken van de co- en multimorbiditeit zijn de Multi Disciplinaire overleggen (MDO's) omdat dan de verschillende behandelaren van de patiënt aanwezig waardoor effectieve patiëntenbesprekingen gehouden kunnen worden.

4.4.5 De hulpmiddelen in de omgang met de culturele verschillen

Inzet van de naaste voor begeleiding en vertaling

De hulpmiddelen die reeds eerder benoemd zijn, zijn het inschakelen van de naaste voor de begeleiding en de vertaling van de gesprekken. Indien er geen naaste is wordt er gebruik gemaakt van de tolktelefoon en wordt de tijd genomen om met de patiënt te communiceren. Enkele respondenten raadden daarbij aan om langzaam te praten en vooral te focussen op de non verbale signalen. Door vervolgens gebruik te maken van gebarentaal kan een goed contact met de patiënt bereikt worden. Twee respondenten merkten daarbij wel op dat voorkomen moet worden om hard tegen de patiënt te praten.

Zes respondenten gaven aan dat het helpt als je de tijd neemt om je te verdiepen in andere culturen en de patiënt telkens op het hart drukt om zijn naaste bij elk consult mee te nemen.

Eén respondent gaf aan dat hij liever gebruik maakt van de tolktelefoon dan een naaste omdat hij er zeker van wil zijn dat de informatie die hij gegeven heeft correct vertaald wordt.

4.4.6 De hulpmiddelen rondom het bevorderen van zelfmanagement

Eigen verantwoordelijkheid patiënt

Alle respondenten gaven aan dat het beste hulpmiddel ter bevordering van zelfmanagement de patiënt zelf is. De patiënt zelf is namelijk verantwoordelijk voor

de manier waarop hij met zijn ziekte omgaat en dient dus gemotiveerd te zijn. Daarbij kan hij ondersteund worden door zijn naaste.

Revalidatie

Naast zijn eigen motivatie en de ondersteuning van zijn naaste, kan hij ondersteund worden door het volgen van een revalidatietraject dat bij een revalidatieafdeling gevolgd kan worden. Afhankelijk van zijn ziektebeeld kan hij onder andere begeleid worden rondom een gezonde leefstijl zoals een gezond gewicht, voldoende beweging en stoppen met roken.

Eerste lijn

Drie respondenten gaven aan dat de begeleiding ook vanuit de 1^e lijn ondersteund kan worden door de huisarts, de diëtist of de maatschappelijk werk. Vergeleken met de respondent is de huisarts beter op de hoogte wat er bij de patiënt in zijn omgeving speelt en waar hij in zijn omgeving hulp kan krijgen.

Therapietrouw: motivatie, tijd, inname-routine en eerlijkheid

De begeleiding rondom therapietrouw blijkt vooral te liggen in de begeleiding met betrekking tot het gebruik van medicatie. Ook hier geldt dat de patiënt en zijn naaste gemotiveerd dienen te zijn en zelf de noodzaak in dienen te zien dat het belangrijk is om de medicatie op tijd in te nemen. Vijf respondenten gaven aan dat het nemen van tijd om uitleg te geven over de noodzaak van de medicatie en de inname-routine een positief effect heeft op de motivatie van de patiënt en zijn naaste.

Twee respondenten gaven aan dat het soms helpt om de dosering van de medicatie met de patiënt te bespreken waardoor een inname-routine opgezet wordt die beter bij de dagroutine van de patiënt past. Een medicijn zou bijvoorbeeld van vier keer per dag naar één keer per dag voorgeschreven worden of andersom waardoor de kans dat het medicijn vergeten wordt, verkleind wordt.

Een andere respondent pleit ervoor om patiënten meer bewust te maken van wat ze slikken door onder andere de Baxterrollen af te schaffen. Zijn ervaring is dat wanneer de medicatie aangepast dient te worden, zijn patiënten vaak niet eens weten om welke pil het precies gaat.

Verder is de algemene mening dat men het belangrijk vindt dat de patiënt eerlijk is over zijn medicatiegebruik en over zijn al dan niet medicatie-inname.

5 De meest benoemde onderwerpen per deelgebied

Na inventarisatie van de meest benoemde onderwerpen per deelgebied, “belangrijke aspecten”, “hindernissen” en “hulpbronnen”, van de topiclijst bleken onderstaande onderwerpen tijdens de interviews het meest genoemd:

Belangrijke aspecten:

- Tijd nemen
- Uitleg geven
- Afstemmen op de patiënt

Hindernissen:

- Te weinig tijd
- Teveel administratie
- Geen eigen verantwoordelijkheid patiënt

Hulpmiddelen:

- Naaste van de patiënt
- Verlengen van de consulttijd (op eigen initiatief)
- Informatievoorziening via andere middelen

De genoemde onderwerpen per deelgebied zijn niet in volgorde van prioriteit weergegeven. Dit is onmogelijk omdat ze vaak in combinatie genoemd worden. Wat van belang is dat deze negen antwoorden de rode draad vormen die door alle verschillende topics van de interviews loopt. Hieronder een korte beschrijving per deelgebied.

5.1 De meest benoemde onderwerpen binnen het deelgebied “Belangrijke aspecten”

Tijd nemen

De “Tijd nemen” werd door alle respondenten het vaakst genoemd in combinatie met vrijwel alle topics. Drie respondenten gaven expliciet aan dat dit de belangrijkste voorwaarde is om goed te kunnen communiceren met de patiënt, wat vervolgens een belangrijke voorwaarde is om tot een overwogen “informed consent” te komen. Daarnaast is het nemen van tijd belangrijk om de andere werkzaamheden van het consult die indirect te maken hebben met de communicatie met de patiënt in goede orde af te handelen.

Slechts één respondent gaf aan dat tijd een belangrijk onderdeel is in de communicatie met de patiënt maar het hebben van tijd niet altijd helpt om de communicatie te verbeteren. Naar zijn mening ligt het ook aan de patiënt of hij de boodschap wil oppakken. Tijdens het interview zegt de respondent er het volgende over:

“Nee, bij sommige patiënten helpt dat wel. Maar wat ik merk is dat hoe langer zo’n gesprek duurt hoe langer je verzandt in een soort van herhaling.”

Uitleg geven

Het geven van uitleg wordt het vaakste genoemd op de vraag wat de respondent belangrijk vindt in de communicatie met de patiënt. Dit aspect is de eerste voorwaarde om tot een "informed consent" te komen. Bij alle 17 respondenten wordt "informed consent" als belangrijk genoemd omdat ze de bevestiging van de patiënt voor een medische handeling belangrijk vinden en ook omdat dit verplicht in de ziekenhuisadministratie geregistreerd dient te worden. Naast het "informed consent" wordt "Uitleg geven" ook belangrijk gevonden bij het bespreken van leefstijlverbetering, het in goede banen leiden van controlebehoeftige patiënten of het bespreken van de emotionele gevolgen die de ziekte met zich meebrengt. Door veel uitleg te geven weet de patiënt waar hij aan toe is en wordt angst en ongerustheid bij de patiënt weggenomen. Daarnaast heeft het een geruststellend en motiverend effect op de patiënt met betrekking tot therapietrouw en het komen tot een gezondere levensstijl. Ondanks de algemene mening over het belang van het geven van uitleg aan patiënten bij de respondenten, gaven twee respondenten aan dat het geven van uitleg blijkbaar niet vaak gebeurt. Tijdens de interviews brachten ze dit als volgt ter sprake:

"Ik krijg mensen en dan moet ik ze uitleg geven. Bijna allemaal zeggen ze dat ze voor het eerst uitleg krijgen. Bijna allemaal he, dus meer dan 90%."

"Wat ik heel vaak hoor, van "u bent de eerste in al die jaren die nou eindelijk eens vertelt wat ik heb" als ik mensen van andere collega's zie."

Afstemmen op de patiënt

Het "Afstemmen op de patiënt" is net als "Tijd nemen" bij vrijwel alle topics als voorwaarde gesteld om binnen de beschikbare tijd die voor een consult staat tot een overwogen "informed consent" te komen. "Afstemmen op de patiënt" houdt in dat de respondent de patiënt het gevoel heeft dat hij gehoord wordt en serieus genomen wordt en vervolgens inziet welke informatie op welke manier aangeboden het beste aansluit op de behoefte van de patiënt.

Tijdens de interviews werd het belang van dit aspect door een respondent op de volgende manier beschreven:

"Afstemmen op de patiënt als persoon, dat is een heel belangrijk factor. De een kan het heel makkelijk hebben als er zwaar nieuws is en die ondergaat gewoon de ingreep en behandeling."

5.2 De meest benoemde onderwerpen binnen het deelgebied "Hindernissen"

Te weinig tijd

Het hebben van "Te weinig tijd" wordt het vaakst benoemd als hindernis in de communicatie met de patiënt. De algemene mening is dat tijdens het consult een groot gebrek is aan tijd om contact te maken met de patiënt en om de belangrijke zaken die aan de orde dienen te komen voor een informed consent. Tijdens de korte tijd die voor een consult staat moet teveel gedaan worden. Een respondent zei er het volgende over:

"Als ik poli heb, dan heb ik in totaal 15 minuten voor een patiënt. En in die 15 minuten, dat klinkt heel veel, soms is het tien, moet ik de patiënt binnen halen. Dan moet ik allerlei vinkjes aanzetten dat de patiënt binnen is, administratief gezien. Ik moet een anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek, ECG, bloed, andere testresultaten, moet ik allemaal bespreken en

uitleggen, alles inventariseren, recepten schrijven in een systeem wat niet werkt, eh, alles in de decursus zetten eh, God weet wat nog uitleggen."

Teveel administratie

Deze hindernis houdt de administratieve werkzaamheden in die de respondent moet doen tijdens het consult. De administratieve werkzaamheden bestaat niet alleen uit de correspondentie met de verschillende behandelaren en de status van de patiënt maar kan ook de hele statistiek omtrent het medicatiegebruik zijn en alles wat te maken heeft met het invullen van de DBC. De algemene mening is dat de administratie een negatief effect heeft op de communicatie met de patiënt.

"Er is zoveel administratieve last en dat is echt fruikend. Dat is, als er iets een probleem is in communicatie en arts- patiëntrelatie is het gewoon de administratieve last. Wat mij betreft."

Geen eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

Deze hindernis houdt in dat de patiënt niet zijn eigen verantwoording neemt in het totale proces van ziek zijn en beter worden, wat zijn weerslag heeft in onder andere therapietrouw, gezonde leefstijl zoals overgewicht en stoppen met roken. Tijdens de interviews wordt deze hindernis door een respondent op de volgende manier ter sprake gebracht:

"ik vind soms wel lastig als je iemand vraagt van ja, wat voor medicijnen gebruik je? Dat weet ik niet, dat staat bij jou in de computer. En dan is het meteen afsluitend, jij hebt de medicijnen en ik niet en ja ik denk toch altijd dat je het samen moet doen."

5.3 De meest benoemde onderwerpen binnen het deelgebied "Hulpmiddelen"

Naaste van de patiënt

Als hulpbron is de naaste multifunctioneel inzetbaar als onder andere tolk bij taalproblemen, hulp in het begrijpen van informatie, het zogenaamde vier oren principe, meebeslisser bij behandelingen en mantelzorger die ook ondersteuning biedt bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Belangrijke voorwaarde is dat de naaste goed geïnformeerd is over de status van de patiënt zodat deze zo adequaat mogelijk mee kan helpen in de revalidatie van de patiënt. Het belang van een naaste is groot omdat hij ook invloed heeft op de beslissing die de patiënt uiteindelijk neemt met betrekking tot de behandeling en nazorg. Het belang van de naaste werd door een van de respondenten als volgt uitgelegd:

"De naaste is zeker belangrijk bij mensen die voor harttransplantatie gaan (bonkt een paar keer met de hand op tafel) want daar is die naaste cruciaal. He, die moet in alles mee, want anders kun je het niet."

Verlengen van de consulttijd

Het op eigen initiatief "Verlengen van de consulttijd" wordt, naast het inzetten van de naaste, het meest ingezette hulpmiddel om de communicatie met de patiënt te bevorderen. Alle respondenten gaven aan dat tijdsdruk geen oorzaak mag zijn van gebrekkige communicatie. Een respondent zei er het volgende over:

"De administratieve last en de tijd en de planning, dat bepaalt heel erg hoe het contact, ja niet hoe het contact is maar eh, hoe goed je je werk afkrijgt zonder al te veel te uitlopen. Want ik sta mezelf niet toe dat ik mijn werk slechter ga doen om de tijdsdruk."

Informatievoorziening via andere middelen inzetten

Om er zeker van te zijn dat de patiënt voldoende geïnformeerd is over zijn ziekte en de andere aspecten die met zijn ziekte te maken hebben wordt vaak extra informatie gegeven door onder andere het uitdelen van folders, het maken van tekeningen en het geven van websites die passen bij de specifieke aandoening van de patiënt. Een respondent zei hierover:

"Ik geef ze die informatie en ik stuur ze ook naar sites waarvan ik denk dat is een goeie site daar kun je het nalezen. Ik gebruik echter wel de echte informatie wat hem aangaat. Ik haal hem weg uit de sociale media, ik haal hem weg uit de levenservaringsmedia want je hebt heel veel sites waar mensen hun levenservaring opzetten. Prima, maar ze moeten daar, in mijn ogen, echt mee oppassen om dat naar zichzelf te trekken. Dat is helemaal niet nodig.

6 Organisatorische kaders

Cardiologen functioneren binnen het kader van een zorginstelling en zorgverzekeraars. De manier waarop deze organisatie opgezet is heeft een grote invloed op het functioneren van de cardioloog en daarmee ook op de arts-patiënt communicatie. Tijdens de interviews worden de kaders van de zorginstelling en zorgverzekeraar dan ook veelvuldig aangehaald in verband met de communicatie. Naast het feit dat deze kaders faciliterend zijn voor het werk van de cardioloog creëren zij ook hindernissen met betrekking tot de arts-patiënt relatie. Ook hier wordt gebalanceerd tussen verantwoordelijkheden vanuit de professie en naar de patiënt enerzijds en verantwoordelijkheden ten opzichte van zorginstelling en zorgverzekeraar anderzijds.

6.1 De invloed van de zorgverzekeraar op de communicatie met de patiënt

6.1.1 Transparantie

Naar de mening van de respondenten is de registratie en de daarbij behorende administratie voor de zorgverzekeraar belangrijk om de kosten zichtbaar te maken bij de te nemen risico's door de zorginstellingen. De administratie waarbij bijgehouden wordt welke medische handelingen bij de patiënt verricht zijn, is een goed hulpmiddel voor het intern overleg.

6.1.2 Tijdsdruk

Hiernaast ervaren de respondenten ook duidelijk een verschil in prioriteiten van de zorgverzekeraar en die van henzelf. De prioriteit van de respondent met betrekking tot de communicatie met de patiënt ligt op het nemen van tijd voor uitleg en advies, terwijl de zorgverzekeraar het belangrijk vindt om de kosten zo laag mogelijk te houden waarbij steeds meer bezuinigd wordt op tijd voor de consulten. De tijdsdruk die op deze manier ontstaat heeft een negatief effect op de communicatie met de patiënt:

"Telkens wordt gezocht naar degene met de laagste prijs waarbij de prijs onder andere bepaald wordt door hoeveel minuten je per patiënt bezig bent. Dit houdt in dat als iedereen een consult in tien minuten kan doen dat je dan wordt gedwongen om het nog korter te doen zodat de prijs nog verder omlaag kan totdat het op een gegeven moment niet meer haalbaar is. Zo wordt iedereen gedwongen om minder tijd te besteden aan de patiënt omdat het een prijsdrukkend effect is."

6.1.3 Administratiedruk

Hiernaast dient de respondent tijdens het consult niet alleen de nodige aandacht te hebben voor zijn patiënt maar moet hij ook de administratie die ten dele ten behoeve van de zorgverzekeraars wordt bijgehouden afhandelen, zoals de verplichte juridische- en kwaliteitsregistraties en de registraties die van belang zijn voor het opstellen van een DOT of DBC. Deze registraties zijn noodzakelijk voor de financiering van de medische zorg omdat op deze manier bepaald wordt wat de

uiteindelijke prijs is voor een diagnose-behandeling. Men ziet de administratiedruk toenemen:

"Binnen een kwartier moet ik ook nog de financiële administratie doen en het wordt alleen maar meer want je moet tegenwoordig ook vastleggen of er informed consent is gevraagd. Je moet vastleggen of er bijvoorbeeld gehouden wordt aan guidelines. Dus je moet ook allerlei dingen in gaan vullen bijvoorbeeld. Scorelijst van een patiënt, een risicoscore. Moet je invullen tijdens het consult. Nou dat is een gedoe van wat heb ik jou daar."

Door deze administratiedruk worden de consulten minder persoonlijk:
"Dus dat betekent echt dat een consult ook minder persoonlijk wordt. Ik vind de administratieve last een hindernis voor een goed patiëntencontact."

6.2 De invloed van de zorginstelling op de communicatie met de patiënt

6.2.1 Communicatie binnen de verschillende soorten zorginstellingen

Kleinere ziekenhuizen

Respondenten die in kleinere instellingen werken, zoals streekziekenhuizen hebben minder moeite om veranderingen doorgevoerd te krijgen ter verbetering van de communicatie met de patiënt dan respondenten die werkzaam zijn in grotere medisch centra. De consulten kunnen efficiënter doorgevoerd worden en de communicatielijnen tussen de verschillende specialisten zijn korter dan in grotere ziekenhuizen. Wanneer er bijvoorbeeld onduidelijkheid is over een aspect in de behandeling of begeleiding, dan kan soms letterlijk even naar elkaar toe gelopen worden om het te bespreken.

In de verschillende kleine ziekenhuizen worden tijdens de wekelijkse teambesprekingen alle opgenomen patiënten, patiënten van de hartrevalidatie, hartfalen en poliklinische-patiënten besproken waarbij een breed team van verschillende disciplines aanwezig is, zoals bijvoorbeeld een psycholoog, iemand van de pijnbestrijding en de behandelend cardioloog. Specifiek voor hartfalenpatiënten worden na elke poli alle patiënten nabesproken door twee cardiologen, waarbij bij de hartrevalidatie één op één contact is tussen de verwijzend cardioloog en het hartfalenrevalidatie-team.

Cardiologische centra

De respondenten die werkzaam zijn in een cardiologisch centrum vinden dat het bij hen nog efficiënter geregeld kan worden dan in een klein ziekenhuis. Volgens hen is de complexiteit en de rigiditeit van het organisatiestructuur van een ziekenhuis niet flexibel genoeg om mee te bewegen met de behoefte van de patiënt en de stroom van het aantal patiënten. Wanneer zij in de centra willen anticiperen op een plotseling grote patiëntenstroom dan kan dat binnen enkele dagen geregeld worden terwijl dit in ziekenhuizen vrijwel onmogelijk is. Volgens hen hebben ziekenhuizen teveel partijen, teveel stakeholders die samen het consult op moeten bouwen. Wanneer de stakeholders rigide zijn en/of niet aansluitend met elkaar samenwerken, dan kunnen zich problemen voordoen die een negatief effect hebben op het consult en op de facturatie. De problemen die bij zich de facturatie voordoen zijn facturatiefouten die aan twee kanten gemaakt kunnen worden, namelijk

overdeclaratie terwijl dat vaak helemaal niet de bedoeling is, maar ook onderdeclaratie, waarbij mensen veel meer behandelingen of diagnostische ingrepen hebben gehad dan uiteindelijk wordt gedeclareerd. Een ziekenhuis kan hierdoor veel inkomsten mislopen. Wat deze respondent als mogelijke oplossing voor dit probleem ziet, is het volgende:

"Ziekenhuizen zijn voor bedden en interventies en de rest moet je gewoon daarbuiten doen, dan kun je veel flexibeler opereren. Als ik extra spreekuur wil, dan is dat in een kleinere organisatie makkelijker te organiseren dan in een grote organisatie als een ziekenhuis."

Grote ziekenhuizen

De respondenten die in grote instellingen werkzaam zijn zoals in een Universitair Medisch Centrum, blijken minder mogelijkheden en minder faciliteiten te hebben om tot een verbetering van de communicatie met de patiënt te komen. Zo vindt een respondent die in een Medisch Centrum werkzaam is, dat de planning van de consulten realistisch en werkbaar gemaakt dienen te worden en dat er een balans moet zijn tussen de bedrijfsvoering en de druk vanuit de productie. Volgens hem is het onacceptabel dat de poli's telkens uitlopen omdat er naast gewone communicatie veel administratieve handelingen gedaan moeten worden. De planning dient realistischer gemaakt te worden zodat de consulttijden meer afgestemd zullen zijn aan de patiënten. De tijd zal dan niet meteen uitlopen als er bijvoorbeeld een rolstoelpatiënt is die meer tijd nodig heeft om zich aan en uit te kleden. Wat deze respondent verder zei is het volgende:

"Je wil echt aandacht geven en je werk fatsoenlijk doen. Dat wordt je door de organisatorische aspecten vaak onmogelijk gemaakt."

Reguleren van de patiënten-instroom

Om de stroom nieuwe patiënten op te splitsen in daadwerkelijke hartpatiënten en patiënten die symptomen van een hartziekte hebben maar waar geen oorzakelijk verband gevonden wordt, is in twee ziekenhuizen een aangepaste poli ingericht. De gegevens van deze nieuwe patiënten die via een huisarts of door een andere behandelaar verwezen zijn, worden van tevoren geanalyseerd door een cardioloog. Vervolgens wordt een inschatting gemaakt over de mogelijke problemen. Tijdens het eerste consult worden de vooraf gemaakte analyses en inschattingen met de patiënt besproken en wordt hij verder uitgevraagd. Op grond van de uiteindelijke bevindingen worden er ter plekke aanvullende onderzoeken gedaan. Vervolgens komt de patiënt een tweede keer om de bevindingen te bespreken waarbij uiteindelijk bepaald wordt of de patiënt als hartpatiënt onder behandeling blijft of doorverwezen wordt naar een andere specialisme dat beter bij hem past. De belasting van de patiëntenstroom op de poli's wordt hierdoor enigszins teruggedrongen en de patiënten die onterecht in de cardiologie terecht komen worden zo op een adequate manier doorverwezen.

Een andere manier om de stroom patiënten te verminderen is door verschillende onderzoeken terug te voeren naar de huisartsen. Het gevaar hierin is dat de behandeling van een patiënt kan vastlopen door cardiologische veranderingen die niet geconstateerd worden. Een ander bezwaar bij het terug voeren van patiënten is de verzwaring van de poli. Een respondent zei er het volgende over:

"Vroeger waren het veel controle-patiënten tegenwoordig zijn het allemaal zieke mensen waar je gewoon iedere keer toch veel meer werk aan hebt en alles wat een beetje stabiel is dat wordt terugverwezen naar de huisarts. Daardoor worden je poli's wel bewerkelijker. En we

hebben EPD's tegenwoordig, wat heel mooi is dat je al je gegevens beschikbaar hebt. Maar de bewerkelijkheid slaat ook op de administratie die je ook nog moet afhandelen."

Evaluatie en verbetering van communicatie

In kleinere ziekenhuizen is de controle op communicatie met de patiënt en met elkaar vaker aanwezig dan in de grote ziekenhuizen. Er wordt veel met elkaar overlegd, er worden af en toe communicatietrainingen gegeven of feedbacktechnieken geoefend en er wordt gebruik gemaakt van patiënttevredenheidsonderzoeken. Dat in de kleinere ziekenhuizen meer mogelijkheid is ter verbetering van de communicatie kan daarin liggen dat het team cardiologen kleiner is dan in grotere ziekenhuizen. Men kent elkaar persoonlijk en de sociale druk speelt wellicht een rol dat iedereen mee doet met de verschillende interventies met betrekking tot de verbetering van de communicatie.

Het vergroten van de bereikbaarheid

Het geven van uitleg en advies aan de patiënt is zoals eerder genoemd een belangrijk doel in de communicatie met de patiënt. Een andere meer op de organisatie gebaseerde manier om de patiënt hierin tegemoet te komen is het vergroten van de bereikbaarheid van de cardioloog door het maken van een belafsprak met de cardioloog of een afspraak via e-mail. Deze mogelijkheid die ter sprake kwam tijdens de interviews bleek uitsluitend in cardiologisch centra of in kleine ziekenhuizen aangeboden te worden. Drie respondenten gaven aan dat zij de patiënten de mogelijkheid bieden om direct telefonisch contact met hen op te nemen wanneer er vragen zijn. Eén van de drie respondenten gaf aan dat hij altijd telefonisch bereikbaar is en de andere twee respondenten gaven aan dat buiten de kantooruren de mogelijkheid bestaat om direct contact te hebben met de dienstdoende cardioloog of via een elektronische systeem waarbij de patiënt binnen 24 uur antwoord krijgt op zijn vraag.

Het voordeel van de bereikbaarheid van de cardioloog is dat de patiënt het gevoel heeft dat hij er niet alleen voor staat. Patiënten met klachten kunnen meteen opgenomen worden en onderzocht worden waardoor meteen bekeken kan worden wat er aan de hand is. Volgens de respondent die op deze manier werkt levert het absoluut geen extra onderzoeken op want de patiënten die klachten hebben zouden sowieso binnenkort in het ziekenhuis worden opgenomen. Deze adequate manier van werken zorgt ervoor dat de behandeling sneller gestart kan worden en de patiënt geruster gesteld kan worden.

Een andere cardioloog die deze service ook aanbiedt zei dat wanneer patiënten een ogenschijnlijk onbelangrijke vraag hebben over bijvoorbeeld het wel of niet innemen van een bepaald medicijn en er niet meteen een antwoord voor handen is, dan kan dit grote gevolgen hebben voor het verloop van de ziekte en behandeling.

De respondenten die deze extra service aan hun patiënten bieden, gaven aan dat er nog nooit misbruik van wordt gemaakt. Een respondent zegt hierover:

"Het mooie is, je biedt het ze aan maar heel weinig mensen maken daar gebruik van of hebben dat nodig. Juist omdat je het aanbiedt, zijn mensen al gerustgesteld eigenlijk. Dat er de mogelijkheid is, ze worden niet weggestuurd. Ze weten dat als er wat is, dan kan ik het centrum bellen en dat geeft al een hele geruststelling."

Eén respondent pleit er dan ook voor om de financiering van de zorg meer te richten op de behoefte van de patiënt en dat de laagdrempeligheid in de bereikbaarheid bevorderd dient te worden door bijvoorbeeld e-consulting in het vergoedingspakket op te nemen.

6.2.2 Administratie: Het EPD

Het EPD als hulpmiddel

Alle administratie van de zorginstellingen wordt bijgehouden door het elektronisch patiëntendossier, het EPD. Hierin wordt de statusupdate van de patiënt, de correspondentie met de verschillende behandelaren, de verschillende registraties en de registraties die van belang zijn voor het maken van een DOT of DBC bijgehouden. Deze administratie is indirect een onderdeel van de communicatie met de patiënt en is belangrijk omdat hierin de behandeling, de begeleiding, de onderlinge communicatie met andere behandelaren en de financiën geregeld worden. Alle respondenten vinden het dan ook belangrijk om de administratie zo correct mogelijk bij te houden. Een ander belangrijk punt is dat door de EPD geen papieren administratie meer is en alle gegevens in principe in de computer te vinden zijn.

De meningen over de manier waarop de statusupdate van de patiënt vorm gegeven wordt, verschilt van "het zo efficiënt mogelijk doen met zo weinig mogelijke herhalingen" tot "zeer uitgebreid". Een respondent die het belangrijk vindt om het zeer uitgebreid te beschrijven zei hierover:

"Het is een middel om informatie over te brengen, communicatie. Daarnaast dwingt het je om na te denken en te kijken of alle elementen die je hebt verzameld in termen van de analyse of die het mogelijk maken om een zodanig construct te beschrijven, dat daarmee de klachten van de patiënt en het hele fenomenologie goed beschreven wordt. Dus het kan je gedachten helpen ordenen."

Een andere respondent vindt het ook belangrijk om in de statusupdates symptomen van de patiënt goed te documenteren. Zijn ervaring is dat symptomen vaak terug komen zonder dat de patiënt dat weet. Op deze manier kan er sneller en adequater op de symptomen ingespeeld worden. Het bijhouden van de statusupdate wordt in één organisatie zelfs zo belangrijk gevonden dat om de drie maanden nagegaan wordt hoeveel brieven men schrijft. Daarbij gaat het minder om de kwaliteit en meer om de kwantiteit van het geschrevene. De algemene mening in deze organisatie is dat het belangrijk is dat er iets over de status van de patiënt geschreven is dan helemaal niets.

6.2.3 Hindernissen die ervaren worden bij het gebruik van de EPD

Incomplete informatie met betrekking tot andere behandelingen

Vrijwel alle respondenten ervaren het EPD als complex, rigide en gebruiksonvriendelijk zoals het vinden van informatie over andere aandoeningen en behandelaren van de patiënt. Soms komt het voor dat een andere specialisatie een andere EPD gebruikt die niet gekoppeld is aan het EPD van de cardiologie, waardoor de respondent belangrijke informatie over de patiënt mist. Hij kan bijvoorbeeld onwetend zijn over het feit dat zijn patiënt tussen twee consulten in, in het

ziekenhuis opgenomen is geweest. Vijf respondenten gaven aan dat ze dit probleem ondervangen door de patiënt het dilemma over hun onwetendheid door de EPD te vertellen en vervolgens de patiënt gerichte vragen te stellen over andere behandelaars en belangrijke situaties die zich hebben voorgedaan. De meeste patiënten hebben hier begrip voor en werken mee.

Geen ruimte voor informatie die buiten het format valt

Een ander nadeel van het EPD is dat de respondent alleen gegevens in kan vullen als het ergens te categoriseren valt. Hierdoor is het vrijwel onmogelijk om iets algemeen maar belangrijks over de patiënt te schrijven, zoals belangrijke omgangsregels om zo efficiënt mogelijk met een bepaalde patiënt om te gaan, of de problematische thuissituatie van een patiënt waarbij het van belang is om ervan op de hoogte te zijn.

Tijdconsumerende updatecontroles

De enige mogelijkheid om zoveel mogelijk van de patiënten te weten te komen is om telkens het hele EPD door te lezen en te checken op veranderingen. Vaak wordt dit dan ook gedaan. Alle respondenten gaven aan dat ze hiervoor ruim de tijd nemen ter voorbereiding van hun poli's. Echter door gebrek aan tijd en gewoon door onwetendheid, is het niet altijd mogelijk om er zeker van te zijn of ze op de hoogte zijn van alle belangrijke zaken van de patiënt.

Lacunes in de updates

Relevante zaken kunnen ook gemist worden omdat de onderlinge correspondentie onduidelijk, incompleet beschreven of door drukte niet is bijgehouden. Wanneer relevante informatie door de respondent gemist wordt, kan dit het vertrouwen van de patiënt in de behandelend cardioloog ondermijnen. De patiënt is namelijk niet op de hoogte van de complexiteit van het systeem en de lacunes die in het systeem op kunnen treden waardoor deze de neiging heeft de onwetendheid van de cardioloog te wijten aan zijn laksheid of desinteresse. Een respondent zei hierover:

"Wat de patiënt ook heel vaak zegt is 'ja dat staat in het dossier' ja, in het dossier, probeer het maar te vinden. Natuurlijk de computer zit vol met dingen maar het is soms ondoenlijk om dat allemaal te vinden dus dat scheelt heel erg als patiënten zelf ook iets aangeeft. En dat zeg ik ook wel vaak, het staat er wel in maar het gaat sneller als u het met vertelt, of ik heb er wel vermoeden naar maar soms weet je dingen ook gewoon niet, of mensen schrijven iets niet op of het klopt niet. Of hoe vaak iets niet klopt wat er wel staat. Dus dat, het zal wel schelen als patiënten dan zelf ook proactief in zijn."

Ontbrekende link met apothekerssysteem

Een ander groot nadeel dat ondervonden wordt door de respondenten is dat het EPD niet is gekoppeld aan het systeem van de apothekers waar de patiënt zijn medicatie krijgt. Het effect hiervan is dat de respondent altijd bij zijn patiënt na moet vragen of de in de EPD geregistreerde medicatie overeen komt met de gebruikte medicatie. Wanneer de respondent niet op de hoogte is van alle medicatie die de patiënt gebruikt, dan kan hij niet inspelen op de eventuele schadelijke interactie met de medicatie die hij voorschrijft. Deze hindernis wordt als een groot probleem ervaren omdat medicatie een belangrijk onderdeel is van de therapie van de patiënt. Fouten die in de medicatie gemaakt worden kunnen in de meeste gevallen zelfs dodelijk zijn. Een respondent zei er het volgende over:

"Als we nou eindelijk eens een keer in Nederland de beslissing nemen om het centrale EPD in te voeren, dan zouden we een hoop winst boeken.....Het is een grote chaos in Nederland wat dat betreft en dat is een schande. Er gaan zelfs mensen door dood, het schijnt dat er 1500 mensen per jaar doodgaan door medicijnfouten omdat de apotheek niet weet dat de huisarts bij een andere apotheek patiënt dit of dat heeft gegeven."

Voortdurende verandering en toenemende complexiteit

Naast de gebruiksonvriendelijkheid, de complexiteit en de rigiditeit van het EPD zijn de modules die gebruikt worden steeds aan verandering onderhevig. Het wordt steeds complexer, uitgebreider en daardoor steeds rigider. Verder blijkt er geen uniformiteit in de registratie te zijn omdat elke zorgverzekeraar andere indicatoren gebruikt. De uitgebreidheid van de registratie heeft als reden dat de zorgverzekeraar zoveel mogelijk zorg wil monitoren, met als doel dat de zorgontvanger, de patiënt, betaalt voor wat hij krijgt. Door al deze hindernissen is de kans dat een respondent fouten maakt in de administratie vrij groot omdat de kans dat hij bij een declaratie een indicator mist vrij groot.

Behandelingen die niet gedeclareerd kunnen worden

Drie respondenten gaven specifiek aan dat sommige behandelingen gewoonweg niet volgens het EPD-systeem te declareren zijn omdat het niet in het systeem gedefinieerd is. Het effect hiervan is dat in het ergste geval een patiënt voor de gemaakte kosten geen vergoeding krijgt of dat er door de cardioloog teveel gedeclareerd wordt. Het effect hierop is dat de patiënt voor onnodige kosten opdraait of dat de respondent als een fraudeur gezien wordt. Opnieuw zal dit een negatief effect hebben op het vertrouwen in de cardioloog.

Het EPD als dwangbuis voor het gesprek

Een ander nadeel van het systeem is dat het de respondent dwingt tot een bepaalde manier van werken. Een gesprek kan dan leiden tot het afvinken van een vragenlijst in plaats van het uitdiepen van de oorspronkelijke hulpvraag. Een respondent zei hierover:

"Bij het omgaan met de patiënt draait het steeds meer om het invullen van de vragenlijst terwijl er minder sprake is van een gesprek. De gesprekken zijn bovendien meer het gevolg van wat er uit de vragenlijst naar voren komt dan vanuit het gesprek zelf en dat er misschien andere dingen naar voren komen dan vanuit de vragenlijst. Je zoomt nu behoorlijk snel in op de antwoord op de vragen. Terwijl dat misschien niet helemaal is waar hij (de patiënt) voor komt."

ICT als hindernis voor directe communicatie

Al deze aspecten, de rigiditeit, de gebruiksonvriendelijkheid, de steeds wisselende modules en de verschillende soorten EPD's die niet aan elkaar gekoppeld zijn, zorgen ervoor dat de administratie tijdrovend is en het ten koste gaat van de tijd die de respondent liever besteedt aan de directe communicatie met zijn patiënt. Een respondent gaf aan dat volgens een Engels onderzoek het gebruik van de EPD de zorgverlening niet bewezen verbetert. Tien respondenten vinden het bijvoorbeeld lastig om telkens in de verleiding te zijn om naar het beeldscherm te kijken in plaats van aandacht te geven aan de patiënt door naar hem te luisteren en hem aan te kijken terwijl ze dat juist liever doen.

Een respondent die de algemene mening van een aantal respondenten weergeeft gaf aan dat de overschatting van het gebruik van ICT in de geneeskunde een enorm probleem is. Buitenstaanders begrijpen daardoor vaak niet hoe belangrijk patiënten het vinden dat ze een dokter hebben die niet alleen naar hun kwaal kijkt en of deze wel of niet genezen kan worden. Volgens hem is het concept van de cardioloog als raadsman en een soort partner die de patiënt aan de hand neemt en hem zo goed mogelijk met zijn probleem probeert te helpen, totaal ondergesneeuwd. Naar zijn idee is men momenteel vooral bezig met het ontwikkelen van allerlei informatietechnologieën om de patiënt maar zoveel mogelijk informatie te geven terwijl de emotionele informatie of emotionele hulp grotendeels tekort schiet. Volgens de respondent is dit waarschijnlijk een van de redenen waarom er in Nederland een enorm circuit van mensen is die naar alternatieve genezers gaan die helemaal niets doen behalve dat ze mensen aandacht geven.

7 Conclusies

7.1 Doel van de communicatie

Het nemen van tijd om duidelijke uitleg en informatie over de diagnose en behandeling te geven aan de patiënt, waarbij het van belang is om af te stemmen op de patiënt, is het belangrijkste aspect dat de cardiologen binnen de communicatie met patiënten in dit onderzoek naar voren brachten. De doelen die hiermee bereikt worden zijn onder te brengen in drie categorieën:

1. Patiënt gericht:
 - *kennis overdragen* met betrekking tot de lichamelijke gevolgen en de daarbij behorende aanpassingen en therapieën (instrumentele communicatie).
 - *vertrouwen en geruststelling* voor het inpassen van bovenstaande in het dagelijks leven en de emotionele verwerking hiervan (affectieve communicatie).
2. Medisch gericht:
 - zorg dragen voor een optimale leefstijl en therapietrouw bij de patiënt.
3. Juridisch gericht:
 - een belangrijk beginsel in het gezondheidsrecht is het komen tot een "informed consent". Dit houdt in dat een patiënt toestemming geeft voor een behandeling op basis van begrijpelijke en volledige informatie.

Deze drie doelen van de communicatie samengevat:

De cardioloog neemt de tijd om af te stemmen op de patiënt met behulp van instrumentele en affectieve communicatie zodat op basis van gedeelde besluitvorming een behandeling gestart, of voortgezet, wordt.

7.2 Hindernissen bij de communicatie

Tijdsdruk, administratiedruk en patiënten die geen verantwoordelijkheid nemen voor hun behandeling worden genoemd als de belangrijkste hindernissen bij de communicatie.

Inhoudelijke hindernissen

Patiënteigenschappen als het niet nemen van verantwoordelijkheid wat betreft leefstijl en therapietrouw, extreme controlebehoefte en de fixatie op somatiek worden genoemd als hindernissen bij de communicatie. Het betreft hier psychologische en/of gedragseigenschappen van patiënten die een optimale zorg in de weg staan.

Het hebben van te weinig tijd voor affectieve communicatie wordt als belangrijke hindernis genoemd en lijkt het gevolg van een organisatorische hindernis (tijdsdruk). De reden om het hier toch noemen is dat het erop lijkt dat door de tijdsdruk prioriteiten gesteld worden waardoor dit aspect vaak een sluitpost wordt. Er wordt meer prioriteit gegeven aan instrumentele communicatie (waarvoor al te weinig tijd beschikbaar is) dat verband houdt met uitleg van diagnostiek, behandeling en het komen tot een "informed consent". Deze aspecten horen ook meer bij de deskundigheid van de cardioloog dan gedragsproblematiek. Aanpassingsproblematiek

op emotioneel en leefstijlgebied liggen meer op het terrein van psycholoog of gedragsdeskundige. Verschillende respondenten gaven bovendien aan dat problemen op het gebied van een gezonde leefstijl zoals stoppen met roken of een gezonde voeding beter behandeld kunnen worden binnen gedragstherapie dan door een medisch specialist.

Organisatorische hindernissen

De druk vanuit zorgverzekeraars en zorginstellingen om de consulttijd te verkorten gecombineerd met een toenemende administratiedruk zorgen ervoor dat er steeds minder tijd beschikbaar is voor de inhoudelijke aspecten van de communicatie. De administratie kan een barrière vormen tussen de directe communicatie van de cardioloog met de patiënt. Hierdoor neemt de kwaliteit van de luisterhouding af.

De complexiteit en de rigiditeit van het organisatiestructuur van een groot ziekenhuis (zoals een Universitair Medisch Centrum) is niet flexibel genoeg om mee te bewegen met de behoefte van de patiënt en de stroom van het aantal patiënten.

Het EPD wordt ervaren als complex, rigide en gebruiksonvriendelijk. Daarbij zijn de gegevens in het EPD vaak incompleet met betrekking tot bijvoorbeeld medicatie en andere behandelingen die de patiënt ondergaat.

7.3 Hulpmiddelen bij de communicatie

De meest gebruikte hulpmiddelen die ingezet worden om de tijdsdruk hanteerbaar te maken zijn het verlengen van de consulttijd, het flexibel omgaan met de consulttijd, het vergroten van de bereikbaarheid buiten het consult en het doen van de administratie na het consult.

De meest gebruikte hulpmiddelen die ingezet worden voor het verduidelijken van informatie over de ziekte en behandeling zijn het gebruik van andere vormen van informatieoverdracht zoals zelfgemaakte tekeningen, folders en websites. Ter ondersteuning van de patiënt wordt de naaste het vaakst ingezet.

7.4 De invloed van de Hart&Vaatgroep en de Hartstichting op de communicatie

Alle respondenten vinden de activiteiten van de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep hen helpt om de communicatie met de patiënt te verbeteren. De samenwerking ervaren ze als zeer prettig omdat beide stichtingen werken vanuit verbetering in plaats van kritiek en dat er altijd gestreefd wordt naar partnerschap. Beide stichtingen ervaren ze als partners om de communicatieproblemen tussen de cardioloog en de patiënt op te lossen. Alle respondenten maken gebruik van het voorlichtingsmateriaal van de Hartstichting.

Het voorlichtingsmateriaal van de Hartstichting wordt door alle respondenten gebruikt. Door de snelle ontwikkeling in de cardiologische behandelmogelijkheden vindt men het echter noodzakelijk om de folders regelmatig op de ontwikkelingen af te stemmen en bij te werken. Er zou bijvoorbeeld meer informatie gegeven kunnen worden over hartfalen zoals het benadrukken van belangrijke zaken met betrekking tot medicatiegebruik en de leefstijlaanpassingen omdat daarover weinig te vinden is.

Een belangrijk punt is dat men vindt dat er nog steeds veel vakjargon in de folders gebruikt wordt en dat dit nog meer vermeden dient te worden.

De verbeterpunten die aangedragen worden in de samenwerking met de beide stichtingen is dat de respondenten meer samen willen werken ter verbetering van de communicatie met de patiënt omdat De Hart&Vaatgroep daarin een directe lijn heeft met de patiënt. De respondenten vinden het namelijk ook belangrijk dat de behoeften van de patiënt in de communicatie beter verwoord wordt en dat er adequate maatregelen ingezet worden om dit te verbeteren. Het onder de aandacht brengen van het onderwerp binnen alle doelgroepen waarmee de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep samenwerken is daarbij van belang.

Naast communicatie gaven de respondenten ook aan dat ze met beide stichtingen meer samenwerking willen hebben met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl en het geven van uitleg met betrekking tot de medicatie.

8 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies van het onderzoek wordt aan De Hart&Vaatgroep aanbevolen om alle betrokken partijen het belang van communicatie en vooral van affectieve communicatie in te laten zien.

Aanbevelingen met betrekking tot de cardiologen:

- agendering van het belang van affectieve communicatie bij de doelgroep en de belangenverenigingen;
- voorlichting geven aan de cardiologen over het belang van een meer integrale benadering van ziekte waarbij de focus niet alleen moet liggen op de biomedische kant van de ziekte maar ook op de psychosociale en genderspecifieke kant van de ziekte;
- voorlichting geven aan de cardiologen gericht op de bewustwording van de voordelen in het verbeteren van de affectieve communicatie waarbij de nadruk ligt op de tijdwinst, patiënttevredenheid en therapietrouw;
- het aanbieden van mogelijkheden aan de cardiologen om zich in de communicatie te verbeteren door middel van training. Daarbij dienen de trainingen een duidelijk en helder doel te hebben zodat de cardiologen de te investeren tijd en moeite er graag voor over hebben.
- de vaardigheid met betrekking tot de communicatie in de vijfjarige registratie op te nemen.

Aanbevelingen met betrekking tot zorginstellingen en zorgverzekeraars:

- Onderzoek naar de mogelijkheden van een meer integrale behandeling van ziekte en de kostenbesparingen die hierdoor mogelijk zijn door verbetering van leefstijl, therapietrouw en kwaliteit van leven.

Aanbevelingen met betrekking tot de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep:

- Aandacht voor de psychosociale kant van de ziekte.
- Patiëntgerichte voorlichting geven over:
 - o het belang van de eigen verantwoordelijkheid en participatie in de omgang met de eigen ziekte, waarbij in de voorlichting verwerkt dient te worden hoe dit vorm gegeven wordt.
 - o het belang van de psychosociale kant van de ziekte

Algemene aanbevelingen:

Alle partijen kunnen leren door Best Practices over te nemen. Tijdens het onderzoek zijn veel originele, creatieve, effectieve oplossingen door de cardiologen zelf gevonden voor problemen waar bijna iedereen mee worstelt. Het wiel hoeft niet meer uitgevonden te worden.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

Om tot een verbetering van de communicatie binnen de cardiologische zorg te komen is vervolgonderzoek met dezelfde probleem onder een grotere groep respondenten gewenst. Doordat het moeilijk was om respondenten voor het onderzoek te vinden is daardoor voorlichting over het belang van de communicatie vooraf aan het onderzoek noodzakelijk.

9 Discussie

De sterke punten van het onderzoek

Het communicatieonderzoek is een uniek onderzoek. Voor zover bekend bij de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep is er niet eerder is een communicatieonderzoek gedaan tussen cardiologen en hun patiënten, waarbij in kaart wordt gebracht wat hun doelen, hindernissen en hulpmiddelen zijn vanuit het cardiogenperspectief. Het nadeel ervan is dat er geen vergelijkingsmateriaal is met andere communicatieonderzoeken bij dezelfde doelgroep.

Tijdens de interviews heerste grote openheid bij de respondenten. Alle 17 respondenten namen binnen hun mogelijkheden ruimschoots de tijd om het interview tot een volledig verloop af te ronden, ook al ging dit ten koste van hun eigen vrije tijd. De interviews duurden gemiddeld een uur en 15 minuten in plaats van de voorgestelde 45 minuten waardoor veel data gegenereerd is. Een nadeel van de grote hoeveelheid gegenereerde data is dat meningen die het meest voorkomen vermeld worden en afwijkende, of unieke meningen of ideeën weinig tot niet vermeld kunnen worden.

De zwakke punten van het onderzoek

De complexiteit van de werkomgeving van de respondent waarbij veel verschillende factoren invloed hebben op het persoonlijk vlak van de cardioloog, zijn patiënt en zijn naaste, de zorginstelling en de zorgverzekeraar, zorgt ervoor dat het gecompliceerd is om een concrete inventarisatie te geven van de probleemstelling. De groep respondenten bestaat uit cardiologen die gemotiveerd waren om mee te doen met het onderzoek omdat zij communicatie een belangrijk onderdeel van hun werkzaamheden vinden. Hierdoor zijn de resultaten en conclusies van het onderzoek sterk vooringenomen en dus niet generaliseerbaar voor de cardioloog in het algemeen.

Beide zwakke punten hebben echter als voordeel dat er in ieder geval een eerste stap ondernomen is om de communicatieproblemen tussen de cardioloog en zijn patiënt vanuit de perspectief van de cardioloog het hoofd te bieden.

Openheid

De lezer wordt van harte uitgenodigd om commentaar op het onderzoek aan de onderzoekster en auteur te sturen of kenbaar te maken. Dit kan via e-mail kitty@magna-mens.nl of telefonisch 06-20 27 39 88. Tevens is via deze weg het volledige onderzoeksverslag op te vragen.

Bijlage I E-mailuitnodiging

Geachte heer/mevrouw.....

Binnen De Hart&Vaatgroep wordt momenteel het project "Communicatie op maat in de cardiologische zorg" uitgevoerd. In het kader van dit project heb ik in 2013 als student Toegepaste Psychologie in opdracht van De Hart&Vaatgroep een onderzoek gedaan naar de communicatie tussen cardiologen en patiënten vanuit het patiënten-perspectief. Aan dit onderzoek hebben meer dan 2200 patiënten meegewerkt. De rapportage over dit onderzoek is te vinden via:

<http://www.hartenvaatgroep.nl/dagelijks-leven/communicatie-met-de-arts.html>

Een logische vervolgstap op bovenstaande onderzoek is om ook de ervaringen van cardiologen op dit gebied in beeld te brengen. In opdracht van De Hart&Vaatgroep ga ik, in het kader van mijn afstudeeronderzoek, ervaringen van cardiologen met betrekking tot communicatie inventariseren aan de hand van korte interviews (45 minuten).

Het doel van dit pilotonderzoek is om in kaart te brengen wat de doelen, hindernissen en behoeften in de communicatie met patiënt zijn vanuit het perspectief van de cardioloog. Deze pilot levert hopelijk een kader op voor verder onderzoek en kan wellicht op termijn bijdragen aan een betere afstemming van de communicatie binnen de cardiologische zorg.

Om dit onderzoek te kunnen doen doe ik een beroep op uw medewerking. Wilt u meedoen aan het onderzoek, of kent u collega's die mee willen werken of heeft u andere tips, neem dan contact met mij op via e-mail kitty.wouthuysen@gmail.com of telefonisch via 06 20 27 3988.

Contactpersoon binnen De Hart&Vaatgroep is Jos van Erp, Psycholoog/Beleidsadviseur: j.v.erp@hartstichting.nl

De gegevens van dit onderzoek zullen vertrouwelijk en anoniem behandeld worden.

Met vriendelijke groet,

Kitty Wouthuysen

Bijlage II Topicslijst CardioCom2

Even voorstellen:

Wie: Kitty Wouthuysen

Wat: Ik doe dit onderzoek als afstudeeropdracht voor mijn Bachelor Toegepaste Psychologie in opdracht van de Hartstichting en de Hart&Vaatgroep.

Waarvoor: Dit onderzoek gaat over de communicatie tussen cardiologen en patiënten, namelijk het in kaart brengen van de ervaringen van de cardioloog in gesprek met zijn patiënten. Eenzelfde onderzoek heb ik vorig jaar gedaan maar dan vanuit het patiëntenperspectief.

Doel onderzoek: Het komen tot een betere afstemming van communicatie binnen de cardiologische zorg, met als gevolg u uw werk nog beter kunt doen en de patiënten en hun naasten nog meer tevreden zijn.

Zodra dit onderzoek afgerond is (september-oktober) zult u het rapport krijgen via mij of via de Hart&Vaatgroep.

Interview:

- veel dank dat u mee wilt doen;
- tijdsduur van het interview zal circa 45 minuten duren;
- ik maak een opname van het gesprek en maak eventueel aantekeningen. Hebt u daar bezwaar tegen?
- de opname en de uitgewerkte transcripties worden na verwerking vernietigd;
- alle gegevens worden anoniem verwerkt;
- hoe mag ik u aanspreken? Met Je of U?

Het interview bestaat uit 4 onderdelen met de bijbehorende topics:

- 1. eerst enkele vragen over uzelf;**
- 2. wat u belangrijke aspecten vindt binnen de communicatie met de patiënt en eventuele naasten;**
- 3. waar u tegenaan loopt in de communicatie met de patiënt en de eventuele naasten;**
- 4. wat u zou kunnen helpen om datgene waar u tegenaan loopt op te lossen.**

De onderdelen twee, drie en vier kunnen door elkaar lopen.

Hebt u op dit moment vragen?

1. Demografische gegevens:

- a) wat is uw leeftijd?
- b) hoe lang bent u werkzaam als cardioloog?
- c) waar bent u werkzaam als cardioloog?
- d) wat vindt u leuk in uw beroep als cardioloog?

2. Belangrijke aspecten binnen de communicatie met de patiënt:

- Welk **doel streeft u na tijdens de gesprekken** die u hebt met de patiënt en eventuele naaste?
- Wat zijn daarin voor u **belangrijke aspecten**?

- a) Hoe staat u ten opzichte van het **geven van uitleg en informatie over aandoening en behandeling**, zoals het:
 - I. nagaan of de **boodschap is begrepen?**
(open vragen stellen, doorvragen tijd nemen, ruimte voor vragen na consult, **deurknopfenomeen**)
 - II. aanpassen aan de patiënt met betrekking tot **taalgebruik, vakjargon, leeftijd, opleidingsniveau?**
 - III. geven van **aandacht en bespreken van de emotionele gevolgen** die de ziekte met zich mee kan brengen
(spanning of angst die aandoening met zich meebrengt)?.

Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?

Zo ja welke?

Wat zou u hierin kunnen helpen?

- b) Hoe staat u ten opzichte van het **afstemmen, of aandacht hebben voor de patiënt als persoon**, met betrekking tot:
 - I. de kennis dat u de **juiste persoon** voor u hebt en weet **welke andere behandelaren nog meer betrokken zijn in de behandeling van zijn ziekte?**
 - II. **dokter-patiëntrelatie**, het hebben van aandachtige en open houding, bijvoorbeeld de manier van aanspreken?
 - III. zijn **emoties tijdens het gesprek** zoals gelatenheid, angst, irritatie, boosheid?
 - IV. zijn **controlebehoefte, veeleisendheid, overspannen verwachtingen** (internet)?
 - V. zijn **culturele achtergrond** zoals taalbarrière en gebruiken?
 - VI. zijn **vaardigheid** zoals zelfredzaamheid, intelligentie, geheugen?
 - VII. het bespreken van de **impact die de aandoening heeft op het dagelijks leven van de patiënt** (vrije tijd, werk, relaties, mobiliteit, vermoeidheid, bijwerkingen van medicatie en erfelijkheid).

Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?

Zo ja welke?

Wat zou u hierin kunnen helpen?

c) Hoe staat u ten opzichte van **co- en multimorbiditeit** met betrekking tot:

- I. het **overleg met andere behandelaars** in verband met andere aandoeningen?
- II. het **geven van informatie en uitleg** aan de patiënt **over de invloed die de aandoeningen** (en de daaraan gerelateerde behandelingen) op elkaar hebben?
(casemanager)
- III. de **verwijsmogelijkheden** (bv. psycholoog)?

Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?

Zo ja welke?

Wat zou u hierin kunnen helpen?

d) Hoe staat u ten opzichte van het **bevorderen van zelfmanagement van de patiënt**, zoals;

- I. het **veranderen van leefstijl** (verandering werk, dieet, stoppen met roken, meer bewegen)?
- II. het **zorg dragen omtrent therapietrouw?**
- III. het **betrekken (ook van de naaste) bij behandelaspecten** die zich daartoe lenen

Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?

Zo ja welke?

Wat zou u hierin kunnen helpen?

e) Hoe staat u tegenover de **verslaglegging**, zoals:

- I. de **mondeling en schriftelijk verslaglegging, m.b.t. status en medische correspondentie?** (statusvoering, en medische correspondentie)
- II. **andere administratie**, eventueel gerelateerd aan zorgverzekeraars (bijvoorbeeld informed consent, guidelines, risicoscore-lijsten, scorelijsten, financiële administratie)?

Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?

Zo ja welke?

Wat zou u hierin kunnen helpen?

f) Hoe staat u tegenover het belang van **organisatorische aspecten**, zoals:

- I. **tijd versus tijdsdruk**, hoe gaat u hiermee om?
- II. **veel en steeds wisselende patiënten** waardoor het nodig is om de tijd nemen zich voor te bereiden, volledigheid van het dossier? Hoe gaat u hiermee om?

Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?

Zo ja welke? Wat zou u hierin kunnen helpen?

g) Hoe ziet u de **rol van de naaste** van de patiënt in de communicatie?
Zijn er op dit gebied situaties/ aspecten waar u tegenaan loopt?
Zo ja welke?
Wat zou u hierin kunnen helpen?

h) Zijn er nog **andere aspecten die u belangrijk vindt** maar niet aan de orde gekomen zijn?

3. We hebben bij een aantal van de aspecten die u belangrijk vindt reeds over de hindernissen gesproken binnen de communicatie met de patiënt.

a) Zijn er op dit moment nog **andere hindernissen** die u belangrijk vindt maar nog niet aan de orde gekomen zijn?

4. Ook hebben we bij een aantal van de aspecten die u belangrijk vindt reeds over de hulpbronnen gesproken binnen de communicatie met de patiënt.

Graag wil ik ook nog over een aantal **andere hulpbronnen** hebben die de communicatie met de patiënt zouden kunnen verbeteren:

- a) Wat zou de **patiënt en/of naaste** kunnen doen **als voorbereiding** op het gesprek?
- b) Wat zou **u zelf kunnen doen ter voorbereiding** op het gesprek? (bijvoorbeeld door het maken van een eigen topiclijst/eigen doelen stellen)?
- c) Wat vindt u van het gebruik van **nieuwe media zoals twitter, Facebook, e-mail, online spreekuur** als hulpmiddel in de communicatie?
- d) Wat vindt u ervan om regelmatig **scholing of training op het gebied van communicatie te volgen**?
- e) Wat vindt u van het **regelmatig nagaan van uw eigen houding ten opzichte van de patiënt tijdens de communicatie** (feedback van patiënt/collega's, filmopnames)? **Wat** doet u met de informatie?
- f) Wat vindt u van het **volgen van intervisie** ter bevordering van communicatie met de patiënt (bespreking van eigen houding/ samenwerking met de patiënt/collega's)?

- g) Wat vindt u van het **gebruik van voorlichtingsmateriaal** als hulpbron in de communicatie (beschikken over voldoende en helder voorlichtingsmateriaal)?
- h) zou het **tijdsaspect voor u** een rol kunnen spelen als hulpbron in de communicatie met de patiënt?
- i) Hoe zouden **de Hart&Vaatgroep en de Hartstichting iets voor u kunnen betekenen op dit gebied?**
- j) Zijn er nog **andere hulpbronnen** die u zouden kunnen helpen ter verbetering van de communicatie met de patiënt en eventuele naaste maar nog niet aan de orde zijn gekomen?

- Hebt u nog vragen of opmerkingen?

- Kunt u dit onderzoek aanbevelen bij collega's zodat zij misschien ook als respondent willen optreden?

- De gegevens worden anoniem verwerkt, de data worden na verwerking door mijn vernietigd.

- Het verslag ontvangt u medio september/ oktober.

Hartelijk dank!

Bijlage III Verantwoording topicslijst

De topicslijst is gebaseerd op de vier onderdelen van de enquêtevragen van het CardioCom1 onderzoek (Wouthuysen, 2013). De opbouw van de topicslijst bestaat uit de vier hoofdt topics:

1. demografische vragen;
2. wat de cardioloog belangrijk vindt in de communicatie met de patiënt;
3. welke hindernissen de cardioloog ervaart in de communicatie met de patiënt;
4. welke hulpbronnen de cardioloog in kan zetten om de communicatie met de patiënt of bijzitter te verbeteren.

Daarnaast zijn de hoofdt topics onderverdeeld in verschillende subtopics die gebaseerd zijn op de stellingen die gebruikt zijn in de vier onderdelen van de enquêtevragen van het CardioCom1 onderzoek (Wouthuysen, 2013).

Het doel van de demografische vragen is het verkrijgen van algemene gegevens over de respondenten. Met deze gegevens zal onder andere een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen de verschillende meningen van respondenten in de verschillende type werkomgevingen.

De vraag wat de respondent leuk vindt in zijn werk als cardioloog, heeft als doel om het interview positief te beginnen zodat dit een positieve effect heeft op de generositeit en sociaal verantwoordelijkheid van de respondent. Daarnaast wordt zoveel mogelijk voorkomen dat de respondent beperkt en rechtlijnig denkt (Bannink, 2013) en kan het als aanleiding gebruikt worden om hem uit te nodigen te vertellen over wat hij belangrijk vindt in zijn beroep als cardioloog.

Hoofdt topic 2 “belangrijke aspecten binnen de communicatie met de patiënt” begint met de vraag wat de respondent belangrijk vindt in de communicatie met de patiënt. Hoofdt topic 2 en 3 bevatten dezelfde subtopics, te weten:

- geven van uitleg en informatie over aandoening en behandeling;
- afstemmen, aandacht hebben voor de patiënt;
- co- en multimorbiditeit;
- zelfmanagement;
- verslaglegging;
- organisatorische aspecten;
- de rol van de naaste van de patiënt;
- andere aspecten die niet aan de orde zijn gekomen.

De subtopics van hoofdt topic 3 “welke hindernissen de cardioloog ervaart in de communicatie met de patiënt” worden gezamenlijk met de subtopics van hoofdt topic 2 besproken. Dit onderdeel van het interview wordt afgesloten met de open vraag of er nog aspecten zijn die de respondent belangrijk vindt maar nog niet aan de orde zijn gekomen.

Hoofdt topic 4 “hulpbronnen ter verbetering van de communicatie met de patiënt” bevat naast de genoemde subtopics nog een aantal aanvullende “hulpbron” subtopics. Wanneer deze aanvullende topics niet eerder in het interview ter sprake zijn gekomen, worden de aanvullende subtopics alsnog besproken. Dit onderdeel van het interview wordt afgesloten met de open vraag of er nog andere hulpbronnen zijn ter verbetering van de communicatie die nog niet aan de orde zijn gekomen.

Het interview wordt afgerond met de vraag of de respondent nog vragen of opmerkingen heeft. Vervolgens wordt de respondent nogmaals bedankt voor het meedoen aan het onderzoek. Hij wordt nogmaals geïnformeerd over de waarborging van de anonimiteit van de gegevens en dat hij het onderzoeks- en aanbevelingsrapport rond september oktober 2014 ontvangt. De laatste vraag die aan de respondent gesteld wordt is of hij de deelname aan het onderzoek aan andere collega's kan aanbevelen.

Literatuurlijst

- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2nd ed.). Groningen/ Houten: Wolters- Noordhoff bv.
- Bannink, F. (2013). *positieve psychologie in de praktijk* (1st ed.). Amsterdam: Hogrefe.
- Brink-Muinen, v. d. A., Dulmen, v. A. M., Jung, H. P., & Bensing, J. M. (2007). Do our talks with patients meet their expectations? *The Journal of Family Practice*, VOL 56. NO 7/July 2007, 559-568.
- Dulmen, S. v. (2012). De waarde van een warm contact. Retrieved 18th april 2013, from http://www.compassionforcare.com/wp-content/uploads/Plenaire-Dulmen-S_-11_40-uur.pdf
- Dulmen, S. v., Humphris, G., & Eide, H. (2012). Towards a guideline for person-centered research in clinical communication: lesson learned from three countries. Retrieved 21th Februari 2012, from <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp4562.pdf?>
- Hagihara, A., & Tarumi, K. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 143-150. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00420.x
- Hart&Vaatgroep, D. (2014). Over ons. Retrieved 22th june 2014, from <http://www.hartenvaatgroep.nl/over-ons.html>
- Hartstichting. (2014). Over ons. Retrieved 21st june 2014, from <https://http://www.hartstichting.nl/over-ons/organisatie>
- Kayaniyil, S., Gravely-Witte, S., Stewart, D. E., Higginson, L., Suskin, N., Alter, D., & Grace, S. L. (2009). Degree and correlates of patient trust in their cardiologist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 634-640. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01064.x
- NVVC. (2009). Opleidingsplan Cardiologie 2008. Retrieved 15th april 2013, from https://http://www.nvvc.nl/UserFiles/Opleidingsplan_Cardiologie_2_april_2009.pdf
- Rothfusz, J. (2012). *Ethiek in de Psychologie* (3th ed.). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Wouthuysen, K. J. (2013). *CardioCom1, een inventariserend onderzoek over de behoeften en knelpunten die ervaren worden bij de communicatie met de cardioloog vanuit het patiëntenperspectief in opdracht van De Hart&Vaatgroep*.