

SAMENVATTING



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Voorwoord

Hierbij bieden wij u de Nederlandse samenvatting aan van het onderzoek, getiteld: 'Communication between nurses and admitted cancer patients: the evaluation of a communication training program'.

Dit onderzoek werd uitgevoerd door Irma Kruijver in het kader van een promotieproject, dat in 1996 van start ging op het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Bij de begeleiding waren mw prof. dr. J.M. Bensing (Nivel, Universiteit Utrecht), prof. dr. H.B.M. van de Wiel (Rijksksuniversiteit Groningen) en mw dr. A. Kerkstra (Nivel) betrokken.

De dataverzameling ten behoeve van dit onderzoek vond plaats in drie ziekenhuizen van Nederland, te weten: het Universitair Medisch Centrum Utrecht, Ziekenhuis de Heel in Zaandam, en het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen.

In het bijzonder gaat onze dank uit naar de patiënten die bereid waren deel te nemen aan dit onderzoek, terwijl ze al zo belast waren door hun ziekte en de consequenties daarvan.

Evenzeer gaat veel dank uit naar de verpleegkundigen van deze ziekenhuizen die bij dit onderzoek betrokken waren. Zij wisten het op te brengen om gedurende een lange periode deel te nemen aan de studie. Ook danken wij de hoofdverpleegkundigen, de artsen en de poli-medewerkers, die de mogelijkheid creëerden om het onderzoek op de verschillende verpleegafdelingen uit te kunnen voeren. Dank voor jullie enthousiasme en fijne samenwerking!

Dit onderzoek werd gefinancierd door de Nederlandse Kankerbestrijding (Stichting KWF). Aanvullende subsidie werd verstrekt door de Jan Cornelis de Cock-Stichting.

Introductie

Het onderwerp van dit proefschrift is communicatie tussen verpleegkundigen en kankerpatiënten. Het belangrijkste doel van het hier beschreven onderzoek is het bestuderen van het effect van een communicatietraining op de communicatieve vaardigheden en gedragingen van verpleegkundigen. Tevens wordt de relatie tussen de communicatietraining en andere verpleegkundig en patiënt-gerelateerde uitkomstmaten onderzocht.

Het onderzoek heeft drie vraagstellingen, waarvan de eerste als volgt luidt:

1 Wat is het effect van een communicatietraining op de communicatieve vaardigheden en gedragingen van verpleegkundigen?

De verwachting is dat verpleegkundigen na de training meer ondersteunend of affectief gaan communiceren. Daarnaast wordt verwacht dat verpleegkundigen relatief meer aandacht gaan besteden aan psycho-sociale onderwerpen en minder aan biomedische onderwerpen.

De tweede vraagstelling heeft betrekking op de proximale relatie tussen communicatieve vaardigheden en gedragingen van verpleegkundigen enerzijds, en verpleegkundige en patiënt-gerelateerde uitkomstmaten anderzijds:

2 Wat is het directe effect van een communicatietraining op verpleegkundige en patiënt uitkomsten?

De verwachting hierbij is dat het geven van een training in communicatieve vaardigheden leidt tot verbeterde communicatieve vaardigheden en communicatief gedrag van verpleegkundigen. Dit heeft, naar verwachting, op zijn beurt een positief effect op de tevredenheid van verpleegkundigen en patiënten met de communicatie tijdens het opnamegesprek en gedurende het verblijf in het ziekenhuis.

Tot slot gaat de derde onderzoeksvraag in op de distale relatie tussen communicatieve gedragingen van verpleegkundigen en uitkomstmaten op verpleegkundig en patiëntniveau:

3 Wat is het indirecte effect van de training op verpleegkundig- en patiënt-gerelateerde uitkomsten?

Hierbij is de verwachting dat het geven van een communicatietraining leidt tot verbeteringen in communicatieve vaardigheden en gedragingen van verpleegkundigen die op hun beurt weer een positief effect zullen hebben op de arbeidssatisfactie van verpleegkundigen en de kwaliteit van leven van de patiënten.

Samenvatting

Hoofdstuk 1 biedt een overzicht van de literatuur op het gebied van communicatie tussen verpleegkundigen en kankerpatiënten. Kankerpatiënten blijken veel psychosociale problemen te ervaren in de periode direct na de diagnose. Het is met name in deze periode dat ze kans lopen affectieve stoornissen te krijgen. Communicatie van verpleegkundigen blijkt een belangrijke rol te spelen in het tegemoet komen aan de cognitieve en emotionele behoeften van kankerpatiënten.

In de literatuur wordt affectieve communicatie, zoals empathie, aanraken en ondersteunende vaardigheden beschouwd als essentieel voor de zorg van kankerpatiënten. Verder komt uit de literatuur naar voren dat de zorg voor patiënten in een oncologische setting complex is. Deze complexiteit is het gevolg van de emotionele lading die de ziekte met zich meebrengt. Voorbeelden hiervan zijn de levensbedreiging die van de ziekte uitgaat en de vergaande consequenties van de medische behandeling. Vaak zijn barrières in effectieve communicatie tussen kankerpatiënten en verpleegkundigen hiervan het gevolg. De communicatie wordt gekarakteriseerd door een overweldigende aandacht voor de medische aspecten en het achterwege blijven van emotionele zorg door verpleegkundige professionals. De kanttekening die gemaakt kan worden bij de tot nu toe verrichtte studies is dat zij veelal een exploratief karakter hebben. Het gebruik van kleine steekproeven en slecht gevalideerde meetinstrumenten geven aanleiding om te twifelen aan de kwaliteit van de meerderheid van deze studies.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van veertien studies waarin het effect van communicatietrainingen op het gedrag van verpleegkundigen onderzocht wordt. Verpleegkundigen hebben een aantal belangrijke communicatieve taken. Uiteraard is één van deze taken het informeren van de patiënt over zijn/haar ziekte en behandeling. Daarnaast is ook het creëren van een therapeutisch effectieve relatie belangrijk. Een dergelijke relatie kan tot stand komen door in te gaan op de zorgen en emoties van de patiënt, door empathisch te zijn en door het aanbieden van steun en comfort. In de veertien studies wordt niet alleen het effect van de communicatietraining op gedragsveranderingen bij verpleegkundigen bestudeerd, maar wordt eveneens gekeken naar effecten van andere variabelen op communicatief gedrag. Hierdoor kunnen exactere verklaringen gegeven worden voor de mate van effectiviteit van de training. Over het algemeen komen uit de studies weinig of geen effecten naar voren van communicatietraining op de communicatieve

training op patiënt gerelateerde uitkomsten zijn eveneens nauwelijks gevonden. Evenals bij het overzicht in hoofdstuk 1 het geval was, geldt bij de studies die in dit hoofdstuk zijn beschreven dat de meerderheid een zwak onderzoeksdesign had.

Hoofdstuk 3 wordt verslag gedaan van de verhouding tussen affectieve en instrumentele gedragingen van verpleegkundigen gedurende het opnamegesprek met recentelijk gediagnosticeerde kankerpatiënten is onderzocht. Hiertoe werd van 53 verpleegkundigen het opnamegesprek dat ze hadden met simulatiepatiënt op video vastgelegd. Deze video-opnames werden geanalyseerd aan de hand van het Roter Interactie Analyse Systeem (RIAS), dat een onderscheid maakt tussen instrumentele en affectieve communicatie. De resultaten van deze studie laten zien dat de verpleegkundigen voornamelijk op instrumentele wijze met de patiënten communiceerden. De verpleegkundigen maakten nauwelijks gebruik van structurerende communicatie en communicatie die de patiënt in de conversatie betrok. Verder bleek dat verpleegkundigen vooral gesloten vragen stelden, waardoor de patiënt beperkt werd in het uiten van gevoelens en emoties. Affectieve communicatie kwam op zich wel voor, maar was meer gerelateerd aan algemene communicatieve uitingen zoals instemmen en parafrasen dan aan specifieke affectieve uitingen, zoals empathie, bezorgdheid en geruststellen.

Wat betreft de non-verbale affectieve communicatie, bleek dat verpleegkundigen de patiënt gedurende het grootste deel van het gesprek aankeken. Dit kan verklaard worden door de setting waarin het gesprek plaatsvond: de verpleegkundige en de patiënt zaten tegenover elkaar aan een tafel. De verpleegkundige activiteiten gedurende de opname werden voornamelijk gekenmerkt door het uitwisselen van informatie met de patiënt. Hierbij hadden de verpleegkundigen veel oogcontact met de patiënt. Toewenden en affectief aanraken gebeurden echter nauwelijks. De verpleegkundigen vertoonden nauwelijks gedrag dat van belang is voor het creëren van een troostrijke relatie. Dit ondanks het feit dat de simulatiepatiënt geïnstrueerd was de rol van geëmotioneerde patiënt te spelen.

De resultaten van het onderzoek wijzen erop dat het gebruik van instrumentele en affectieve gedragingen door verpleegkundigen niet in evenwicht is. Medische informatie geven is weliswaar een belangrijke taak van verpleegkundigen gedurende het opnamegesprek, maar het geven van deze informatie overheerste alle andere gedragingen van de verpleegkundigen. Zij vroegen

nauwelijks aan de patiënt of deze de informatie begreep. Ook gingen zij nauwelijks in op de gevoelens van de patiënt. De verpleegkundigen bespraken nauwelijks de emotionele aspecten van de ziekte met de patiënt om zo een veilige troostrijke atmosfeer te creëren.

Hoofdstuk 4 beschrijft een experimentele studie waarin het effect van een communicatietraining op instrumenteel en affectief gedrag van verpleegkundigen geëvalueerd werd. De studie had een gerandomiseerd pre-test post-test design. Randomisatie vond plaats op afdelingsniveau. 25 verpleegkundigen volgden de training en 21 verpleegkundigen vormden de controlegroep. De verpleegkundigen van de controlegroep volgden de training na afloop van het onderzoek.

De nadruk van de training lag op het aanleren van vaardigheden om emoties van de patiënt te bespreken en met deze emoties om te kunnen gaan. De studie had een gerandomiseerd pre-test-post-test design. Alle verpleegkundigen voerden twee keer een opnamegesprek met een simulatiepatiënt: één voor en één na de training. Beide gesprekken werden vastgelegd op video. De videobanden werden geanalyseerd met het eerder genoemde RIAS. De effecten van de training op het communicatief gedrag van de verpleegkundigen werden geschat met behulp van multi-level analyse.

De resultaten lieten zien dat de getrainde verpleegkundigen significant meer open psychosociale vragen gingen stellen, hetgeen indiceert dat zij actief ingingen op de gevoelens van de patiënt. Daarnaast bleek dat de patiënten van de getrainde verpleegkundigen meer affectief gingen communiceren. De conclusie van deze studie is dat een communicatietraining een positief effect kan hebben op de communicatieve vaardigheden van verpleegkundigen, en zelfs effect kan hebben op communicatief gedrag van patiënten.

De in hoofdstuk 5 beschreven studie is vergelijkbaar met die in hoofdstuk 4 met dat verschil dat de opnamegesprekken met echte kankerpatiënten werden gevoerd. Gekeken werd of de communicatietraining effect had op instrumenteel en affectief gedrag van de verpleegkundigen tijdens het opnamegesprek met deze recentelijk gediagnosticeerde kankerpatiënten. Voor dit doeleinde werden van 28 verpleegkundigen in de experimentele groep en van 23 verpleegkundigen in de controlegroep in totaal 135 opnamegesprekken voorafgaand aan de training, en 130 opnamegesprekken na afloop van de training vastgelegd op video. De videobanden werden geanalyseerd met het RIAS. Evenals in de studie met de simulatiepatiënten werd gebruik gemaakt

van een gerandomiseerd pre-test-post-test design en werden de analyses uitgevoerd met behulp van multi-level analyse.

De belangrijkste veronderstelling bij deze studie was dat een training in communicatieve vaardigheden leidt tot verbeterd communicatief gedrag van de getrainde verpleegkundigen. Dit verbeterd communicatief gedrag heeft, naar verwachting, dan weer een positief effect op een aantal proximale en distale verpleegkundig en patiënt-gerelateerde uitkomstmaten. De proximale uitkomstmaten waarnaar in deze studie gekeken is, zijn de tevredenheid van verpleegkundigen en patiënten met de communicatie tijdens het opnamegesprek en tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Arbeidssatisfactie van verpleegkundigen en kwaliteit van leven van de patiënten zijn de distale uitkomstmaten die in dit onderzoek zijn bestudeerd.

De resultaten van deze studie lieten geen effecten zien van de training, noch op het communicatief gedrag van de verpleegkundigen, noch op de proximale en distale uitkomstmaten. De verpleegkundigen in de experimentele conditie, ofwel degenen die een training hadden gevolgd, vertoonden na het volgen van de training dezelfde mate van instrumentele communicatie als voor de training, waarin de nadruk sterk lag op het geven van medische informatie. Ook de affectieve communicatie van de experimentele groep verpleegkundigen was na de training niet veranderd. De verpleegkundigen toonden zowel voor als na de training meer algemene affectieve uitingen (zoals instemmen en parafraseren) dan specifieke affectieve uitingen (zoals empathie, bezorgdheid en geruststellen). De tevredenheid van de verpleegkundigen en patiënten met de communicatie was bij de voormeting al tamelijk hoog, en was niet meer toegenomen nadat zij getraind waren. De arbeidssatisfactie en gevoelens van burnout van de getrainde verpleegkundigen veranderden eveneens niet na de training. Wat betreft de kwaliteit van leven van de patiënten was er een significant positief effect van de training op het tijdstip van drie maanden na ontslag: het sociaal functioneren van de patiënten in de experimentele conditie was op het tijdstip van drie maanden na ontslag verbeterd.

Hoofdstuk 5 eindigt met een aantal reflecties op de bevindingen. De eerste hiervan heeft betrekking op de karakteristieken van het trainingsprogramma. Hoewel de getrainde verpleegkundigen zeer positief waren over de training en de training zeer leerzaam vonden, rapporteerde slechts 49% van hen zich ondersteund te voelen door hun leidinggevenden en collega's om de geleerde vaardigheden in de praktijk toe te passen. Verder gaf slechts de helft van de deelnemers aan dat zij de aangeleerde vaardigheden ook echt in praktijk

toepasten. Deze bevindingen indiceren dat in de training te weinig rekening wordt gehouden met dat deel van de context waarin de vaardigheden in praktijk gebracht moeten worden: de professionele werkomgeving.

De tweede reflectie heeft betrekking op de variatie aan communicatiestijlen van patiënten in de dagelijkse praktijk. Door de grote variatie hierin kunnen oncontroleerbare patiëntinvloeden ruis veroorzaken in het meten van trainingseffecten. Hoewel hiermee juist in experimentele trials rekening gehouden wordt, blijft het de vraag of voor een dergelijke mate van ruis te controleren is.

De derde reflectie heeft betrekking op het gebruikte observatie-instrument, het RIAS. Een belangrijk kenmerk daarvan is dat het onderscheid maakt tussen instrumentele en affectieve communicatie. Een tweede belangrijk kenmerk van het RIAS is dat het een op frequenties gebaseerd observatiesysteem is waardoor beperkt inzicht verkregen wordt in de context waarin communicatie plaatsvindt. Dientengevolge kunnen slechts beperkt conclusies worden getrokken over het interactieproces tussen verpleegkundige en patiënt. We weten niet of de psychosociale en affectieve communicatie van de getrainde verpleegkundigen (die niet significant toenamen) plaatsvonden in een context die meer toegesneden was aan de individuele behoeften van de patiënt.

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van een studie waarin de relatie tussen competence (vaardigheden) en performance (gedrag) van verpleegkundigen in de communicatie met kankerpatiënten werd onderzocht. In totaal hadden 50 verpleegkundigen van verschillende medische disciplines een interview met één simulatiepatiënt (n=50), en één of meer opnamegesprekken met echte patiënten (n=134). Alle gesprekken werden vastgelegd op video. De patiënten waren recentelijk gediagnosticeerd en werden opgenomen in het ziekenhuis voor medische behandeling. De op video vastgelegde opnamegesprekken werden geobserveerd met het RIAS. Om het verschil in het percentage communicatieve uitingen door verpleegkundigen in de gestandaardiseerde setting te vergelijken met dat in de echte setting zijn t-toetsen gebruikt. De correlaties tussen de communicatie van de verpleegkundigen in de echte en die in de gestandaardiseerde setting zijn berekend door het gebruik van een speciale vorm van lineaire regressie. De analyses werden uitgevoerd met behulp van het MLN software pakket.

Uit de resultaten blijkt dat met name de instrumentele communicatie van de verpleegkundigen in het psychosociale domein (zoals het stellen van vragen en het geven van informatie) significant vaker voorkwam tijdens de interactie met simulatiepatiënten dan tijdens de interactie met echte patiënten. Hetzelfde

gold voor affectief communicatief gedrag, zoals het tonen van bezorgdheid, het empathisch en geruststellend gedrag.

Significante correlaties hadden betrekking op het stellen van open vragen in het psychosociale en medische domein, het stellen van gesloten vragen over psychosociale aangelegenheden en leefstijl, het geven van medische informatie, het checken of de patiënt de informatie begreep, het tonen van instemming en het maken van grapjes. Bovendien was de non-verbale communicatie van de verpleegkundigen in beide settings significant met elkaar gecorreleerd.

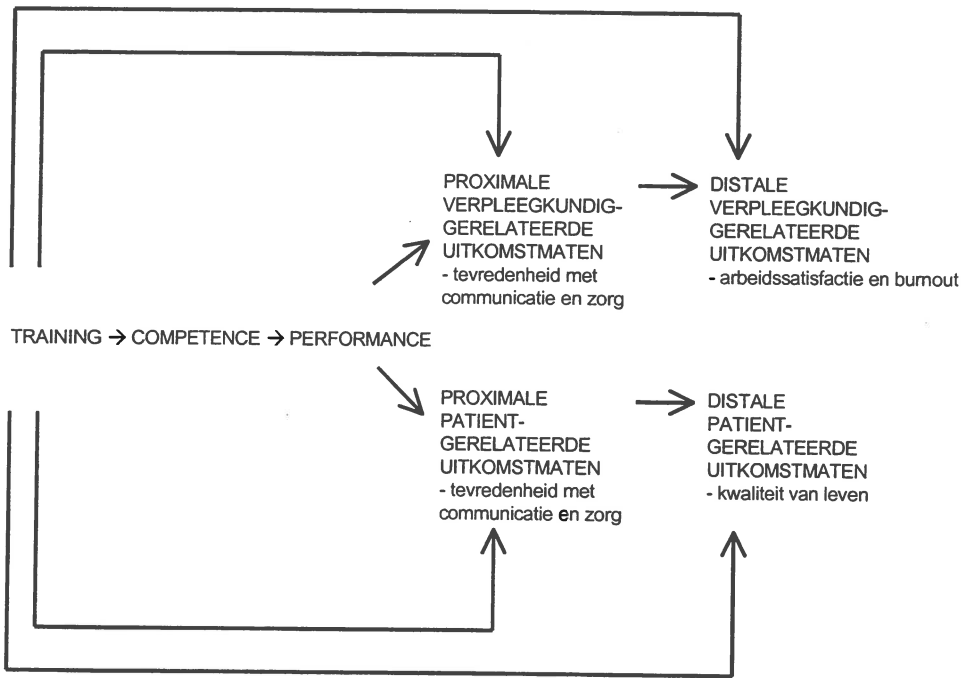
De conclusie van deze studie is dat de competence (hoe communiceren verpleegkundigen met simulatiepatiënten) van de verpleegkundigen wat betreft non-verbale communicatie en bepaalde vormen van instrumentele communicatie voorspellend is voor hun performance hierop in de dagelijkse praktijk. Dit geldt niet voor affectieve communicatie en andere vormen van instrumentele communicatie. Deze bevindingen impliceren dat het in kaart brengen van communicatie aan de hand van competence niet voldoende is. Meer onderzoek naar de relatie tussen competence en performance is nodig om beter inzicht te krijgen in de validiteit van bevindingen die gebaseerd zijn op de meting van competence.

Discussie

Om de onderzoeksvragen die aan het begin van dit hoofdstuk zijn geformuleerd te beantwoorden, is de literatuur omtrent communicatie binnen het verpleegkundig onderzoek van de afgelopen 20 jaar bestudeerd (Kruijver e.a. 2000a, Kruijver e.a. 2000b). Daarnaast is een empirische studie uitgevoerd. Het overzicht van de literatuur liet zien dat er weinig of geen effecten van communicatietrainingen werden aangetoond op communicatieve vaardigheden van verpleegkundigen en op gedragsverandering in praktijk. De meerderheid van deze studies had echter een zwak onderzoeksdesign. Dit was de aanleiding om een gerandomiseerde trial uit te voeren.

De nadruk van de discussie ligt op de resultaten van onze eigen empirische studie. Daarna volgen een aantal methodologische reflecties op de belangrijkste bevindingen. Dit gebeurt aan de hand van het onderzoeks-schema, zoals hieronder gepresenteerd. Vervolgens wordt een aantal reflecties op onze bevindingen gegeven vanuit het theoretisch perspectief. We

zullen dit hoofdstuk beëindigen met implicaties voor onderzoek in de toekomst en implicaties voor educatie en praktijk.



Een korte samenvatting van de bevindingen

Om effecten van communicatietraining te kunnen evalueren, hebben we gebruik gemaakt van twee verschillende uitkomstmaten: 'competence' (vaardigheden) en 'performance' (gedrag). De belangrijkste uitkomstmaat van communicatietrainingen is 'performance'. Competence wordt beschouwd als een belangrijke tussenschakel voor gedragsverandering in praktijk (Rethans e.a. 1991, Ram e.a. 1999, Kinnersly & Pill, 1993, Beullens e.a. 1997, Francke e.a. 1995, Foley e.a. 1997, Nicol & Freeth 1998, Barrows 1993, Colliver e.a. 1998, Miller e.a. 1998). De resultaten van onze studie in termen van competence lieten zien dat getrainde verpleegkundigen significant vaker open psychosociale vragen gingen stellen, hetgeen indiceert dat zij actief ingingen op en op zoek gingen naar de gevoelens van de patiënt. Ook de patiënten van de getrainde verpleegkundigen gingen meer affectief communiceren. Hoewel de effecten niet sterk waren, kunnen we concluderen dat een

communicatietraining gewenste effecten in communicatieve vaardigheden tweeweg kan brengen, niet alleen bij verpleegkundigen maar ook bij patiënten.

Om de effecten van communicatietraining op het communicatief gedrag in de dagelijkse praktijk, de performance, te evalueren is eenzelfde onderzoeksdesign gebruikt als voor de meting van de effecten op competence. Hierbij werd ook het effect van de communicatietraining op een aantal proximale en distale uitkomstmaten bestudeerd. De proximale uitkomstmaten hadden betrekking op de tevredenheid van verpleegkundigen en patiënten met de communicatie gedurende het opnamegesprek en gedurende het verblijf in het ziekenhuis. De distale uitkomstmaten verwijzen naar de arbeidssatisfactie van verpleegkundigen en de kwaliteit van leven van de patiënten.

De resultaten van deze studie laten nauwelijks effect van de training zien, noch op het communicatief gedrag van de verpleegkundigen, noch op de proximale en distale uitkomstmaten. Het enige significante effect betrof een verbetering in het sociaal functioneren van de patiënten van getrainde verpleegkundigen drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Het achterwege blijven van trainingseffecten is opmerkelijk omdat de deelnemers zeer positief waren over de training en de training erg leerzaam vonden. Zij waren tevreden over de kundigheid van de trainers. Ook beoordeelden de deelnemers de samenwerking met de trainers en de andere deelnemers positief. Van de getrainde verpleegkundigen rapporteerde 86% dat zij de intentie hadden om het geleerde toe te passen in praktijk en 93% van hen zou de training aan anderen aanbevelen.

Methodologische reflecties

Omdat de training weinig effect toonde op competence en geen effect op de performance, is besloten om de keten van effecten, zoals gedemonstreerd in het schema, niet nader te onderzoeken. Dit betekent dat de samenhang tussen de communicatieve vaardigheden en gedragingen van de getrainde en niet getrainde verpleegkundigen en de proximale en distale uitkomstmaten niet bestudeerd is. Feitelijk onderzochten wij het directe effect van de communicatietraining op de proximale en distale uitkomstmaten, eveneens aangegeven in het bovenstaande schema.

Hieronder bespreken we mogelijke verklaringen voor de geringe effecten die de communicatietraining in onze studie had op competence en voor de afwezigheid van trainingseffecten op performance, op de proximale en op de distale uitkomstmaten. We doen dit vanuit een methodologisch perspectief. De volgende mogelijke verklaringen worden besproken:

- oncontroleerbare patiëntinvloeden
- de power van het onderzoek
- standaardisatie van de test-situatie
- video observaties
- regressie naar het gemiddelde
- multi-causale effecten.

Oncontroleerbare patiëntinvloeden

De eerste verklaring betreft oncontroleerbare patiëntinvloeden die kunnen interfereren met het effect van de training. In tegenstelling tot veel verpleegkundige communicatiestudies voerden wij een gerandomiseerde trial uit. Over het algemeen wordt dit beschouwd als een sterk onderzoeksdesign, omdat de metingen verricht zijn onder gecontroleerde condities. Dientengevolge wordt de kans dat ruis interfereert met de resultaten geminimaliseerd. Desalniettemin kunnen patiënten variëren in hun communicatiestijl. Het kwam in onze studie bijvoorbeeld voor dat de ene patiënt zijn/haar stress reduceerde door veel medische vragen aan de verpleegkundige te stellen, terwijl de andere patiënt vooral emoties uitte om zijn/haar stress te verlichten. Met name in emotioneel geladen situaties is er een dynamische interactie tussen patiënten en verpleegkundigen. De individueel gebonden problematiek speelt in die context een vitale rol. De ene patiënt is de andere niet en de unieke omstandigheden van elke patiënt hebben onherroepelijk invloed op het verloop van de interactie met verpleegkundigen. In de dagelijkse praktijk vereisen specifieke omstandigheden derhalve specifieke communicatiestrategieën van verpleegkundigen. Het blijft de vraag of het, zelfs in experimentele trials, mogelijk is te controleren voor een dergelijke soort ruis.

Power

Patiëntinvloeden kunnen derhalve de resultaten beïnvloeden. Daarom is het noodzakelijk een steekproef van verpleegkundigen en patiënten in het onderzoek te betrekken die groot genoeg is om te corrigeren voor dit type bias. Een grote steekproef is noodzakelijk om voldoende power te hebben voor het vaststellen van verschuivingen in communicatief gedrag na een communicatietraining. Hoewel onze steekproefomvang, zeker vergeleken met ander onderzoek op dit terrein, groot was blijft het de vraag of voldoende verpleegkundigen en patiënten participeerden om significante effecten te kunnen vaststellen. Dit geldt met name voor de dagelijkse praktijk waarin de variatie aan communicatiestijlen tussen patiënten veel groter is dan in de gestandaardiseerde setting waarin met simulatiepatiënten gewerkt wordt. Dit

idee wordt bevestigd door de resultaten van eerder onderzoek (Kruijver e.a. 2000b) en die van onze studie zoals beschreven in hoofdstuk 4: in de gestandaardiseerde setting worden, hoewel in beperkte mate, meer trainingseffecten gevonden op communicatie van de verpleegkundigen (en van patiënten) dan in de dagelijkse praktijk.

Standaardisatie van de test-situatie

Het voordeel van het werken met simulatiepatiënten is dat de variatie in communicatiestijlen wordt gereduceerd. De simulatiepatiënten spelen hun rol immers volgens een gestandaardiseerd script (Barrows 1993). Uit onze studie bleek dat meer trainingseffecten werden gevonden op 'competence' dan op 'performance' van verpleegkundigen. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat de context van beide test-situaties verschillend is. Tijdens de interacties met de simulatiepatiënten waren de condities voor het gesprek ideaal; er was geen sprake van verstoring door seinen, en de verpleegkundigen hoefden geen rekening te houden met de werkdruk op de afdeling. De vaardigheden die de verpleegkundigen leerden in een relatief veilige en voorspelbare situatie, namelijk gedurende de trainingssessies, werden vervolgens getest in omstandigheden die eveneens gecontroleerd en voorspelbaar waren. De interacties met de echte patiënten daarentegen vonden plaats in omstandigheden die veel minder ideaal waren, hetgeen een hoger communicatief vaardigheidsniveau van de verpleegkundigen vereist.

Video-observaties

De bevindingen van onze studie hebben betrekking op het observeren van interacties tussen verpleegkundigen en kankerpatiënten die op video vastgelegd waren. Dit maakte het mogelijk om communicatief gedrag op een directe wijze in kaart te brengen. Het nadeel van het vastleggen van interacties tussen verpleegkundigen en patiënten op video is dat 'performance-bias' kan optreden. Dit houdt in dat verpleegkundigen en patiënten zich anders kunnen gaan gedragen dan ze normaal doen omdat ze zich bewust zijn van het feit dat ze gefilmd worden. Wij verwachten echter dat deze bias in onze studie beperkt was. Zowel de verpleegkundigen als de patiënten rapporteerden achteraf dat zij gedurende het opnamegesprek vergaten dat zij gefilmd werden. Deze bevindingen komen overeen met bevindingen van andere onderzoeken in een vergelijkbare situatie (Bottorff & Morse 1994, Caris-Verhallen 1999).

Regressie naar het gemiddelde

De afwezigheid van trainingseffecten op tevredenheid van verpleegkundigen en patiënten over de communicatie zou ook het gevolg kunnen zijn van een

zogenoeten 'plafondeffect'. Al tijdens de voormeting bleken zowel verpleegkundigen en patiënten in het algemeen erg tevreden te zijn over de manier van communiceren. Dit betekende dat er een geringe spreiding was in de satisfactiescores. Bovendien konden deze scores na de training nog maar nauwelijks omhoog gaan. Dergelijke plafondeffecten zien we ook voor arbeids-satisfactie en gevoelens van persoonlijke bekwaamheid van de verpleegkundigen.

Multicausale effecten

De training had eveneens geen effect op de 'emotionele uitputting' van de verpleegkundigen. Hier gaat echter het idee van een plafondeffect, in dit geval een 'bodemeffect', niet op omdat de scores van de deelnemers op emotionele uitputting niet opmerkelijk hoog waren. Echter, de deelnemers scoorden wel hoger op deze burnout schaal dan verpleegkundigen standaard doen (Schaufeli en Van Dierendonck, 2000). Een verklaring hiervoor kan zijn dat de verpleegkundigen in onze studie de zorg hadden voor kankerpatiënten. Deze zorg is complex vanwege de emotionele lading die ermee gepaard gaat. Daarom verwachtten wij dat de verpleegkundigen in de experimentele conditie na de training een significant lagere score op 'emotionele uitputting' zouden laten zien. Dit bleek niet het geval te zijn. Bekend is dat verschillende factoren, met name individuele karakteristieken zoals voorkeur voor autonomie en tijdsdruk, in verband staan met burnout (Jansen 1996). Deze worden door een communicatietraining niet beïnvloed.

Hoewel een communicatietraining theoretisch effecten zichtbaar zou kunnen maken op distale patiënt-gerelateerde uitkomstmaten (La Monica e.a. 1987), bleek dit in ons onderzoek niet het geval te zijn. De vermindering van de kwaliteit van leven van de patiënten op het moment van ontslag uit het ziekenhuis (T2 in onze studie) lijkt het gevolg te zijn van de medische behandeling die zij ondergingen en van het feit dat zij door de opname geen deel meer konden uitmaken van het dagelijks leven. Drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis (T3 in onze studie) hadden de patiënten min of meer hetzelfde niveau van kwaliteit van leven bereikt als vlak na het opnamegesprek met de verpleegkundige (T1). Deze bevindingen tonen aan dat kwaliteit van leven van kankerpatiënten zondermeer beïnvloed wordt door meer factoren dan alleen een communicatietraining. In de eerste plaats is hun toekomstperspectief verstoord en is er vaak sprake van uitzicht op verminderde levensduur. Ook hebben de patiënten last van de directe gevolgen van de ziekte. Ze moeten een medische behandeling ondergaan die bovendien verregaande consequenties kan hebben, zoals lichamelijke

verminking. Bovendien ervaren ze onzekerheid over het verloop van de ziekte. Verder zijn er lichamelijke klachten, is er een grotere kans op vermoeidheid (Smets e.a. 1998) en op beperkingen in het dagelijks functioneren (Andersen 1994, Hanson e.a. 1994, Spiegel 1996). Dit betekent dat de confrontatie met een levensbedreigende ziekte zoals kanker veel van het aanpassingsvermogen van de patiënt en diens omgeving vergt. Angst en depressie zijn dan ook de meest voorkomende psychosociale problemen bij kankerpatiënten (Massie e.a. 1989, Berglund e.a. 1991, Heim e.a. 1997).

Conclusie

De conclusie is dat de invloed die een communicatietraining op het communicatief gedrag van verpleegkundigen kan hebben, wordt beïnvloed door veel factoren. Dit heeft er mogelijk toe geleid dat in deze studie nauwelijks effecten zijn gevonden van een training op communicatief gedrag en andere uitkomstmaten. De training bleek alleen in een gestandaardiseerde setting effect te hebben op communicatieve vaardigheden van verpleegkundigen (competence), niet alleen bij verpleegkundigen maar ook bij patiënten. In een gecontroleerde test-situatie was het voor getrainde verpleegkundigen gemakkelijker hun verworven communicatievaardigheden toe te passen. De bevindingen tonen aan dat, vanuit methodologisch perceptief gezien, in een gecontroleerde test-situatie factoren die ruis veroorzaken in het meten van trainingseffecten minder aanwezig zijn.

Theoretische reflecties

Vanuit theoretisch perspectief valt ook een aantal kanttekeningen bij de conclusies van het onderzoek te plaatsen. De volgende punten zullen hieronder besproken worden:

- karakteristieken van het observatie systeem: RIAS
- karakteristieken van de communicatietraining
- de relatie tussen competence en performance

De karakteristieken van het observatie instrument: RIAS

De meeste verpleegkundige observatiestudies onderzoeken uitsluitend het communicatief gedrag van zorgverleners. In onze studie maakten wij gebruik van het Roter Interactie Analyse Systeem (RIAS). Het RIAS brengt naast het communicatief gedrag van de zorgverlener ook het communicatief gedrag van de patiënt in kaart (Roter 1989). Het RIAS is oorspronkelijk ontwikkeld om de communicatie tussen artsen en patiënten in beeld te brengen, maar is ook betrouwbaar gebleken bij het observeren van communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten (De Gruyter & Schirm 1995, Caris-Verhallen

1999). Bovendien blijken de psychometrische kwaliteiten van het RIAS in een oncologie-setting bevredigend (Ong e.a. 1998). Naast de psychometrische kwaliteiten is het relevant om de bruikbaarheid van het RIAS te evalueren in relatie tot de vraagstelling van ons onderzoek. Voor dat doel is het van zinnig te kijken naar de inhoud van het RIAS in relatie tot het opnamegesprek.

Een eerste karakteristiek van het RIAS is dat het onderscheid maakt tussen instrumentele (taak-gerelateerde) verbale communicatie en affectieve (sociaal-emotionele) verbale communicatie. Instrumentele gedragingen zijn van belang bij het geven van informatie aan de patiënt over de ziekte en behandeling en bij het bieden van medische en praktische zorg. Affectieve communicatie is van belang om een adequate therapeutische relatie met de patiënt aan te gaan, waarin de patiënt zich begrepen voelt (Bensing 1991, Hall e.a. 1987). De oorsprong van het RIAS ligt in de 'cure-georiënteerde' traditie. Hierin wordt informatie-uitwisseling tussen dokters en patiënten beschouwd als een essentieel medium voor oplossing van het probleem en de affectieve categorieën zijn geconceptualiseerd binnen het probleemoplossend proces (Bensing 1991, Ong 2000). Passen we dit toe op verpleegkundigen en patiënten in onze setting, dan valt op dat het geven van informatie en het stellen van vragen in het kader van de intake-procedure inderdaad een belangrijk onderdeel vormt van de professionele taak van verpleegkundigen. Dit geldt tijdens de hele opnameprocedure. Deze procedure kan bij de patiënt emotioneel leed veroorzaken. De opname volgt immers op de recente diagnose een levensbedreigende ziekte te hebben waarvoor opname in het ziekenhuis voor behandeling nodig is. In dit soort situaties is het van belang dat de verpleegkundige in staat is om een vertrouwelijke, veilige sfeer te creëren waarin de patiënt zich begrepen en gerespecteerd voelt. Een goed therapeutisch klimaat maakt het voor de patiënt gemakkelijker om emoties te uiten, hetgeen kan leiden tot opluchting. Dit kan er weer toe leiden dat de patiënt zich beter kan concentreren op de informatie die door de verpleegkundige wordt gegeven. Met name in dergelijke omstandigheden is het van belang dat de verpleegkundige in staat is om de informatie aan te passen aan de emotionele conditie van de patiënt (Krishnasamy 1996b, Wouda & Van de Wiel 1996). Daarom is tijdens het opnamegesprek zowel affectieve als instrumentele communicatie van belang. Het RIAS is derhalve geschikt omdat het affectieve en instrumentele communicatie kan meten, alsmede de balans daartussen. De verhouding tussen instrumentele en affectieve communicatie in onze studie komt overeen met bevindingen van andere studies waarin met behulp van het RIAS geobserveerd werd (Van Dulmen 1998, Van den Brink-Muinen 1996). Deze laten zien dat instrumentele

communicatie overheerst. De communicatietraining bracht hierin geen veranderingen teweeg.

Een tweede kenmerk van het RIAS is dat het een op frequenties gebaseerd observatiesysteem is, dat geen onderscheid maakt tussen goede en slechte communicatie. Hoewel de frequentie waarin (bijvoorbeeld) een affectieve uiting zich voordoet een indicatie is voor de mate waarin een zorgverlener zich betrokken voelt bij de gevoelens van de patiënt, is inzicht in de context waarin de communicatie plaatsvindt gelimiteerd. Als gevolg daarvan kunnen slechts beperkte conclusies worden getrokken over het interactieproces tussen verpleegkundigen en patiënt. Dit interactieproces is van belang omdat het inzicht verschaft in de context waarbinnen de communicatie plaatsvindt. Enerzijds wordt de context bepaald door specifieke karakteristieken van patiënten zoals hun persoonlijkheid, hun aandeel in het gesprek, en hun behoeften en verwachtingen (Bensing 1991, Bensing 1992). Anderzijds wordt de communicatie beïnvloed door organisatorische en structurele kenmerken van de professionele werkomgeving van de zorgverlener. Voorbeelden van dergelijke kenmerken zijn werkervaring, de relatie met collega's en supervisors en de werkdruk (Francke e.a. 1995, Ram e.a. 2000). Bovendien is de aard van de communicatie gerelateerd aan de specifieke doelen die ermee bereikt moeten worden. Voorbeelden van dergelijke doelen zijn: het creëren van een goede relatie, de uitwisseling van informatie en de medische besluitvorming (Ong 2000). De doelen die tijdens de interactie bereikt moeten worden, verschillen per gesprek en zijn afhankelijk van de patiënt, diens gezondheidsprobleem en de context waarbinnen het gesprek plaatsvindt. De verwachting in onze studie was dat de verpleegkundigen na de training een deel van de instrumentele medische communicatie zouden vervangen door instrumentele psychosociale communicatie en affectieve communicatie. Dit bleek niet het geval te zijn. Het RIAS neemt echter de context waarin communicatie plaatsvindt niet in beschouwing. We weten echter niet of de psychosociale en affectieve communicatie van de getrainde verpleegkundigen (dat niet significant toenam), plaatsvond in een context die meer toegesneden was op de behoeften van de patiënt.

Hetzelfde geldt voor de wijze waarop wij non-verbale communicatie in kaart brachten. We besloten om non-verbale communicatie te meten, omdat non-verbale communicatie van belang wordt beschouwd in het creëren van een goede relatie met de patiënt (Heintzman e.a. 1993, Caris-Verhallen 1999), en dus meer inzicht verschaft in de psychotherapeutische aard van de interacties waarin de informatie uitwisseling plaatsvindt. De meting van non-verbale

communicatie van de verpleegkundigen was in ons onderzoek ook gebaseerd op de frequentie waarmee deze communicatie voorkwam. Hierdoor is niet duidelijk op welke specifieke uitingen van de patiënt de non-verbale communicatie van de verpleegkundige volgde.

Observatiesystemen die gebaseerd zijn op frequenties hebben derhalve beperkingen. Het is echter van belang op te merken dat observatiesystemen die wel onderscheid maken tussen goede en slechte communicatie ook weinig verschuivingen in communicatief gedrag van dokters en verpleegkundigen laten zien na een communicatietraining (Kruijver e.a. 2000b, Hulsman 1998). De observatiesystemen die tot nu toe in verpleegkundig en medisch communicatie-onderzoek zijn gebruikt, lijken op heldere wijze communicatiestijlen in beeld te kunnen brengen. Dit ongeacht het feit of ze wel of niet op frequenties gebaseerd zijn. De vraag is echter of de systemen sensitief genoeg zijn om de behoeften van de patiënt en de doel-gerelateerde interactie tussen zorgverlener en patiënt in kaart te brengen. Daarnaast is het de vraag of deze instrumenten verschuivingen in communicatiepatronen als gevolg van een communicatietraining adequaat kunnen meten.

De karakteristieken van de communicatietraining

Uitgangspunt van de communicatietraining in dit onderzoek was om op een efficiënte wijze bepaalde doelen te bereiken, zoals het geven en krijgen van informatie, emotionele ondersteuning etc. Hiertoe werden de verpleegkundigen getraind in algemene en specifieke communicatievaardigheden. Ook kregen ze training in de manier waarop zij de geleerde vaardigheden konden integreren in de verpleegkundige en praktische zorgverlening aan de patiënt (Wouda & Van de Wiel 1996). De training bleek, zoals eerder gezegd, weinig effecten te hebben.

De meest simpele verklaring voor het ontbreken van effecten is dat de training niet adequaat was. Gezien de positieve evaluaties van de verpleegkundigen over de training lijkt dit echter onwaarschijnlijk. De training zou ook niet adequaat kunnen zijn omdat de training niet voldoende krachtig is om de beoogde verschuivingen zichtbaar te maken. Echter, er deden zich verschuivingen voor op het niveau van de competence. Dit betekent dat de training op zich krachtig genoeg is om verschuivingen teweeg te brengen. De inhoud van de training lijkt derhalve van voldoende kwaliteit. Desalniettemin kan bij de inhoud van de training toch een kanttekening gemaakt worden. De educatiemethode van het trainingsprogramma in onze studie bestond uit een combinatie van theoretisch onderricht en oefeningen aan de hand van rollenspel met feedback. Met name het rollenspel heeft als voordeel dat de participanten niet alleen inzicht verwerven in relevante vaardigheden ('weten'),

maar eveneens inzicht krijgen in hoe ze deze vaardigheden moeten toepassen ('weten hoe', en 'demonstreren hoe'). Dit wordt gezien als een belangrijke tussenschakel voor performance in de dagelijkse praktijk. De training in onze studie was echter, evenals in vele andere studies, hetzelfde voor alle deelnemers terwijl zij onderling kunnen verschillen in hun educatiebehoeften (Kruijver e.a. 2000b). In dat geval zal de ene deelnemer meer leren en meer voordeel halen uit de training dan de andere deelnemer. Dit zou de beoogde effecten van een communicatietraining kunnen beperken.

Van groter belang is de context waarin en de condities waaronder de training plaatsvond. Onze studie toonde dat de meerderheid van de deelnemers (86%) de intentie had het geleerde in de praktijk uit te gaan voeren. Echter, slechts 49% van hen voelde zich gestimuleerd door hun leidinggevenden en collega's om de verworven vaardigheden in de praktijk toe te passen. Verder zagen we dat slechts 50% van de deelnemers rapporteerde dat zij de aangeleerde vaardigheden ook daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk hanteerden. De weinige studies die de invloed van de professionele werkomgeving op communicatief gedrag onderzochten (Pool 1983, Booth e.a. 1996), toonden aan dat verpleegkundigen in een negatieve werkomgeving, hetgeen een gebrek van steun door de leidinggevende inhoudt, werden gehinderd in het in praktijk brengen van de verworven vaardigheden. Een positieve werkomgeving daarentegen leidde tot een verbetering van de communicatieve performance van verpleegkundigen. Derhalve is het niet verrassend dat de resultaten in onze studie beperkt waren, vooral in termen van performance. Deze bevindingen tonen aan dat de communicatietraining minder toereikend was wat betreft het rekening houden met context gerelateerde factoren, hetgeen bevestigd wordt in onze studie, zoals beschreven in hoofdstuk 6. Dit brengt ons naar de volgende reflectie die wij willen maken, namelijk de relatie tussen competence en performance.

De relatie tussen competence en performance

In het verpleegkundig en medisch onderzoek op het gebied van communicatie wordt vaak onderscheid gemaakt tussen de uitkomstmaten 'competence' (gemeten met simulatiepatiënten) en 'performance' (gemeten met echte patiënten) (Holzemer e.a. 1986, Rethans e.a. 1991, Francke e.a. 1995, Pieters e.a. 1994, Ram e.a. 1999, Kinnersly & Pill 1993, Yelland 1998, Colliver e.a. 1999, Beullens e.a. 1996, Foley e.a. 1997, Van der Vleuten e.a. 1990). Competence heeft betrekking op de mate waarin een zorgverlener in staat is om een bepaalde vaardigheid te demonstreren; performance heeft betrekking op hoe een zorgverlener een bepaalde vaardigheid demonstreert in de

dagelijkse praktijk. Competence omvat kennis, vaardigheden en attitudes (Pieters e.a. 1994, Rethans e.a. 1991, Ram e.a. 1999, Francke e.a. 1995), en heeft een belangrijke mediërende rol voor het demonstreren van de vaardigheden in de dagelijkse praktijk. De genoemde studies laten zien dat competence veel gebruikt wordt voor onderwijsdoeleinden.

Gezien de populariteit van het werken met simulatiepatiënten is het opmerkelijk dat weinig studies gepubliceerd zijn waarin de relatie tussen competence en performance is onderzocht (Pieters e.a. 1994, Ram e.a. 1999). Inzicht in de relatie tussen de twee benaderingen verhoogt het inzicht in de mate waarin competence een voorspeller is voor performance. Omdat wij in onze studie beide benaderingen hanteerden, hadden we in tegenstelling tot veel andere studies de mogelijkheid om de relatie tussen competence en performance te onderzoeken. De resultaten toonden aan dat met name instrumentele communicatie over medische zaken en non-verbale communicatie van de verpleegkundigen in de gestandaardiseerde setting representatief waren voor de communicatie in de dagelijkse praktijk. Daarentegen deed instrumentele communicatie in het psychosociale domein zich meer voor tijdens de opnamegesprekken met simulatiepatiënten. Hetzelfde betrof het gebruik van belangrijke affectieve gedragingen, zoals het tonen van bezorgdheid, empathie en geruststellen. Voor het ontbreken van samenhang tussen performance en competence zijn enkele verklaringen te geven. De complexiteit van effectieve communicatie met kankerpatiënten tijdens een opnamegesprek is evident. De verpleegkundige moet niet alleen informatie geven aan de patiënt over de medische behandeling en het verblijf in het ziekenhuis; ook moet de verpleegkundige informatie van de patiënt krijgen over leefgewoonten en over psychosociale aangelegenheden. Daarnaast moet de verpleegkundige een therapeutische relatie met de patiënt aangaan. Wanneer emoties bij de patiënt overheersen, is het van belang dat de verpleegkundige een vertrouwelijke en veilige sfeer creëert waarin de patiënt zich gerespecteerd voelt en vrij is om emoties te uiten. Echter, in de dagelijkse praktijk waar de werkdruk hoog is, is het vaak moeilijk om te voldoen aan al deze verschillende communicatieve doelstellingen. Sterker nog, in een situatie waarin de werkdruk hoog is, kunnen deze communicatieve doelen strijdig met elkaar zijn.

Uit hoofdstuk 6 blijkt dat tijdens de opnamegesprekken de medische agenda van de verpleegkundige overheerst. Het gesprek wordt meestal gekarakteriseerd door het geven van medische informatie en informatie over het verblijf in het ziekenhuis. Duidelijk is dat verpleegkundigen ervaren en geroutineerd zijn in deze vaardigheden. Daardoor is het relatief 'veilig' voor

hen om instrumenteel te communiceren, vooral in minder ideale omstandigheden. Dit zou de aanwezigheid van significante correlaties tussen competence en performance in het instrumentele domein en de afwezigheid daarvan in het affectieve domein kunnen verklaren.

Context-gerelateerde factoren zoals hoge werkdruk en beperkte ondersteuning van leidinggevers kunnen ook een verklaring zijn voor het feit dat de verpleegkundigen na de training beter met de patiënten communiceerden in de gestandaardiseerde test-situatie dan in de actuele situatie.

Hoewel competence wordt gezien als een belangrijke schakel voor gedragsverandering in de praktijk, leidde toename van competence in onze studie lang niet altijd tot veranderingen in de performance. De resultaten suggereren dat met name de performance van affectieve communicatie gehinderd of gestimuleerd kan worden door context-gerelateerde factoren. Deze bevindingen impliceren ook dat bij het evalueren van een communicatietraining het niet voldoende is om uitsluitend competence als uitkomstmaat te kiezen. Om meer inzicht te krijgen in validiteit van bevindingen die gebaseerd zijn op competence, moet meer onderzoek naar de relatie tussen competence en performance verricht worden.

Implicaties voor verder onderzoek

In de meeste observatiestudies in verpleegkundig onderzoek wordt alleen gekeken naar het communicatief gedrag van de zorgverlener. Als gevolg daarvan is het inzicht in de context waarbinnen communicatie tussen patiënten en verpleegkundigen plaatsvindt beperkt. Dit beperkte inzicht zou ook weer een verklaring kunnen zijn voor de matige resultaten die in verpleegkundig onderzoek worden gevonden wat betreft het effect van communicatietraining op communicatief gedrag van verpleegkundigen. Een andere verklaring voor de matige effecten van trainingen heeft betrekking op de afstemming tussen trainingsmethodes en evaluatiemethodes. In ons eigen empirisch onderzoek evalueerden wij de communicatietraining aan de hand van het RIAS, dat onderscheid maakt tussen instrumentele en affectieve communicatie. Gedurende de trainingssessies werden de deelnemers echter niet alleen getraind in affectief en instrumenteel gedrag. Zij werden ook getraind in specifieke communicatiestrategieën voor het bereiken van gemeenschappelijke doelen met de patiënt, afgestemd op diens individuele behoeften. Met het RIAS werd slechts beperkt inzicht verkregen in de vraag of de specifieke doelen van de training bereikt waren.

In toekomstig onderzoek zal meer aandacht besteed moeten worden aan het ontwikkelen van methodes, die een verdergaand inzicht geven in situaties waarin specifieke communicatiestrategieën van verpleegkundigen succesvol kunnen zijn. Dit zou bereikt kunnen worden door het RIAS te versterken met additionele kwalitatieve observatiesystemen die afgestemd zijn op verschillende communicatie- trainingen en die voldoende sensitief zijn om de context te meten waarin de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten plaatsvindt. Met zulke kwalitatieve observatie-instrumenten kan op gedetailleerder niveau inzicht verkregen worden in de sequentie van communicatieve uitingen van verpleegkundige en patiënt. Bovendien wordt daarmee het inzicht vergroot in de context van de specifieke doelen en de individuele behoeften van de patiënt waarbinnen deze uitingen voorkomen. Ook zou meer inzicht verkregen kunnen worden in de mate waarin specifieke doelen van de betreffende communicatietraining bereikt worden.

Implicaties voor educatie en praktijk

Tot op heden richten communicatietrainingen zich vooral op algemene communicatieve vaardigheden (Kruijver e.a. 2000b, Hulsman 1998). Het verdient aanbeveling om in de communicatietrainingen meer aandacht te besteden aan de context waarbinnen de communicatie plaatsvindt. Het uiteindelijke doel van een communicatietraining is immers dat de verworven vaardigheden toegepast worden in praktijk. De stap van 'weten' naar 'weten hoe' en 'demonstreren' vereist inzicht in context-gerelateerde factoren. Met dit inzicht weten de getrainde verpleegkundigen beter in welke situaties algemene vaardigheden en in welke situaties specifieke vaardigheden toegepast moeten worden (Ram e.a. 2000, Francke e.a. 1995). Daarom moeten educatieprogramma's afgestemd worden op de specifieke behoeften van de patiënt, op de specifieke doeleinden die met de communicatie bereikt moeten worden, en op de organisatorische en structurele kenmerken van de professionele werkomgeving. De weinige verpleegkundige studies die de invloed van de professionele werkomgeving bestuderen tonen aan dat deze een ondersteunend of juist remmend effect kan hebben op het toepassen van de verworven vaardigheden door verpleegkundigen in de praktijk (Pool 1983, Booth e.a. 1996). Bovendien liet onze studie zien dat slechts de helft van de deelnemers zich gestimuleerd voelde door hun leidinggevende en collega's om de geleerde vaardigheden in praktijk toe te passen. Slechts de helft van de getrainde verpleegkundigen gaf aan de geleerde vaardigheden ook daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk uit te voeren. Deze bevindingen laten zien dat context-gerelateerde factoren zoals werkomgeving een grotere

invloed hebben op de kwaliteit van communicatie dan tot nu toe verondersteld werd.

Ook moeten communicatietrainingen meer rekening houden met de individuele educatiebehoeften van de deelnemers. Dit zou bereikt kunnen worden door tijdens de trainingssessies video-opnames te bekijken, die gemaakt zijn van elke deelnemer tijdens interacties met patiënten in de dagelijkse praktijk. Het voordeel hiervan is dat de deelnemers direct feedback krijgen van de trainer en van collega's op hun communicatieve performance in de dagelijkse praktijk. Daarnaast biedt het meer inzicht in de communicatiestijl van elke afzonderlijke deelnemer en is de feedback beter afgestemd op de individuele educatiebehoefte van de participant (Van Dulmen & Holl 2000, Van Dulmen & Van Weert (in press). Hoewel video-opnames steeds meer gebruikt worden om communicatieve vaardigheden na een training in kaart te brengen, is het bespreken van video-opnames tijdens trainingssessies minder gebruikelijk (Kruijver e.a. 2000b).

Uit ons literatuuroverzicht komt naar voren dat de communicatie tussen verpleegkundigen en kankerpatiënten nog steeds problematisch is en gekenmerkt wordt door overheersende aandacht voor de medische aspecten van de ziekte. Ons eigen onderzoek en de literatuur (Kruijver e.a. 2000b) tonen aan dat positieve veranderingen in kennis en vaardigheden na een communicatietraining niet automatisch tot gedragsverandering leiden, hetgeen toch het uiteindelijke doel van een communicatietraining is. Effectieve communicatie van verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk vereist regelmatige oefening en feedback van trainers. Het is dan ook van belang dat zij regelmatig (bij)geschoold worden. Bovendien moeten de organisaties waarin zij werken mogelijkheden voor hen creëren om hun vaardigheden regelmatig te trainen.

Daarnaast zou, om de emotionele ondersteuning aan patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis te verhogen, ook systematisch meer aandacht moeten worden besteed aan het bespreken van psychosociale onderwerpen met kankerpatiënten en de problemen die zich daarbij voordoen. Dit zou bereikt kunnen worden door naast het opnamegesprek meer structurele gesprekken tussen de (eerst verantwoordelijke) verpleegkundige en de patiënt te organiseren, waarin tegemoet kan worden gekomen aan specifieke behoeften van de patiënt.

Onze bevindingen en de daarbij behorende implicaties tonen aan dat er nog veel te doen is in toekomstig onderzoek met betrekking tot het onderricht in en

de evaluatie van communicatie in de gezondheidszorg. Het is van belang dat educatieprogramma's worden ontwikkeld die zorgverleners beter voorbereiden op het toepassen van de verworven communicatieve vaardigheden binnen het sociale systeem van hun werkomgeving. Daarnaast moeten observatiemethodes worden ontwikkeld die beter afgestemd zijn op de behoeften van de patiënt en de specifieke doelstellingen die met de communicatie bereikt moeten worden. Ook dienen organisatorische en structurele kenmerken van de werkomgeving waarbinnen de interacties tussen zorgverleners en patiënten plaatsvinden, in toekomstig onderzoek beter bestudeerd te worden.

We beëindigen dit onderzoek met een laatste aanbeveling. Een belangrijke taak van de verpleegkundige is de integratie van affectieve communicatie in de zorg voor de kankerpatiënt. Integratie van deze vorm van communicatie in de zorg blijkt echter moeilijk. Om dit te vergemakkelijken zou een verpleegkundig protocol ontwikkeld moeten worden, waarin niet alleen het belang van de balans tussen instrumentele en affectieve communicatie benadrukt wordt om een goede therapeutische relatie met de patiënt en zijn/haar familie aan te gaan, maar waarin ook benadrukt wordt dat rekening moet worden gehouden met de professionele werkomgeving waarbinnen communicatie plaatsvindt.

Literatuur

Andersen B.L. (1994). Surviving cancer. *Cancer* 79: 1484-95

Barrows H.S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine* 68(6) 443-453

Bensing J.M.(1991). Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice. Dissertation, NIVEL, Utrecht

Bensing J.M. (1992). Instrumental and affective aspects of physician behaviour. *Medical Care* ; 30: 283-297

Berglund G, Bolund C, Fornander T, Rutqvist LE, Sjoden PO. (1991). Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *European Journal of Cancer*; 27: 1075-81

Beullens J., Rethans JJ., Goedhuys J., buntinx F. (1997). The use of standardized patients in research in general practice. *Family Practice* 14 (1), 58-62

Booth.K., Maguire P.M., Butterworth T., Hillier V.F (1996). Perceived professional support and the use of blocking behaviours by hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing* 24, 522-527

Brink-Muinen.A., van den. (1996). Gender, health and health care in general practice. Dissertation, University of Utrecht

Bottorff J.L., Morse J.M. (1994). Identifying types of attending: patterns of Nurses' works. *Journal of Nursing Scholarly*; 26: 53-60

Caris-Verhallen W.M.C.M. (1999). Nurse-patient communication in the elderly care. An observational study into verbal and nonverbal communication in nursing practice. Dissertation, Utrecht

Cohen G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine*; 42:1085-1093

Colliver J.A., Willis M.S., Robbs R.S., Cohen D.S., Swartz M.H. (1998). Assessment of empathy in standardized-patient examination . *Teaching and Learning Medicine* 10 (1), 8-11

Colliver J.A., Swartz M.H., Robbs R.S., Cohen D. (1999). Relationship between clinical competence and interpersonal and communication skills in standardized-patient assessment. *Academic Medicine* 74(3), 271-274

Dulmen van A.M. (1998). Childrens contributions to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics* 103, 563-568

- Dulmen A.M. van, Holl R.A. (2000). Effects of continuing pediatric education on interpersonal communication skills.. *European Journal of Pediatrics* 159, 489-495
- Dulmen van A.M.; Weert van J.C.M. (2000). Effects of gynaecological on interpersonal communication skills *Education British Journal of Obstetrics Gynaecology* (in press)
- Ersscher S., Tutton E. *Primary Nursing in Perspective*. Scutari Press 1991
- Foley M.E., Nespoli G., conde E. (1997). Using standardized patients and standardized physicians to improve patient-care quality: results of a pilot study (1997) *The Journal of Continuing Education in Nursing* 28(5), 198-204
- Francke A.L., Garszen B., Huijer Abu-Saad H. (1995). Determinants of changes in nurses' behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 21, 371-377
- Frederikson L.G. (1995). Exploring information exchange in consultations: patients' view of performance and outcomes. *Patient Education Counselling* ; 25: 237-246
- Grujter I. de, Schirm M. (1995).. *Communicatie met oudere patienten [Communication with elderly patients Master Thesis]* University of Utrecht, Utrecht
- Hanson E.J. (1994). An exploration of the taken for granted world of the cancer nurse in relation to stress and the person with cancer . *Journal of Advanced Nursing*; 19: 12-20
- Hall J.A., Roter D.L., Katz B.A (1987). Task versus socio-emotional behaviors in physicians. *Medical Care* 25(5), 399-412
- Heim E, Valach L, Schaffner L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic .Medicine*; 59: 408-18
- Heintzman M., Leathers D.G., Parrott R.L. & Cairns Illa.B. (1993). Nonverbal rapport-building behaviours' effect on perceptions of a supervisor. *Management Communication Quarterly* 7(2), 181-208
- Holzemer W.L., Resnik B., Slichter M. (1986). Criterion-related validity of a clinical simulation. *Journal of Nursing Education*, 25 (7), 286-290
- Hulsman RL. *Communication skills of medical specialists in oncology. Development and evaluation of a computer assisted instruction program*. Dissertation, University Utrecht 1998
- Jansen P. (1996). *Differentiated practice and specialization in community nursing*. Thesis University Maastricht
- Kinnersly P., Pill R. (1993). Potential of using simulated patients to study the performance of general practitioners. *British Journal of General Practice* 43, 297-300
- Krishnasamy M. (1996). What do cancer patients identify as supportive and unsupportive behaviour of nurses? A pilot study. *European Journal of Cancer Care* 5, 103-110

Kruijver I.P.M., Kerkstra A., Bensing J.M., Van de Wiel H.B.M. (2000a). Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature. *Cancer Nursing* 23 (1), 20-31

Kruijver I.P.M., Kerkstra A., Francke A.L., Bensing J.M., van de Wiel H.B.M. (2000b). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counselling* 39, 129-145

La Monica E.L., Madea A.R., Oberst M.T. Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquir for Nurs Pract* 1987; 1: 197-213

Lloyd J.S. (1979). Definitions of competence in specialities of medicine. American Board of Medical Specialities, Chicago

Massie M.J., Holland J.C. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders, in *Handbook of Psycho oncology: Psychological care of the patient with cancer*, edited by Holland JC, Rowland JH. New York. Oxford University Press, 1989: 272-283

Miller A.M., Wilbur J.E., Montgomery A.C., Talashek M.L.(1998). Standardizing faculty evaluation of nurse practitioner students by using simulated patients. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 2 (2), 102-109

Nicol M., Freeth D. (1998). Assessment of Clinical Skills: a new Approach to an old Problem. *Nurse Education Today* 18, 601-609

Ong L.M.L., Visser M.R.M., Kruijver I.P.M et al. (1998). The Roter Interaction Analysis System in oncological consultations: psychometric properties. *Psycho-Oncology* 7: 387-401

Ong L.M. (2000). Communication between Doctors and cancer patients: taping the initial consultation. Thesis University of Amsterdam

Pool JJ. Sociaal-therapeutisch gedrag van verpleegkundigen. Dissertatie, VU boekhandel/uitgeverij, Amsterdam 1983

Pieters H.M., Touw-Otten W.W.M., de Melker R.A.(1994). Simulated patients in assessing consultation skills of trainees in general practice vocational training: a validity study. *Medical Education*, 28, 226-233

Ram P., Vleuten van der C., Rethans J.J., Grol R., Aretz K. (1999). Assessment of practical family physicians: Comparison of observation in a multiple-station examination using standardized patients with observation of consultations in daily practice. *Academic Medicine* (74) 1, 62-69

Ram P., Grol R., Rethans J.J., van der Vleuten C. (2000). Video-toetsing van consulten van huisartsen in eigen praktijk. *Huisarts en Wetenschap*; 42, 439-445

Rethans JJ., Sturmans F., Drop.R., van der Vleuten C., Hobus P. (1991). Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *British Medical Journal* 303, 1377-1380

Roter D.I. The Roter Method of Interaction Process Analysis. (1989). John Hopkins University. Baltimore

Schaufeli W.B. & van Dierendonk D. IBOS Utrechtse Burnout Schaal Handleiding 2000 Swets & Zeitlinger BV., Lisse, The Netherlands

Senior J.R. (1976). Towards the measurement of competence of medicine. National Board of Medical examiners, Philadelphia

Smets E.M.A., Visser M.R.M., Willems-Groot A.F.M.N., Garssen B., Schuster-Uitterhoeve A.LJ., Haes J.C.J.M. de. (1998). Radiotherapy and fatigue: (b) experience in patients 9 months following treatment. *British Journal of Cancer*; 78, 907-912

Spiegel D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*; 168(30):109-16

Vleuten van der C.P.M., Swanson D.B. (1990). Assessment of clinical skills with standardized patients: state of art. *Teaching and Learning Medicine* 2(2), 58-76

Wouda J. Van de Wiel H.B.M. (1996). Beter zorgen voor, minder zorgen door: psychosociale begeleiding van oncologische patienten. Groningen: Ahmas, Stichting voor toegepaste medische psychologie

Yelland M.J. (1998). Standardized patients in the assessment of general practice consulting skills. *Medical Education* 8, 8-13

