

‘Luister en huiver’

Over de invloed van door de patiënt geïnitieerde
geluidsopnames op het arts-patiëntgesprek

On the influence of patient initiated audio-recordings on the clinical consult

Radboud University



Onderzoeksrapport masterscriptie

Naam student	Willemijn Engberts
Naam cursus	CIWM401, Masterscriptie
Opleiding Eerste lezer Tweede lezer Thema	Communicatie en Beïnvloeding dr. H. W. M. Giesbers dr. W. J. P. Stommel De participerende patiënt
Plaats en datum	Nijmegen, 14 augustus 2019

Samenvatting

Steeds vaker hebben patiënten de behoefte om een geluidsopname te maken van het gesprek met hun arts. Dit onderzoek is het eerste dat gekeken heeft of relatie bestaat tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. Deze drie laatstgenoemde variabelen worden in dit onderzoek samengevat met de term Interpersoonlijke Patiëntgerichte Persoonsgebonden Zorg (IPPZ). De vraag die bij dit onderzoek centraal staat is: *‘Wat is de relatie tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren Interpersoonlijke Patiëntgerichte Persoonsgebonden Zorg in vergelijking met een arts-patiëntgesprek dat niet opgenomen wordt?’*. Om een mogelijk effect te achterhalen, is een vergelijking gemaakt tussen twee groepen respondenten: de onderzoeksgroep en de controlegroep. Twee digitale vragenlijsten, met zowel stellingen met een tienpuntsschaal als open vragen, zijn voorgelegd aan de respondenten: één vragenlijst over het effect van de geluidsopname en één over de manier waarop de geluidsopname gebruikt is. De tweede vragenlijst kwam te vervallen voor de controlegroep. Alleen de eerste vragenlijst sluiten aan bij de onderzoeksvraag. De vragenlijst over het gebruik van de opname is op verzoek ter aanvulling opgesteld en geeft geen antwoord op de onderzoeksvraag. Daarom is dit deel als apart onderzoek weggezet en in slechts een deel van dit verslag terug te vinden.

58 respondenten hebben de vragenlijst ingevuld. In het onderzoek is geen verschil naar voren gekomen als het gaat om de ervaren patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. Patiënten die het gesprek met hun arts hebben opgenomen, scoorden even hoog op de eerdergenoemde variabelen als patiënten die niet hebben opgenomen. Uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek kwam naar voren dat de zorgverlener als betrokken wordt gezien wanneer hij of zij de geluidsopname ter sprake brengt.

Dit onderzoek heeft de wetenschappelijke basis gelegd over door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames in een arts-patiëntgesprek en biedt verschillende kansen voor vervolgonderzoek. Verder onderzoek dient te worden verricht om meer duidelijkheid te geven over de effecten van het opnemen van arts-patiëntgesprekken. Het advies voor vervolgonderzoek is om in te steken op een onderzoek met een grotere respondentengroep en/of een onderzoek waarbij de invloed van een reeds opgebouwde arts-patiëntrelatie uitgesloten wordt. Een andere interessante invalshoek is het perspectief van de zorgverleners.

1 Introductie

Patiënten die bij een arts komen met gezondheidsklachten, worden steeds mondiger. De Veer, Francke en Poortvliet (2004) omschrijven een mondige patiënt als iemand met het ‘vermogen om zelfstandig te kunnen beslissen en te oordelen over de eigen zorg en dat ook te kunnen verwoorden’ (p.32). Patiënten stellen zich steeds meer op als gelijke, vragen meer en weten wat ze wel of niet willen (De Veer et al., 2004). De passieve patiënt die wacht op een door de arts voorgeschreven oplossing is veranderd in een actieve patiënt die initiatief neemt, voorbereidingen treft voorafgaand aan de afspraak en meedenkt over zijn of haar behandeling (Bensing et al., 2007). Deze gedeelde besluitvorming wordt ook wel *shared decision making* genoemd. Hierbij heeft de medische kennis van de arts een even groot aandeel als de waarden, behoeften en voorkeuren van de patiënt (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015).

1.1 Geluidsopnames van arts-patiëntgesprekken

Een middel dat goed aansluit bij het steeds mondiger worden van patiënten zijn geluidsopnames. In de afgelopen tientallen jaren hebben ziekenhuizen de mogelijkheid aan patiënten gegeven om opnames van gesprekken met hun arts te beluisteren. Door het aanbieden van opnames aan patiënten kan de inhoud van het consult worden besproken met familieleden en vrienden (Tsulukidze, Durand, Barr, Mead & Elwyn, 2014). Daarnaast zijn patiënten door het naluisteren van geluidsopnames beter in staat na te denken en mee te beslissen over hun behandeling (Ford, Fallowfield, Hall & Lewis, 1995). Het helpt ze namelijk om zich de informatie uit een consult beter te herinneren en daardoor hun behandelopties beter te begrijpen. Bovendien blijken de patiënten na het afluisteren van de opnames nieuwe of vergeten informatie te horen, waarvan ze anders niet op de hoogte zouden zijn (Ford et al., 1995). Het effect van geluidsopnames werd bevestigd door een onderzoek van Good et al. (2015). Zij kwamen tot de conclusie dat geluidsopnames spijt over het kiezen voor een bepaalde behandeling op de lange termijn kan verminderen.

Geluidsopnames bieden, naast de intrapersonlijke effecten voor de patiënt, ook voordelen voor de arts-patiëntrelatie. Zo stelde Butt in 1977 al dat geluidsopnames voor patiënten kunnen leiden tot een betere arts-patiëntcommunicatie. Daarnaast zorgt het aanbieden van geluidsopnames aan patiënten volgens Ong et al. (2000) voor een hogere tevredenheid. Onderzoeksparticipanten die een geluidsopname aangeboden kregen, waren meer tevreden met het opgenomen consult en met de gezondheidszorg in het algemeen dan patiënten die

niet naar geluidsopnames luisterden. Bovendien blijken patiënten die opnames van hun consult krijgen, meer vertrouwen te hebben in hun arts en de relatie met hun arts als positiever te beoordelen (Wolderslund, Kofoed, Holst, Axboe & Ammentorp, 2016).

1.2 Geluidsopnames door de patiënt

Naast het gegeven dat ziekenhuizen geluidsopnames aan patiënten aanbieden, is er een ontwikkeling gaande waarbij patiënten zelf het initiatief nemen voor het maken van geluidsopnames op hun smartphones of andere apparaten met opnamefunctionaliteiten (Elwyn, Barr & Grande, 2015). Elwyn et al. (2015) beweren dat patiënten hun gesprekken opnemen of graag willen opnemen om uiteenlopende redenen. De meest gegeven reden is de wens van patiënten om het gesprek terug te kunnen luisteren. Het naluisteren van het arts-patiëntgesprek helpt patiënten om de informatie uit het gesprek beter te kunnen begrijpen. Een andere vaak genoemde reden is dat patiënten het fijn vinden om de soms complexe informatie met anderen te kunnen delen. Daarnaast speelt eigenaarschap een rol; patiënten vinden het een fijn idee om de opname in hun bezit te hebben. Deze motivatie komt in sommige gevallen voort uit angst voor kwalitatief slechte zorg. De opname van het arts-patiëntgesprek dient in zulke gevallen als bewijs van wat er gezegd is door beide partijen.

1.3 Keerzijden geluidsopnames

Het opnemen van gesprekken door de patiënt heeft voordelen vanuit administratief, logistiek en financieel perspectief en sluit aan bij patiëntgerichte zorg (Van Bruinessen, Leegwater & Van Dulmen, 2017). Desondanks kan deze ontwikkeling niet enkel op positieve reacties rekenen. Sommige zorgverleners zetten hun vraagtekens bij de voordelen van de geluidsopnames (Van Bruinessen et al., 2017). Artsen hebben de angst dat patiënten de teruggeluisterde informatie verkeerd interpreteren door een gebrek aan context en non-verbale communicatie. Een andere twijfel onder zorgverleners is volgens Van Bruinessen et al. (2017) het gebrek aan controle over de geluidsopnames. De angst hierbij is dat het de privacy van de zorgverleners in gevaar brengt of dat de opnames op een verkeerde manier gebruikt worden. Laatstgenoemde is onder andere reden voor zorgverleners om beter na te denken over de woorden die ze gebruiken (Van Bruinessen et al., 2007). Sommige zorgverleners zijn namelijk van mening dat de aanwezigheid van opnameapparatuur invloed heeft op hun manier en stijl van communiceren. Tot slot geven respondenten uit het onderzoek van Van

Bruinessen et al. (2007) aan dat de arts-patiëntrelatie kan worden beïnvloed door het wantrouwen dat ze ervaren wanneer de patiënt het gesprek opneemt.

Wat de zorgen van artsen over door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames kan versterken, is de ontwikkeling waarbij patiënten heimelijk geluidsopnames maken. Dit zijn situaties waarbij de patiënt niet mededeelt aan de arts dat hij of zij het gesprek opneemt en waarbij toestemming van de arts op om te nemen ontbreekt. De arts is in dat geval niet op de hoogte van het feit dat hij of zij wordt opgenomen. Wettelijk gezien is het op de hoogte stellen van de arts van het maken van geluidsopnames niet verplicht, maar heimelijke opnames kunnen de arts-patiëntrelatie wel aantasten (Rodriguez, Morrow & Seifi, 2015). Volgens Elwyn et al. (2015) is de reden dat patiënten stiekem arts-patiëntgesprekken opnemen de angst dat de arts geen toestemming zal verlenen. Ook zijn patiënten bang dat de arts in kwestie beledigd zal zijn en het zorgtraject zal staken (Elwyn et al., 2015).

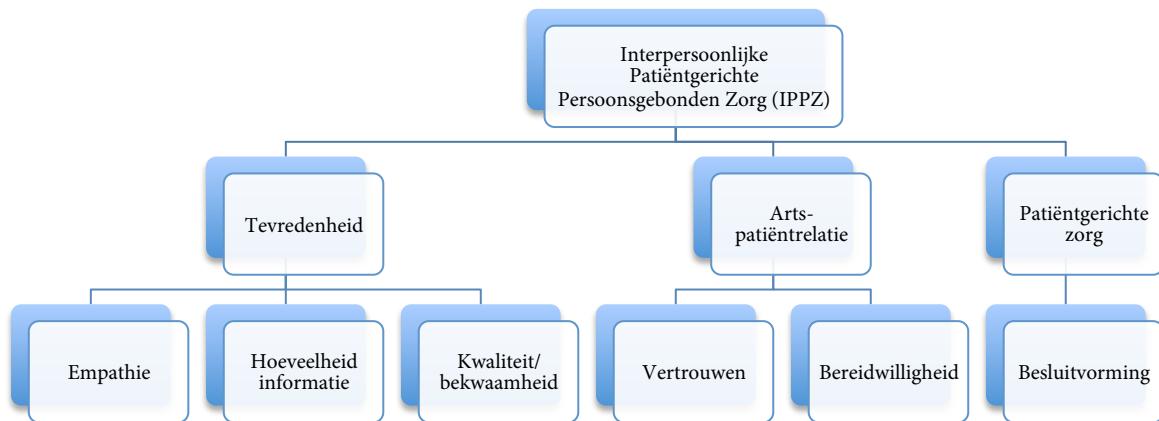
1.4 Huidig onderzoek

Zoals eerder beschreven hebben geluidsopnames van arts-patiëntgesprekken verschillende positieve gevolgen voor de patiënt, zoals informatieherinnering en de mogelijkheid om naasten inzicht te geven in de medische informatie. Echter, het opnemen van arts-patiëntgesprekken door de patiënt zelf is een relatief nieuwe ontwikkeling, waarover nog maar weinig bekend is in de literatuur. Een opvallende 'literature gap' is het ontbreken van kennis over de invloed van door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames op het arts-patiëntgesprek. Niet bekend is of het opnemen van gesprekken bijvoorbeeld de relatie tussen arts en patiënt aantast, de patiënttevredenheid beïnvloedt of de manier waarop patiënten aankijken tegen patiëntgerichte zorg verandert.

Daarom wordt in dit onderzoek gekeken naar de invloed van het opnemen van gesprekken op de ervaren patiënttevredenheid, de arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt tussen arts-patiëntgesprekken die niet zijn opgenomen en arts-patiëntgesprekken die wel op initiatief van de patiënt zijn opgenomen. De drie genoemde constructen worden in dit onderzoek samen gedefinieerd als Interpersoonlijke Patiëntgerichte Persoonsgebonden Zorg (IPPZ). De patiënttevredenheid wordt gemeten aan de hand van de ervaren empathie, de hoeveelheid informatie en de kwaliteit/bekwaamheid. De arts-patiëntrelatie bestaat in dit onderzoek uit het vertrouwen in de arts en de bereidwilligheid van de arts. Tot slot wordt besluitvorming als aspect genomen dat onder

patiëntgerichte zorg valt (zie figuur 1). Hieronder wordt uitgelegd hoe de drie verschillende domeinen zijn opgebouwd.

Figuur 1: Uiteenzetting afhankelijke variabele IPPZ



1.4.1 Patiënttevredenheid

Versillende communicatiegerelateerde aspecten die in een arts-patiëntgesprek naar voren komen, hebben invloed op de patiënttevredenheid. Roter en Hall (2006) noemen vier aspecten met bijbehorende kenmerken (zie tabel 1). Hieronder worden alle aspecten en kenmerken beknopt weergegeven. In dit onderzoek worden twee van de vier aspecten gebruikt om de tevredenheid onder de patiënten te meten, namelijk empathie en de hoeveelheid informatie.

Het eerste aspect dat volgens Roter en Hall (2006) bijdraagt aan de tevredenheid van patiënten is het interpersoonlijke klimaat. Dit houdt in dat het verbale en non-verbale gedrag van de arts voor een groot deel de tevredenheid bepaalt. Empathie is een begrip dat hierbij een grote rol speelt en wordt meegenomen in dit onderzoek om tevredenheid te toetsen. Roter en Hall (2006) verwachten dat gevoelige en expressieve artsen die op een empathische manier communiceren de voorkeur hebben van de patiënt. Het gaat er hierbij om dat de artsen empathie tonen en signalen over gevoelens en gedachten van patiënten kunnen herkennen die de patiënten niet expliciet benoemen. Ook McCormack et al. (2011) stellen dat artsen empathie kunnen uitdrukken door aan te geven dat ze de situatie van de patiënt begrijpen en meeleven met de patiënt.

Tabel 1: Aspecten die van invloed zijn op patiënttevredenheid (Roter & Hall, 2006)

Aspect van communicatie	Kenmerken
Interpersoonlijke klimaat	Empathie tonen Non-verbale signalen opvangen over gevoelens en gedachten
Hoeveelheid informatie	Hoeveelheid gegeven informatie
Informatieverzameling	Hoeveelheid biomedische vragen
Communicatiestijl	Uitdrukken van zorgen Stellen van vragen Vriendelijkheid Interesse Empathie Onbevooroordeelde houding Sociale oriëntatie

Wat daarnaast sterk samenhangt met de ervaren tevredenheid door patiënten, is de hoeveelheid informatie die gegeven wordt over de diagnose, oorzaken, ziekte en behandeling (Roter & Hall, 2006). De tevredenheid is hoger onder patiënten die meer informatie krijgen dan onder patiënten die minder informatie krijgen. Dit heeft volgens Roter en Hall (2006) niet alleen te maken te hebben met de behoefte aan informatie van patiënten. Het kan ook wat zeggen over het gevoel dat patiënten hebben bij artsen die veel informatie geven; deze artsen zouden gezien worden als meer sympathiek en betrokken dan artsen die de patiënt minder informeren (Roter & Hall, 2006). De hoeveelheid informatie is het tweede aspect dat wordt meegenomen om de patiënttevredenheid te toetsen.

De overige aspecten worden niet meegenomen in dit onderzoek, maar hangen volgens Roter en Hall (2006) wel samen met patiënttevredenheid. Zo zijn patiënten aan wie meer biomedische vragen worden gesteld minder tevreden dan patiënten die minder van zulke vragen voorgelegd krijgen. Daarnaast is de communicatiestijl van de arts van invloed op de tevredenheid (Roter & Hall, 2006). Een patiëntgerichte communicatiestijl sluit aan bij de behoeften en wensen van de patiënt en zorgt voor een hogere tevredenheid. Deze communicatiestijl is volgens Roter en Hall (2006) bijvoorbeeld te herkennen aan het uitdrukken van zorgen, het stellen van vragen door de arts, en het tonen van vriendelijkheid

en interesse.

De reden dat slechts twee van de vier aspecten worden meegenomen als onderdeel van 'tevredenheid' is dat de aspecten vrij veel overlap hebben met elkaar. De aspecten 'interpersoonlijk klimaat' en 'hoeveelheid informatie' zijn geselecteerd voor dit onderzoek, vanwege het feit dat ze opzichzelfstaande onderdelen zijn en het merendeel van de lading dekken als het gaat om tevredenheid.

Naast aspecten die betrekking hebben op de patiënttevredenheid in het algemeen, noemen Roter en Hall (2006) nog een aspect dat geschaald kan worden onder tevredenheid. 'Kwaliteit van de zorg' en 'bekwaamheid van de arts' worden doorgaans gebruikt om de tevredenheid van patiënten over hun zorg te meten. Volgens Roter en Hall (2006) ervaren patiënten tot op zekere hoogte variaties in de kwaliteit van de zorg. Dit beïnvloedt de waargenomen tevredenheid. Daarom wordt kwaliteit/bekwaamheid als derde aspect genoemd voor het meten van tevredenheid van patiënten.

Roter en Hall (2006) noemen aspecten die zowel betrekking hebben op de tevredenheid in het algemeen als de tevredenheid over de zorg. Desalniettemin worden deze aspecten samengevoegd om de patiënttevredenheid te meten. Roter en Hall (2006) stellen namelijk dat de verschillende domeinen van patiënttevredenheid, zoals tevredenheid over de zorg in het algemeen en tevredenheid over de artsen, sterk met elkaar samenhangen. Door dit zogenoemde 'halo-effect' zien patiënten verschillende soorten van tevredenheid niet als aparte domeinen, maar als een geheel.

1.4.2 Arts-patiëntrelatie

Het tweede domein van dit onderzoek is de arts-patiëntrelatie. Van der Feltz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs en Van Dyck (2004) hebben een methode ontwikkeld om de arts-patiëntrelatie te meten. Deze methode wordt de Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) genoemd. Deze methode bestaat uit een vragenlijst die bestaat uit negen stellingen (zie figuur 2). Patiënten worden gevraagd om per stelling aan te geven in hoeverre ze het ermee eens zijn. 1 staat voor helemaal niet mee eens en 5 staat voor helemaal mee eens.

Figuur 2: Patient-Doctor Relationship Questionnaire (Van der Feltz-Cornelis et al., 2004)

1	My PCP helps me	1	2	3	4	5
2	My PCP has enough time for me	1	2	3	4	5
3	I trust my PCP	1	2	3	4	5
4	My PCP understands me	1	2	3	4	5
5	My PCP is dedicated to help me	1	2	3	4	5
6	My PCP and I agree on the nature of my medical symptoms	1	2	3	4	5
7	I can talk to my PCP	1	2	3	4	5
8	I feel content with my PCP's treatment	1	2	3	4	5
9	I find my PCP easily accessible	1	2	3	4	5

Uit deze methodiek zijn twee variabelen af te leiden die worden meegenomen in het onderzoek. Het eerste aspect is het 'vertrouwen in de arts'. Dit is terug te zien in het derde item uit de vragenlijst ('I trust my PCP'). 'Bereidwilligheid van de arts' is het tweede aspect dat wordt meegenomen, dat is te herleiden tot drie stellingen ('My PCP helps me', 'My PCP has enough time for me', 'My PCP is dedicated to help me').

1.4.3 Patiëntgerichte zorg

Het derde en laatste domein dat wordt onderzocht, is patiëntgerichte zorg, oftewel zorg waarbij de individuele voorkeuren, behoeften en perspectieven van de patiënt centraal staan (McCormack et al., 2011). In hun onderzoek beschrijven McCormack et al. (2011) de uitkomsten van verschillende onderzoeken naar patiëntgerichte zorg. Hun methode om patiëntgerichte zorg te meten bevat zes communicatiegerelateerde componenten.

De eerste component uit het onderzoek gaat over de uitwisseling van informatie. Het is de taak van de arts om te onderzoeken welke kennis, overtuigingen, informatiebehoefte en informatievoorkeuren de patiënt heeft met betrekking tot zijn ziekte. Hierdoor kan de arts inschatten welke informatie hij moet verschaffen aan de patiënt. Het geven van informatie door de arts vergemakkelijkt namelijk de gezamenlijke betekenisgeving tussen beide partijen (McCormack et al., 2011). Bovendien moet de arts de patiënt helpen met het beoordelen en gebruiken van externe bronnen, zoals het internet. Tot slot is de arts er om de patiënten te helpen deze informatie te begrijpen, toe te passen en herinneren (McCormack et al., 2011).

Het bevorderen van de gezondheidsrelatie is de tweede component om patiëntgerichte zorg te meten. Het is belangrijk dat arts en patiënt de rollen en verantwoordelijkheden in het zorgtraject bespreekbaar maken (McCormack et al., 2011). Hierbij valt te denken aan de invloed die de patiënt heeft bij de medische beslissingen die eventueel genomen moeten worden. Volgens McCormack et al. (2011) is eerlijkheid en openheid vanuit beide partijen hierbij bevorderlijk. Ook het vertrouwen dat de patiënt heeft in de kwaliteit van de arts, draagt bij aan de arts-patiëntrelatie (McCormack et al., 2011). Wat ten slotte de relatie bevordert, is wanneer patiënten het gevoel hebben dat de arts om hen geeft en betrokken is bij hun zorgtraject (McCormack et al., 2011).

In het onderzoek van McCormack et al. (2011) komt tevens naar voren dat het voor artsen belangrijk is om emoties van de patiënt te herkennen en op deze emoties in te spelen. Het gaat er hierbij bijvoorbeeld om dat de arts emoties benoemt en onderzoekt, voornamelijk bij ernstige ziekten en het verhoogde risico op angst en depressie hierbij. Het onderzoek benadrukt dat artsen zich empathisch dienen op te stellen door de patiënt gerust te stellen dat het voelen van emoties begrijpelijk is. Het doorverwijzen van de patiënt naar externe hulp om te leren omgaan met emoties is hierbij optioneel (McCormack et al, 2011).

Het kunnen omgaan met onzekerheden is voor een deel van patiënten een uitdaging. De perceptie van de patiënt over het aandeel van de arts hierbij is van invloed op de manier waarop patiëntgerichte zorg wordt ervaren. McCormack et al. (2011) geven in hun onderzoek aan dat er drie manieren zijn om onzekerheden aan te pakken, namelijk cognitieve reacties, affectieve reacties en gedragsreacties. Bij het cognitieve aspect wordt gekeken naar de oorzaak van de onzekerheid. Het affectieve deel houdt in dat onzekerheden kunnen worden aangepakt door in te spelen op de angst die ervoor wordt veroorzaakt. Een voorbeeld hierbij is dat de arts met de patiënt kijkt naar manieren om de onzekerheid en angst te accepteren. Gedragsreacties zijn reacties die direct de onzekerheid aanpakken of verminderen, zoals een stappenplan maken.

De vijfde component die McCormack et al. (2011) gebruiken om patiëntgerichte zorg te meten richt zich op het stimuleren van de patiënt wat betreft zelfmanagement. Het gaat er hierbij voor de arts vooral om dat hij de patiënt ondersteunt waar nodig en inspeelt op de behoeften van de patiënt, bijvoorbeeld door de patiënt vaardigheden bij te brengen. Dit proces wordt vergemakkelijkt door goede communicatie binnen het medische team.

Besluitvorming is de zesde en laatste component, die bovendien als enige component

wordt meegenomen om patiëntgerichte zorg te meten. Volgens McCormack et al. (2011) gaat het erom dat er gecommuniceerd wordt over het nemen van beslissingen en de rollen en verantwoordelijkheden die beide partijen hierbij hebben. Het is belangrijk dat de keuzes die worden gemaakt, gebaseerd zijn op de voorkeuren en waarden van de patiënt (McCormack et al., 2011). De rol van de arts bij de besluitvorming is om de mogelijke keuzes aan de patiënt duidelijk te maken en de patiënt indien mogelijk te adviseren (McCormack et al, 2011). Bij een groot medisch risico is het aandeel van de arts in het besluit uiteraard groter dan bij een besluit waarbij er geen goed of fout is. Het streven is dat de patiënt en arts uiteindelijk gezamenlijk tot een beslissing komen. Wanneer een besluit genomen is, wordt gekeken naar de implicaties en de implementatie. McCormack et al. (2011) benadrukken dat de laatste stap van besluitvorming, het evalueren van het besluit, niet overgeslagen moet worden.

1.5 Hoofd- en deelvragen

Onderstaande hoofdvraag en bijbehorende deelvragen zijn op basis van de eerdergenoemde literatuur opgesteld.

‘Wat is de relatie tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren Interpersoonlijke Patiëntgerichte Persoonsgebonden Zorg in vergelijking met een arts-patiëntgesprek dat niet opgenomen wordt?’

1. ‘Wat is de relatie tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren patiënttevredenheid in een vergelijking met een arts-patiëntgesprek dat niet opgenomen wordt?’
2. ‘Wat is de relatie tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren arts-patiëntrelatie in een vergelijking met een arts-patiëntgesprek dat niet opgenomen wordt?’
3. ‘Wat is de relatie tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren patiëntgerichte zorg in een vergelijking met een arts-patiëntgesprek dat niet opgenomen wordt?’

1.6 Relevantie

Dit onderzoek toetst het effect van door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames op de tevredenheid van de patiënt, de arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. De resultaten hebben zowel een wetenschappelijke als praktische relevantie.

Onderzoek in de context van door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames vult de wetenschappelijke literatuur aan. Geluidsopnames die door de patiënt worden gemaakt, zijn namelijk een relatief nieuw domein in de wetenschap. Wel is reeds bekend hoe artsen aankijken tegen deze nieuwe ontwikkeling en wat de motieven zijn van patiënten om arts-patiëntgesprekken op te nemen. Wat voor invloed de aanwezigheid van een smartphone of ander apparaat met opnamefunctionaliteit heeft op de patiënttevredenheid, de arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg is echter niet bekend. Dit in tegenstelling tot geluidsopnames die door het ziekenhuis geïnitieerd worden; over dit onderwerp is wel bekend dat het bijvoorbeeld de tevredenheid van de patiënten verhoogt (Ong et al., 2000).

Verder biedt dit onderzoek praktische implicaties. Het maken van geluidsopnames door patiënten is een ontwikkeling die zich in de toekomst alleen maar zal doorzetten. Bijna alle nieuw ontwikkelde apparaten, zoals smartphones, beschikken over opnamefunctionaliteiten. De medische wereld moet daarom rekening houden met een groeiend aantal patiënten dat gesprekken (heimelijk) gaat opnemen. Het is een ontwikkeling die wellicht verdergaat dan hetgeen waaraan zorgverleners denken als gesproken wordt over digitalisering van de zorg. Verder past het opnemen van arts-patiëntgesprekken bij de toenemende mondigheid van patiënten. Ook buiten de medische wereld zal de discussie over geluidsopnames worden aangewakkerd. Met geluidsopnames kan worden aangehaakt bij patiëntgerichte zorg. Dit laatste is een thema waar ziekenhuizen graag aan mee werken en naar streven, vandaar dat dit onderzoek tevens relevant kan zijn voor beleidsmakers en het management van ziekenhuizen.

Bovendien sluit onderzoek naar patiënttevredenheid over communicatie in de gezondheidszorg goed aan bij het curriculum van artsen in opleiding. Communicatie tussen artsen en patiënten krijgt een steeds centralere rol in het studieprogramma. Dit onderzoek gaat in op het belang van arts-patiëntcommunicatie en welke invloed dit heeft op de patiënttevredenheid en hoe patiënten de arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg ervaren.

2 Methode

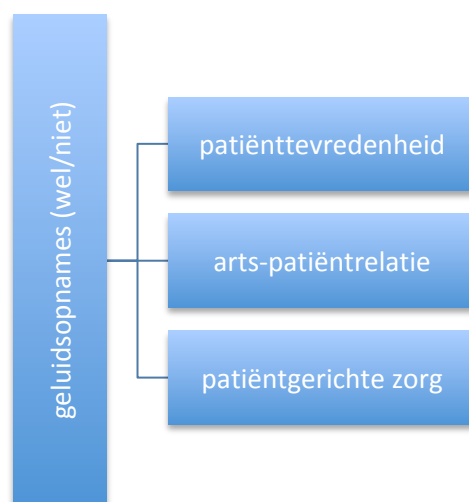
In dit hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek uiteengezet. Eerst wordt beschreven hoe het design eruitziet. Dan volgt de instrumentatie, waarin wordt uitgelegd hoe de variabelen zijn opgebouwd. Vervolgens wordt de respondentengroep belicht en wordt de procedure van dit onderzoek beschreven. Tot slot staat vermeld welke statistische toetsen zijn gebruikt bij dit onderzoek.

2.1 Design

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden, bevat dit onderzoek een onderzoeksgroep en controlegroep. De onderzoeksgroep bestaat uit respondenten die een gesprek met een zorgverlener hebben gehad en hiervan een geluidsopname hebben gemaakt. De controlegroep is de groep mensen die het gesprek met hun arts niet heeft opgenomen. Een vergelijking tussen deze twee groepen respondenten biedt de mogelijkheid een relatie te leggen tussen het maken van geluidsopnames en de ervaren tevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg.

Het onderzoek bevat één onafhankelijke variabele en drie afhankelijke variabelen. Hieronder staat een schematische weergave van het design van dit onderzoek (zie figuur 3).

Figuur 3: Analysemodel met onafhankelijke (links) en afhankelijke (rechts) variabelen



De onafhankelijke variabele is geluidsopnames. Onder deze variabele vallen twee niveaus: de afwezigheid van geluidsopnames en de aanwezigheid van geluidsopnames. Dit houdt in dat een vergelijking is gemaakt tussen participanten die wel een geluidsopname hebben gemaakt

(onderzoeksgroep) en participanten die geen geluidsopname hebben gemaakt (controlegroep). De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn de ervaren patiënttevredenheid, de arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. Dit onderzoek betreft een tussenproefpersoonsontwerp.

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van een combinatie tussen een kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode. Het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek maakt het mogelijk om een statistische vergelijking te maken tussen de twee groepen. De verdieping kan worden gemaakt door de kwalitatieve aard van het onderzoek; respondenten krijgen bij enkele vragen de gelegenheid om hun antwoord toe te lichten.

2.2 Instrumentatie

Patiënttevredenheid

De afhankelijke variabele 'tevredenheid' is gemeten door de aspecten empathie, hoeveelheid informatie en kwaliteit/bekwaamheid. De stellingen die hiertoe in dit onderzoek zijn gebruikt en aan de respondenten zijn voorgelegd, staan hieronder. Deze stellingen zijn geformuleerd op basis van de aspecten die Roter en Hall (2006) noemen die van invloed zijn op de patiënttevredenheid. Alle stellingen zijn gemeten met een tienpuntsschaal van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'.

1. 'Ik voelde me begrepen door mijn zorgverlener.' (empathie)
2. 'Mijn zorgverlener kon zich inleven in mijn klachten en mijn gevoel hierbij.'
(empathie)
3. 'Mijn zorgverlener luisterde naar wat ik te zeggen had.' (empathie)
4. 'Mijn zorgverlener kwam vriendelijk op mij over.' (empathie)
5. 'Ik heb alle informatie gekregen van mijn zorgverlener die ik nodig had.' (hoeveelheid informatie)
6. 'Mijn vragen zijn beantwoord door mijn zorgverlener.' (hoeveelheid informatie)
7. 'Ik miste bepaalde informatie in het gesprek.' (hoeveelheid informatie)
8. 'Mijn zorgverlener is betrokken met mij en mijn zorgtraject.' (hoeveelheid informatie)
9. 'Ik ben tevreden over de manier waarop mijn zorgverlener zijn of haar werk doet.'
(kwaliteit/bekwaamheid)
10. 'Mijn zorgverlener beschikt over voldoende kennis om mij zorg te bieden.'
(kwaliteit/bekwaamheid)

11. 'Mijn zorgverlener heeft mij op de best mogelijke manier onderzocht.'
(kwaliteit/bekwaamheid)

Bij de stelling over betrokkenheid (ofwel: hoeveelheid informatie, stelling 8) en stellingen over kwaliteit/bekwaamheid (9, 10 en 11) zijn open vragen toegevoegd. Respondenten kregen hier de mogelijkheid om hun antwoorden op de tienpuntsschalen toe te lichten.

Arts-patiëntrelatie

De tweede variabele, de arts-patiëntrelatie, bestaat in dit onderzoek uit het vertrouwen in de arts en de bereidwilligheid van de arts. De volgende stellingen, die eveneens bestaan uit een tienpuntsschaal van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens', zijn gebruikt om dit te meten:

12. 'Ik vertrouw mijn zorgverlener.' (vertrouwen)
13. 'Mijn zorgverlener heeft genoeg tijd voor mij.' (bereidwilligheid)
14. 'Mijn zorgverlener is bereid om mij te helpen.' (bereidwilligheid)

Bij het onderzoeken van de arts-patiëntrelatie zijn verdiepvragen achterwege gelaten. Hiervoor is gekozen omdat de verwachting is dat de stellingen (12, 13 en 14) minder snel dubbelzinnige interpretatie opleveren dan bij de stellingen over betrokkenheid (8) en kwaliteit/bekwaamheid (9, 10 en 11). De aanname is dat het toevoegen van open vragen geringe verdieping oplevert en alleen resulteert in een langere invultijd voor de respondenten.

Patiëntgerichte zorg

De laatste variabele is patiëntgerichte zorg en wordt gemeten door de stellingen hieronder. Ook deze stellingen zijn gemeten met een tienpuntsschaal van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'.

15. 'Mijn zorgverlener heeft mij van tevoren voorbereid op het maken van keuzes.'
(besluitvorming)
16. 'Bij het maken van keuzes heeft mijn zorgverlener naar mijn behoeften geluisterd.'
(besluitvorming)
17. 'Mijn zorgverlener heeft me de verschillende mogelijke keuzes duidelijk gemaakt.'
(besluitvorming)

18. 'Mijn zorgverlener en ik zijn gezamenlijk tot een beslissing gekomen.'
(besluitvorming)

Bij de stellingen over patiëntgerichte zorg is ervoor gekozen om geen open vragen toe te voegen. De voornaamste redenen hiervoor zijn van dezelfde aard als bij de stellingen die horen bij de arts-patiëntrelatie.

Voor de afhankelijke variabelen patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg is de Cronbach's Alpha berekend. Hiermee is de mate van samenhang tussen de items gemeten.

De ervaren tevredenheid heeft met zijn elf items een Cronbach's Alpha van .941; de schaal is betrouwbaar. De schaal om de arts-patiëntrelatie te meten is ook betrouwbaar (drie items; $\alpha = .825$). Tot slot is de schaal voor patiëntgerichte zorg met een Cronbach's Alpha van .912 betrouwbaar te noemen (vier items).

2.3 Respondenten

Aan het onderzoek hebben 58 mensen meegewerkt. Het belangrijkste inclusie criterium was dat de proefpersoon een afspraak gepland had staan met een zorgverlener. De leeftijd van de respondenten varieerde van 21 tot 84 jaar, met een gemiddelde van 43 jaar. De respondentengroep ($N = 58$) bestond uit 38 vrouwen en 14 mannen. Van de rest van de respondenten is het geslacht niet bekend.

De aanmeldingen voor het onderzoek kwamen via verschillende wegen binnen. Diverse patiëntenverenigingen zijn gebeld of gemaild met de vraag om een oproep van het onderzoek met hun achterban te delen. Uit oproepen in nieuwsbrieven, tijdschriften, social media-berichten, direct e-mail en op websites van 192 Nederlandse patiëntenverenigingen zijn aanmeldingen voor het onderzoek binnen gekomen. Daarnaast is een oproep geplaatst op het Facebook- en Instagramkanaal van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen, een gespecialiseerd ziekenhuis op het gebied van orthopedie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde en anesthesiologie. Tot slot is een groot deel van de respondenten geworven uit het persoonlijke netwerk van de onderzoeker.

2.4 Procedure

De respondenten van dit onderzoek hebben zich van tevoren aangemeld via een aanmeldformulier. Hierin gaven ze onder andere de datum en tijd van hun afspraak op en het e-mailadres waarop ze de vragen wilden ontvangen. In het formulier konden de respondenten hun voorkeur opgeven voor het wel of niet opnemen van de afspraak met hun zorgverlener. Door het digitaal ondertekenen van het formulier zijn de respondenten akkoord gegaan met het gebruiken van hun gegevens en antwoorden. Per mail kregen zij vervolgens een bevestiging van de aanmelding en werden zij toegewezen aan ofwel de onderzoeksgroep (wel opnemen) of controlegroep (niet opnemen). Wanneer patiënten geen voorkeur aangaven, werden zij ingedeeld in één van de twee groepen. Ook werd een instructie voor het opnemen meegestuurd en kreeg de respondenten wat tips over het opnemen van gesprekken. Wanneer meer dan een week tussen het moment van aanmelding en het toesturen van de eerste vragenlijst zat, werd een dag voor de afspraak nog een herinnering gestuurd. Hierin werd nogmaals de instructie toegestuurd.

De onderzoeksgroep en controlegroep kregen een uur na hun afspraak de eerste vragenlijst per mail gestuurd. De respondenten kregen twee dagen om de vragen in te vullen. Indien nodig werd vervolgens een herinnering gestuurd per mail. Vijf dagen na de afspraak was de limiet; na deze termijn werden de antwoorden van de respondenten niet meer in het onderzoek meegenomen. Hiervoor is gekozen omdat het belangrijk is dat de respondenten de vragen invullen wanneer het gesprek met hun zorgverlener nog vers in het geheugen zit. Als er een te lange periode zit tussen het gesprek en het invullen van de vragenlijst, komt de betrouwbaarheid van het onderzoek in het geding.

Twee weken na de desbetreffende afspraak met de zorgverlener kreeg de onderzoeksgroep een tweede vragenlijst toegestuurd. Voor de controlegroep verviel deze vragenlijst, omdat de vragen gingen over de manier waarop de respondenten hun opname gebruikt hadden en dit niet aan de orde was voor de controlegroep. Zo konden de respondenten onder andere aangeven met wie ze de opname gedeeld hadden, op welke manier ze de opname hebben opgeslagen en wat de persoonlijke voordelen waren om het gesprek op te nemen. De vragen en resultaten van de tweede vragenlijst zijn te vinden in het resultatenhoofdstuk. De tweede vragenlijst is niet meegenomen in het hoofdstuk 'Introductie'. De reden hiervoor is dat de informatie die uit deze vragenlijst voortkomt, specifiek is bedoeld voor de

communicatieafdeling van het Radboudumc. Zij kwamen met dit verzoek om informatie te verzamelen over de manier waarop patiënten hun geluidsopname gebruiken. Dit wordt gebruikt als input voor het vaststellen van het beleid omtrent het opnemen van arts-patiëntgesprekken. Tot slot is de tweede vragenlijst als een apart onderzoek neergezet, omdat dit onderzoek met de twee vragenlijsten gecombineerd te omvangrijk zou worden. De resultaten uit de tweede vragenlijst zijn bovendien niet bruikbaar bij het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen, maar bieden anderzijds wel een interessante aanvulling aan informatie als het gaat om geluidsopnames.

Voor het afnemen van de vragen is gebruikgemaakt van de online survey software van Qualtrics. Hiermee kunnen op een eenvoudige manier beveiligde online vragenlijsten ontworpen en afgenomen worden. Respondenten hebben een zogenaamde ‘anonieme link’ toegestuurd gekregen, waarbij het bij de data-analyse onmogelijk is voor de onderzoeker om de antwoorden naar de desbetreffende persoon te herleiden. Voor het toezenden van de vragenlijsten is gebruikgemaakt van Spark, een e-mailprogramma waarbij het verzenden van e-mails kan worden uitgesteld tot een datum en tijd naar keuze.

2.5 Statistische toetsing

Voor dit onderzoek is een MANOVA (multivariate analysis of variance) gebruikt. Dit is een statistische toets die het mogelijk maakt om twee of meer groepen te vergelijken op meerdere afhankelijke variabelen.

3 Resultaten

In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren Interpersoonlijke Patiëntgerichte Persoonsgebonden Zorg (IPPZ). In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek behandeld. Daaraan voorafgaand wordt beschreven hoe de dataverzameling is verlopen.

3.1 Ervaringen bij de dataverzameling

58 respondenten hebben uiteindelijk deelgenomen aan het onderzoek. Wanneer gekeken wordt naar de officiële richtlijnen voor het doen van onderzoek, zullen sommigen concluderen dat dit respondentenaantal aan de lage kant is. Dit heeft te maken met het gegeven dat het moeilijk is gebleken voldoende respondenten te vinden die bereid waren mee te doen en een consult met een zorgverlener gepland hadden staan.

Een opvallend gegeven bij de respondentenwerving is dat sommige patiënten het lastig vonden om bij hun zorgverlener aan te geven dat ze van plan waren een opname te maken. Echter, een voorwaarde van deelname aan het onderzoek is dat de zorgverlener op de hoogte wordt gesteld van de geluidsopname. Voor sommige patiënten was dit reden om op het laatste moment af te zien van deelname. Ze gaven aan bang te zijn dat het opnemen van het gesprek de arts-patiëntrelatie zou verstoren. Wat hierbij wellicht meespeelt, is dat veel mensen niet op de hoogte bleken te zijn van het feit dat het opnemen van het gesprek van patiënten met een zorgverlener wettelijk gezien mag. Een aantal patiënten bleek verrast te zijn door dit gegeven. Daardoor verliep het proces van het vinden van respondenten relatief moeizaam. Om die reden is de hulp van het Radboudumc ingeschakeld. Via deze weg zijn respondenten geworven van verschillende specialismen.

3.2 Vragenlijst 1

De resultaten van de eerste vragenlijst hadden als doel om na te gaan of er een verschil is in de ervaren patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg tussen patiënten die op eigen initiatief opnemen en patiënten die het gesprek niet opnemen. De resultaten worden behandeld per afhankelijke variabele.

3.2.1 Patiënttevredenheid

Uit de eenweg multivariate variantieanalyse bleek geen significant multivariaat effect van het opnemen van gesprekken op Patienttevredenheid. De groep die wel heeft opgenomen, ervoer een even hoge tevredenheid ($M = 7.76$, $SD = 1.51$) als de groep die niet heeft opgenomen ($M = 7.79$, $SD = 1.40$).

De patiënttevredenheid is, zoals eerder toegelicht, gemeten door empathie, hoeveelheid informatie en kwaliteit/bekwaamheid. Bij de twee laatstgenoemde aspecten zijn open vragen gesteld om meer verdieping te geven. De zaken die het vaakst werden genoemd door de respondenten als het gaat om de betrokkenheid van de arts zijn de volgende:

- Het overkomen van de arts (voorbeeld: “Zijn empathische houding en interesse in de dingen die ik vertelde.”)
- Meeleven (voorbeeld: “Hij begreep heel erg dat het vervelend voor me was.”). Deze factor werd alleen genoemd bij een positief sentiment van de berichten.
- Stapje extra doen op medisch gebied (voorbeeld: “Ze denkt mee over zorg op maat, laat protocol los waar mogelijk.”)
- Ter sprake brengen van de geluidsopname (voorbeeld: “Ze heeft aan het einde omdat ik een opname maakte nog een keer een samenvatting gegeven van het gesprek.”)
- Op de hoogte zijn (voorbeeld: “Ondanks dat ik iedere keer een andere verloskundige spreek van de praktijk, zijn ze goed op de hoogte van mijn vorige afspraken en ook goed voorbereid.”)
- Tijd nemen (voorbeeld: “Het leek allemaal ‘snel snel’ te moeten.”)
- Informatie geven/luisteren (voorbeeld: “Mijn zorgverlener luisterde goed naar mijn klachten en was geduldig. Ik kreeg antwoord op mijn vragen”)

Hieronder staan de factoren die volgens de respondenten een rol spelen bij het wel of niet bekwaam achten van de zorgverlener:

- Ruim onderzoeken (voorbeeld: “Ik had als ik hem was in eerste instantie veel meer testen gedaan.”)
- Ervaring/gespecialiseerd zijn/hoeveelheid kennis (voorbeeld: “Erkend specialist in de gastro-intestinale laparoscopische chirurgie.”)

- Manier van uitleggen (voorbeeld: “Mijn orthopeed is zeer technisch ingesteld en redelijk autistisch in de omgang. Dat maakt het bespreken van struikelblokken weleens lastig.”)
- Vragen stellen (voorbeeld: “Stelt goede vragen.”). Deze factor werd alleen genoemd bij een positief sentiment van de berichten.
- Begrip tonen (voorbeeld: “Heeft begrip voor mijn onbegrip dat ik sinds mijn ongeluk nog nooit met een revalidatiearts in contact ben geweest.”)
- Uitleggen/antwoord geven op vragen (voorbeeld: “De uitleg die hij daadkrachtig gaf over de oorzaak van het probleem en hoe het op te lossen.”). Deze factor werd alleen genoemd bij een positief sentiment van de berichten.
- Klachten zijn verholpen (voorbeeld: “Operatie is geslaagd, herstel gaat voorspoedig en weinig littekens.”)

Hieronder staan een aantal citaten die een beeld geven van de verdeling tussen de positieve (groen gearceerd) en negatieve (rood gearceerd) antwoorden over de betrokkenheid en bekwaamheid/kwaliteit van de zorgverlener. Deze citaten worden als meest opvallend of representatief gezien voor de rest van de antwoorden op de open vragen.

- “Ik merkte dat mijn zorgverlener de geluidsopname **niet prettig** vond.”
- “Ze heeft aan het einde nog een keer een **samenvatting gegeven** van het gesprek, omdat ik een opname maakte.”
- “Het leek allemaal **snel snel** te moeten.”
- “We puzzelen net zo lang met mijn klachten totdat we er **samen tevreden** over zijn. De dokter is wat dat betreft mijn **steun en toeverlaat**.”
- “De zorgverlener raadpleegt **geen collegiaal overleg, is niet to the point en daadkrachtig en zegt te veel ‘euh’**.”
- “Ze heeft alles goed uitgetekend, zodat de uitslag voor mij ook **duidelijk** was.”

3.2.2 Arts-patiëntrelatie

Uit de eenweg multivariate variantieanalyse bleek geen significant multivariaat effect van het opnemen van gesprekken op Arts-patiëntrelatie. De groep die wel heeft opgenomen, beoordeelde de arts-patiëntrelatie even hoog ($M = 8.21$, $SD = 1.45$) als de groep die niet heeft opgenomen ($M = 7.96$, $SD = 1.53$).

3.2.3 Patiëntgerichte zorg

Uit de eenweg multivariate variantieanalyse bleek geen significant multivariaat effect van het opnemen van gesprekken op Patiëntgerichte zorg. De groep die wel heeft opgenomen, beoordeelde de patiëntgerichte zorg hetzelfde ($M = 6.95$, $SD = 1.86$) als de groep die niet heeft opgenomen ($M = 7.52$, $SD = 1.73$).

3.3 Vragenlijst 2

De tweede vragenlijst was enkel voor de onderzoeksgroep en ging over de manier waarop de respondenten hun opname gebruikt hadden. De resultaten zijn verzameld op verzoek van de communicatieafdeling van het Radboudumc.

3.3.1 Respondenten

De leeftijd van de respondenten varieerde van 21 tot 84 jaar, met een gemiddelde van 51 jaar. De respondenten hadden afspraken bij uiteenlopende specialismen. De meest voorkomende specialismen waren interne geneeskunde (4), fysiotherapie (3), huisarts (3), longgeneeskunde (2), KNO (2) en psychiatrie (2). De overige specialismen waar één enkele respondent een afspraak had waren heelkunde, cardiologie, hematologie, orthopedie, gynaecologie, kaakchirurgie, revalidatie, transplantatiechirurgie en psychologie.

3.3.2 Manier van opnemen

Bijna alle respondenten, 23 van de 24 mensen, hebben hun gesprek met hun telefoon opgenomen. Eén respondent heeft hiervoor een dictafoon gebruikt.

De ruime meerderheid, 19 respondenten, heeft vooraf bij de zorgverlener de intentie bekend gemaakt om het gesprek op te nemen. De meest genoemde redenen hiervoor zijn de voordelen van het opnemen van het gesprek (nog eens kunnen naluisteren, informatie onthouden) (7) en het behouden van de goede relatie met de arts (7). Verder hebben twee

mensen aangegeven dat ze dit aangaven in het belang van privacy en dat ze toestemming nodig hadden van hun arts (2). De overige vijf mensen hebben niet vooraf aangegeven dat ze het gesprek wilden opnemen.

- *“Ik vind het wel zo netjes tegenover de arts.”*
- *“Ik moet wel toestemming hebben van hem.”*
- *“Het helpt mij als patiënt als geheugensteun.”*

3.3.3 Gebruik van de geluidsopname

18 van de 24 respondenten hebben aangegeven hun geluidsopname 1 tot 3 keer te hebben afgeluisterd. De overige respondenten hebben niet naar hun opname geluisterd.

De meeste respondenten hebben hun opname met niemand gedeeld en vooral gemaakt voor eigen gebruik. Enkele respondenten deelden hun opname met hun familie en partner. Eén respondent heeft een klein stukje van zijn of haar opname aan de gespreksgroep van een patiëntenvereniging laten horen.

- *“Ik heb een stukje aan mijn partner laten horen zodat hij een indruk kreeg van hoe het gesprek ging.”*
- *“Ik heb het gedeeld met mijn familie om samen te checken of we de uitslag goed hadden begrepen.”*
- *“Ik deelde het met mijn man en familie omdat ze niet mee konden, maar wel wilden weten wat de arts precies gezegd had.”*

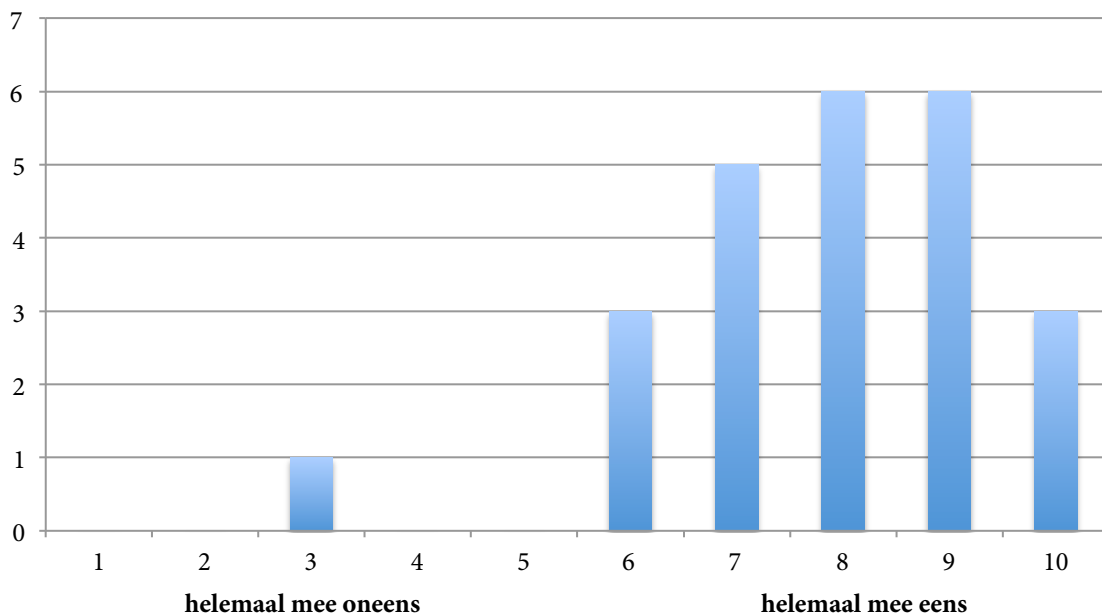
De ruime meerderheid van de respondenten heeft de geluidsopname op de telefoon opgeslagen, het apparaat waarmee de opname door bijna alle respondenten is gemaakt. De

computer, externe harde schijf, de cloud (iCloud, Dropbox, OneDrive, etc.) en usb-stick werden ook nog enkele keren genoemd als de plek waarop de opname werd opgeslagen.

3.3.4 Voordelen opnemen gesprek

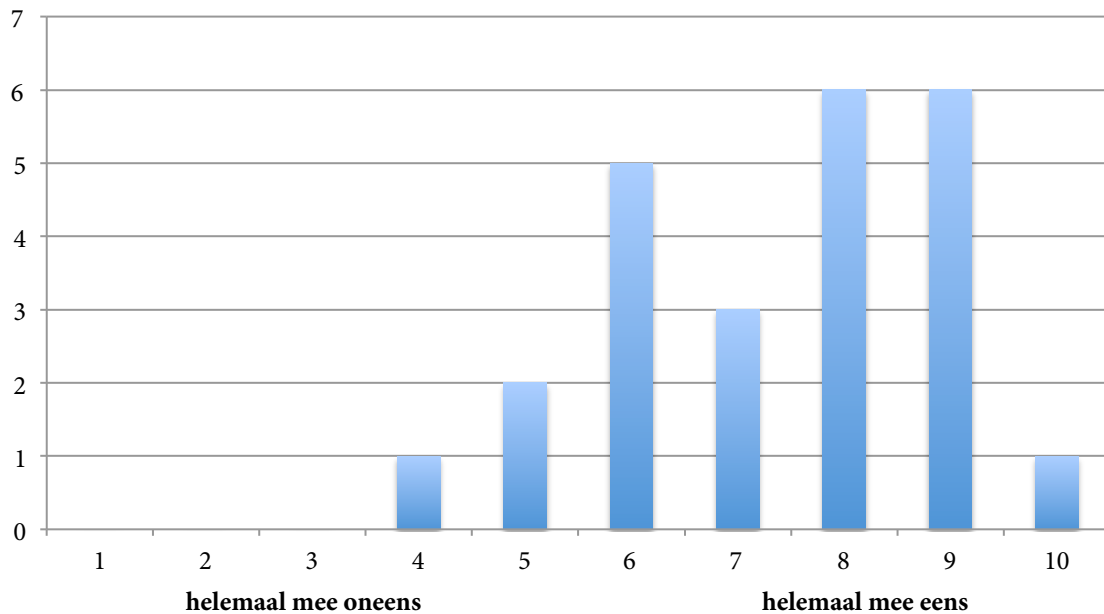
De respondenten blijken over het algemeen de informatie uit het gesprek beter te kunnen onthouden als ze het hebben opgenomen. Hieronder (figuur 4) is te zien welke antwoorden gegeven werden op de genoemde stelling.

Figuur 4: Antwoorden op de stelling 'Door het maken van de geluidsopname heb ik de informatie uit het gesprek beter onthouden.'



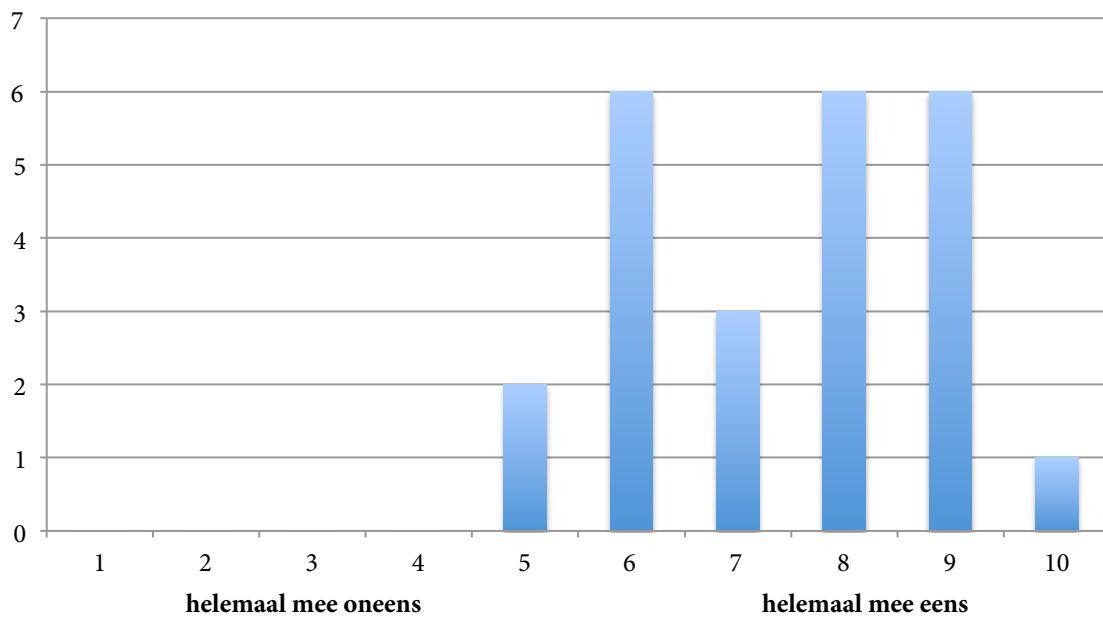
Ook gaven de respondenten over het algemeen aan dat ze de informatie uit hun gesprek met hun zorgverlener beter begrijpen doordat ze een opname hebben gemaakt. In figuur 5 is te zien hoe de respondenten geantwoord hebben.

Figuur 5: Antwoorden op de stelling 'Door het maken van de geluidsopname begrijp ik de informatie uit het gesprek beter.'



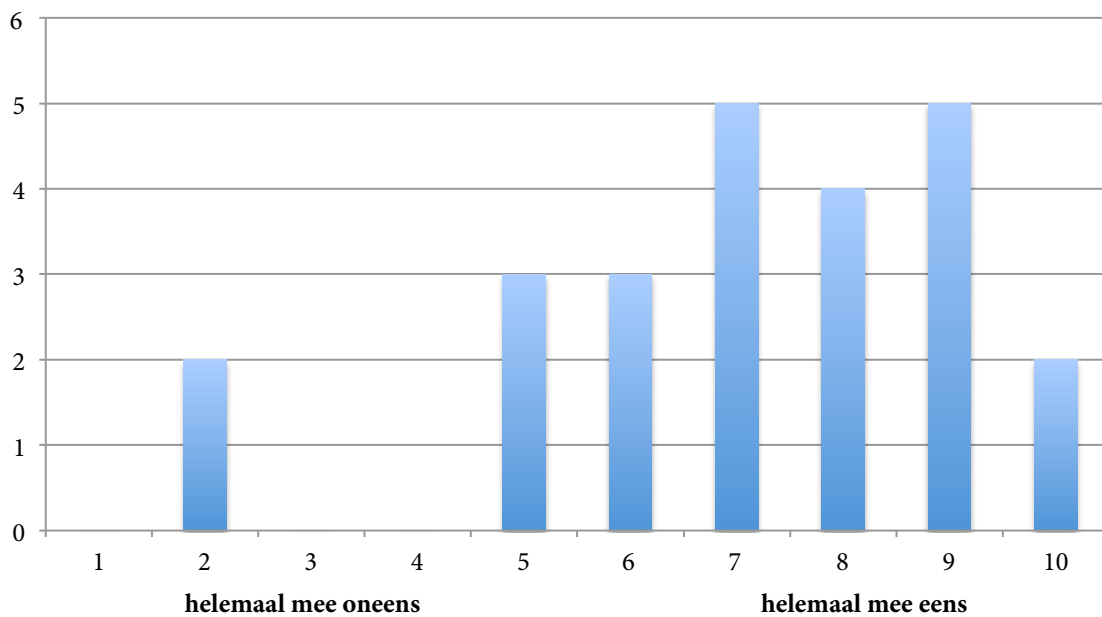
De respondenten gaven aan dat ze door het maken van een geluidsopname beter in staat te zijn mee te beslissen over hun behandeling. In figuur 6 zijn de antwoorden van de stelling ‘Door het maken van de geluidsopname ben ik beter in staat mee te beslissen over mijn behandeling’ in een staafdiagram te zien.

Figuur 6: Antwoorden op de stelling ‘Door het maken van de geluidsopname ben ik beter in staat mee te beslissen over mijn behandeling.’



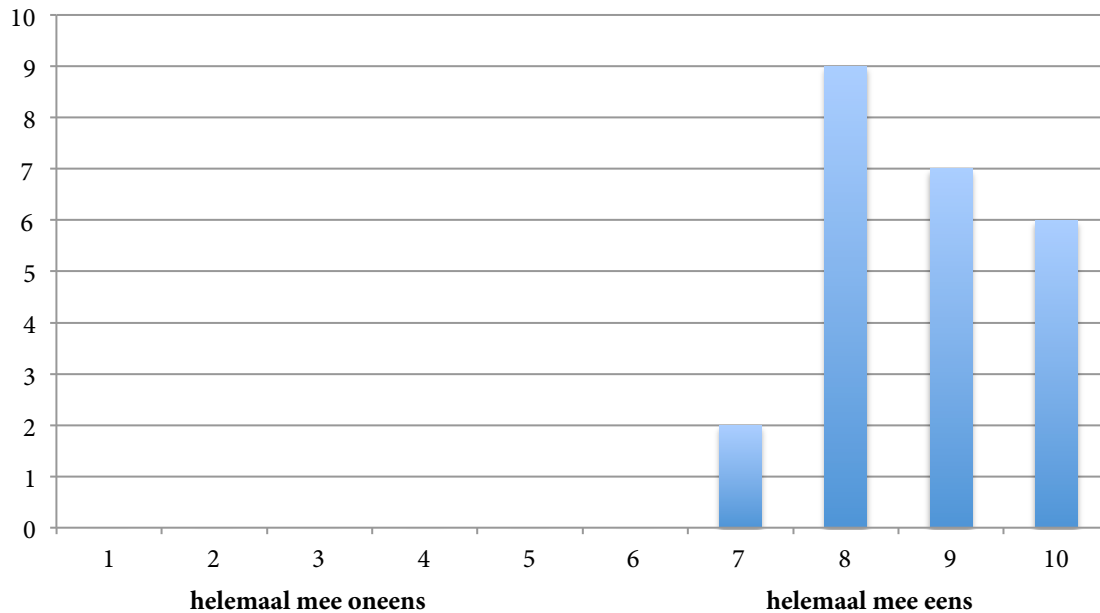
Aan de respondenten is gevraagd of ze de zorginstelling positiever beoordelen als ze de mogelijkheid om geluidsopnames te maken stimuleren. Hierbij worden wat gevarieerdere antwoorden gegeven dan bij de voorgaande stellingen. Figuur 7 laat de uitkomsten zien op de stelling 'Ik beoordeel de zorginstelling waar ik de afspraak had positiever als zij de mogelijkheid om geluidsopnames te maken stimuleren.'

Figuur 7: Antwoorden op de stelling 'Ik beoordeel de zorginstelling waar ik de afspraak had positiever als zij de mogelijkheid om geluidsopnames te maken stimuleren.'



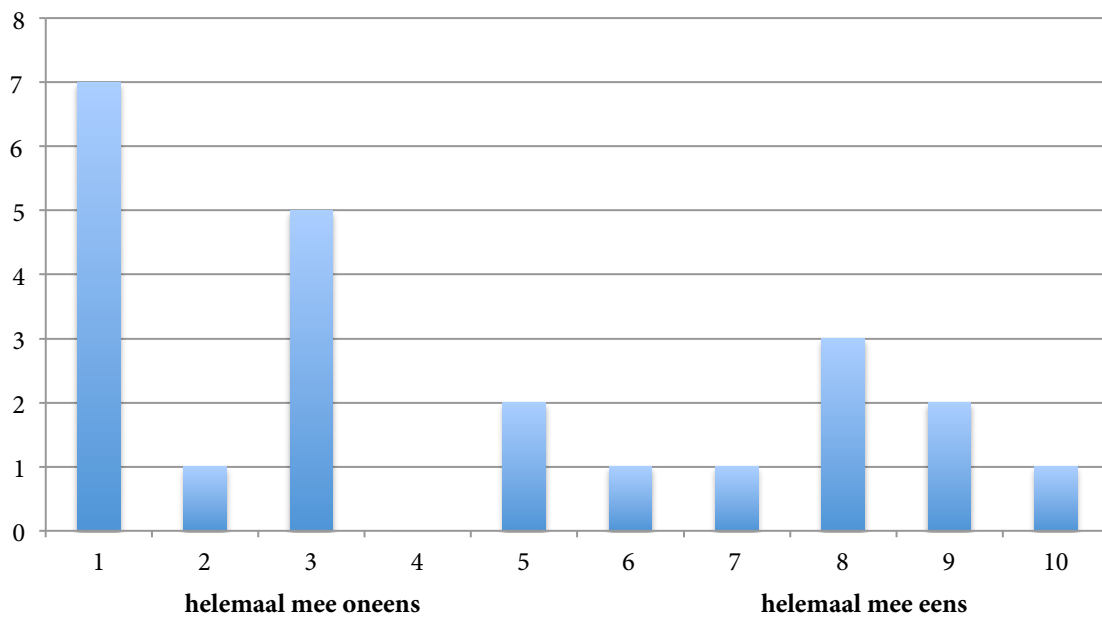
Patiënten lijken zich bewust van de voordelen die patiënten kunnen hebben bij het maken van geluidsopname. In figuur 8 zijn de antwoorden van de respondenten uit dit onderzoek te zien.

Figuur 8: Antwoorden op de stelling 'Ik ben me bewust van de voordelen die patiënten kunnen hebben bij het maken van geluidsopnames.'



Daarnaast is aan de respondenten gevraagd of ze voorafgaand aan dit onderzoek van de mogelijkheid afwisten om geluidsopnames van gesprekken met hun zorgverlener te maken. Respondenten hebben hierop heel verschillend geantwoord. Hieronder zijn de antwoorden weergegeven. Omdat de stelling negatief geformuleerd is, is te concluderen dat de respondenten die het oneens waren met deze stelling, blijkbaar wel op de hoogte zijn van de mogelijkheid om gesprekken op te nemen.

Figuur 9: Antwoorden op de stelling 'Ik wist voorafgaand aan dit onderzoek niet af van de mogelijkheid om geluidsoptnames van gesprekken met mijn zorgverlener te maken.'



3.3.5 Opnamen in de toekomst

Bijna alle respondenten, 20 van de 24, zijn van plan om vaker een geluidsoptname te maken met hun zorgverlener. De meest genoemde reden hiervoor is dat respondenten de informatie beter kunnen onthouden. Een ander motief is het kunnen terugluisteren van de opname. Enkele andere redenen worden hieronder genoemd.

- *“Het geeft mij een goed gevoel omdat ik op deze manier weet dat ik meer de regie heb in het verkrijgen van de juiste informatie.”*
- *“Ik heb meer informatie gehoord na het beluisteren van mijn opnames.”*
- *“Het maakt de zorgverlener misschien bewuster in diens communicatie en zo ‘dwingt’ om voldoende en juist te communiceren.”*

4 Conclusie en discussie

De vraag die centraal stond in dit onderzoek, is of er een relatie bestaat tussen door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames tijdens een arts-patiëntgesprek en de ervaren Interpersoonlijke Patiëntgerichte Persoonsgebonden Zorg (IPPZ). De ervaren patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg zijn de afhankelijke variabelen in dit onderzoek en onderdelen van de IPPZ. Om een mogelijk effect te achterhalen, is een vergelijking gemaakt tussen twee groepen respondenten: de onderzoeksgroep en de controlegroep.

In het onderzoek is geen verschil naar voren gekomen als het gaat om de ervaren patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. Patiënten die het gesprek met hun arts hebben opgenomen, scoorden even hoog op de eerdergenoemde variabelen als patiënten die geen geluidsopname hebben gemaakt van hun gesprek.

Eerder werd aangegeven dat geluidsopnames die door het ziekenhuis worden geïnitieerd, kunnen leiden tot een betere arts-patiëntcommunicatie (Butt, 1977) en hogere patiënttevredenheid (Ong et al., 2000). De patiënten zien het aanbieden van de geluidsopname door het ziekenhuis als service en beoordelen de zorginstelling om deze reden beter. Echter, dit onderzoek gaat over geluidsopnames die op initiatief van de patiënt worden gemaakt. Patiënten die op eigen initiatief opnemen, profiteren niet van deze service, kunnen dit vanzelfsprekend niet meenemen bij de beoordeling van hun consult en laten hun tevredenheid afhangen van andere zaken. Dit verklaart mogelijk het verschil in resultaten tussen geluidsopnames die door het ziekenhuis worden gemaakt en geluidsopnames die door de patiënt worden gemaakt.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een verschil tussen de onderzoeksgroep en controlegroep begint bij het onderzoek van Elwyn et al. (2015), dat stelt dat patiënten bang zijn om met het maken van een geluidsopname de arts-patiëntrelatie aan te tasten. Uitgaande van deze theorie maken alleen patiënten die niet bang zijn om de arts-patiëntrelatie te beïnvloeden geluidsopnames. De participanten van dit onderzoek zijn dus ofwel patiënten die nog geen relatie hebben opgebouwd met een zorgverlener (en dus niet bang zijn voor de negatieve effecten ervan), ofwel patiënten die ervan overtuigd zijn dat een geluidsopname geen schade aanricht aan hun reeds opgebouwde arts-patiëntrelatie. Deze laatstgenoemde patiëntengroep ziet dezelfde arts vaker en heeft een positief beeld van de arts. Het vele e-mailcontact van enkele patiënten uit de onderzoeksgroep met de onderzoeker, waarin ze aangaven al langer bij de arts te komen en vaker geluidsopnames te maken, geeft mogelijk

bewijs voor deze gedachtegang. Als aangenomen wordt dat respondenten uit de onderzoeksgroep al positief bevooroordeeld waren over hun arts voorafgaand aan hun consult, is te zeggen dat de kans bestaat dat de onderzoeksresultaten een vertekend beeld geven. De arts die dezelfde patiënt vaker op afspraak krijgt en een goede relatie heeft met de patiënt, is dan vanzelfsprekend bekend met het feit dat deze patiënt het gesprek wil opnemen en daarmee minder beïnvloedbaar voor de mogelijke effecten die optreden bij het maken van de opname. De patiënt beoordeelt de arts positiever, ongeacht het effect van de aanwezigheid van de geluidsopname. Dit kan een verklaring zijn voor het ontbreken van een verschil tussen de onderzoeksgroep en controlegroep.

Het onderzoek heeft daarnaast factoren aangetoond die patiënten associëren met de betrokkenheid en kwaliteit/bekwaamheid van de arts. De betrokkenheid hangt samen met het overkomen van de arts, een stapje extra doen op medisch gebied, de geluidsopname ter sprake brengen, op de hoogte zijn, de tijd nemen en informatie geven/luisteren. De betrokkenheid wordt bovendien positiever beoordeeld wanneer een zorgverlener meeleeft. De kwaliteit en bekwaamheid van de arts staat in verband met de volgende factoren: ruim onderzoeken, ervaring/gespecialiseerd zijn/hoeveelheid kennis, manier van uitleggen, begrip tonen en het verhelpen van klachten. Een arts die vragen stelt en zaken uitlegt/antwoord geeft op vragen krijgt een hogere waardering op de kwaliteit/bekwaamheid. De meeste factoren kwamen overeen met het onderzoek van Roter en Hall (2006), dat de aspecten aantoonde die van invloed zijn op de patiënttevredenheid. Een opvallend feit is dat gebleken is dat het ter sprake brengen van de geluidsopname in verband staat met de ervaren betrokkenheid. Nog niet eerder werd aangetoond dat deze factor de betrokkenheid van de arts en daarmee de tevredenheid van de patiënt beïnvloedt.

Sterkten en zwakten onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de onderzoeksgroep niet is geïnstrueerd of gestimuleerd om een geluidsopname te maken. De patiënten hebben dit uit intrinsieke motivatie gedaan. Respondenten konden immers op het aanmeldformulier hun voorkeur aangeven om wel of niet op te nemen. Bij de toewijzing aan de onderzoeksgroep en controlegroep is vrijwel altijd naar de wens van de respondent geluisterd. Hierdoor werd een zo natuurlijk mogelijke setting gecreëerd in het arts-patiëntgesprek en nam de patiënt het gesprek op zijn of haar eigen manier op.

De onderzoeksmethode is eveneens een positief punt. Die bevat een combinatie van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek, iets dat niet vaak voorkomt. Deze methode geeft de mogelijkheid een statistisch effect aan te tonen, en tegelijkertijd verdieping te creëren. Een nadeel van deze tweeledige onderzoeksmethode is dat het lastig is een respondentenaantal vast te stellen waarbij de betrouwbaarheid gewaarborgd wordt. Wellicht is het respondentenaantal van dit onderzoek aan de lage kant wanneer alleen gekeken wordt naar het kwantitatieve deel. Het specifieke inclusie criterium vermoeilijkten het proces van het vinden van respondenten. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek zoveel mogelijk te waarborgen, is ruime tijd uitgetrokken om het respondentenaantal te maximaliseren. Het respondentenaantal van 58 voor het kwalitatieve deel van dit onderzoek kan daarentegen worden gezien als zeer hoog. Een zwakte van dit onderzoek is de samenstelling van de respondentengroep. Ondanks het feit dat vooraf de intentie is gesteld om alleen patiënten te ondervragen met een consult met een specialist, hebben een aantal patiënten deelgenomen aan het onderzoek die een afspraak hadden in de eerstelijnszorg. Hierdoor is het lastig de gevonden resultaten te veralgemeniseren naar andere zorgdomeinen.

Vervolgonderzoek

Ondanks het feit dat er geen effect kon worden aangetoond, is het huidige onderzoek een aanvulling op de literatuur over door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames. Nog niet eerder is gekeken naar de relatie tussen het opnemen van gesprekken en de ervaren patiënttevredenheid, arts-patiëntrelatie en patiëntgerichte zorg. Verder onderzoek dient te worden verricht om meer duidelijkheid te geven over de effecten van het opnemen van arts-patiëntgesprekken. Het advies voor vervolgonderzoek is om in te steken op een onderzoek met een grotere respondentengroep. Op deze manier kan de betrouwbaarheid en representativiteit met meer zekerheid worden gewaarborgd. Door zorg te dragen voor voldoende omvang van de respondentengroep kunnen gefundeerde uitspraken worden gedaan over de verschillende zorgdomeinen, zoals de eerste- of tweedelijnszorg. Een suggestie is om het vervolgonderzoek op zo'n manier op te zetten dat de reeds opgebouwde arts-patiëntrelatie geen invloed heeft op de resultaten. Een manier om dit te realiseren is door alleen patiënten te ondervragen die tijdens hun consult met een nieuwe zorgverlener kennis maken. Bij een onderzoek met respondenten die hun arts al wel kennen, kan een 0-meting uitkomst bieden. Door de reeds opgebouwde tevredenheid, arts-patiëntrelatie en

patiëntgerichte zorg voorafgaand aan het op te nemen consult in kaart te brengen, kunnen uitspraken gedaan worden over de invloed van een geluidsopname.

Een andere interessante invalshoek is het perspectief van de zorgverleners: hoe ervaren zij het opnemen van gesprekken door de patiënt? Kortom, dit onderzoek heeft de wetenschappelijke basis gelegd over door de patiënt geïnitieerde geluidsopnames in een arts-patiëntgesprek en biedt verschillende kansen voor vervolgonderzoek.

Literatuur

- Bensing, J. M., Tromp, F., Van Dulmen, S., Van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Shellevis, F. (2007). De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. *Huisarts & Wetenschap*, 51(1), 6-12.
- Butt, H. R. (1977). A method for better physician-patient communication. *Ann Intern Med*, 86, 478-480.
- De Veer, A. J. E., Francke, A. L., & Poortvliet, E. (2004). Mondige cliënten vereisen andere bekwaamheden. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 9, 32-33.
- Elwyn, G., Barr, P. J., & Grande, S. W. (2015). Patients recording clinical encounters: a path to empowerment? Assessment by mixed methods. *BMJ Open*, 5:e008566.
- Ford, S., Fallowfield, L., Hall, A., & Lewis, S. (1995). The influence of audiotapes on patient participation in the cancer consultation. *European Journal of Cancer*, 31A, 2264-2269.
- Good, D. W., Delaney, H., Laird, A., Hacking, B., Stewart, G. D., & McNeill, S. A. (2015). Consultation audio-recording reduces long-term decision regret after prostate cancer treatment: a non-randomised comparative cohort study.
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehota, P., Nadler, E., Arora, N. K., . . . Street, R. L. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science Medicine*, 72(7), 1085-1095.
- Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., Lammes, F. B., Van der Velden, J., Kuenen, B. C., & De Haes, J. C. J. M. (2000). Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall and quality of life: a randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology*, 18(16), 3052-3060.
- Pel-Littel, R., & Van Veenendaal, H. (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*, 31, 611-621.
- Rodriguez, M., Morrow, J., & Seifi, A. (2015). Ethical implications of patients and families secretly recoding conversations with physicians. *JAMA*, 313(16), 1615-1616.
- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Praeger: London
- Tsulukidze, M., Durand M., Barr, P. J., Mead, T., & Elwyn, G. (2014). Providing recording of clinic consultation to patients – a highly valued but underutilized intervention: a scoping review. *Patient Education and Counseling*, 95, 297-304.

- Van Bruinessen, I. R., Leegwater, B., & Van Dulmen, S. (2017). When patients take the initiative to audio-record a clinical consult. *Patient Education and Counseling, 100*, 1552-1557.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W., De Beurs, E., & Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry, 26*(2), 115-120.
- Wolderslund, M., Kofoed, P., Holst, R., Axboe, M., & Ammentorp, J. (2016). Digital audio recordings improve the outcomes of patient consultations: a randomised cluster trial. *Patient Education and Counseling, 100*, 242-249.