

Towards skilled doctor-patient communication

Citation for published version (APA):

Giroldi, E. J. W. (2016). *Towards skilled doctor-patient communication: putting goal-directed and context-specific communication into (educational) practice*. Maastricht University.

Document status and date:

Published: 01/01/2016

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SUMMARY

Chapter 1

The first chapter introduces the topic of this dissertation: goal-direct and context-specific doctor-patient communication. We first elaborate on the importance of effective doctor-patient communication. We explain that despite the efforts put in training future doctors in communication skills, various studies have revealed that the skills learned during training are insufficiently transferred to daily clinical practice. This has sparked a debate on whether training and assessing generic skills is the right approach to take in teaching medical communication, inspiring researchers to explore the nature of doctor-patient communication in actual practice. In the clinical workplace, doctor-patient communication has been shown to be a complex process that depends highly on the uniqueness of the consultation, that is, on the goals that doctors and patients try to pursue and the specific contextual factors that play a role. In view of this knowledge, it is recommended that goal-directedness and context-specificity be incorporated into medical communication training. Instead of focusing on 'communication skills', we should train learners in 'skilled communication'. This is not an easy undertaking given the complexity involved. The purpose of this dissertation, therefore, is to explore how goal-directed and context-specific doctor-patient communication can be put into clinical and educational practice. To this end, we must first understand what constitutes effective communication given a certain goal and context, so that we know **what** we should train. For this, we have selected two consultation goals that are important for doctors as case studies: 'gathering information' and 'reassuring patients'. Subsequently, we need to understand how trainees learn context-specific and goal-directed communication, so that we know **how** we should train. Consistent with these **what** and **how** objectives, we try to find an answer to the following research questions:

- 1) Which communication strategies are useful for gathering information from patients?
- 2) Which communication strategies are useful for reassuring worried patients?
- 3) How can we help trainees to learn goal-directed, context-specific communication?

The remaining part of the introduction explains the rationale behind the chosen research setting, i.e. general practice (GP) and the GP vocational training, the theoretical orientation of this dissertation and the selected methodology.

Chapter 2

As our first case study, we have selected the consultation goal 'information gathering'. Gathering information during patient encounters is essential for adequate diagnostics and treatment and for the delivery of patient-centred care. To determine which type of information-gathering strategies GP trainees may benefit from, we first identified information-gathering situations that are experienced as particularly difficult. In a phenomenological study, we observed a morning clinic of 15 GP trainees. To explore trainees' experiences with information-gathering, we held brief interviews after every consultation and a lengthier interview directly after the morning clinic. The resulting data were analysed using template analysis. Trainees experience information gathering as difficult when 1) it conflicts with other goals such as relationship-building and time management; 2) the communication skills they learned are ineffective; 3) trainees' own emotions hamper open communication; 4) the trustworthiness of the information that the patient provides is difficult to determine; 5) trainees develop tunnel vision. Consultations during which more of these difficulties present themselves are experienced as particularly challenging, potentially leading to feelings of frustration and disempowerment. One such situation that appeared challenging for all trainees is to gather information from talkative patients. Trainees explicitly mentioned that they lacked the necessary communication tools to effectively handle this situation. We concluded that information-gathering is difficult for GP trainees. Current generic communication skills training does not seem to support trainees sufficiently to handle effectively the challenges they encounter during consultations. For medical communication training this means that trainees need to be supported in handling their goal-conflicts and feelings that hamper information-gathering, while also providing them with communication strategies adapted to handling specific challenging situations, such as effectively gathering information from talkative patients.

Chapter 3

As we have seen in the previous chapter, gathering information from talkative patients presents a major challenge to trainees. Effective communication with talkative patients, moreover, has received scant attention in the literature. Hence, we decided to focus on this particularly challenging context within our case study of 'information gathering'. Specifically, this study explored communication strategies and their underlying mechanisms that GPs consider effective when gathering information

from talkative patients. We conducted a qualitative study with experienced GPs. We held individual stimulated-recall interviews with 6 GPs using their videotaped consultations as a stimulus. These interviews were triangulated with data from three focus-group discussions. We performed a thematic network analysis during an iterative process of data collection and analysis. To deal with talkative patients during consultations, GPs first try to pinpoint the cause of patients' talkativeness before deciding on the approach to take. Moreover, they resort to the familiar communication strategies, however, in doing so take a more directive attitude. To prevent such attitude from damaging the relationship, GPs take a stepped approach in which they try not to be overly directive, make the patient co-responsible for efficient time management, and ensure that the patient doesn't lose face, e.g. by making use of empathic interrupting. We concluded that, in the absence of evidence, the description of GPs' communication strategies can guide doctors and learners in gathering information from talkative patients in an efficient, yet empathic and respectful manner. When developing best practices, heed should be paid to the causes of patients' talkativeness and the tension between taking a directive approach and building a doctor-patient relationship.

Chapter 4

As our second case study, we explored the goal 'reassuring patients'. Many patients who consult their GP are worried about their health, but there is still little empirical data on strategies for effective reassurance. To gain a better understanding of mechanisms for effective patient reassurance, we explored cognitions underlying patients' worries, cognitions underlying reassurance and factors supporting patients' reassuring cognitions. In a qualitative study, we conducted stimulated recall interviews with 21 patients of 12 different GPs shortly after their consultation. We selected consultations in which the GPs aimed to reassure worried patients and used their videotaped consultation as a stimulus for the interview. The interviews were analysed with thematic coding and by writing interpretive summaries. Patients expressed four different core cognitions underlying their concerns: 'I have a serious illness', 'my health problem will have adverse physical effects', 'my treatment will have adverse effects' and 'my health problem will negatively impact my life'. Patients mentioned a range of person-specific and context-specific cognitions as reasons for these core cognitions. Patients described five core reassuring cognitions: 'I trust my doctor's expertise', 'I have a trusting and supporting relationship with my doctor', 'I

do not have a serious disease', 'my health problem is harmless' and 'my health problem will disappear'. Factors expressed as reasons for these reassuring cognitions were GPs' actions during the consultation as well as patients' pre-existing cognitions about their GP, the doctor-patient relationship and previous events. Patients' worrying cognitions were counterbalanced by specific reassuring cognitions, i.e. worrying and reassuring cognitions seemed to be interrelated. We concluded that patients described a wide range of worrying cognitions, some of which were not expressed during the consultation. Gaining a thorough understanding of the specific cognitions and tailoring reassuring strategies to them should be an effective way of achieving reassurance. The identified reassuring cognitions can guide doctors in applying these strategies in their daily practice.

Chapter 5

While chapter 4 described the patients' experiences with regards to our case study 'reassurance', this study explored reassuring strategies that are considered useful by experienced GPs. We again performed a qualitative study with stimulated recall interviews. We first re-analysed an existing dataset of fifteen stimulated recall interviews in which GPs elaborated on their communication with patients in two videotaped consultations. Additionally we held stimulated recall interviews with twelve GPs about two consultations selected for a strong focus on reassurance. To reassure patients, GPs pursued multiple goals: 1. influencing patients' emotions by promoting trust, safety and comfort, which is considered to be reassuring in itself and supportive of patients' acceptance of reassuring information and 2. influencing patients' cognitions by challenging patients' belief that their symptoms are indicative of serious disease, often followed by promoting patients' belief that their symptoms are benign. GPs described several actions to activate mechanisms to achieve these goals. We concluded that GPs described a wealth of reassuring strategies, which make a valuable contribution to the current literature on doctor-patient communication. This detailed description may provide other doctors and learners with new tools. Specifically, we concluded that the mechanisms described may help doctors in choosing the most appropriate reassuring strategy in the situation at hand and can inform future studies that aim to explore the effectiveness of reassuring strategies.

Chapter 6

While the first four studies focused on ‘what to train’ in goal-directed and context-specific communication training, our final study aimed to obtain insight into ‘how’ to train. To inform the development of didactic recommendations, this qualitative study described in this chapter explored the experiences of GP trainees and GP supervisors regarding how trainees learn communication in the workplace and how clinical supervisors support trainees’ learning. We explored these experiences by triangulating general focus groups, focus groups using training sessions as a stimulus and individual interviews. Thematic network analysis was used during an iterative process of data collection and analysis. A learning cycle with six consecutive communication learning phases could be identified: impactful experience; change in frame of reference; identifying communication strategies; trying out strategies; evaluating strategies and mastery of a personalised communication repertoire. Supervisors’ actions that support these phases include: creating challenges; confronting with and reflecting on behaviour and its underlying mechanisms; exploring and demonstrating communication strategies; giving concrete practice assignments; creating safety; exploring the effect of strategies; facilitating repeated practice and reflection. We concluded that to nurture skilled communication, it seems important that communication training fosters the development of a personalized communication repertoire from which the learners are able to apply strategies that fit the context and their personal style. To develop this, it is likely that learners need concrete examples, opportunities for repeated practise and reflection on personal frames of reference and the effect of strategies, as well as space for authenticity and flexibility. The clinical supervisor can facilitate these essential conditions to support his/her trainee in becoming a skilled communicator.

Chapter 7

In this final chapter, the main findings of each research question are described and discussed in the light of existing literature. This is followed by a discussion of the methodological considerations of our research, which relate to the chosen study design, setting and participants in relation to the generalisability of our findings. Then, the main lessons drawn from our research are outlined. These lessons include: 1) Cognitive overload can be prevented by promoting insight into underlying mechanisms of communication strategies, 2) Trainees need concrete, authentic examples, 3) We must encourage trainees to repeatedly go through a learning cycle of

experimentation and evaluation and 4) The clinical supervisor is able to support trainees' entire communication learning process. We elaborate on each of these lessons in the light of their implications for medical communication training. We end the discussion with an overview of our recommendations for future research, which include: validating our findings, developing and evaluating of curriculum components for skilled communication training, developing evidence for effective communication strategies and exploring the transferability of our findings to other clinical settings and medical competencies.

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1

In het eerste hoofdstuk wordt het onderwerp van dit proefschrift geïntroduceerd: doelgerichte en context-specifieke arts-patiënt communicatie. Eerst wordt het belang van effectieve arts-patiënt communicatie toegelicht. Ondanks het feit dat er veel moeite wordt gestoken in het trainen van toekomstige artsen in communicatieve vaardigheden, laten studies zien dat de geleerde vaardigheden in de dagelijkse praktijk onvoldoende worden toegepast. Deze bevindingen hebben een discussie ontketend rondom de vraag of het trainen en beoordelen van generieke vaardigheden wel de juiste benadering is. Ook heeft het onderzoekers aangezet om de aard van arts-patiënt communicatie in de dagelijkse praktijk onder de loep te nemen. Communicatie is een complex proces gebleken dat bepaald wordt door de doelen die artsen en patiënten nastreven en verschillende contextfactoren. Het wordt aanbevolen om deze doelgerichtheid en contextspecificiteit te integreren in communicatie training. In plaats van toekomstige artsen te trainen in generieke 'communication skills' ('communicatieve vaardigheden'), lijkt het trainen in 'skilled communication' ('vaardige communicatie') beter aan te sluiten bij de praktijk. Het doel van dit proefschrift is exploreren hoe doelgerichte en context-specifieke arts-patiënt communicatie in de onderwijskundige en klinische praktijk gebracht kan worden. Hiervoor moeten we eerst begrijpen wat effectieve communicatie is gezien het doel /de context, zodat we begrijpen *wat* te trainen. We hebben hiervoor twee consultdoelen die belangrijk zijn voor artsen als 'case studies' geselecteerd: 'het verzamelen van informatie' en 'het geruststellen van de patiënt'. Vervolgens proberen we te begrijpen hoe context-specifieke en doelgerichte communicatie geleerd wordt, zodat we beter begrijpen *hoe* te trainen. In lijn met deze *wat* en *hoe* doelstellingen, tracht dit onderzoek een antwoord te vinden op de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Welke communicatiestrategieën zijn helpend om informatie te verzamelen van patiënten?
2. Welke communicatiestrategieën zijn helpend om ongeruste patiënten gerust te stellen?
3. Hoe kunnen we artsen in opleiding helpen bij het leren van doelgerichte en context-specifieke communicatie?

In het resterende gedeelte van dit introducerende hoofdstuk wordt een onderbouwing gegeven voor de gekozen onderzoeksetting, (huisartsenpraktijk en –opleiding), theoretische oriëntatie en methodologie van dit onderzoek.

Hoofdstuk 2

Als eerste case study hebben we gekozen voor het consultdoel 'informatie verzamelen'. Het verzamelen van informatie tijdens consulten is essentieel voor adequate diagnostiek en beleid voor het leveren van patiëntgerichte zorg. Om te bepalen welke strategieën helpend zouden kunnen zijn voor AIOS, hebben we eerst situaties geïdentificeerd die door AIOS als lastig worden ervaren tijdens de informatieverzameling. In een fenomenologisch onderzoek hebben we van 15 AIOS een ochtendspreekuur geobserveerd en ze na ieder consult kort bevraagd over hoe de informatieverzameling verliep. Na afloop van het spreekuur werden de AIOS uitgebreider over deze situaties geïnterviewd. De data zijn geanalyseerd door middel van template analysis. AIOS ervaren problemen in de informatieverzameling indien: 1) het conflicteert met andere doelen zoals het opbouwen van een arts-patiënt relatie en tijdmanagement, 2) de communicatievaardigheden die ze geleerd hebben ineffectief zijn, 3) hun eigen emoties open communicatie belemmeren, 4) de betrouwbaarheid van de gegeven informatie moeilijk te bepalen is en 5) ze last hebben van tunnel visie. Consulten waarin meerdere van deze moeilijkheden zich voordeden werden als bijzonder lastig ervaren, soms leidend tot gevoelens van frustratie en onmacht. Een specifieke situatie die als zeer lastig werd ervaren door alle AIOS is het verzamelen van informatie van breedspakige patiënten. AIOS benoemden expliciet dat ze in deze situatie niet beschikken over de juiste vaardigheden. We concludeerden dat huidige generieke communicatievaardigheden AIOS niet voldoende lijken te ondersteunen om effectief om te kunnen gaan met de uitdagingen die ze tegenkomen tijdens consulten. Voor communicatietraining betekent dit dat AIOS ondersteund moeten worden in het hanteren van doelconflicten en emoties die effectieve informatieverzameling belemmeren. Daarnaast moeten er strategieën aangereikt worden die zijn afgestemd op specifieke uitdagende situaties, zoals het communiceren met breedspakige patiënten.

Hoofdstuk 3

Zoals bleek uit het voorgaande hoofdstuk is het verzamelen van informatie bij breedspakige patiënten een grote uitdaging voor AIOS. Echter, in de literatuur wordt tot op heden weinig aandacht besteed aan hoe effectief te communiceren met breedspakige patiënten. Om deze redenen besloten we om deze specifieke uitdagende context binnen onze case study 'informatie verzamelen' nader te exploreren. Door middel van stimulated recall interviews met 6 ervaren huisartsen

hebben we geïnventariseerd welke communicatiestrategieën zij effectief vinden om informatie te verzamelen van breedsprakige patiënten. Hierbij werd de opname van een consult gebruikt als stimulus. Deze data zijn getrianguleerd met drie focusgroep discussies met huisartsen en geanalyseerd d.m.v. thematische netwerk analyse. Om met breedsprakigheid om te gaan, proberen huisartsen allereerst de oorzaak van de breedsprakigheid te achterhalen om vervolgens een passende aanpak te kunnen kiezen. Ze gebruiken veelal gebruikelijke communicatiestrategieën, maar hanteren hierbij een directievere communicatiestijl. Om te voorkomen dat deze benadering de relatie schaadt, proberen artsen niet meer directief te zijn dan nodig, verantwoordelijkheid voor timemanagement te delen met de patiënt en ervoor te zorgen dat de patiënt geen gezichtsverlies lijdt, bijvoorbeeld door middel van empathisch onderbreken. We concludeerden dat bij gebrek aan empirisch bewijs, de bij huisartsen geïdentificeerde communicatiestrategieën andere (toekomstige) artsen kan helpen om informatie van breedsprakige patiënten op een efficiënte maar tevens respectvolle wijze te verzamelen. Bij de ontwikkeling van 'best practices' dient aandacht besteed te worden aan de oorzaak van de breedsprakigheid en het spanningsveld tussen een directieve benadering en het opbouwen van de arts-patiënt relatie.

Hoofdstuk 4

Onze tweede case study was het consultdoel 'geruststellen'. Veel patiënten die hun huisarts bezoeken zijn ongerust, maar er is weinig empirisch bewijs rondom effectieve geruststellingsstrategieën. Om de mechanismes van effectieve geruststelling van patiënten beter te kunnen begrijpen, hebben we bij patiënten verontrustende cognities en geruststellende cognities geëxploreerd, evenals factoren die geruststellende cognities ondersteunen. In een kwalitatieve studie hebben we 'stimulated recall interviews' uitgevoerd met 21 patiënten van 12 verschillende huisartsen. We hebben consulten geselecteerd waarin de patiënt ongerust was en de huisarts beoogde de patiënt gerust te stellen. De video-opname van het consult werd gebruikt als stimulus voor het interview. De interviews werden geanalyseerd door middel van thematische analyse en het schrijven van interpretatieve samenvattingen. Patiënten uitten vier verschillende kerncognities die ten grondslag lagen aan hun ongerustheid: 'Ik ben bang dat ik iets ernstigs heb', 'mijn klacht zal ernstige lichamelijke gevolgen hebben', 'mijn behandeling zal ernstige gevolgen hebben', en 'mijn klacht zal een negatieve impact hebben op mijn leven'. Patiënten noemden

verschillende persoonsgebonden en contextgebonden factoren die deze gedachtes veroorzaakten. Patiënten beschreven vijf geruststellende kerncognities: 'Ik heb vertrouwen in de expertise van mijn arts', 'ik heb een vertrouwensrelatie met mijn arts', 'ik heb geen ernstige aandoening', 'mijn klacht is onschuldig van aard' en 'mijn klacht zal weer overgaan'. Factoren die benoemd werden als redenen voor deze geruststellende cognities bevatten de handelingen/communicatie van de arts tijdens het consult, evenals reeds bestaande gedachtes over de arts, de arts-patiënt relatie en voorgaande gebeurtenissen. Verontrustende cognities werden weerlegd door specifieke geruststellende cognities, ofwel verontrustende en geruststellende cognities leken met elkaar samen te hangen. We concludeerden dat patiënten verschillende verontrustende cognities hebben, waarvan sommigen niet geuit worden tijdens het consult. Een goed begrip verkrijgen van de specifieke cognities van de patiënt, om vervolgens geruststellende strategieën hierop af te stemmen zou een effectieve manier moeten zijn om geruststelling te bereiken. De geïdentificeerde geruststellende cognities kunnen als leidraad dienen voor andere artsen om deze strategieën in hun eigen praktijk toe te passen.

Hoofdstuk 5

Terwijl hoofdstuk 4 het patiëntperspectief weergeeft binnen onze 'case study' 'geruststellen', beschrijft hoofdstuk 5 geruststellingstrategieën die als effectief ervaren worden door ervaren huisartsen. Wederom betrof dit een kwalitatieve studie met 'stimulated recall interviews' waarin opnames van twee van hun eigen consulten als stimulus werden gebruikt. Allereerst hebben we een bestaande dataset van 15 interviews met huisartsen over de communicatie met hun patiënten geheranalyseerd. Vervolgens hebben we 12 nieuwe huisartsen geïnterviewd over consulten waarin geruststellen een expliciet doel was. Huisartsen streven meerdere doelen na om hun patiënten gerust te stellen: 1) het beïnvloeden van de *emoties* van de patiënt door het creëren van vertrouwen, veiligheid en comfort, wat werd beschouwd als geruststellend op zichzelf en ondersteunend aan het accepteren van geruststellende informatie en 2) het beïnvloeden van de *cognities* van de patiënt door de gedachte dat de klacht duidt op iets ernstigs weg te nemen, vaak gevolgd door de gedachte dat de klacht onschuldig is te versterken. Huisartsen beschreven meerdere acties die via bepaalde mechanismes leiden tot deze doelen. De conclusie van deze studie was dat huisartsen een breed scala aan geruststellende strategieën gebruiken die een waardevolle toevoeging zijn aan de huidige communicatieliteratuur. Onze

gedetailleerde beschrijving zou andere artsen nieuwe tools kunnen aanreiken. De beschreven mechanismes kunnen helpend zijn bij het kiezen van de juiste strategie op het juiste moment en kan informatief zijn voor toekomstige studies naar de effectiviteit van de geïdentificeerde strategieën.

Hoofdstuk 6

Terwijl de eerste vier studies zich richtten op de vraag 'wat' te trainen in doelgerichte en context-specifieke communicatietraining, beoogden we met onze laatste studie inzicht te krijgen in 'hoe' te trainen. Ten behoeve van de ontwikkeling van didactische aanbevelingen voor communicatietraining, beschrijft deze kwalitatieve studie de ervaringen van AIOS en opleiders met betrekking tot hoe AIOS communicatie leren en hoe opleiders hun AIOS ondersteunen bij dit leerproces. Deze ervaringen zijn geëxploreerd door het trianguleren van focusgroepen, discussies tijdens trainingsbijeenkomsten en individuele interviews. Thematische netwerk analyse resulteerde in een leercyclus van zes opeenvolgende leerfasen: impactvolle ervaring; bewustwording en verandering van het referentiekader; identificeren van communicatiestrategieën; experimenteren met communicatiestrategieën; evalueren van communicatiestrategieën; en het beheersen van een gepersonaliseerd communicatie repertoire. De acties van opleiders om deze leerfasen te ondersteunen bestonden uit: het creëren van uitdagingen; het confronteren met en het reflecteren op gedrag en onderliggende mechanismes; het exploreren en demonsteren van communicatiestrategieën; het geven van concrete oefenopdrachten; het creëren van veiligheid; het exploreren van het effect van strategieën; en het faciliteren van herhaalde oefening en reflectie. We concludeerden dat ondersteuning bij de ontwikkeling van een gepersonaliseerd communicatie repertoire, waaruit AIOS strategieën kunnen kiezen die passen bij de context, een aandachtspunt is voor communicatietraining. Hierbij lijken concrete voorbeelden, mogelijkheden voor herhaaldelijke oefening van en reflectie op persoonlijke referentiekaders en het effect van strategieën, en ruimte voor authenticiteit en flexibiliteit belangrijk te zijn. De opleider kan al deze voorwaarden faciliteren om hun AIOS te ondersteunen in hun ontwikkeling tot een 'skilled communicator'.

Hoofdstuk 7

In dit laatste hoofdstuk worden de hoofdbevindingen horende bij de drie onderzoeksvragen beschreven in het licht van bestaande literatuur. Deze beschrijving

wordt gevolgd door een discussie van de methodologische overwegingen van dit onderzoek. Deze zijn gerelateerd aan het gekozen studie design, de setting en de deelnemers in relatie tot de generaliseerbaarheid van onze bevindingen. De discussie wordt voortgezet met een beschrijving van de lessen die getrokken kunnen worden uit dit onderzoek: 1) cognitieve overload kan voorkomen worden door inzicht te vergroten in mechanismes 2) AIOS hebben concrete, authentieke voorbeelden nodig 3) AIOS dienen ondersteund te worden bij het herhaaldelijk doorlopen van de leercyclus en 4) de opleider vervult een belangrijke ondersteunde rol gedurende het gehele leerproces van AIOS. Ieder van deze lessen wordt bediscussieerd in het licht van de implicaties voor communicatie training. We eindigen de discussie met een overzicht van onze aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Deze hebben betrekking op het valideren van onze bevindingen, de ontwikkeling en evaluatie van curriculum componenten voor 'skilled communication' training, de ontwikkeling van 'evidence' voor effectieve communicatie strategieën en de vertaalbaarheid naar andere klinische contexten en competenties.