

Unraveling postgraduate communication learning: from transfer to transformative learning

Citation for published version (APA):

van den Eertwegh, V. P. M. (2015). *Unraveling postgraduate communication learning: from transfer to transformative learning*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20151111ve>

Document status and date:

Published: 01/01/2015

DOI:

[10.26481/dis.20151111ve](https://doi.org/10.26481/dis.20151111ve)

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: Introduction

Chapter 1 introduces the main concepts of this dissertation, discusses its background, and presents the problem statement and two main research questions. The central concept of this dissertation is “effectiveness of medical communication learning at postgraduate level.” The two research questions are: 1) What factors influence the weak transfer of medical communication skills from postgraduate training to medical practice?; and 2) What does the process of learning medical communication look like and what do residents need in order to render this learning process effective or transferable? The chapter first gives an account of why it is so important that we pay attention to communication in medical contexts. Effective communication is important because it is a direct function of increased health outcomes, patient and physician satisfaction, and reduced costs. The chapter then throws more light on the concept of effectiveness, pointing out that it can be measured or defined at different levels. One of these levels is called “transfer,” which measures effectiveness in terms of a change in behavior on-the-job, based on what is learned. This definition of effectiveness as a concrete change in behavior is what our teaching and learning of communication actually aims to accomplish. Transfer, therefore, is our single most important conceptualization of effectiveness. Effective transfer, however, appears to be contingent upon several contextual factors. This dissertation goes on to identify the factors that are the most important with regard to communication learning. The chapter concludes with a short description of the theoretical orientation chosen to investigate the research questions, being transformative learning theory (based on humanism) and social constructivism. The term “communication skills” is used in the first chapters of this dissertation. However, in the course of our research we came to realize that the term “skills” does not sufficiently capture the non-verbal and hidden aspects of communication. Therefore, we gradually came to replace “communication skills learning” by “communication learning.”

Chapter 2: Learning in context - Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace

Chapter 2 presents a narrative review. Research findings on the effectiveness of medical communication training still show inconsistencies and variability. To better understand the root cause of these inconsistencies and variability, this review identifies five main gaps in research on medical communication skills training. The chapter also presents insights from theories on learning and transfer to build the foundation for future research. Contemporary theories on learning based on a constructivist paradigm offer the following insights: acquisition of knowledge and skills should be viewed as an ongoing process of exchange between the learner and his or her environment, so-called lifelong learning; this process can neither be atomized nor separated from the context in which it occurs. Four contemporary approaches are presented as examples. The

chapter concludes by proposing a shift in focus for future research: moving beyond isolated single-factor effectiveness studies toward constructivist, non-reductionist studies integrating the context. The practical implication arising from this narrative review is a need to explore more deeply how constructivist approaches can be used in the medical context to increase effective learning and transfer of communication skills.

Chapter 3: Residents' perceived barriers to communication skills learning - Comparing two medical work contexts in postgraduate training

Contextual factors are known to influence the acquisition and application of communication skills in clinical settings. Knowledge about how residents perceive these factors, however, is scant. This chapter therefore explores residents' perceptions of contextual factors affecting the acquisition and application of communication skills in the medical workplace. To this end, we conducted focus-group interviews with residents in two different specialties: general practice and surgery. Four factors arose as key determinants of communication learning. First, residents perceived confrontation with their communication behavior as a powerful incentive to learning. Second, repetition appeared to enhance the learning and application of communication skills. Residents repeatedly argued that communication was part of "who you are and how you develop as a person." Communication therefore merits attention and should be practiced repeatedly during the entire course of residency training. This was also called encouragement to deliberately practice personal communication behavior in their work environment. As a third factor residents subscribed to the effectiveness of systematic and continuous attention to communication within their institute or department. Finally, residents also perceived appropriate feedback from role models as a powerful learning tool.

An important factor inhibiting the acquisition of communication skills was the use of summative assessment checklists that reduce communication to behavioral components or skills. The summative character of these assessments induced residents to display unauthentic behavior just to pass the assessment. The chapter concludes with a theoretical and a practical suggestion. The findings of this study are consistent with the main principles of transformative learning theory. From a theoretical point of view, we therefore suggest that future research further explores to what extent the use of transformative learning theory as a theoretical framework can help clinical work environments incorporate the aforementioned factors. A practical suggestion is to deploy recordings of real resident-patient consultations which can greatly benefit communication learning. The strength of this method lies in its focus on authentic confrontations and in the recurrence of personalized follow-up sessions.

Chapter 4: Exploring residents' communication learning process in the workplace - A five-phase model

Competency-based education is a resurgent paradigm and communication is regarded as a main competency in professional medical education. However, more specific knowledge is needed about how communication is learned, since it consists of complex skills and is strongly embedded in one's personality, background, character, temperament, frame of reference, etc. Chapter four therefore further explores the learning process that residents in general practice (GP) go through during workplace-based learning in order to become skilled communicators. GP residents were observed during their regular consultations and were interviewed in-depth afterwards.

Analysis of the data resulted in the construction of five phases and two overall conditions with which to describe the development towards becoming a "skilled communicator." The first phase consists of confrontation with desired or undesired behavior or clinical outcomes. Becoming conscious of one's own behavior and changing the underlying frame of reference forms the second phase. The third phase consists of the search for alternative behavior in the form of concrete suggestions to use and experiment with in real practice. After this phase, personalization of the alternative behavior ensued. This was perceived as difficult and required much time, since residents felt consciously incompetent. It was only by a process of trial and error that the new behavior could be personalized. Finally, the fifth phase concerned full internalization of the new behavior, which, by then, had become an integrated part of the residents' clinical repertoire. This final phase was typified by a sense - on the part of the resident - of being unconsciously competent. Safety and cognitive and emotional space were labeled as overall conditions that affected this learning process. Table 1 showcases the five phases and two conditions.

Table 1: The five phases and two overall conditions in residents' process of learning communication.

COGNITIVE AND EMOTIONAL SPACE				
Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
Confrontation with the effect of certain behavior	Becoming conscious of own behavior	Search for alternative behavior	Personalization of new behavior	Internalization and clinical integration
SAFETY				

The above model demonstrates that communication learning requires more than the simple provision and receipt of feedback. The chapter concludes by suggesting that the new model can inform the adjustment of medical work and learning environments in such a way that the development of skilled medical communication can come to full fruition and its benefits are more fully reaped.

Chapter 5: Transformative learning in clinical communication - Creating the opportunity to know thyself

To complement the previous study which targeted the work environment of residents in general practice, in this study we focused on the hospital work context. We conducted in-depth interviews with residents from ten different hospital departments or specialties. The central question was how these residents could learn and improve their communication in a more transformative, and, consequently, more effective manner in their daily medical work environment. Transformative learning is defined as learning that leads to a permanent change in behavior that feels authentic. In this sense transformative learning equals effective learning. This study identified the factors that these residents believed supported their process of transformative learning.

From an analysis of the results it transpired that learners first needed to be confronted with their personal behavior. Then, they needed to be afforded time to digest such confrontations. The results also showed that the success of such assimilation of confrontations depended on one's level of self-awareness. Hence, to bolster transformative learning, it became imperative to increase one's level of self-awareness. Residents identified five factors that helped them achieve this goal. The first four of these factors were: the receipt of more feedback, especially positive; the availability of sensitive role models and personal attention at the work floor; a learning environment in which they felt safe enough to reveal their vulnerability and to try and change existing behavior; and the availability of periodic moments of coaching or peer supervision with other residents in the department. These sessions should preferably be led by an independent coach or a person who is not part of the staff and thus is an outsider to the hierarchy. Finally, a more communication-minded workplace culture in which all members of the department subscribe to the importance of communication was reported as very helpful. An important insight arising from this transformative learning process is that communication learning should become part of learners' lifelong personal development. The findings in this chapter highlight the importance of continuous coaching or peer sessions in residency training, because this form offers a viable opportunity to support communication learning as a process of personal development.

Chapter 6: Discussion

Chapters 2 to 5 describe the empirical studies that provide more insight into the process whereby postgraduates learn medical communication and into the factors that influence its effectiveness (transfer). Chapter 6 forms the discussion chapter of this dissertation. The first part of this discussion summarizes the main findings in relation to the five gaps in existing research. Our findings help fill the first research gap, which is a lack of effectiveness studies focusing on transfer of learned skills to different clinical situations and on their retention. As to the second research gap, our studies revealed which factors inhibit or facilitate the application of skills in real, everyday prac-

tice. In increasing effectiveness and transfer of communication training and learning, the following factors appeared crucial: encouragement to deliberately practice in the work environment, recognition of the value of communication, institutionalized support, appropriate feedback (especially positive) from sensitive role models, personal attention, a safe learning environment fostering the willingness to be vulnerable, independent coaching / supervision, and a communication-minded workplace culture. Non-contextual assessment based on checklists was an important factor that inhibited communication skills learning. With respect to the third research gap, our studies confirmed that systematic implementation at departmental level is crucial for the creation of space and a safe learning climate. In most clinical departments this continuous attention to communication issues was absent. In a similar fashion, the fourth research gap resonated with our finding that assessment of communication skills often occurs without taking proper account of the context and the non-verbal aspects of communication. Especially behavioral checklists appear to have a reductionist effect. Summative assessment also inhibits the learning process, since it encourages residents to display unauthentic communication behavior just to pass the assessment. Finally, our five-phase model also helps fill the fifth research gap, specifically the need for more clarification research and conceptual models. The model shows that the process of learning and improving communication requires more than the simple provision and receipt of feedback. To make learning really effective or transformative one must first become conscious of a blind spot and be afforded the opportunity to reflect on it in such a way that self-awareness increases, after which the newly found alternative behavior should be tried out safely in practice so as to make it personal and until it has finally become internalized.

The second part of the discussion offers suggestions as to how clinical departments can improve their internal organization. All residents in our studies concurred that they needed space and mutual support to reflect on communication issues and develop their professional identity as a doctor. Periodic peer sessions or peer consultations with colleagues at departmental level works well to provide such space and support. We recommend that communication teaching and learning be regarded as a life-long personal development. This credo implies that there is more to communication than the mere behavioral level of skills. It implies that medical work and learning environments should be accommodated to facilitate this learning process. One viable way to do so is by introducing periodic peer sessions into the department. Effectiveness of such sessions will be maximized if they satisfy the following four important conditions: they are embedded and supported by all staff members in the department; they are based on real, authentic confrontations or clinical situations brought forward by the participants; they are not compulsory; and finally, they are facilitated by an independent person to warrant safety and/or by the presence of enough sensitive staff members who can support the learning processes.

Samenvatting

Hoofdstuk 1: Introductie

In hoofdstuk 1 wordt het thema van dit proefschrift geïntroduceerd, nl. “effectiviteit van het communicatieleerproces in de medische vervolgopleiding”. De volgende twee centrale onderzoeksvragen lopen als rode draad door de verschillende hoofdstukken heen: “Welke factoren zijn verantwoordelijk voor de geringe transfer van medische communicatievaardigheden van training naar de dagelijkse praktijk?” en “Hoe ziet het communicatieleerproces er zelf precies uit en wat hebben artsen in opleiding tot specialist (AIOS) nodig om dit leerproces effectief te benutten?” Aan de hand van literatuur wordt eerst de relevantie geschetst van effectieve communicatie. Deze relevantie wordt duidelijk uit de relatie tussen effectieve communicatie en hogere gezondheidsuitkomsten, een grotere tevredenheid onder zowel artsen als patiënten, en lagere kosten voor de gezondheidszorg. Vervolgens wordt het begrip “effectiviteit” onder de loep genomen: effectiviteit kan gemeten worden op vier niveaus, waarvan het derde niveau ook wel “transfer” wordt genoemd; hierbij wordt effectiviteit gemeten op basis van daadwerkelijke gedragsverandering op de werkvloer naar aanleiding van het geleerde. Deze opvatting van effectiviteit is precies wat het medisch communicatieonderwijs beoogt te bewerkstelligen: daadwerkelijke bewustwording en gedragsverandering in de praktijk. In onze ogen is transfer daarom de belangrijkste belichaming van effectief communicatieonderwijs. In de totstandkoming van transfer blijken verschillende contextafhankelijke factoren een rol te spelen. Dit proefschrift ontrafelt welke van deze factoren belangrijk zijn bij de verwerving van competentie met betrekking tot adequate arts-patiëntcommunicatie.

Hoofdstuk 1 wordt afgesloten met een korte toelichting op het theoretisch kader waarop de beantwoording van de onderzoeksvragen zich stoelt, bestaande uit Transformative learning theory (gebaseerd op het Humanisme) en Sociaal constructivisme.

Hoofdstuk 2: Leren in context - lacunes in onderzoek rondom transfer van medische communicatievaardigheden van training naar de klinische praktijk

Hoofdstuk 2 presenteert een narratieve literatuurstudie. Onderzoek naar de effectiviteit van training in medische communicatievaardigheden laat veel inconsistentie en variatie tussen studies zien.

In een poging deze inconsistenties en variatie beter in kaart te brengen, identificeert deze studie vijf lacunes in onderzoek rondom training en transfer van medische communicatievaardigheden. Daarnaast reikt het hoofdstuk enkele inzichten aan uit het aanverwante vakgebied “leren en transfer van leren”. Toekomstig onderzoek kan de inzichten uit dit aangrenzend vakgebied verder toetsen en inzetten binnen het domein van medisch communicatieonderwijs. Op die manier vindt kruisbestuiving tussen verschillende onderzoeksgebieden plaats. De voor dit proefschrift interessante inzichten uit dit aanverwante vakgebied zijn afkomstig van constructivistische leerparadigma’s. Deze paradigma’s zeggen dat leren (oftewel het verwerven van kennis, vaardigheden

en inzicht) veel meer beschouwd moet worden als een continu proces. Dit proces is een wisselwerking tussen de lerende en zijn of haar omgeving, ook wel *lifelong learning* genoemd. Het heeft de voorkeur dit leerproces niet teveel op te splitsen in deelstukjes en niet te scheiden van de context waarin het leren plaatsvindt. Ter illustratie worden vier voorbeelden geschetst van constructivistische benaderingen van leren en transfer.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met de aanbeveling om toekomstig communicatieonderzoek voortaan vanuit een andere invalshoek te benaderen: weg van geïsoleerde studies waarbij slechts één factor onderzocht wordt, naar constructivistische, niet-reductionistische studies die de context integreren.

Een praktisch vervolg op deze studie zou zijn om nader te onderzoeken hoe constructivistische benaderingen van leren en transfer gebruikt kunnen worden om de effectiviteit van medisch communicatieonderwijs te vergroten.

Hoofdstuk 3: Barrières in het communicatieleerproces volgens AIOS – een vergelijking van twee medische werkplekken in de vervolgopleiding

Het is bekend dat contextuele factoren van invloed zijn op het aanleren en toepassen van communicatievaardigheden in de klinische praktijk. Er is echter weinig bekend over hoe AIOS als lerenden hier zelf tegenaan kijken. Dit hoofdstuk onderzoekt daarom welke contextfactoren volgens AIOS het communicatieleerproces op de werkplek het meest beïnvloeden. Voor dit doel namen we focusgroepinterviews af bij AIOS werkzaam in twee verschillende specialismen: huisartsgeneeskunde en chirurgie. Vijf factoren bleken in belangrijke mate het leerproces te beïnvloeden en te bepalen. Allereerst bleek confrontatie met het eigen communicatiegedrag een belangrijke factor die de wil om te leren voedde. Daarnaast bleek de mogelijkheid tot oefenen of herhaling erg belangrijk. De AIOS in onze studie gaven aan dat ze communicatie beschouwden als onderdeel van hun persoonlijke ontwikkeling. Structurele aandacht voor communicatie en de mogelijkheid om tijdens het werk nieuw gedrag uit te proberen en te oefenen was daarom essentieel. AIOS die hierin actief ondersteund werden door staf en collega's, konden door deze vorm van *deliberate practice* hun communicatie stapsgewijs en structureel verbeteren. Logischerwijs volgt hieruit dat het als zeer bevorderlijk werd beschouwd wanneer het communicatieonderwijs structureel ingebed was in de afdeling (factor 3). Als vierde factor gaven AIOS aan constructieve feedback van rolmodellen als een krachtig leermiddel te ervaren. Ten slotte was er een vijfde factor die het communicatieleerproces juist belemmerde: de summatieve toetsingsvorm aan de hand van scorelijsten. Bij deze vorm van toetsing wordt het communicatieproces tot gedragscomponenten gereduceerd zonder dat daarbij de context goed in acht wordt genomen. Hierdoor ervoeren AIOS deze scorelijsten als een reductionistische vorm van toetsing. Ook het summatieve karakter van de toetsing werd als negatief ervaren, doordat het de AIOS forceerde om bepaald (onecht) gedrag te vertonen enkel om de toets te behalen.

Het hoofdstuk sluit af met een theoretische en een praktische suggestie. Onze bevindingen bleken te resoneren met de basisprincipes van transformatieve learning theory. Het zou daarom interessant zijn als vervolgonderzoek zich verder richtte op de vraag hoe transformatieve learning theory als theoretisch kader gebruikt kan worden om klinische werkomgevingen te helpen voornoemde factoren te integreren. De praktische suggestie betreft het gebruik van video-opnames van echte arts-patiënt consulten als effectieve manier om communicatieonderwijs structureel en stapsgewijs in te vullen. De kracht van deze methode ligt in het gebruik van authentieke confrontaties uit de praktijk van de lerende zelf en in het continue karakter waardoor er ruimte ontstaat voor *deliberate practice*.

Hoofdstuk 4: Het communicatieleerproces op de werkvloer ontrafeld - een vijf-fasen model

Competentiegericht opleiden is een actueel thema. Een van de basiscompetenties waarop de medische vervolgopleiding zich richt is communicatie. Specifieke kennis over hoe het communicatieleerproces er nu eigenlijk uitziet, is echter heel summier. Bekend is dat communicatie bestaat uit een complex samenspel van verbale en non-verbale vaardigheden en inzicht en dat zij sterk verankerd is in de persoonlijkheid, achtergrond, karakter, temperament, normen en waarden, overtuigingen, referentiekader etc. van de lerende. Het is daarom uitermate belangrijk dat we meer inzicht verkrijgen in het leerproces hierachter, opdat duidelijk wordt welke aanpassingen in het onderwijsaanbod voor een groter leerrendement kunnen zorgen. Hoofdstuk vier onderzoekt daarom specifiek hoe het communicatieleerproces van huisartsen in opleiding er uitziet in de praktijk. Voor dit doel hebben we huisartsen in opleiding geobserveerd tijdens hun consulten met patiënten en vervolgens één op één diepte-interviews bij hen afgenomen.

Analyses van de data hebben geleid tot de constructie van vijf fasen en twee overkoepelende voorwaarden die het leerproces beschrijven. Confrontatie met (on)gewenst gedrag of klinische uitkomsten vormt de eerste fase. In de tweede fase wordt de AIOS zich bewust van het eigen gedrag of aandeel. De derde fase bestaat uit het zoeken naar alternatieven in de vorm van praktische tips of soms zelfs concrete zinnen die uitgetoet kunnen worden in de praktijk. In de vierde fase vindt personalisering van de alternatieven plaats. Hierbij probeert de lerende de alternatieven net zo lang uit in de praktijk totdat er een vorm overblijft die goed voelt, past bij de persoon en echt werkt. Dit personaliseren werd ervaren als moeilijkste fase omdat de AIOS zich bewust incompetent voelde en het alternatief enkel door middel van vallen en opstaan een vorm kon geven die paste bij zijn of haar persoon. De vijfde fase bestond uit internalisering van het nieuwe gedrag, zodanig dat dit volledig geïntegreerd was in het klinisch handelen. Kenmerkend voor deze laatste fase was het gevoel onbewust competent te zijn met betrekking tot de communicatie. Tabel 1 geeft de fasen verkort weer.

Uit het onderzoek kwam verder naar voren dat het leerproces verbonden was aan twee overkoepelende voorwaarden. In de eerste plaats bleek cognitieve en emotionele ruimte vereist te zijn voor een succesvol verloop van het leerproces: AIOS gaven aan dat ze zowel in hun hoofd (cognitief) als emotioneel voldoende rust en ruimte moesten ervaren vooraleer ze actief aan de slag konden gaan met hun eigen communicatie. De tweede overkoepelende voorwaarde bleek een gevoel van veiligheid te zijn: zich veilig genoeg voelen om persoonlijke confrontaties of situaties openlijk te durven bespreken, maar ook om nieuw gedrag te durven uitproberen in de praktijk.

Tabel 1: De vijf fasen en twee overkoepelende voorwaarden in het communicatieleerproces

Cognitieve en emotionele ruimte				
Fase 1 Confrontatie	Fase 2 Bewustwording van eigen gedrag en aandeel in de communicatie	Fase 3 Zoektocht naar alternatief gedrag	Fase 4 Personalisering van het nieuwe gedrag	Fase 5 Internalisering en integratie met klinisch handelen
Veiligheid				

Deze fasen laten zien dat het communicatieleerproces meer omvat dan slechts het “geven en ontvangen van feedback”. In het hoofdstuk wordt ten slotte voorgesteld dat, op basis van de nieuw verworven kennis en inzichten met betrekking tot de vijf fasen en twee voorwaarden, de leer- en werkomgeving van AIOS zodanig wordt aangepast dat de vruchten van effectieve communicatie sneller en langduriger geplukt kunnen worden.

Hoofdstuk 5: Transformerend leren van communicatie in een ziekenhuiscontext - creëer de mogelijkheid voor zelfinzicht

Terwijl het vorige hoofdstuk het communicatieleerproces van AIOS in een huisartsgeneeskundesetting onder de loep nam, richt dit hoofdstuk zich in het bijzonder op de ziekenhuissetting. Het belangrijkste verschil tussen deze twee settings ten aanzien van communicatie is de aandacht die zij expliciet hieraan besteden. Bij huisartsgeneeskunde is er structurele aandacht voor communicatieonderwijs, terwijl de ziekenhuisspecialisaties in ons onderzoek hun AIOS niet structureel communicatieonderwijs aanbieden. Om het communicatieleerproces in deze ziekenhuissetting inzichtelijk te maken hebben we diepte-interviews afgenomen bij AIOS van tien verschillende ziekenhuisspecialisten. Onze onderzoeksvraag was: “Wat helpt jou om je communicatieleerproces transformerend (effectief) te maken?” Transformerend leren werd gedefinieerd als een manier van leren die leidt tot een permanente verandering in gedrag die authentiek

voelt. De resultaten van deze studie onthullen welke factoren de AIOS als ondersteunend ervoeren in hun proces van transformerend leren. Ook hier werd confrontatie duidelijk genoemd als belangrijkste prikkel voor de AIOS om überhaupt met de eigen communicatie aan de slag te gaan. Daarnaast bleek het van belang om regelmatig een moment van tijd en ruimte te creëren om de confrontatie te laten bezinken en na te kunnen denken over het eigen aandeel erin en wat anders kan. Deze reflectie, of beter gezegd de kwaliteit ervan, bleek af te hangen van de mate van zelfkennis van de lerende. Wanneer de reflectie leidde tot vergroting van zelfkennis/zelfinzicht, dan ervoeren de AIOS dit als transformerend leren.

Er werden vijf specifieke factoren genoemd die dit zelfinzicht hielpen vergroten. Ten eerste werd het belang genoemd van (meer) concrete communicatie-specifieke feedback. Hierbij werd ook expliciet de behoefte aan meer positieve feedback geuit, omdat dit bekrachtigend werkt voor het zelfvertrouwen. De tweede factor betrof de aanwezigheid van rolmodellen op de afdeling die feeling hadden voor en sensitief waren ten opzichte van communicatie. Wanneer zulke rolmodellen de AIOS hielpen bij hun reflectie tijdens een moment van persoonlijke en onbevooroordeelde aandacht, dan zette dit de AIOS aan tot transformerend leren. Een derde factor betrof de mate van veiligheid; deze bleek ook in de ziekenhuissetting noodzakelijk voor de AIOS om zich kwetsbaar te durven opstellen en bestaand gedrag te veranderen. Als vierde werd het belang genoemd van structurele intervisie binnen de afdeling. Twee van de tien afdelingen boden hun AIOS de mogelijkheid tot structurele intervisie. Dit werd ervaren als zeer waardevol en als leidend tot transformerend leren. Het had de voorkeur deze intervisiesessies te laten leiden door een externe persoon of coach met ervaring op het gebied van communicatie en sociaal-emotionele ontwikkeling en die onafhankelijk was van de hiërarchie op de afdeling. Tot slot werd genoemd dat de mate van communicatiebewustzijn binnen de afdeling een belangrijke factor vormde voor de AIOS om zelf wel of niet aan de slag te gaan met de eigen communicatie en zich wel of niet gesteund te voelen hierin.

Kortom, het communicatieleerproces zou veel meer beschouwd moeten worden als een vorm van persoonlijke ontwikkeling. Structurele intervisie biedt daar een praktische vorm van ondersteuning voor.

Hoofdstuk 6: Discussie

Hoofdstuk 6 vormt de discussie van dit proefschrift die voortvloeit uit de in hoofdstuk twee tot en met vijf gerapporteerde resultaten. Het eerste gedeelte van de discussie vat de hoofdresultaten samen aan de hand van de vijf lacunes in communicatieonderzoek zoals beschreven in hoofdstuk 2. De eerste twee lacunes betreffen enerzijds het gebrek aan effectiviteitsstudies die transfer en langetermijneffecten meten en anderzijds het gebrek aan inzicht in de factoren die deze transfer belemmeren en bevorderen. Uit onze studies kwam naar voren dat de volgende factoren transfer ondersteunden: herkenning en erkenning van het belang van communicatie, aanmoediging van en onder-

steuning bij *deliberate practice* van communicatie in de dagelijkse werkomgeving, structurele facilitering hiervoor vanuit de afdeling, constructieve en positieve feedback van sensitieve rolmodellen, momenten van persoonlijke aandacht, een omgeving die dermate veilig is dat men zich kwetsbaar durft op te stellen, onafhankelijke intervisiemomenten binnen de afdeling, en een communicatiebewuste werkcultuur. Een belangrijke belemmerende factor bleek het summatief beoordelen aan de hand van checklists.

Gebrek aan structurele ondersteuning en inbedding van communicatie in de afdeling vormde de derde lacune. Onze bevinding was dat dit gebrek ook binnen de ziekenhuissetting bleek te bestaan; tevens vonden wij bevestiging van het belang van zulke structurele inbedding voor het waarborgen van ruimte en veiligheid en daarmee voor het vergroten van het leerrendement. De vierde lacune betrof voorts de subjectieve of onjuiste toetsing van communicatie door een te geringe inachtneming van context. In onze studies werd dit verder geconcretiseerd door de constatering dat de subjectiviteit of onjuistheid onder meer veroorzaakt werd doordat checklists de non-verbale aspecten van communicatie niet meenamen. Bijgevolg was dat het gebruik van deze zogeheten checklists een reductionistisch effect had. Daarnaast bleek ook dat het summatieve karakter van toetsing onecht gedrag in de hand werkte, i.e. gedrag dat enkel en alleen vertoond werd om de toets te halen.

Tot slot haakt dit proefschrift in op een vijfde lacune die zich kenmerkt door een behoefte aan meer verklarend onderzoek en conceptuele modellen. Ons vijf-fasen model conceptualiseert het communicatieleerproces en laat zien dat het veel genuanceerder is en om meer draait dan enkel om het geven en ontvangen van feedback. Wil men dat het leerproces zodanig effectief benut wordt dat het de beoogde gedragsveranderingen tot gevolg heeft, dan dient lerende zich bewust te worden van een blinde vlek, hierop te reflecteren opdat het zelfinzicht vergroot wordt en dient hij of zij het gevonden alternatieve gedrag in een veilige omgeving uit te proberen en te oefenen in de praktijk van alledag totdat er sprake is van personalisering en uiteindelijk internalisering.

Het tweede gedeelte van de discussie bespreekt verbeteringsuggesties op afdelingsniveau. Alle AIOS in onze studies waren het ermee eens dat voldoende ruimte voor en ondersteuning bij reflectie op communicatieaangelegenheden van essentieel belang was voor hun verdere persoonlijke en professionele ontwikkeling. Structurele intervisie binnen de afdeling bleek een geschikte manier om deze gewenste ruimte en ondersteuning te bieden.

Daarnaast moedigen wij onderwijsontwikkelaars aan om communicatieonderwijs meer te gaan beschouwen als vorm van levenslange persoonlijke ontwikkeling. Deze zienswijze impliceert dat communicatie meer behelst dan enkel gedragingen of vaardigheden. Dit impliceert ook dat medische werk- en leeromgevingen aangepast moeten worden om dit persoonlijk leerproces mogelijk te maken. Zoals gezegd kan structurele intervisie hulp bieden, mits de volgende vier punten daarbij in acht worden genomen: 1) Zorg dat de intervisie goedkeuring krijgt van en ondersteund wordt door alle leden van de afdeling, 2) Maak gebruik van echte, authentieke confrontaties die de deelne-

mers zelf inbrengen, 3) Maak deze intervisiemomenten niet verplicht, en tot slot 4) Maak gebruik van een onafhankelijke, ervaren persoon die de intervisie begeleidt en daarmee het gevoel van veiligheid vergoot.

Tot slot dienen de voordelen die te verwachten zijn van structurele invoering van intervisie voor AIOS vanzelfsprekend verder onderzocht te worden. Vooralsnog kan in ieder geval gesteld worden dat de huidige aanpak niet afdoende werkt en geld inefficiënt wordt besteed: huidige kostbare communicatietrainingsvormen leiden niet tot gewenste permanente resultaten, en de gevolgen van slechte arts-patient communicatie zijn letterlijk en figuurlijk kostbaar. Hierdoor kunnen we ons niet veroorloven om niets te doen.