

Bachelorproef

Het verband tussen scores op de Doctor Patient Scale, Skills Attitude Scale, Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de Scale of Physician Empathy, en de communicatievaardigheden van arts-assistenten in opleiding

Opleiding: Professionele bachelor Toegepaste Psychologie

Academiejaar: 2024 - 2025

Bachelorproefcoördinatoren: Els Pazmany; Yannick Hellemans

Bachelorproefbegeleider: Bart Michiels

Opdrachtgever: Toon Steinhauser

Namen projectgroep: Bracquiné Yael, De Sterck Billie, Lisek Julia,
Van Camp Mats

Voorwoord

Aan het begin van het academiejaar 2024-2025 kregen we als studenten van de AP Hogeschool de kans om onze bachelorproef te wijden aan een bijzonder betekenisvol onderwerp namelijk communicatievaardigheden bij arts-assistenten. Dat we hiermee konden bijdragen aan een lopend doctoraatsonderzoek, maakte ons enthousiasme alleen maar groter. Dit thema sprak ons sterk aan, omdat we ervan overtuigd zijn dat kwalitatieve hulpverlening voor iedereen begint bij goede communicatie tussen arts en patiënt, een onmisbare kernwaarde in de gezondheidszorg.

Ons onderzoek sluit aan bij het doctoraatsonderzoek rond arts-patiëntcommunicatie van dr. Toon Steinhauser, onze opdrachtgever. Het was een eer en een plezier om met hem samen te mogen werken. De samenwerking met dr. Steinhauser verliep vlot. We willen hem bedanken voor zijn ondersteuning, zijn bereidheid om onze vragen te beantwoorden en voor alle hulp die we mochten ontvangen gedurende dit traject.

Daarnaast zijn we onze bachelorproefbegeleider Bart Michiels zeer dankbaar. Dankzij zijn betrokkenheid, regelmatige overlegmomenten en waardevolle feedback konden wij ons werk verbeteren. Zeker zijn hulp bij de statistische analyse was onmisbaar.

Verder willen we onze dank uiten aan alle medewerkers van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit onderzoek, zowel voor als achter de schermen. In het bijzonder danken we de arts-assistenten die hun tijd en inzet beschikbaar stelden om aan dit onderzoek deel te nemen.

Tot slot hopen we dat u als lezer met evenveel interesse door deze bachelorproef gaat als waarmee wij het onderzoek hebben uitgevoerd.

Abstract

Een effectieve communicatie tussen arts en patiënt is essentieel voor kwalitatieve zorg en een beter herstel. Zwakke communicatievaardigheden kunnen negatieve gevolgen hebben, zoals verhoogde stress en bezorgdheid bij patiënten. Eerder onderzoek toont aan dat arts-assistenten vaak tekortschieten op dit vlak.

Het doel van dit onderzoek is het nagaan of de attitudevragenlijsten, die door arts-assistenten worden ingevuld, een voorspellende waarde hebben voor de kwaliteit van hun communicatie. De attitudevragenlijsten meten aan de hand van stellingen, de houding van arts-assistenten ten opzichte van communicatie, het leren van communicatievaardigheden en hun benadering van ziekte of patiëntgerichtheid. De onderzochte attitudevragenlijsten zijn de Doctor-Patient Scale, Communication Skills Attitude Scale, Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de Jefferson Scale of Physician Empathy. De communicatievaardigheden van de arts-assistenten werden gemeten via drie vragenlijsten ingevuld door externe beoordelaars na een consultatie met de arts-assistent. De beoordelingsinstrumenten die hiervoor werden gebruikt zijn de Maastrichtse Anamnese en Advies Scorelijst, de Consultation and Relational Empathy vragenlijst en de Non-verbale communicatievragenlijst.

Om significante verbanden tussen de attitudebeoordelvragenlijsten en communicatievaardigheden te analyseren, werd de Spearman-correlatiecoëfficiënt toegepast.

Verder werd onderzocht of demografische kenmerken (zoals specialisatie, geslacht, jaren klinische ervaring, universiteit van opleiding en bewustzijn van beoordeling) samenhangen met verschillen in communicatievaardigheden of attitudebeoordeling. Hiervoor werden de Mann-Whitney U-toets en de Kruskal-Wallis toets gebruikt.

De resultaten tonen aan dat de Leeds Attitude Towards Concordance Scale de grootste voorspellende waarde heeft voor de communicatievaardigheden van arts-assistenten. In tegenstelling hiermee blijken de Doctor Patient Scale, Communication Skills Attitude Scale en de Jefferson Scale of Physician Empathy geen significante voorspellende waarde te hebben. Daarnaast geeft het onderzoek aan dat demografische factoren invloed hebben op de communicatievaardigheden van arts-assistenten. Echter de voorspellende waarde van de attitudevragenlijsten berust niet op de demografische factoren van de arts-assistenten.

Op basis van de resultaten worden jaarlijks communicatiewerkshops voor arts-assistenten en het gebruik van communicatiechecklists tijdens stages aanbevolen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Abstract	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	9
Aanleiding en context van het praktijkprobleem	9
Probleembeschrijving.....	11
Onderzoeksdoel.....	13
Literatuurstudie	14
Definitie van communicatie.....	14
Patiëntgerichte communicatie	14
Communicatievaardigheden bij artsen	15
Empathie bij artsen	16
Geselecteerde vragenlijsten voor het onderzoek.....	16
Leeds Attitude Towards Concordance Scale (LATCon).....	17
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	18
Doctor-Patient rating (DP-schaal)	19
Communication Skills Attitude Scale (CSAS)	19
CARE-NL.....	20
Maastrichtse Anamnese en Advies Scorelijst (MAAS 2.0).....	20
Non-verbale communicatievragenlijst.....	21
Onderzoeksvragen	22
Hoofdvraag	22
Deelvragen.....	22
Methode.....	23
Respondenten	23
Instrument.....	23
Procedure	26
Analysemethode.....	27
Gekozen meetniveau	27
Gekozen statistische toetsen	28

Resultaten.....	30
Vergelijking tussen de Doctor Patient Scale en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijsten	30
Doctor Patient Rating en de CARE-NL vragenlijst	30
Doctor Patient Rating en de Non-verbale communicatievragenlijst	30
Doctor Patient Rating en de MAAS 2.0.....	31
Vergelijking tussen de Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst.....	31
Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de CARE-NL	31
Leeds Attitude Towards Concordance Scale en MAAS 2.0	32
Leeds Attitude Towards Concordance Scale en Non-verbale communicatievragenlijst.....	32
Vergelijking tussen de Communication Skills Attitude Scale en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non- verbale communicatievragenlijst	32
Communication Skills Attitude Scale en CARE-NL	32
Communication Skills Attitude Scale en MAAS 2.0.....	33
Communication Skills Attitude Scale en Non-verbale communicatievragenlijst	33
Vergelijking tussen de Jefferson Scale of Physician Empathy en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst	33
Jefferson Scale of Physician Empathy en de CARE-NL	33
Jefferson Scale of Physician Empathy en de MAAS 2.0	34
Jefferson Scale of Physician Empathy en de Non-verbale communicatievragenlijst.....	34
Vergelijking demografische kenmerken arts-assistenten	34
Specialisatie	35
Aantal jaar klinische ervaring	40
Universiteit van opleiding.....	44
Geslacht	47
Arts-assistenten die het (niet) doorhadden	49
Conclusie	51
Antwoord op de hoofdvraag	53
Kritische bedenkingen	54
Suggesties voor vervolgonderzoek	55
Aanbevelingen voor de praktijk.....	56
Lijst met afkortingen.....	57
Referenties.....	58

Bijlagen	63
Bijlage 1: Doctor Patient Scale	63
Bijlage 2: Communication Skills Attitude Scale.....	67
Bijlage 3 : Leeds Attitude Towards Concordance Scale.....	69
Bijlage 4: Jefferson Scale of Physician Empathy	70
Bijlage 5: MAAS 2.0	71
Bijlage 6: Non-verbale communicatievragenlijst.....	72
Bijlage 7: CARE-NL	73
Bijlage 8: Significanties Doctor Patient scale en CARE-NL	74
Bijlage 9: Significanties Doctor Patient scale en de Non-verbale communicatievragenlijst.....	75
Bijlage 10: Significanties Doctor Patient Scale en MAAS 2.0	76
Bijlage 11: Significanties JSPE en CARE-NL	77
Bijlage 12 : significanties JSPE en de Non-verbale communicatievragenlijst	78
Bijlage 13: significanties JSPE en MAAS 2.0.....	79
Bijlage 14: Significanties LATCon en CARE-NL.....	80
Bijlage 15: significanties LATCon en Non-verbale communicatievragenlijst	81
Bijlage 16: significanties LATCon en MAAS 2.0	82
Bijlage 17 : significanties CSAS en CARE-NL.....	83
Bijlage 18: significanties CSAS vs Non-verbale communicatievragenlijst.....	84
Bijlage 19: significanties CSAS en MAAS 2.0.....	85
Bijlage 20: specialisatie vs. DP-schaal.....	86
Bijlage 20.1: gemiddelde item 16 DP-schaal, specialisatie	89
Bijlage 20.2: gemiddelde item 21 DP-schaal, specialisatie	89
Bijlage 20.3: gemiddelde item 27 DP-schaal, specialisatie	90
Bijlage 21: specialisatie vs. JSPE	91
Bijlage 21.1: gemiddelde item 2 JSPE, specialisatie	92
Bijlage 22: specialisatie vs. LATCon.....	93
Bijlage 23: Specialisatie vs. CSAS	94
Bijlage 23.1: gemiddelde item 12 CSAS, specialisatie.....	95
Bijlage 24: specialisatie vs. CARE-NL.....	96
Bijlage 24.1: gemiddelde item 7 CARE-NL, specialisatie.....	96
Bijlage 25: Specialisatie vs. MAAS 2.0	97
Bijlage 25.1: gemiddelde item 8 MAAS 2.0, specialisatie	98
Bijlage 25.2: gemiddelde item 9 MAAS 2.0, specialisatie	98
Bijlage 26: specialisatie vs. Non-verbale communicatievragenlijst	99
Bijlage 26.1: gemiddelde item 4 Non-verbale communicatievragenlijst, specialisatie	99

Bijlage 27: aantal jaar klinische ervaring en DP-schaal.....	100
Bijlage 28: aantal jaar klinische ervaring en JSPE	104
Bijlage 28.1: gemiddelde item 1 JSPE, aantal jaar klinische ervaring	105
Bijlage 28.2: gemiddelde item 13 JSPE, aantal jaar klinische ervaring	105
Bijlage 29: aantal jaar klinische ervaring en LATCon	106
Bijlage 29.1: gemiddelde item 11 LATCon, aantal jaar klinische ervaring	107
Bijlage 30: aantal jaar klinische ervaring en CSAS	108
Bijlage 30.1: gemiddelde item 4 CSAS, aantal jaar klinische ervaring	109
Bijlage 31: aantal jaar klinische ervaring en CARE-NL	110
Bijlage 32: aantal jaar klinische ervaring en MAAS 2.0	111
Bijlage 32.1: gemiddelde item 13 MAAS 2.0, aantal jaar klinische ervaring	111
Bijlage 33: aantal jaar klinische ervaring en de Non-verbale communicatievragenlijst.....	113
Bijlage 34: universiteit van opleiding en DP-schaal	114
Bijlage 34.1: gemiddelde item 4 DP-schaal, universiteit van opleiding	117
Bijlage 34.2: gemiddelde item 43 DP-schaal, universiteit van opleiding	117
Bijlage 34.3: gemiddelde item 54 DP-schaal, universiteit van opleiding	118
Bijlage 35: universiteit van opleiding en JSPE.....	119
Bijlage 36: universiteit van opleiding en LATCon	121
Bijlage 36.1: gemiddelde item 10 LATCon, universiteit van opleiding	122
Bijlage 37: universiteit van opleiding en CSAS.....	123
Bijlage 37.1: gemiddelde item 23 CSAS, universiteit van opleiding	124
Bijlage 38: universiteit van opleiding en CARE-NL.....	125
Bijlage 39: universiteit van opleiding en MAAS 2.0	126
Bijlage 40: universiteit van opleiding en Non-verbale communicatievragenlijst	127
Bijlage 41: geslacht en DP-schaal	128
Bijlage 41.1: gemiddelde item 4 DP-schaal, geslacht	130
Bijlage 41.2: gemiddelde item 19 DP-schaal, geslacht	130
Bijlage 41.3: gemiddelde item 30 DP-schaal, geslacht	130
Bijlage 42: geslacht en JSPE	131
Bijlage 42.1: gemiddelde item 13 JSPE, geslacht	131
Bijlage 43: geslacht en LATCon	132
Bijlage 43.1: gemiddelde item 10 LATCon, geslacht	132
Bijlage 44: geslacht en CSAS	133
Bijlage 45: geslacht en CARE-NL	134

Bijlage 46: geslacht en MAAS 2.0	135
Bijlage 46.1: gemiddelde item 7 MAAS 2.0, geslacht	135
Bijlage 46.2: gemiddelde item 13 Maas 2.0, geslacht	135
Bijlage 47: geslacht en Non-verbale communicatievragenlijst.....	136
Bijlage 48: had het door of niet en CARE-NL	137
Bijlage 49: had het door of niet en MAAS 2.0	138
Bijlage 49.1: gemiddelde item 3 MAAS 2.0, had het door of niet	138
Bijlage 49.2: gemiddelde item 11 MAAS 2.0, had het door of niet	138
Bijlage 50: had het door of niet en Non-verbale communicatievragenlijst.....	139

Inleiding

Aanleiding en context van het praktijkprobleem

Volgens McCabe en Healy (2018) is goede communicatie tussen een arts en een patiënt belangrijk. Zo draagt dit bij aan een gedeeld begrip, wat essentieel is om tot overeenstemming te komen over de problematiek en de geschikte behandeling. Wanneer er sprake is van dergelijke communicatie, is de kans groter dat de patiënt de behandeling correct en volledig opvolgt, wat de kans op herstel verhoogt (McCabe & Healy, 2018).

Hoewel het belang van goede communicatie duidelijk is, blijkt uit de praktijk dat dit nog vaak misloopt. Volgens Kee et al. (2016) zijn er veel klachten die vaak verband houden met gebrekkige communicatie door artsen. Zo toont onderzoek aan dat medische fouten die door artsen en verpleegkundigen gemaakt worden, het gevolg zijn van communicatieproblemen tussen hen en de patiënten. Hierbij gaat het over fouten zoals het onjuist toedienen van medicatie of het toedienen van medicatie aan de verkeerde patiënt (Topcu et al., 2017). Daarnaast kunnen stress en bezorgdheden bij patiënten een negatieve invloed hebben op hun gezondheid (Van Osch et al., 2017). Om deze negatieve gevolgen te vermijden en effectieve en waardevolle zorg te bieden is het essentieel dat artsen goed communiceren en actief aandacht besteden aan gevoelens en bezorgdheden van hun patiënten (Van Osch et al., 2017). Patiënten voelen zich immers meer geholpen wanneer de arts investeert in goede communicatie (Kee et al., 2018). Verschillende onderzoekers benadrukken daarom het belang van effectieve communicatie voor een optimale arts-patiëntrelatie, wat bijdraagt aan verbeterde gezondheidsresultaten (Ratajska et al., 2023). Ondanks deze consensus blijkt uit onderzoek dat artsen in opleiding tekortkomingen vertonen in communicatievaardigheden, het structureren van consultaties en het begrijpen van het perspectief van de patiënt (Bachmann et al., 2017). Deze tekortkomingen kunnen leiden tot ontevredenheid bij patiënten (Kee et al., 2018).

In de meeste landen wordt training in communicatievaardigheden dan ook als essentieel beschouwd (Ratajska et al., 2023). Zo wordt binnen de opleiding Geneeskunde belang gehecht aan communicatie tussen de arts en de patiënt. Van een bachelor en een master student wordt er verwacht dat hij of zij de rol van de communicator kan aannemen na het afronden van de opleiding. Dit houdt in dat men tijdens een consultatie correct communiceert met de patiënt volgens de normen van “good practice”(Universiteit Antwerpen, z.d.).

Ondanks het volgen van communicatietrainingen, blijkt uit onderzoek dat artsen in opleiding nog onvoldoende beschikken over communicatievaardigheden in interactie met patiënten (Kee et al., 2016). Dit kan erop wijzen dat communicatievaardigheden die de studenten leren tijdens hun opleiding Geneeskunde, onvoldoende worden gebruikt of onderhouden worden tijdens de stages. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat studenten tijdens stages gedrag observeren en overnemen van hun rolmodellen, zoals professoren en ervaren artsen (Ahmadian Yazdi et al., 2019). Volgens Essers et al. (2019) ervaren studenten in bijna de helft van hun consultaties dat hun rolmodellen niet de communicatie vertonen die hen wordt aangeleerd in de opleiding. Vooral bij het verkennen van gedachten, verwachtingen en gevoelens van de patiënt, kregen de studenten vaak geen goed voorbeeld van hun rolmodellen. Echter blijkt uit onderzoek dat er geen duidelijke conclusies bestaan over de communicatievaardigheden bij ervaren artsen. Zo blijkt uit een studie van Moezzi et al.

(2024) dat bestaande studies hierover onderlinge tegenstrijdige resultaten vertonen, wat mogelijk verklaard kan worden door verschillen in onderzoekspopulaties, zoals leeftijd, geslacht, werkervaring, opleidingsniveau en het al dan niet ontvangen van training in klinische communicatieve vaardigheden.

Tegelijkertijd suggereren andere onderzoeken dat aangeleerde communicatievaardigheden bij artsen na verloop van tijd kunnen afnemen (Brown et al., 1999). Ook toont het onderzoek van Ha en Longnecker (2010) aan dat artsen hun eigen communicatievaardigheden vaak overschatten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat artsen tijdens hun loopbaan minder training ontvangen op het vlak van communicatievaardigheden (Rotthoff et al., 2011). In dit verband tonen Harms et al. (2004) aan dat gerichte trainingen in communicatievaardigheden effectief kan bijdragen aan het optimaliseren van patiëntgerichte communicatie. Deze bevindingen roepen zorgen op over het behoud van communicatievaardigheden, aangezien ze mogelijk kunnen afnemen zodra artsen hun opleiding hebben afgerond en verdere systematische training uitblijft.

Omdat de communicatievaardigheden mogelijk afnemen na de opleiding, is het belangrijk om zicht te krijgen op de communicatievaardigheden van artsen. Hoewel er gevalideerde vragenlijsten bestaan om houdingen van artsen te meten, blijft het onduidelijk in welke mate deze instrumenten inzicht kunnen bieden in hun communicatievaardigheden in de praktijk. Daarom richt het huidige onderzoek zich op een aantal specifieke vragenlijsten, waaronder de Doctor Patient Scale van C. De Monchy, de Communication Skills Attitude Scale (CSAS) van Reese, de Leeds Attitude Towards Concordance Scale van Thistlethwait en de Jefferson Scale of Physician Empathy van Hojat. Dit onderzoek wil nagaan in welke mate deze vragenlijsten een voorspellende waarde hebben ten aanzien van de kwaliteit van communicatie bij arts-assistenten in opleiding. Deze vragenlijsten worden door de arts-assistenten zelf ingevuld en geven onder meer inzicht in hun attitudes ten opzichte van communicatie, hun mate van empathie en hun houding ten aanzien van gedeelde besluitvorming in het arts-patiëntcontact. De vragenlijsten bieden daarmee waardevolle informatie over hun attitudes en opvattingen over communicatie die mogelijk verband houden met de kwaliteit van hun communicatie tijdens consultaties.

De meerwaarde van dit onderzoek ligt in de vergelijking tussen de attitudevragenlijsten en de effectief geobserveerde communicatieve vaardigheden tijdens consultaties. Op deze manier wordt nagegaan of positieve attitudes tegenover communicatie (zoals empathie of gedeelde besluitvorming) ook tot uiting komen in het gedrag van arts-assistenten. Dit biedt waardevolle inzichten voor medische opleidingen en instellingen die willen inzetten op de versterking van communicatieve vaardigheden van hun arts-assistenten.

Dit onderzoek raakt een breed veld van belanghebbenden binnen de gezondheidszorg. In de eerste plaats zijn de arts-assistenten in opleiding één van de belangrijkste belanghebbenden binnen dit onderzoek. Hun communicatievaardigheden werden geobserveerd en geëvalueerd aan de hand van verschillende meetinstrumenten. Niet alleen de deelnemende arts-assistenten zijn hierbij van belang, ook de niet-deelnemende arts-assistenten zijn indirect betrokken. Zo kunnen de conclusies van dit onderzoek relevant zijn voor de bredere populatie van toekomstige artsen. Daarnaast zijn patiënten een essentiële belanghebbende groep, aangezien de kwaliteit van arts-patiëntcommunicatie een directe impact heeft op hun beleving van zorg en tevredenheid. Hoewel dit onderzoek werd uitgevoerd met simulatiepatiënten, zijn de bevindingen rechtstreeks van toepassing op echte zorgsituaties. Ook ziekenhuizen en zorginstellingen vormen een belanghebbende groep. Een goede

communicatie tussen arts en patiënt draagt immers bij aan betere zorgresultaten, kortere opnameduur, minder klachten en een verhoogde patiënttevredenheid (McCabe & Healy, 2018). De bevindingen uit dit onderzoek zouden ziekenhuizen kunnen ondersteunen bij de begeleiding van jonge artsen. Ten slotte hebben toekomstige artsen en studenten geneeskunde ook baat bij eventuele aanpassingen binnen hun opleiding of praktijkvoering die voortvloeien uit dit onderzoek. Door beter inzicht te krijgen in de relatie tussen attitudes en communicatief gedrag kunnen zij gerichter ondersteund worden in hun leerproces.

Probleembeschrijving

Om de problematiek rond het behoud van de communicatievaardigheden verder te onderzoeken, is er door dr. Steinhauser een doctoraatsonderzoek opgestart. Dit onderzoek richt zich op de mate waarin arts-assistenten in opleiding de communicatievaardigheden nog beheersen en hoe dit van invloed kan zijn op het welbevinden van patiënten. Het huidige onderzoek is hier een onderdeel van en richt zich specifiek op arts-assistenten die stage lopen in het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen (UZA). Eerder onderzoek door Eestermans et al. (2024) bracht de communicatievaardigheden van arts-assistenten die stage lopen in het UZA in kaart. Hierbij werd de focus gelegd op zowel de aangeleerde vaardigheden, de non-verbale gesprekstechnieken als de ervaring van de patiënt tijdens de consultatie. Uit het onderzoek van Eestermans et al. (2024) bleek dat arts-assistenten onvoldoende scores voor de aangeleerde gespreksvaardigheden. Arts-assistenten scoren daarentegen over het algemeen voldoende op non-verbale communicatie. Ook werd aangetoond dat patiënten de consultaties van de arts-assistenten over het algemeen positief ervaren.

Het huidige onderzoek maakt deel uit van dit bredere onderzoeksproject en richt zich op het vinden van een voorspellende waarde tussen attitudevragenlijsten en communicatievaardigheden die gebruikt worden door arts-assistenten in de praktijk. Hierbij wordt onderzocht in welke mate specifieke vragenlijsten een voorspellende waarde bieden over de kwaliteit van communicatie van arts-assistenten. Hiervoor werden de volgende vier vragenlijsten geselecteerd: De Doctor Patient Scale (DP-schaal) van De Monchy et al. (1988) meet de mate van patiëntgerichtheid versus doktersgerichtheid in de houding van de arts. De Communication Skills Attitude Scale (CSAS) van Reese et al. (2002) geeft aan hoe positief of negatief artsen staan tegenover het aanleren van communicatievaardigheden. De Leeds Attitude Towards Concordance Scale (LATCon) van Thistlethwaite et al. (2003) meet de houding van artsen ten opzichte van gedeelde besluitvorming met de patiënt. De Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) van Hojat et al. (2002) meet de mate van empathie bij artsen.

De attitudevragenlijsten worden ingevuld door de deelnemende arts-assistenten. Deze vragenlijsten zijn geselecteerd omdat ze inzicht geven in persoonlijke opvattingen en houdingen ten aanzien van communicatie, die mogelijk verband houden met communicatief gedrag in de praktijk. Zo suggereert het onderzoek van Ramesh et al. (2018) dat het belangrijk is om de houding van geneeskundestudenten ten opzichte van training in communicatievaardigheden te begrijpen, aangezien dit mogelijk invloed kan hebben op het toepassen van deze vaardigheden in de praktijk. Ook toont het onderzoek van Moezzi et al. (2024) aan dat hoe positiever arts-assistenten staan tegenover communicatievaardigheden, hoe beter hun communicatieprestaties zijn. In hetzelfde

onderzoek werd ook het omgekeerde verband vastgesteld, namelijk dat negatieve houdingen van arts-assistenten samenhangen met zwakkere communicatieprestaties. Een belangrijke beperking van het onderzoek van Moezzi et al. (2024) is dat de communicatieprestaties niet werden beoordeeld via observaties, maar op basis van zelfrapportage door de artsen. Hierdoor zijn de resultaten mogelijk beïnvloed door sociale wenselijkheid. Om die reden wordt de kwaliteit van communicatie in het huidige onderzoek beoordeeld aan de hand van observaties door onafhankelijke onderzoekers. Hierdoor kan de relatie tussen de scores op de attitudevragenlijsten (DP-schaal, CSAS, LATCon en JSPE) en de geobserveerde communicatievaardigheden betrouwbaarder worden vastgesteld. Binnen dit onderzoek wordt nagegaan in welke mate deze vragenlijsten voorspellend zijn voor de communicatievaardigheden van de arts-assistenten in hun contact met patiënten, aangezien hierover tot op heden nog geen onderzoek naar is verricht. Het is onduidelijk wat de relatie is tussen de scores die artsen behalen op deze vragenlijsten en de communicatievaardigheden van arts-assistenten tijdens consultaties. Hierbij kan men zich afvragen of een score op de vragenlijst CSAS die wijst op een negatieve houding tegenover het leren van communicatievaardigheden verband houdt met zwakke communicatievaardigheden in de praktijk.

Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is het nagaan in welke mate de attitudevragenlijsten Doctor Patient Scale (DP-schaal), Communication Skills Attitude Scale (CSAS), Leeds Attitude Towards Concordance Scale (LATCon) en Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) een voorspellende waarde hebben voor de kwaliteit van de communicatie van arts-assistenten in opleiding die stage lopen in het UZA. De kwaliteit van de communicatie wordt beoordeeld aan de hand van drie vragenlijsten, namelijk de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst

Dit onderzoeksdoel tracht inzicht te verwerven in welke mate deze attitudevragenlijsten die arts-assistenten invullen, iets zeggen over de kwaliteit van hun communicatie. Specifiek wordt onderzocht of deze vragenlijsten een betrouwbare voorspeller zijn van communicatievaardigheden.

Zoals eerder aangehaald, blijkt uit onderzoek dat er een verband is tussen een negatieve houding ten opzichte van communicatie en zwakkere communicatieprestaties (Moezzi et al., 2024). Hierdoor is er een vermoeden dat de houding van een arts-assistent ten opzichte van communicatie een voorspeller kan zijn van de daadwerkelijke communicatie. Echter bestaat er nog geen onderzoek dat nagaat in welke mate bestaande meetinstrumenten, zoals vragenlijsten, effectief een indicatie kunnen geven van de kwaliteit van communicatievaardigheden bij arts-assistenten. Daarom tracht het huidige onderzoek specifieke vragenlijsten te onderzoeken naar hun voorspellende waarde over de kwaliteit van communicatie.

Indien blijkt dat één of meerdere van deze vragenlijsten een voorspellende waarde hebben, kunnen deze in de toekomst als hulpmiddel gebruikt worden om signalen van afzwakkende communicatievaardigheden bij arts-assistenten op te sporen. De vragenlijsten kunnen worden ingezet om arts-assistenten gericht te ondersteunen en bij te sturen op het vlak van communicatie. Daarnaast kunnen deze vragenlijsten waardevolle informatie bieden over de opvattingen en houdingen van arts-assistenten ten opzichte van communicatie. Dit kan bijdragen aan het ontwikkelen van een gerichte aanpak om arts-assistenten te stimuleren om de aangeleerde communicatievaardigheden te behouden. Dit onderzoek levert niet alleen een bijdrage aan wetenschappelijke kennis over communicatie bij artsen, maar kan ook helpen bij de ontwikkeling van praktische tools voor een beter behoud van communicatievaardigheden. Door beter inzicht te krijgen in de opvattingen en houdingen van arts-assistenten ten opzichte van arts-patiëntcommunicatie, kan hier rekening mee gehouden worden in de trainingsprogramma's die communicatie aanleren bij geneeskundestudenten. Op die manier kan ook de effectiviteit van dergelijke trainingsprogramma's verder geoptimaliseerd worden, met als doel een blijvend positief effect op de communicatievaardigheden van arts-assistenten. Dit is relevant binnen het huidige praktijkprobleem, aangezien er aanwijzingen zijn dat deze aangeleerde vaardigheden zowel tijdens stages als in de loop van hun carrière kunnen afnemen. Door gericht in te zetten op het behouden van communicatievaardigheden zal dit vervolgens positieve effecten hebben op patiënten en hun gezondheid. Zoals eerder werd aangehaald zullen patiënten zich beter geholpen voelen en daarmee beter herstellen (Kee et al., 2018).

Literatuurstudie

In de volgende paragrafen worden belangrijke thema's en begrippen besproken die de basis vormen voor dit onderzoek.

Definitie van communicatie

Communicatie is de overdracht of uitwisseling van informatie en kan plaatsvinden via een verbinding tussen mensen (Van Dale, z.d.). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verbale en non-verbale communicatie. Verbale communicatie gebeurt met behulp van woorden, terwijl non-verbale communicatie plaatsvindt zonder woorden. Dit kan onder andere door middel van gebaren, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en andere vormen van non-verbaal gedrag (Van Dale, z.d.).

Patiëntgerichte communicatie

Communicatie vormt de basis van alle menselijke interacties. Echter, binnen de medische context krijgt communicatie een andere invulling. Hierbij is communicatie van belang om goede zorg te kunnen bieden aan de patiënt. Daarnaast zorgt deze goede communicatie voor een beter vertrouwen van de patiënt. In deze medische context is dus zowel de relatie tussen de arts en de patiënt belangrijk als de communicatie tussen hen (Alyami et al., 2024). Dit leidt naar het concept van patiëntgerichte communicatie.

In een onderzoek van Hong en Oh (2019) werd gekeken naar wat het effect is van goede communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Specifiek onderzochten zij wat er gebeurt als zorgverleners op een patiëntgerichte manier communiceren. Dat betekent dat zij goed luisteren naar de patiënt, aandacht hebben voor diens zorgen en behoeften, duidelijke uitleg geven en de patiënt serieus nemen. Het onderzoek richtte zich op twee belangrijke gevolgen van deze manier van communiceren: hoeveel vertrouwen patiënten hebben in hun zorgverlener en hoe zij de kwaliteit van de zorg beoordelen. Uit de resultaten bleek dat patiëntgerichte communicatie een positief effect heeft op beide punten. Ten eerste voelen patiënten zich meer op hun gemak en krijgen zij meer vertrouwen in hun arts of zorgverlener wanneer er op een persoonlijke en respectvolle manier met hen wordt gecommuniceerd. Dit vertrouwen ontstaat direct uit het gesprek tussen patiënt en zorgverlener en wordt gezien als een eerste, vroege uitkomst van communicatie. Ten tweede blijkt dat patiënten de kwaliteit van de zorg als beter beoordelen wanneer zij dit vertrouwen ervaren. Met andere woorden: goede communicatie leidt tot vertrouwen, en dat vertrouwen zorgt er op zijn beurt voor dat patiënten de zorg als positiever ervaren. In dit verband werd vertrouwen dus gezien als een belangrijke tussenstap in het proces. Opvallend was bovendien dat deze rol van vertrouwen nog sterker werd naarmate patiënten vaker naar het ziekenhuis kwamen. Voor mensen die regelmatig zorg nodig hebben, lijkt een vertrouwensband met de zorgverlener extra belangrijk te zijn voor hoe zij de zorg beleven.

Ander onderzoek van Zwingmann et al. (2017) toont de effecten van patiëntgerichte communicatie op angst, negatieve emoties en vertrouwen in een arts bij het stellen van een kankerdiagnose. Uit het onderzoek blijkt dat de angst en negatieve emoties toenamen bij de deelnemers die de video zagen

van de arts die gebruik maakte van de lage patiëntgerichte communicatiestijl. De deelnemers die de video zagen van de arts die gebruik maakte van de goede patiëntgerichte communicatie rapporteerden significant meer vertrouwen in de arts.

Daarnaast werd in een ander onderzoek van Almarez et al. (2025) gefocust op de communicatie tussen artsen en patiënten, maar dan gericht op het stellen van een diagnose, zowel farmacologische als niet-farmacologische behandelingen, zwangerschapsplanning en levensstijladvies. De studie toont aan dat er nog ruimte is voor verbetering wat betreft deze communicatie. De huidige tekortkomingen in de communicatie tussen artsen en patiënten hebben volgens deze studie aanzienlijke gevolgen op het welzijn van de patiënten. De tekortkomingen bevinden zich bij het gebrek aan empathie bij het overbrengen van een diagnose, het geven van onvolledige informatie over bijwerkingen en een gebrek aan medisch advies wat betreft de levensstijl en zwangerschapsplanning (Almarez et al., 2025). Uit de studie blijkt dat een verbeterde communicatie impact kan hebben op zowel de ervaringen als het welzijn van patiënten. Zo kunnen goede interacties tussen artsen en patiënten zorgen voor meer betrokkenheid van de patiënt en vergroten het vertrouwen, tevredenheid over de behandeling en therapietrouw (Almarez et al., 2025).

Een andere studie van Tavakoly Sany et al. (2020) onderzocht wat de invloeden zijn van de communicatievaardigheden bij artsen op de behandeling van hypertensie. Ook werd er gekeken naar invloeden hiervan op gezondheidsvaardigheden, zelfeffectiviteit en medicatietrouw bij patiënten met hypertensie. De studie toont aan dat er na de communicatievaardigheidstraining bij artsen een significante verbetering was in de communicatievaardigheden tussen de artsen en patiënten, de uitkomsten van hypertensie, medicatietrouw en zelfeffectiviteit van de patiënten die werden behandeld door de artsen die deze training hebben gevolgd. Ook een andere studie van Haas et al. (2022) bevestigt dat de patiëntgerichte communicatie een positieve invloed heeft op het innemen van medicatie bij patiënten.

Communicatievaardigheden bij artsen

Naast het onderscheid tussen verbale en non-verbale communicatie, en de focus die binnen de medische wereld wordt gelegd op patiëntgerichte communicatie, kan ook gefocust worden op de verschillende communicatievaardigheden die een arts nodig heeft in interactie met patiënten.

Volgens onderzoek van Perera (2015) zijn communicatievaardigheden van belang voor artsen. De rol van de arts in communicatie wordt gedefinieerd als: “het vermogen van een arts om comfort te bieden door zijn of haar aanwezigheid en gebruik van woorden, wat beschouwd wordt als een fundamenteel component van medische zorg” (Perera, 2015, p. 1). Volgens Perera (2015) zijn er zes componenten belangrijk tijdens een gesprek tussen een arts en een patiënt: initiëren van het consult, informatie verzamelen, uitleg en planning, afsluiten van het consult, relatie opbouwen en structureren van het consult. De communicatievaardigheden die bij deze competenties horen zijn: actief luisteren, open vragen stellen, duidelijke uitleg geven over diagnoses en behandelopties, samenvatten, empathie tonen en het organiseren van het gesprek op een logische manier (Perera, 2015).

Volgens onderzoek van Sharma (2024) blijkt dat goede communicatievaardigheden bij artsen zorgen voor een goede werkrelatie met de patiënt, betere patiënttevredenheid, meer therapietrouw zijn van de patiënt en succes in de professionele carrière.

Uit een andere studie van Biglu et al. (2017) blijkt dat communicatievaardigheden van artsen gelinkt worden aan tevredenheid bij de patiënten. Zo zouden patiënten meer tevreden zijn over de arts en het consult wanneer de arts gebruikmaakt van verschillende communicatievaardigheden, zoals voldoende tijd besteden aan de consultatie, uitleggen van diagnoses en behandelopties en respecteren van de gevoelens van de patiënt.

Empathie bij artsen

Zoals eerder werd aangehaald is empathie tonen een belangrijke competentie binnen de communicatievaardigheden van de arts (Perera, 2015).

Bij artsen leeft vaak de gedachte dat een goede dokter wordt gezien als iemand die medisch-inhoudelijk sterk is, met een goede beheersing van de biomedische kennis, anamnese en lichamelijk onderzoek, en die daarmee tot een juiste werkdiagnose komt. Empathie valt hierbij vaak buiten beschouwing. (Derksen et al., 2018).

Het onderzoek van Derksen et al. (2018) benadrukt dat veel communicatieproblemen tussen arts en patiënt voortkomen uit een gebrek aan empathie. Zij onderzochten het belang van empathie binnen de huisarts-patiëntcommunicatie. Uit de bevindingen van Derksen et al. (2018) blijkt dat een gebrek aan tijd tijdens consultaties, gecombineerd met een te grote focus op het computerscherm in plaats van op de patiënt, een negatieve invloed heeft op de arts-patiëntrelatie. Dit gebrek aan aandacht voor empathie zet de vertrouwensband onder druk. Patiënten hechten juist veel waarde aan empathie en kiezen steeds vaker voor zorgverleners die hier aandacht aan besteden en voldoende tijd nemen voor persoonlijke interactie (Derksen et al., 2018). Ook toont het onderzoek van Chaitoff et al. (2017) aan dat bij een hogere empathie bij artsen, de patiëntervaring verbetert.

Uit de studie van Santos et al. (2016), uitgevoerd bij geneeskundestudenten van de Federale Universiteit van Santa Catarina, blijkt dat studenten van alle opleidingsniveaus, vrouwen en studenten met interesse in een mensgerichte specialisatie, gemiddeld hogere empathiescores behalen.

Verder blijkt dat empathisch gedrag van artsen in opleiding verbetert naarmate hun kennis over empathie en de bijbehorende invloeden toeneemt. Door aandacht te besteden aan de theoretische en praktische aspecten van empathie tijdens de opleiding, kunnen toekomstige artsen hun empathische vaardigheden effectiever ontwikkelen (Derksen et al., 2018).

Geselecteerde vragenlijsten voor het onderzoek

De eerder besproken thema's zijn noodzakelijk voor het begrijpen van de interactie tussen een arts en een patiënt. In dit onderzoek wordt er nader gekeken naar de houding van artsen tegenover verschillende aspecten van communicatie, waarvoor vier verschillende vragenlijsten werden geselecteerd. Het onderzoek zal zich verdiepen in de volgende specifieke vragenlijsten: de Doctor-

Patient Scale, de Communication Skills Attitude Scale, de Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de Jefferson Scale of Physician Empathy.

Leeds Attitude Towards Concordance Scale (LATCon)

De Leeds Attitude Towards Concordance Scale (LATCon) werd ontwikkeld en gevalideerd door Thistlethwaite et al. (2003). Deze vragenlijst bestaat uit 12 stellingen en meet in welke mate geneeskundestudenten instemmen met het concept van concordantie. Daarnaast werd een tweede versie ontwikkeld, de LATCon II, bestaande uit 20 items, die eveneens de houding ten opzichte van concordantie in de arts-patiëntrelatie in kaart brengt (Way, 2013).

Volgens het onderzoek van Thistlethwaite et al. (2003) wordt concordantie voorgesteld als een nieuwe benadering om de overeenstemming over medicijngebruik tijdens het consultatieproces te beschrijven. Het doel is om tot een gezamenlijk besluit over de behandeling te komen, waarbij zowel de arts als de patiënt betrokken is. Volgens het onderzoek van Way (2013) is concordantie een model voor patiëntenzorg dat vereist dat zorgverleners het perspectief van de patiënt begrijpen en respecteren bij het nemen van beslissingen over het voorschrijven van medicijnen. Concordantie is daarmee sterk verbonden met gedeelde besluitvorming en samenwerking met patiënten. Om artsen te stimuleren om het model van concordantie te gebruiken, is het noodzakelijk om een positieve houding tegenover het concept te bevorderen.

Het onderzoek van Thistlethwaite et al. (2003) baseerde zich op de houding van eerste- en tweedejaars geneeskundestudenten ten opzichte van concordantie, met het oog op de ontwikkeling van toekomstige educatieve interventies. Hiervoor werd de LATCon afgenomen bij de studenten. Vooraf werd aan een groep studenten gevraagd om een schriftelijke opdracht te voltooien. Deze schriftelijke opdracht omvat vragen over concordantie die gebaseerd zijn op casussen. Het bleek dat er na deze interventie een significante verbetering was in de houding tegenover concordantie bij tweedejaarsstudenten. Voorafgaand aan de interventie was dit verschil in houding nog niet aanwezig. Hieruit concluderen de onderzoekers dat deze interventie de houding van geneeskundestudenten tegenover het concept verbetert.

De LATCon II werd ook in eerder onderzoek gebruikt. Zo werd deze vragenlijst gevalideerd in een Spaanse steekproef. Daarin onderzochten de Las Cuevas et al. (2012) de houding van psychiaters ten opzichte van concordantie. Zij beschrijven concordantie als een partnerschap tussen arts en patiënt voor een gedeelde besluitvorming. Een steekproef van 125 psychiaters en 100 arts-assistenten in psychiatrie vulden de LATCon II vragenlijst in, alsook de sociodemografische en professionele gegevens. Er werd een principale componentenanalyse van de LATCon II items uitgevoerd. Hierbij werden associaties met sociodemografische en professionele psychiatrische variabelen berekend. De principale componentenanalyse leverde drie componenten op: “communicatie/empathie”, “gedeelde controle” en “eventuele paternalistische stijl”. Vrouwen scoorden significant lager dan mannen op de tweede component. Variabelen met betrekking tot de professional in de geestelijke gezondheidszorg waren niet gerelateerd aan de houding ten opzichte van concordantie. Psychiaters tonen een positieve houding om patiënten te betrekken in een proces van wederzijdse communicatie, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren, waarden en verwachtingen van patiënten, maar ze zijn voorzichtiger in hun houding wanneer het gaat over het delen van beslissingen met patiënten.

Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)

De JSPE werd ontwikkeld door Hojat et al. (2002). Deze vragenlijst meet empathie bij artsen en andere zorgprofessionals die patiënten behandelen in het klinisch werkveld. Hojat et al. (2002) definieert empathie als: “Een cognitief (in tegenstelling tot affectief) kenmerk dat een begrip van de innerlijke ervaringen en perspectieven van de patiënt omvat, gecombineerd met een vermogen om dit begrip aan de patiënt over te brengen”. (p. S58)

De vragenlijst is ontwikkeld omdat er behoefte was naar een instrument dat empathie zou meten bij geneeskundestudenten en artsen. Voordat de JSPE werd ontwikkeld, bestond er geen psychometrisch onderzoeksinstrument dat empathie meet bij artsen en arts-assistenten in patiëntenzorgsituaties (Hojat et al. 2003). Volgens het onderzoek van Hojat et al. (2002) kan dit instrument ingezet worden om de effectiviteit te evalueren van educatieve interventies die gericht zijn op het bevorderen van empathie. Aan de hand van JSPE kan empathie gemeten worden om het zo verder te bevorderen. Dit instrument kan ook gebruikt worden door geneeskundestudenten als voorbereiding op het klinisch werkveld (Thomas Jefferson University, z.d.).

Uit de studie van Hojat et al. (2002) blijkt dat alle items vanuit de JSPE relevant zijn om empathie te meten, maar ze wijzen erop dat een aantal items aangepast moeten worden.

LaNoue en Roter (2018) toonden aan dat er significante verbanden bestaan tussen de zelfgerapporteerde empathiescores op de JSPE van derdejaars geneeskundestudenten en hun daadwerkelijk vertoonde empathisch communicatiegedrag met simulatiepatiënten. Ook uit een grootschalige studie blijkt dat hogere JSPE-scores van artsen samenhangen met betere patiëntbeoordelingen over de communicatie tijdens consultaties (Chaitoff et al., 2017).

Uit het onderzoek van Hojat et al. (2002) blijkt een significant verschil in empathiescores tussen mannen en vrouwen, evenals tussen artsen binnen ‘mensgerichte’ specialisaties (zoals huisartsgeneeskunde, kindergeneeskunde en verloskunde) en ‘technologiegerichte’ specialisaties (zoals radiologie, pathologie en chirurgie). Deze verschillen suggereren dat bepaalde aspecten van empathie mogelijk samenhangen met geslacht en de gekozen specialisatie. Een lagere score op de JSPE hoeft echter niet per definitie te betekenen dat een arts minder empathisch is. Volgens Hojat et al. (2002) speelt de specialisatie een rol, waarbij mensgerichte specialisaties meer belang hechten aan empathie dan technologiegerichte specialisaties.

Een ander onderzoek van Hojat et al. (2003) omschrijft het proces van de ontwikkeling van de JSPE. JSPE werd ontwikkeld door middel van een uitgebreide literatuurstudie en pilootstudies met verschillende groepen geneeskundestudenten, arts-assistenten en praktiserende artsen. Allereerst werden er 90 items opgesteld aan de hand van een literatuurstudie. Daarnaast werd er een variatie op de Delphi-methode toegepast om van collega's uit het medisch onderwijs en de medische praktijk een onafhankelijk oordeel te verkrijgen over de inhoudelijke en materiële validiteit van de items. In de voorlopige versie werden 45 van de 90 items behouden. Vervolgens werden pilootstudies opgesteld waarbij verschillende statistische analyses uitgevoerd werden op de 45 voorlopige items. Aan de hand van deze analyses werden er uiteindelijk 20 items gekozen. Deze items zijn opgenomen in de uiteindelijke schaal.

Doctor-Patient rating (DP-schaal)

De Doctor-Patient rating (DP-schaal) werd ontworpen en gepubliceerd door De Monchy et al. (1988). De Monchy et al. (1988) beschrijft de attitudeschaal als een continuüm tussen twee uitersten. Het continuüm loopt van een dokter- en ziektegerichte aanpak naar een meer patiënt- en probleemgerichte aanpak. Elke attitude is samengesteld uit een aantal kenmerken. De meeste artsen zullen sommige elementen van beide attitudes bevatten. Daarom zal de gemiddelde DP attitude van de arts zich ergens op het continuüm bevinden. Sommige artsen bevinden zich dicht bij het patiëntgerichte uiteinde, terwijl andere dicht bij het doktersgerichte uiteinde liggen (De Monchy et al., 1988).

In het onderzoek van de Monchy et al. (1988) werden de termen 'doktergericht' en 'patiëntgericht' zorgvuldig bestudeerd aan de hand van eerdere publicaties. De inhoud van deze termen werd dan vergeleken met de DP-schaal om de validiteit te waarborgen. Volgens hun onderzoek werd voorspeld dat de groep van huisartsen meer zou scoren richting het patiëntgerichte uiteinde van de schaal dan geneeskundestudenten. Daarnaast werd voorspeld dat vrouwen patiëntgerichter zouden scoren dan mannen.

Communication Skills Attitude Scale (CSAS)

De Communication Skills Attitude Scale (CSAS) meet attitudes van geneeskundestudenten ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden. Dit meetinstrument werd ontworpen door Rees et al. (2002) en stelt dat de schaal een consistent en stabiel meetinstrument is om attitudes op dit gebied te meten.

De CSAS is een veelgebruikt meetinstrument dat in hedendaags onderzoek nog steeds wordt gebruikt. Zo werd onderzoek gedaan naar de CSAS om het instrument te valideren bij Poolse geneeskundestudenten (Przymuszała et al., 2021). Hun studie wijst echter op kritische bedenkingen bij deze vragenlijst. Zo bestaat de CSAS oorspronkelijk uit twee subschalen: positieve en negatieve attitudes. De onderzoekers suggereren dat de CSAS-vragenlijst beter vier subschalen omvat: de waargenomen uitkomsten van het leren van communicatievaardigheden, de positieve en negatieve attitudes tegenover het leren van communicatievaardigheden en motiverende factoren om communicatie te leren.

Ook in ander onderzoek van Gude et al. (2020) werd de CSAS-vragenlijst gebruikt. Uit dit onderzoek blijkt dat geneeskundestudenten die tijdens hun opleiding zowel theoretische als klinische training kregen in communicatievaardigheden met vroeg patiëntencontact, een positievere houding hebben ten opzichte van het verwerven van communicatievaardigheden. Dit in tegenstelling tot studenten die enkel theoretisch onderwijs volgden en nog geen contact maakten met patiënten in de eerste jaren van hun medische scholing. Deze resultaten tonen ook een verschil in geslacht. Zo hebben vrouwelijke studenten over het algemeen een positievere houding dan mannelijke studenten.

Volgens het onderzoek van Gude et al. (2020) zijn curriculumontwikkelaars al jaren bezorgd over de houding van geneeskundestudenten ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden. Het aantal patiënten dat klaagt over hun arts bij medische autoriteiten is gestegen. Deze klachten weerspiegelen vaak de onaanvaardbare communicatiestijlen en het ongunstige gedrag van de artsen. Medische scholen zouden daarom moeten streven naar een positievere houding van studenten ten

opzichte van het leren van deze vaardigheden die tegelijkertijd hun professionaliteit verbeteren. Op die manier kunnen ze zich beter ontwikkelen als toekomstig arts, ten behoeve van zowel patiënten als de maatschappij. Gude et al. (2020) stelt dat communicatievaardigheden bij artsen belangrijk zijn voor het bieden van adequate behandeling, het verkrijgen van therapietrouw en het verbeteren van tevredenheid bij patiënten. Positieve attitudes zijn noodzakelijk om vaardigheden te verwerven voor het uitvoeren van specifieke taken. Een gebrek aan constante training gedurende het curriculum leidt vaak tot een verslechtering van vaardigheden en vermoedelijk ook van attitudes (Gude et al., 2020).

Naast de vragenlijsten die door de arts-assistenten werden ingevuld, zijn er ook drie vragenlijsten ingevuld door externe beoordeelaars. Deze vragenlijsten dienen om verschillende aspecten van het consult te evalueren: de beleving van de patiënt, de beoordeling van een externe onderzoeker die de geluidsopname analyseert zonder aanwezig te zijn bij het gesprek, en de houding van de arts-assistent in opleiding. De gebruikte instrumenten zijn de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst. Deze vragenlijsten worden in de volgende sectie nader toegelicht.

CARE-NL

De CARE-NL is een vragenlijst die de mate van empathie in therapeutische relaties tussen artsen en patiënten meet. Deze vragenlijst is gebaseerd op de Consultation and Relational Empathy methode (General Osteopathic Council, z.d.). De vragenlijst bestaat uit tien items die de patiënt invult na de consultatie met de arts. CARE-NL richt zich dan ook op de ervaring van de patiënt zelf. Deze vragenlijst is ontworpen door Stewart Mercer en zijn collega's van de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Glasgow en Edinburgh. Ondertussen wordt de CARE niet alleen gebruikt in de huisartsgeneeskunde, maar ook in andere zorgcontexten om de empathie van artsen te meten (Stanford Medicine, z.d.). Uit het onderzoek van Bikker et al. (2015) blijkt dat de CARE-vragenlijst een goede betrouwbaarheid heeft binnen het kader van verpleegkundige consultaties. Uit de studie van Mercer et al. (2004) blijkt ook dat de CARE een hoge interne betrouwbaarheid heeft en een valide instrument is. Binnen dit onderzoek wordt de Nederlandse versie van de CARE gebruikt, die de CARE-NL wordt genoemd.

Maastrichtse Anamnese en Advies Scorelijst (MAAS 2.0)

Daarnaast werd ook de MAAS 2.0 ingevuld door de onderzoeker die de geluidsopname van de consultatie beluisterde, zonder bij de consultatie te zijn geweest. Deze vragenlijst werd oorspronkelijk gebruikt om de communicatievaardigheden van een arts te observeren tijdens een consultatie. Hierbij worden de communicatievaardigheden in samenhang gebracht met het medisch inhoudelijk handelen. MAAS 2.0 bestaat in totaal uit drie onderdelen, namelijk communicatievaardigheden per fase van de consultatie, algemene communicatievaardigheden en medisch inhoudelijk handelen (Huisartsopleiding Nederland, z.d.).

De MAAS 2.0 is een verbeterde versie van zijn voorganger, MAAS-Globaal 2000. De verbeteringen zijn gebaseerd op recente inzichten in de medische communicatie (Huisartsopleiding Nederland, 2020). Zo zijn er aanpassingen gedaan gebracht aan de itemomschrijving, de gedragscriteria en gebruiksinstructies ten opzichte van de MAAS-Globaal.

Bij MAAS 2.0 is er meer aandacht besteed aan de validiteit en de betrouwbaarheid van de vragenlijst. Net zoals de MAAS-Globaal 2000 is MAAS 2.0 gebaseerd op het consultmodel van Silverman (Huisartsopleiding Nederland, 2020). Dit model maakt onderscheid tussen twee soorten vaardigheden. Zo bestaat de vragenlijst uit drie onderdelen. In het eerste onderdeel komen items voor die nadruk leggen op communicatievaardigheden die gebonden zijn aan een specifieke fase van het consult. Het tweede onderdeel gaat over communicatievaardigheden die doorheen heel het consult toegepast kunnen worden. Het laatste onderdeel bestaat uit het medisch-inhoudelijk handelen (Huisartsopleiding Nederland, 2020).

Non-verbale communicatievragenlijst

Voor deze bachelorproef wordt er gebruikgemaakt van een observatievragenlijst die zich richt op non-verbale communicatie. De lijst bevat zeven onderdelen: lichaamshouding (open of gesloten), oogcontact, glimlachen, stemgebruik, knikken en gezichtsuitdrukking. Voor dit instrument zijn er geen exacte bronnen over de validiteit en betrouwbaarheid. Echter, onderzoek wijst op het belang van deze non-verbale uitingen in de interactie tussen huisarts en patiënt. Wanneer de arts recht tegenover de patiënt zit, een open houding aanneemt, regelmatig knikt met het hoofd en oogcontact maakt, dan ervaart de patiënt de arts als meelevend en geïnteresseerd (Ram, 2006). Deze non-verbale uitingen komen ook voor in de non-verbale communicatievragenlijst en worden daarom geselecteerd om de kwaliteit van communicatie te meten.

In een eerder onderzoek van Griffith et al. (2003) waaraan 59 arts-assistenten deelnamen, werd nagegaan in welke mate non-verbale communicatie verband houdt met patiënttevredenheid. De beoordeling van de non-verbale vaardigheden werd uitgevoerd door een onderzoeker die tijdens de consultatie de non-verbale communicatie van de arts-assistent beoordeelde, zonder dat de arts-assistent hiervan op de hoogte was.

De resultaten uit het onderzoek van Griffith et al. (2003) toonden aan dat er een duidelijk positief verband bestaat tussen de kwaliteit van de non-verbale communicatie van arts-assistenten en de tevredenheid van gestandaardiseerde patiënten. Concreet bleek dat arts-assistenten die hoger scoorden op non-verbale communicatievaardigheden, ook beter beoordeeld werden op het vlak van patiënttevredenheid. Op basis van deze bevindingen concludeerden de onderzoekers dat expliciete training in non-verbale communicatie een waardevolle aanvulling vormt op de opleiding van arts-assistenten, met name in het kader van consultkwaliteit en empathische communicatie (Griffith et al., 2003).

Onderzoeksvragen

Hoofdvraag

De hoofdvraag luidt: In welke mate hebben de attitudevragenlijsten, die bedoeld zijn om de attitude van arts-assistenten tegenover communicatie te beoordelen (DP-schaal, JSPE, CSAS, LATCon) een voorspellende waarde over de kwaliteit van de communicatievaardigheden die de arts-assistenten hanteren tijdens een consultatie met een patiënt.

Op basis van de onderzochte literatuur kan de vraag geformuleerd worden of de attitudevragenlijsten verband houden met bepaalde attitudes en gedragingen die kunnen bijdragen aan de communicatievaardigheden van de arts-assistenten in opleiding. Echter, is het verband tussen de resultaten van de vragenlijsten en de werkelijke communicatievaardigheden tijdens de consultaties niet volledig duidelijk. Studies tonen bijvoorbeeld aan dat empathie (gemeten met de JSPE) en patiëntgerichte attitudes (DP-schaal) bijdragen aan betere patiëntenzorg en tevredenheid. Ook zou de houding ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden (gemeten door CSAS) invloed kunnen hebben op de communicatie die een arts hanteert in de praktijk (Ramesh et al., 2018; Moezzi et al., 2024). Toch blijft de vraag in hoeverre deze scores daadwerkelijk de praktijk voorspellen.

Deelvragen

1. Hoe varieert de voorspellende waarde van elke attitudevragenlijst (JSPE, DP-schaal, CSAS, LATCon) in relatie tot de kwaliteit van communicatie (MAAS 2.0, NVCV, CARE-NL)?
2. Hoe verschillen de scores op de attitudevragenlijsten (JSPE, DP-schaal, CSAS, LATCon) en de kwaliteit van communicatie (MAAS 2.0, NVCV, CARE-NL) tussen verschillende subgroepen van arts-assistenten (geslacht, specialisatie, universiteit van opleiding, aantal jaren klinisch werk)?

Methode

Respondenten

Voor dit onderzoek zijn arts-assistenten in opleiding als respondenten gerekruteerd. Deze doelgroep bestaat uit personen die eerder een diploma geneeskunde hebben behaald en zich momenteel verder specialiseren binnen een bepaalde medische discipline. Arts-assistenten bevinden zich in een opleidingsfase waarin zowel klinische als communicatie vaardigheden intensief ontwikkeld worden. Deze fase is belangrijk voor het aanleren van effectieve communicatievaardigheden.

De respondentenpopulatie werd zo breed mogelijk gehouden binnen de context van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Er is geen sprake van uitsluiting op basis van woonplaats, gezinssituatie of culturele achtergrond. Zowel mannelijke als vrouwelijke arts-assistenten komen in aanmerking voor het onderzoek. Dit bevordert de diversiteit van de steekproef en maakt het mogelijk om eventuele verschillen tussen subgroepen te onderzoeken, zoals gender gerelateerde variaties in de communicatievaardigheden.

Om de relevantie en validiteit van het onderzoek te waarborgen, worden de volgende vier inclusiecriteria gehanteerd. Zo moeten de respondenten een diploma geneeskunde behaald hebben. Daarnaast moeten de respondenten bezig zijn met een vervolgopleiding in een medische specialisatie. Zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten mogen deelnemen. Ten slotte is er geen beperking op basis van woonplaats, gezinssituatie of culturele achtergrond.

Daarnaast worden de volgende drie exclusiecriteria gehanteerd. Als eerste worden de personen die geen diploma geneeskunde hebben behaald worden uitgesloten. Ook worden de personen die niet in opleiding zijn tot medisch specialist uitgesloten, aangezien het onderzoek zich specifiek richt op communicatievaardigheden binnen deze opleidingsfase. Ten slotte worden de personen die niet actief deelnemen aan een opleidingstraject, zoals afgestudeerde artsen zonder verdere specialisatie, uitgesloten.

Door deze in- en exclusiecriteria toe te passen, wordt ervoor gezorgd dat onze steekproef gericht en relevant blijft voor het onderzoeksdoel. Dit draagt bij aan de validiteit en betrouwbaarheid van de bevindingen binnen onze bachelorproef.

Instrument

Om de kwaliteit van communicatie te meten bij de arts-assistenten werd gebruikgemaakt van drie instrumenten. De MAAS 2.0, CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst.

De MAAS 2.0 beoordeelt de verbale communicatievaardigheden van de arts-assistent tijdens een consultatie. In totaal bestaat de vragenlijst uit dertien items. Een hoge score op een item kan wijzen op het goed beheersen van de vaardigheid die bij dat item hoort, terwijl een lage score kan wijzen op het minder goed beheersen van deze vaardigheid. Deze vragenlijst bestaat uit 3 secties. De eerste sectie omvat zeven items die gaan over de communicatievaardigheden per fase: opening; (vervolgconsult); hulpvragen; lichamelijk onderzoek; bevindingen; (gezamenlijke) besluitvorming en afronding. Sectie 2 heeft betrekking op de algemene communicatievaardigheden

die, binnen deze vragenlijst, worden weergegeven aan de hand van zes items: exploreren; emoties; empathie; informatieoverdracht; samenvatten en structureren. Sectie 3 omvat de medische aspecten die de geneeskundige competenties van de arts nagaan. Deze sectie heeft geen betrekking op de communicatie van de arts en wordt in dit onderzoek niet beoordeeld. Ieder item wordt beoordeeld aan de hand van een 4-puntschaal: onvoldoende – matig – voldoende – goed.

De validiteit van de MAAS (zowel van de MAAS 2.0 als van de MAAS Globaal) is goed onderbouwd. Zowel de construct- als de inhoudsvaliditeit worden ondersteund door onderzoek en feedback van experts. De betrouwbaarheid van de MAAS Globaal is over het algemeen goed omdat zowel de interne consistentie als de reproduceerbaarheid overwegend goed zijn (Huisartsopleiding Nederland, 2020).

De CARE-NL is een instrument om de empathie van artsen te meten aan de hand van de ervaring van de patiënten. De vragenlijst bevat 10 items die gescoord worden met een 5-punts Likert schaal: zwak, redelijk, goed, zeer goed en excellent. De Nederlandse versie van de CARE toont een hoge interne consistentie, wat duidt op een goede betrouwbaarheid. Ook werd een goede validiteit vastgesteld bij het instrument (Van Dijk et al., 2017). De totaalscore van deze vragenlijst geeft een indicatie van de empathie zoals ervaren door de patiënt tijdens de consultatie. Een hoge totaalscore wijst op een hogere mate van waargenomen empathie door de patiënt. Terwijl een lage score op een lagere waargenomen mate van empathie wijst (Mercer et al., 2004). Deze vragenlijst wordt door de simulatiepatiënt ingevuld nadat de consultatie met de arts-assistent heeft plaatsgevonden.

De Non-verbale communicatievragenlijst is een observatie-instrument dat non-verbaal gedrag van artsen tijdens consultaties beoordeelt. De mate waarin de non-verbale uitingen aanwezig zijn, wordt gescoord op een schaal van 1 tot 7. Voor elk aspect is de betekenis van de scores gespecificeerd. Zo betekent een score van '1' bij gezichtsuitdrukking dat iemand niet-expressief en emotioneel is, terwijl een '7' juist wijst op een zeer expressieve en emotionele gezichtsuitdrukking. Er zijn geen exacte bronnen over de validiteit en betrouwbaarheid van dit instrument.

Voor dit onderzoek werd de Doctor-Patient Scale (DP-schaal) als meetinstrument geselecteerd. De keuze voor deze schaal houdt verband met de onderzoeksvraag, namelijk of de gemiddelde DP-attitude van arts-assistenten een voorspeller is van hun kwaliteit van de communicatie. Door deze schaal te gebruiken, kan worden onderzocht of artsen met een meer patiëntgerichte attitude ook beter scoren op de kwaliteit van communicatie. Dit maakt het mogelijk om te bepalen of er een verband bestaat tussen de houding van de arts en de manier waarop patiënten de communicatie beoordelen. De vragenlijst bestaat uit 58 stellingen en maakt gebruik van een Likertschaal, wat een geschikte methode is om graduele verschillen in kaart te brengen. Dit stelt ons in staat om een gedetailleerd beeld te krijgen van de positie van een arts op de DP-schaal en eventuele patronen te identificeren. Wat betreft validiteit en betrouwbaarheid werden de DP-schaal en de bijhorende vragenlijsten getest volgens de definities van Newble. Dit betekent dat onderzocht werd in hoeverre de schaal daadwerkelijk meet wat hij wil meten en hoe consistent de metingen zijn. Een lage score op deze vragenlijst wijst op een meer dokter- en ziektegerichte aanpak, terwijl een hoge score wijst op een patiënt- en probleemgerichte aanpak (De Monchy et al., 1988).

De Communication Skills Attitude Scale (CSAS) werd onderzocht en ontworpen door Rees et al. (2002). De vragenlijst bestaat uit 26 items die verdeeld zijn in twee subschalen; dertien positieve en dertien negatieve stellingen over het leren van communicatieve vaardigheden. De antwoorden op de stellingen worden gegeven op een 5-punts Likert schaal die varieert van 1 (sterk mee oneens) tot 5 (sterk mee eens). Deze vragenlijst is gekozen omdat het de houding meet van arts-assistenten ten opzichte van hun eigen communicatievaardigheden en het leren hiervan. Het is mogelijk dat deze attitudes een invloed hebben op daadwerkelijk gedrag, waardoor CSAS een mogelijke voorspeller is van de kwaliteit van communicatie in de praktijk. Attitudes en motivatie zijn echter niet altijd een voorspeller van daadwerkelijk handelen. Er werd gekozen voor een vragenlijst met gesloten stellingen met antwoorden op een 5-punts Likert schaal. Deze keuze vergemakkelijkt de statistische analyse, omdat kwantitatieve gegevens uit Likertschaal-antwoorden eenvoudiger te coderen en te verwerken zijn dan kwalitatieve gegevens uit open vragen. De CSAS is, over het algemeen, een consistent en stabiel meetinstrument om attitudes op dit gebied te meten. De ontwerpers van dit meetinstrument geven aan dat verder onderzoek nodig is naar de validiteit van deze schaal (Rees et al., 2002). De vragenlijst bestaat uit 26 items. Alle items zijn verdeeld over twee subschalen, namelijk de positieve attitudeschaal (PAS) en de negatieve attitudeschaal (NAS). Elke subschaal bevat dertien items. Volgens Baharudin et al. (2017) bevat de positieve attitudeschaal items die peilen naar een positieve houding tegenover het leren van communicatievaardigheden. De negatieve attitudeschaal omvat items die meer neigen naar een negatieve houding ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden (Ihmeideh et al., 2010). Een hoge score op de positieve attitudeschaal wijst op een positieve houding ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden, terwijl een lage score op deze subschaal op een minder positieve houding wijst. Een hoge score op de negatieve attitudeschaal wijst op een negatieve houding ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden. Een lage score op deze subschaal betekent dat men een minder negatieve houding heeft.

De Leeds Attitudes Towards Concordance Scale (LATCon) meet in welke mate de arts-assistenten het eens zijn met het concept van concordantie. De vragenlijst bestaat uit 12 stellingen waarbij de arts-assistent elke stelling kan scoren op een 4-puntsschaal: helemaal niet mee eens (0), niet mee eens (1), mee eens (2), helemaal mee eens (3). De totale maximale score die men kan behalen is 36. Een gemiddelde itemscore tussen 2 en 3 geeft aan dat de respondent neigt naar het eens zijn met het concept van concordantie. Een gemiddelde score die onder de 2 ligt suggereert dat de arts-assistent het niet eens is met het concept van concordantie. Antwoordopties voor alle 20 items worden gepresenteerd als 4-punts gedwongen-keuzesets met Likert-antwoordlabels en een score van 0 (sterk mee oneens) tot 3 (sterk mee eens). Het instrument wordt gescoord door de 20 items op te tellen (na de hercodering van de negatieve items), wat resulteert in een totaalscore die een indicatie geeft van de houding ten opzichte van concordantie. Hogere scores op de LATCon wijzen op een positievere houding, terwijl lagere scores wijzen op een negatievere houding. Het is bekend dat de tweede versie van LATCon beschikt over voldoende interne consistentie en stabiliteit (Way, 2013). Voor de eerste versie is de betrouwbaarheid echter niet met zekerheid vast te stellen (Thistlethwaite et al., 2003). De LATCon schaal houdt verband met het onderzoek naar de voorspellende waarde bij communicatievaardigheden bij arts-assistenten. Tijdens een consult is gezamenlijke besluitvorming een belangrijk aspect waarin de communicatie van de arts een cruciale rol speelt. Gezamenlijke besluitvorming is een aspect dat ook wordt beoordeeld binnen de MAAS 2.0, die de communicatievaardigheden tijdens een consultatie evalueert. Daarom is het relevant om te onderzoeken welke houding de arts-assistent heeft ten opzichte van dit concept en hoe dit in verband staat met de effectieve kwaliteit van zijn communicatie.

De Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) meet de mate van empathie bij artsen. De JSPE bestaat uit 20 stellingen waarbij de antwoorden bestaan uit een 7-punts Likert schaal. De antwoorden variëren tussen 1 (helemaal niet mee eens) en 7 (helemaal mee eens). De schaal meet de oriëntatie of houding van geneeskundestudenten ten opzichte van empathie van artsen in patiëntenzorgsituaties (Hojat et al. 2003). Er zijn 10 items binnen deze schaal met een negatieve factorlading die negatief correleren met empathie. Om te voorkomen dat deze items de totaalscore beïnvloeden, worden ze omgekeerd gescoord. Door de scores om te keren (bijvoorbeeld een 7 wordt een 1 en omgekeerd), wordt ervoor gezorgd dat een hogere totaalscore op de schaal consistent een hogere mate van empathie weerspiegelt. Een voorbeeld van een direct gescoord item is: "Om betere zorg te kunnen verstrekken, zouden artsen zich in de gedachtewereld van hun patiënten moeten proberen verplaatsen." Een hoge score op dit item duidt op een grotere mate van empathie. Een voorbeeld van een omgekeerd gescoord item is: "Ik geloof dat emotie geen plaats heeft in de behandeling van een medische ziekte." Een hoge score op dit item impliceert een lagere empathie en wordt daarom omgekeerd gescoord. De Jefferson Scale of Physician Empathy is over het algemeen een betrouwbaar en valide instrument om empathie te meten (Blanco et al., 2018). De JSPE is geselecteerd aangezien het verband houdt met de onderzoeksvraag.

De CARE-NL evalueert de empathie van artsen vanuit de ervaring van de patiënt en wordt in dit onderzoek gebruikt om de kwaliteit van communicatie te meten. De JSPE daarentegen meet de empathie van artsen vanuit hun eigen beleving. Door beide instrumenten te gebruiken, kan worden onderzocht of de door artsen gerapporteerde empathie (JSPE) een voorspellende waarde heeft voor de kwaliteit van communicatie, zoals ervaren door de patiënt (CARE-NL).

Procedure

De dataverzameling gebeurde op twee manieren. Allereerst hadden de respondenten die meededen met het onderzoek een informed consent ondertekend waarin stond dat ze in de komende zes maanden simulatiepatiënten zouden behandelen. Ook hadden ze de attitudevragenlijsten JSPE, DP-schaal, CSAS, LATCon ingevuld. Aan het begin van het academiejaar 2024-2025 werd gestart met de dataverzameling. In het kader hiervan werden consultaties ingepland bij verschillende respondenten, waarbij gebruik werd gemaakt van simulatiepatiënten. Tijdens de consultaties werden zowel de verbale als de non-verbale communicatievaardigheden van de arts-assistenten beoordeeld.

De consultaties vonden plaats in het UZA in Antwerpen, Edegem. De verschillende diensten waar de consultaties doorgingen zijn cardiologie, hematologie, pneumologie, neurologie en gastrologie. In totaal werden er 31 consultaties bijgewoond bij verschillende arts-assistenten in opleiding. Twee baliemedewerkers in het ziekenhuis werden ingelicht over dit onderzoek. De consultaties werden steeds uitgevoerd door twee onderzoekers. Eén onderzoeker speelde de rol van de patiënt, de andere onderzoeker nam de consultatie ongezien op en lette op de non-verbale houding van de arts-assistent. Na de consultatie werden twee vragenlijsten ingevuld namelijk de Non-verbale communicatievragenlijst en CARE-NL patiëntenvragenlijst. Nadat alle consultaties plaatsvonden, werden alle geluidopnames gedeeld met de twee onderzoekers die de specifieke consultaties niet hadden bijgewoond. Deze twee onderzoekers vulden aan de hand van de geluidopnames de vragenlijst MAAS 2.0 in. Op die manier beoordeelden de onderzoekers de communicatievaardigheden van de arts-assistenten aan de hand van de MAAS 2.0, CARE-NL en NVCV.

Ondanks de grondige voorbereiding werden toch enkele moeilijkheden vastgesteld. Tijdens de dataverzameling werd ontdekt dat een respondent vermoedelijk doorhad dat het om simulatieconsultaties ging. Om de geplande observaties bij deze arts-assistent alsnog te laten doorgaan, werden de consultaties overgenomen door twee andere studenten die nog geen afspraak bij deze respondent hadden. Ter bevordering van de anonimiteit en om herkenning te vermijden, werd ervoor gekozen bij elke consultatie andere kledij te dragen.

Daarnaast trok één respondent zich vrijwillig terug uit het onderzoek. In overeenstemming met de ethische richtlijnen werden alle geluidopnames en bijhorende vragenlijsten van deze deelnemer vernietigd om diens privacy volledig te garanderen. Dankzij het ruime aantal deelnemende arts-assistenten had deze uitval geen significante invloed op de steekproefgrootte.

Tijdens de data-verzameling werd er rekening gehouden met ethiek en privacy. Zo is dit onderzoek door de ethische commissie goedgekeurd. Bovendien heeft elke arts-assistent een informed consent getekend waarin ze toestemming geven om simulatiepatiënten te ontvangen in het academiejaar 2024-2025, om opgenomen en beoordeeld te worden. De namen van de arts-assistenten worden anoniem gehouden en zullen niet gebruikt worden in dit document.

Analysemethode

Gekozen meetniveau

Aangezien de verzamelde gegevens bestaan uit gestructureerde en gecategoriseerde antwoorden op Likert-schalen, is een statistische analysemethode gericht op ordinale data toegepast. Deze analysemethode maakt het mogelijk om trends en terugkerende patronen in de antwoordcategorieën te signaleren. Ook kunnen er daardoor verbanden tussen verschillende variabelen op een statistische verantwoorde manier geanalyseerd worden. Daarnaast kunnen er vergelijkingen gemaakt worden tussen groepen respondenten, met inachtneming van het ordinale karakter van data. Tenslotte geeft het inzicht in de mate van overeenstemming tussen attitudebeoordelingen en externe observaties zonder te veronderstellen dat er sprake is van gelijke intervallen.

De onderzochte vragenlijsten maken gebruik van Likert-schalen, waarbij respondenten hun mate van (on)eens zijn met verschillende stellingen aangeven. De gehanteerde schalen verschillen per instrument. DP-schaal: schaal van 1 tot 5, CSAS: schaal van 1 tot 5, LATCon: schaal van 3 tot 0, JSPE: schaal van 1 tot 7.

De vragenlijsten die communicatievaardigheden van de arts-assistenten in opleiding meten, maken ook gebruik van Likert-schalen. CARE-NL: schaal van 1 tot 6. Maas 2.0: schaal van 1 tot 4. Non-verbale communicatievragenlijst: schaal van 1 tot 7.

Deze antwoordschalen vallen onder het ordinale meetniveau. Dit houdt in dat er sprake is van een duidelijke rangorde tussen de antwoordcategorieën, bijvoorbeeld van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens', maar dat de afstanden tussen deze categorieën niet gelijk zijn. Zo is het verschil tussen 'eens' en 'neutraal' niet exact gelijk aan het verschil tussen 'helemaal oneens' en 'oneens'. Hierdoor voldoen deze gegevens niet aan de voorwaarden voor interval- of ratiomeetniveau. Bij een intervalniveau zijn de afstanden tussen meetpunten gelijk, en bij een ratiomeetniveau is er een

absoluut nulpunt aanwezig. Beide kenmerken ontbreken bij de gebruikte Likert-schalen (Valkeneers & Vanhoomissen, 2018).

De stellingen uit de vragenlijsten worden omgezet in numerieke waarden. Deze omzetting is een hulpmiddel bij het analyseren van de antwoordpatronen. Hoewel de gegevens in getallen worden uitgedrukt, betreft het geen zuiver kwantitatieve metingen. De numerieke representatie maakt het mogelijk om antwoorden te groeperen en vergelijkingen te maken, maar de resultaten moeten altijd geïnterpreteerd worden binnen het kader van het ordinale meetniveau.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, worden verschillende statistische methoden toegepast. Hieronder volgt een gedetailleerde beschrijving van elke analysetechniek en de manier waarop deze bijdraagt aan het beantwoorden van de hoofdvraag.

Gekozen statistische toetsen

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, worden verschillende statistische methoden toegepast. Hieronder volgt een gedetailleerde beschrijving van elke analysetechniek en de manier waarop deze bijdraagt aan het beantwoorden van de hoofdvraag.

Rangcorrelatieanalyse van Spearman

Aangezien de gebruikte data van ordinaal meetniveau is, wordt de rangcorrelatiecoëfficiënt van Spearman toegepast om de samenhang te onderzoeken tussen de attitudevragenlijsten ingevuld door arts-assistenten (DP-schaal, JSPE, CSAS, LATCon) en de beoordelingen van externe simulatiepatiënten (CARE-NL, MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst.) Er wordt gesproken van een significante correlatie wanneer de p-waarde kleiner of gelijk is aan 0.05 (Valkeneers & Vanhoomissen, 2018). De effectgrootte (r) geeft aan hoe sterk het verband is tussen de testen. Een waarde tussen 0.1 en 0.3 (of tussen -0.1 en -0.3) wijst op een klein effect. Bij waarden van 0.3 tot 0.5 (of -0.3 tot -0.5) spreekt men van een middelgroot effect en bij 0.5 of hoger (of -0.5 of lager) van een groot effect. Hoe dichterbij de waarde bij nul ligt, hoe kleiner het effect. Hoe dichterbij -1 of 1 , hoe sterker het effect (Merkus, 2021).

Om de demografische verschillen tussen groepen te analyseren, worden verschillende statistische toetsen toegepast. Wanneer het gaat om een vergelijking tussen twee onafhankelijke groepen, bijvoorbeeld: man en vrouw, wordt de Mann-Whitney U-toets gehanteerd. Deze toets is een non-parametrisch alternatief voor de onafhankelijke t-toets en wordt gebruikt om na te gaan of er sprake is van een significant verschil tussen twee groepen op basis van een ordinaal kenmerk (Jamanota et al., 2023).

De Mann-Whitney U-toets is met name geschikt wanneer het aantal respondenten in één of beide groepen kleiner is dan 30. In dergelijke gevallen zijn parametrische toetsen, zoals de t-toets minder geschikt vanwege de vereiste aannames omtrent normaalverdeling. Een belangrijk voordeel van de Mann-Whitney U-toets is dat deze geen strikte aannames doet over de verdeling van de data, waardoor de toets geschikter is bij kleine steekproeven en niet-normaal verdeelde data (Valkeneers & Vanhoomissen, 2018).

Wanneer er sprake is van een vergelijking tussen meer dan twee onafhankelijke groepen, zoals de verschillende afdelingen binnen het UZA, wordt gebruikgemaakt van de Kruskal-Wallis-toets. Dit is

een non-parametrische toets die geschikt is voor het analyseren van ordinale data. Het verschil met de Mann-Whitney U test is dat deze test gebruikt wordt voor data met meer dan twee steekproeven (Valkeneers & Vanhoomissen, 2018).

Resultaten

Vergelijking tussen de Doctor Patient Scale en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijsten

Doctor Patient Rating en de CARE-NL vragenlijst

Om te onderzoeken of er een verband is tussen de mate van patiënt- of ziektegerichtheid (gemeten met de DP-schaal) en hoe patiënten de communicatie met de arts ervaren (gemeten met de CARE-NL), werd een correlatieanalyse uitgevoerd. Hierbij is gebruik gemaakt van de rangcorrelatiecoëfficiënt van Spearman. Er werd gekeken naar de relatie tussen de totaalscore op de DP-schaal en de scores op de afzonderlijke items van de CARE-NL.

De analyse toonde drie significante, negatieve correlaties:

Item 3: “luisteren” vertoonde een middelsterke negatieve correlatie met de DP-score.
($r = -0.359$, $p = .029$)

Item 7: “positieve houding” had ook een middelsterke negatieve correlatie met de DP-score.
($r = -0.366$, $p = .042$)

Item 10: “plan van aanpak” liet een sterke negatieve correlatie zien met de DP-score.
($r = -0.527$, $p = .001$)

Deze resultaten wijzen erop dat arts-assistenten die hoger scoren op de DP-schaal (dus meer patiëntgericht zijn), als minder goed luisterend worden ervaren. Ze lijken tijdens het gesprek minder aandacht te hebben voor wat de patiënt zegt en kijken vaker op hun computer of notities terwijl de patiënt praat. Daarnaast lijken de arts-assistenten met een hoge score op de DP-schaal ook een minder positieve houding te hebben. Ze kunnen wel eerlijk zijn, maar brengen de boodschap soms op een negatieve manier. Ook blijkt dat arts-assistenten met een hogere DP-score de patiënt minder betrekken bij het maken van een behandelplan. Ze bespreken de keuzemogelijkheden minder grondig en houden minder rekening met de beslissingen van de patiënt. Tot slot werden er voor de overige items van de CARE-NL geen significante verbanden gevonden ($p > .05$), wat erop wijst dat de DP-schaal alleen voorspellend lijkt voor deze drie aspecten van patiëntperceptie.

Doctor Patient Rating en de Non-verbale communicatievragenlijst

Daarnaast werd onderzocht of de DP-schaal samenhangt met de non-verbale communicatie van arts-assistenten, zoals ervaren door patiënten. Hieruit kwam één significant verband naar voren.

Item 2: “glimlachen” uit de Non-verbale communicatievragenlijst vertoonde een middelmatige negatieve correlatie.
($r = -0.394$, $p = .016$)

Dit resultaat suggereert dat arts-assistenten die lager scoren op de DP-schaal (dus meer ziektegericht zijn), vaker glimlachen tijdens het consult. Voor de andere non-verbale items werden er geen significante verbanden gevonden ($p > .05$).

Doctor Patient Rating en de MAAS 2.0

Tot slot werd gekeken of er een verband bestaat tussen de DP-schaal en de MAAS 2.0, een instrument dat verbale communicatievaardigheden beoordeelt. In tegenstelling tot de andere vragenlijsten, werden er geen significante correlaties gevonden tussen de DP-schaal en de MAAS 2.0 ($p > .05$). Dit kan erop wijzen dat de mate van patiënt- versus ziektegerichtheid zoals gemeten door de DP-schaal, niet direct samenhangt met hoe communicatievaardigheden beoordeeld worden in de MAAS 2.0.

Vergelijking tussen de Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst

Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de CARE-NL

Uit de correlatieanalyse van Spearman blijkt dat er drie significante verbanden zijn tussen de Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de CARE-NL.

Item 4: "Interesse" vertoonde een middelmatige positieve correlatie met de Leeds Attitude Towards Concordance Scale .

($r = 0.391$, $p = .013$)

Item 6: "Medeleven en zorg" liet eveneens een middelmatige positieve correlatie zien.

($r = 0.367$, $p = .020$)

Item 9: "Eigen regie geven" toonde een middelmatige positieve correlatie met de Leeds Attitude Towards Concordance Scale.

($r = 0.386$, $p = .014$)

Deze resultaten wijzen erop dat arts-assistenten die hoger scoren op de Leeds Attitude Towards Concordance Scale meer interesse tonen in de patiënt als persoon en beter luisteren. Ze schenken tijdens het gesprek meer aandacht aan de patiënt en kijken minder naar hun aantekeningen of computer als de patiënt aan het spreken is. Daarnaast geldt voor het item "medeleven en zorg" een vergelijkbare conclusie, namelijk dat arts-assistenten met een hogere score op de Leeds Attitude Towards Concordance Scale oprechter en zorgzamer over komen. Ze tonen meer betrokkenheid, communiceren meer menselijk en vermijden een afstandelijke of onverschillige houding. Ten slotte geeft de correlatie met het item "eigen regie geven" aan dat een hogere score op de Leeds Attitude Towards Concordance Scale samenhangt met een grotere mate van een gedeelde besluitvorming. Arts-assistenten die beter afstemmen met de patiënt bij medische beslissingen, geven de patiënt ook meer ruimte om eigen keuzes te maken en versterken diens gevoel van autonomie.

Leeds Attitude Towards Concordance Scale en MAAS 2.0

De analyse laat zien dat de Leeds Attitude Towards Concordance Scale op drie onderdelen van de MAAS 2.0 significante positieve correlaties vertoont:

Item 1: “opening” vertoonde een middelmatige positieve correlatie met de Leeds Attitude Towards Concordance Scale .

($r = 0,399$, $p = .011$)

Item 6: “(Gezamenlijke) besluitvorming” vertoonde een middelmatige positieve correlatie met de Leeds Attitude Towards Concordance Scale.

($r = 0,348$, $p = .028$)

Item 9: “Emoties” vertoonde een middelmatige positieve correlatie met de Leeds Attitude Towards Concordance Scale.

($r = 0,369$, $p = .019$)

Deze resultaten suggereren dat arts-assistenten die hoger scoren op gedeelde besluitvorming via de LATCon, ook daadwerkelijk door simulatiepatiënten hoger worden beoordeeld op het openen van het gesprek, het nemen van gezamenlijke beslissingen en het omgaan met emoties, zoals gemeten via MAAS 2.0. Voor de overige MAAS 2.0-items (zoals hulpvragen, lichamelijk onderzoek, informatieoverdracht, samenvatten, enzovoort) werd geen significant verband gevonden. Dit geeft aan dat de LATCon slechts gedeeltelijk voorspellende waarde heeft voor communicatievaardigheden, en voornamelijk drie specifieke aspecten.

Leeds Attitude Towards Concordance Scale en Non-verbale communicatievragenlijst

Tot slot werden er geen significante correlaties gevonden tussen de Leeds Attitude Towards Concordance Scale en de items van de Non-verbale communicatievragenlijst. Dit wijst erop dat de mate van gedeelde besluitvorming, zoals gemeten met de LATCon, geen voorspellende waarde heeft voor het non-verbale gedrag van arts-assistenten tijdens het consult.

Vergelijking tussen de Communication Skills Attitude Scale en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst

Communication Skills Attitude Scale en CARE-NL

De resultaten van de correlatieanalyse tonen aan dat er bij drie items van de CARE-NL een matige, significante negatieve correlatie werd gevonden met de totaalscore van CSAS. Deze significante verbanden werden vastgesteld bij:

Item 1: “Gemak” vertoonde een middelmatige negatieve correlatie met de CSAS-score.

($r = -0.338$, $p = 0.033$)

Item 2: “Laten vertellen”: vertoonde een middelmatige negatieve correlatie met de CSAS-score.

($r = -0.346$, $p = .029$)

Item 3: “luisteren” vertoonde een middelmatige negatieve correlatie met de CSAS-score.
($r = -0.323$, $p = .042$)

Item 7: “Positieve houding” vertoonde een middelmatige negatieve correlatie met de CSAS-score.
($r = -0.328$, $p = .039$)

Deze negatieve correlaties wijzen erop dat arts-assistenten die positiever staan tegenover het leren van communicatievaardigheden (hogere CSAS-score), door patiënten juist lager worden beoordeeld op deze aspecten van communicatie. Dit is een opvallend en mogelijk onverwacht resultaat. Het kan betekenen dat een positieve houding tegenover communicatieonderwijs zich nog niet automatisch vertaalt in zichtbaar communicatief gedrag tijdens consulten of dat er andere factoren meespelen die de communicatie beïnvloeden.

Communication Skills Attitude Scale en MAAS 2.0

Uit de correlatieanalyse blijkt dat er één significant verband werd gevonden tussen de CSAS en de MAAS 2.0.

Item 1: “Opening” vertoonde een middelmatige positieve correlatie met de CSAS-score.
($r = 0.320$, $p = 0.044$)

Deze resultaten suggereren dat arts-assistenten die positiever staan tegenover het leren van communicatievaardigheden (hogere CSAS-score) een betere opening en start van het consult hebben. Zij geven de patiënt meer ruimte om zijn verhaal te doen en brengen de reden van komst duidelijker in kaart, wat wijst op een effectievere opening van het gesprek.

Communication Skills Attitude Scale en Non-verbale communicatievragenlijst

Tussen de Non-verbale communicatievragenlijst en de CSAS-somscore werden geen significante correlaties gevonden ($p > .05$). Dit wijst erop dat de houding van arts-assistenten ten opzichte van communicatieonderwijs geen waarneembaar verband heeft met hun non-verbale gedrag tijdens het consult, zoals beoordeeld door de simulatie-patiënt.

Vergelijking tussen de Jefferson Scale of Physician Empathy en de CARE-NL, de MAAS 2.0 en de Non-verbale communicatievragenlijst

Jefferson Scale of Physician Empathy en de CARE-NL

Uit de resultaten van de correlatieanalyse blijkt dat er geen significante verbanden zijn gevonden tussen de somscores van de Jefferson Scale of Physician Empathy en de scores op de CARE-NL ($p > .05$). Dit betekent dat een hogere of lagere score op de Jefferson Scale of Physician Empathy, die peilt naar de mate van empathie die arts-assistenten bij zichzelf ervaren, niet samenhangt met hoe de patiënt de consultatie ervaart.

Jefferson Scale of Physician Empathy en de MAAS 2.0

Uit de correlatieanalyse blijkt dat er één significant verband is gevonden tussen de Jefferson Scale of Physician Empathy en de MAAS 2.0.

Item 5: “Bevindingen” vertoonde een middelmatige negatieve correlatie met de Jefferson Scale of Physician Empathy.

($r = -0.331$, $p = .043$)

Deze uitkomst suggereert dat arts-assistenten die zichzelf als meer empathisch inschatten en daardoor hoger scoren op de Jefferson Scale of Physician Empathy minder hun bevindingen, hypothesen en/of diagnoses benoemen. Ze bevragen ook minder de reactie van de patiënt. Daarnaast wordt er ook minder vaak de prognose of het te verwachten beloop benoemd.

Jefferson Scale of Physician Empathy en de Non-verbale communicatievragenlijst

Bij de analyse is er één significant verband gevonden tussen de Jefferson Scale of Physician Empathy en de Non-verbale communicatievragenlijst.

Item 5: “Lichaamsleuning” vertoonde een middelmatige negatieve correlatie met de Jefferson Scale of Physician Empathy.

($r = -.323$, $p = .048$)

Dit betekent dat arts-assistenten die zichzelf als empathisch inschatten, tijdens het consult vaker een houding aannemen waarbij ze meer naar achteren leunen. Een hogere score op de Jefferson Scale of Physician Empathy blijkt dus geassocieerd te zijn met een minder voorovergebogen en betrokken lichaamshouding. In plaats van een open, naar voren gerichte houding, nemen ze juist meer afstand in hun non-verbale gedrag.

Vergelijking demografische kenmerken arts-assistenten

In een eerder deel van dit onderzoek werd nagegaan in welke mate de vragenlijsten JSPE, DP-schaal, CSAS en LATCon een voorspellende waarde hebben ten aanzien van de communicatiekwaliteit, zoals gemeten met de MAAS 2.0, de CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst. In dit deel wordt onderzocht of demografische kenmerken van arts-assistenten zoals geslacht, specialisatie, opleidingsuniversiteit en het aantal jaar klinische ervaring invloed uitoefenen op de scores van deze vragenlijsten. Het is immers van belang te achterhalen of er binnen bepaalde subgroepen significante verschillen of verbanden bestaan. Hierbij wordt er vergeleken of dat de aparte stellingen van de JSPE, DP-schaal, CSAS, LATCon een voorspellende waarde hebben ten opzichte van de vragenlijsten MAAS 2.0, CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst

Bij de interpretatie van de attitudevragenlijsten is het belangrijk te beseffen dat elk instrument een eigen scoringsmethodiek hanteert, doorgaans gebaseerd op Likert-schalen. Hieronder volgt een toelichting per vragenlijst.

Doctor-Patient Scale maakt een onderscheid tussen ziektegerichte en patiëntgerichte stellingen. Een hoge score op een ziektegerichte stelling geeft aan dat de respondent het niet eens is met de stelling,

wat wijst op een afwijzing van een patiëntgerichte benadering. Daarentegen duidt een hoge score op een patiëntgericht stelling juist op instemming met een patiëntgerichte benadering van de arts-patiëntrelatie. Achter ziektegerichte stellingen zal "D" staan, achter patiëntgerichte stelling zal "P" staan.

De Communication Skills Attitude Scale bestaat uit 13 positieve en 13 negatieve stellingen. Een hoge score op een positieve stelling betekent dat de respondent het ermee eens is. Terwijl een hoge score op een negatieve stelling betekent dat de respondent het er niet eens mee is. Achter een positieve stelling zal "+" staan, achter een negatieve stelling "-".

Jefferson Scale of Physician Empathy bevat ook positieve als negatieve stellingen. Een hoge score op een positieve stelling geeft aan dat men het volledig eens is met de empathische inhoud van de stelling. Terwijl een hoge score op een negatieve stelling betekent dat men deze stelling juist afwijst. Achter een positieve stelling zal "+" staan, achter een negatieve zal "-" staan.

Bij de Leeds Attitude Towards Concordance Scale betekent een hoge score het helemaal eens zijn met de stelling.

Specialisatie

Specialisatie: vragenlijsten zelf ingevuld door de arts-assistenten

Specialisatie en de Doctor-Patient Scale

Bij de analyse van verschillen in invulling en attitudebeoordeling van de Doctor-Patient Scale op specialisatieniveau, zijn op itemniveau drie significante verschillen gevonden.

Item 16: "Medische bekwaamheid berust vooral op kennis en vaardigheden en in veel mindere mate op attitude." (D)

Er werd een significant verschil gevonden tussen specialisaties ($p = .018$).

Item 21: "De meeste patiënten zijn niet in staat om ingewikkelde moderne werkwijzen in de geneeskunde te begrijpen, ook al krijgen ze daar uitleg over." (D)

Ook hier bleek een significant verschil te zijn op basis van specialisatie ($p = .023$).

Item 27: "Toepassing van hoogwaardige medische technologie biedt voor de toekomst de beste garanties voor kwaliteitsverbetering van de zorg." (D)

Er werd een significant verschil vastgesteld op basis van specialisatie ($p = .040$).

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen specialisatie op deze drie stellingen. Om te achterhalen tussen welke specialisaties deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking Item 16	p-waarde
Neurologie vs. Cardiologie	p = .041
Neurologie vs. Hematologie	p = .008
Pneumologie vs. Cardiologie	p = .046
Pneumologie vs. Hematologie	p = .010
Gastrologie vs. Hematologie	p = .016

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 20.1: gemiddelde item 16 DP-schaal, specialisatie).

Uit de resultaten blijkt dat cardiologen meer belang hechten aan kennis en vaardigheden (en minder aan attitude) dan hematologen. In de vergelijking tussen neurologen en hematologen scoren hematologen hoger, wat betekent dat zij het minder eens zijn met deze stelling dan neurologen. Tussen pneumologen en cardiologen scoren cardiologen hoger. Bij het verschil tussen pneumologen en hematologen scoren opnieuw de hematologen hoger. Ten slotte scoren hematologen ook hoger dan gastrologen.

Vergelijking item 21	p-waarde
Neurologie vs. cardiologie	p = .011
Neurologie vs. hematologie	p = .004
Gastrologie vs. hematologie	p = .045

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 20.2: gemiddelde item 21 DP-schaal, specialisatie).

Uit de resultaten blijkt dat cardiologen het minder eens zijn met de stelling dan neurologen. Ze geloven minder dat patiënten niet in staat zijn om complexe moderne werkwijzen in de geneeskunde te begrijpen. Daarnaast laten de resultaten zien dat hematologen hier ook minder in geloven dan neurologen. Ook blijkt dat hematologen het minder vaak eens zijn met deze stelling dan gastrologen.

Vergelijking item 27	p-waarde
Cardiologie vs. neurologie	p = .003
Gastrologie vs. neurologie	p = .018

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 20.3: gemiddelde item 27 DP-schaal, specialisatie).

Uit de resultaten blijkt dat neurologen het minder eens zijn met deze stelling dan cardiologen en gastrologen. Ze geloven minder dat de toepassing van hoogwaardige medische technologie in de toekomst de beste garantie biedt voor kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg.

Specialisatie en Jefferson Scale of Physician Empathy

Bij de analyse van verschillende specialisaties in het invullen van de Jefferson Scale of Physician Empathy werd op itemniveau één significant verschil gevonden.

Item 2: "Patiënten voelen zich beter als hun arts hun gevoelens begrijpt." ($p = 0.035$) (+)

Deze resultaten tonen aan dat er een significant verschil bestaat tussen specialisaties op basis van deze stelling.

Om te bepalen tussen welke specialisaties dit verschil optreedt, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd. De resultaten zijn als volgt:

Vergelijking item 2	p-waarde
Cardiologie vs. gastrologie	$p = .009$
Neurologie vs. gastrologie	$p = .014$
Pneumologie vs. gastrologie	$p = .030$

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoort op dit item werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 21.1: gemiddelde item 2 JSPE, specialisatie).

Uit deze resultaten blijkt dat gastrologen meer belang hechten aan het feit dat patiënten zich beter voelen wanneer hun arts hun gevoelens begrijpt. Gastrologen zijn het meer eens met deze stelling dan neurologen, cardiologen en pneumologen.

Specialisatie en Leeds Attitude Towards Concordance Scale

Uit de analyse blijkt dat er geen significante verschillen zijn gevonden tussen specialisatie op de Leeds Attitude Towards Concordance Scale. Dit suggereert dat artsen, ongeacht hun specialisatie, vergelijkbare opvattingen hebben over samenwerking en gedeelde besluitvorming met patiënten.

Specialisatie en de Communication Skills Attitude Scale

Uit de analyse is gebleken dat er tussen specialisatie en de CSAS één significant verschil is gevonden.

Item 12: "Communicatievaardigheden leren is leuk." ($p = .015$) (+)

Om te bepalen tussen welke specialisaties dit verschil optreedt, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd. De resultaten zijn als volgt:

Vergelijking item 12	p-waarde
Cardiologie vs. neurologie	p = .003
Hematologie vs. neurologie	p = .004

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoort op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 23.1: gemiddelde item 12 CSAS, specialisatie).

Uit deze resultaten kan worden afgeleid dat neurologen het leuker vinden om communicatievaardigheden aan te leren dan cardiologen en hematologen.

Specialisatie: vragenlijsten evaluatie consultatie

Specialisatie en CARE-NL-vragenlijst

Uit de analyse is gebleken dat er één significant verschil is tussen specialisatie en de CARE-NL.

Item 7: “positieve houding” (p = .012)

Deze resultaten tonen aan dat er een significant verschil bestaat tussen specialisaties op basis van deze stelling. Om te bepalen tussen welke specialisaties dit verschil optreedt, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd. De resultaten zijn als volgt:

Vergelijking item 7	p-waarde
Pneumologie vs neurologie	p = .001
Cardiologie vs neurologie	p = .015

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoort op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 24.1: gemiddelde item 7 CARE-NL, specialisatie).

Uit deze resultaten kan worden afgeleid dat cardiologen en pneumologen een minder positieve benadering en houding vertonen dan neurologen. Daarnaast blijken neurologen eerder te zijn en minder negatief over het probleem, terwijl cardiologen en pneumologen hierin minder scoren.

Specialisatie en MAAS 2.0

Uit de analyse is gebleken dat er twee significante verschillen zijn tussen specialisatie en de MAAS 2.0 vragenlijst.

Item 8: “exploreren” (p = .042)

Item 9: “emoties” (p = .027)

Deze resultaten tonen aan dat er een significant verschil bestaat tussen specialisaties op basis van deze stellingen. Om te bepalen tussen welke specialisaties dit verschil optreedt, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd. De resultaten zijn als volgt:

Vergelijking item 8	p-waarde
Cardiologie vs. hematologie	p = .030
Gastrologie vs. hematologie	p = .006

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoort op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 25.1: gemiddelde item 8 MAAS 2.0, specialisatie).

Uit deze resultaten blijkt dat hematologen meer exploreren binnen het referentiekader van de patiënt. Zij besteden meer aandacht aan het verkennen van hulpvragen, wensen en verwachtingen, gaan dieper in op de reactie van de patiënt tijdens de informatieoverdracht en besteden meer aandacht aan non-verbaal gedrag en sleutelwoorden. Cardiologen en gastrologen doen dit in mindere mate.

Vergelijking item 9	p-waarde
Cardiologie vs. neurologie	p = .030
Cardiologie vs. hematologie	p = .003
Gastrologie vs. hematologie	p = .016
Pneumologie vs. hematologie	p = .046

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoort op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel Bijlage 25.2: gemiddelde item 9 MAAS 2.0, specialisatie).

Uit deze resultaten kan worden afgeleid dat cardiologen in mindere mate inspelen op de emoties van de patiënt, minder doorvragen naar gevoelens en minder gevoelsreflectie toepassen dan neurologen en hematologen. Daarnaast blijkt dat hematologen beter inspelen op de emoties van de patiënt dan gastrologen en pneumologen. Het is daarbij belangrijk om mee te delen dat de gemiddelde scores van alle specialisaties relatief laag liggen.

Specialisatie en Non-verbale communicatievragenlijst

Uit de analyse is gebleken dat er één significant verschil is tussen specialisatie en de Non-verbale communicatievragenlijst.

Item 4: “knikken” (p = 0.024)

Deze resultaten tonen aan dat er een significant verschil bestaat tussen specialisaties op basis van deze stelling. Om te bepalen tussen welke specialisaties dit verschil optreedt, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd. De resultaten zijn als volgt:

Vergelijking item 4	p-waarde
Cardiologie vs. neurologie	p = .010
Cardiologie vs. pneumologie	p = .005

Om te bepalen welke specialisatie hoger scoort op dit item, werd het gemiddelde per specialisatie berekend (zie tabel bijlage 26.1: gemiddelde item 4 Non-verbale communicatievragenlijst, specialisatie).

Hieruit kan worden afgeleid dat cardiologen minder frequent knikken tijdens consultaties dan neurlogen en pneumologen.

Aantal jaar klinische ervaring

Aantal jaar klinische ervaring: vragenlijsten zelf ingevuld door de arts-assistenten

Aantal jaar klinische ervaring en de Doctor Patient scale

In vergelijking van het aantal jaar klinische ervaring en de Doctor Patient scale zijn er geen significante verschillen op te merken. Hieruit kan worden afgeleid dat het aantal jaar klinische ervaring geen invloed heeft op het meer of minder dokter- of patiëntgericht zijn.

Aantal jaar klinische ervaring en de Jefferson Scale of Physician Empathy

Uit de analyse is gebleken dat er twee significante verschillen zijn op de stellingen van de JSPE en het aantal jaar klinische ervaring.

Item 1: "Dat een arts de gevoelens van de patiënt en zijn/haar familie begrijpt, heeft geen invloed op de medische of chirurgische behandeling." (p = .023) (-)

Item 13: "Artsen zouden moeten proberen te begrijpen wat er zich afspeelt in het hoofd van hun patiënten door te letten op non-verbale signalen en lichaamstaal." (p = .020) (+)

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen het aantal jaar klinische ervaring op deze twee stellingen. Om te achterhalen tussen welk aantal jaren deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 1	p-waarde
2 jaar vs. 3 jaar	p = .005
2 jaar vs. 0 jaar	p = .016
4 jaar vs. 3 jaar	p = .016
5 jaar vs. 3 jaar	p = .013

Om te bepalen hoeveel jaar klinische ervaring hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per aantal jaar klinische ervaring berekend (zie tabel bijlage 28.1: gemiddelde item 1 JSPE, aantal jaar klinische ervaring).

Uit deze resultaten kan worden afgeleid dat arts-assistenten met twee jaar ervaring het meer eens zijn met deze stelling dan arts-assistenten met nul en drie jaar ervaring. Daarnaast zijn arts-assistenten met vier en vijf jaar klinische ervaring het meer eens met deze stelling dan arts-assistenten met drie jaar ervaring.

Vergelijking item 13	p-waarde
3 jaar vs. 4 jaar	p = .007
3 jaar vs. 5 jaar	p = .001

Om te bepalen hoeveel jaar klinische ervaring hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per aantal jaar klinische ervaring berekend (zie bijlage 28.2: gemiddelde item 13 JSPE, aantal jaar klinische ervaring).

Hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten met vier of vijf jaar klinische ervaring meer vinden dat artsen zouden moeten proberen te begrijpen wat er zich afspeelt in het hoofd van hun patiënten door te letten op non-verbale signalen en lichaamstaal dan arts-assistenten met drie jaar klinische ervaring.

Aantal jaar klinische ervaring en de Leeds Attitude Towards Concordance Scale

Uit de analyse is gebleken dat er één significant verschil is tussen het aantal jaar klinische ervaring en de Leeds Attitude Towards Concordance Scale.

Item 11: “Dokters zouden gevoeliger moeten zijn voor de manier waarop patiënten reageren op de informatie die ze hen geven.” (p = .013)

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen aantal jaar klinische ervaring op deze stelling. Om te achterhalen tussen welk aantal jaren deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 11	p-waarde
3 jaar vs. 4 jaar	p = .035
3 jaar vs. 2 jaar	p = .001
0 jaar vs. 2 jaar	p = .040
1 jaar vs. 2 jaar	p = .012
6 jaar vs. 2 jaar	p = .012
5 jaar vs. 2 jaar	p = .007

Om te bepalen hoeveel jaar klinische ervaring hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per aantal jaar klinische ervaring berekend (zie tabel bijlage 29.1: gemiddelde item 11 LATCon, aantal jaar klinische ervaring).

Op basis hiervan kan worden afgeleid dat arts-assistenten met twee jaar klinische ervaring sterker van mening zijn dat dokters gevoeliger zouden moeten zijn voor de manier waarop patiënten reageren op de informatie die zij ontvangen, vergeleken met arts-assistenten met nul, één, drie, vijf of zes jaar ervaring. Daarnaast blijkt dat arts-assistenten met vier jaar klinische ervaring dit aspect belangrijker vinden dan hun collega's met drie jaar ervaring.

Aantal jaar klinische ervaring en de Communication Skills Attitude Scale

Uit de analyse is gebleken dat er één significant verschil is tussen het aantal jaar klinische ervaring en de Communication Skills Attitude Scale.

Item 4: "Mijn communicatievaardigheden ontwikkelen is even belangrijk als mijn medische kennis."
(p = .027) (+)

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen het aantal jaren klinische ervaring op deze twee stellingen. Om te achterhalen tussen welke aantal jaren deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 4	p-waarde
0 jaar vs. 4 jaar	p = .045
1 jaar vs. 4 jaar	p = .048
3 jaar vs. 4 jaar	p = .007
3 jaar vs. 2 jaar	p = .040

Om te bepalen hoeveel jaar klinische ervaring hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per aantal jaar klinische ervaring berekend (zie tabel bijlage 30.1: gemiddelde item 4 CSAS, aantal jaar klinische ervaring).

Hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten met vier jaar klinische ervaring het belangrijker vinden dan arts-assistenten met nul, één en drie jaar ervaring dat het ontwikkelen van communicatievaardigheden even belangrijk is als het opbouwen van medische kennis. Daarnaast blijkt dat arts-assistenten met twee jaar klinische ervaring dit ook belangrijker vinden dan arts-assistenten met drie jaar ervaring.

Aantal jaar klinische ervaring: vragenlijsten evaluatie consultatie

Aantal jaar klinische ervaring en de CARE-NL

Uit de analyse is gebleken dat er geen verschil is in het aantal jaar klinische ervaring en de CARE-NL. Hieruit kan worden afgeleid dat patiënten geen verschil ervaren tussen arts-assistenten met verschillende jaren klinische ervaring.

Aantal jaar klinische ervaring en de MAAS 2.0

Uit de analyse is gebleken dat er één significant verschil is tussen het aantal jaar klinische ervaring en de MAAS 2.0.

Item 13: “Structureren” ($p = .022$)

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen het aantal jaar klinische ervaring op deze stelling. Om te achterhalen tussen welk aantal jaren deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 13	p-waarde
5 jaar vs. 4 jaar	$p = .004$
5 jaar vs. 3 jaar	$p = .003$

Om te bepalen hoeveel jaar klinische ervaring hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per aantal jaar klinische ervaring berekend (zie tabel bijlage 32.1: gemiddelde item 13 MAAS 2.0, aantal jaar klinische ervaring).

Op basis hiervan kan worden afgeleid dat arts-assistenten met vijf jaar klinische ervaring een minder logische volgorde van gespreksfasen hanteren tijdens hun consultaties. Zij besteden minder evenwichtig tijd aan de verschillende onderdelen van het gesprek en kondigen elementen, zoals de anamnese, het lichamelijk onderzoek en de rol van aanwezige personen, minder vaak aan dan arts-assistenten met drie of vier jaar klinische ervaring.

Aantal jaar klinische ervaring en de Non-verbale communicatievragenlijst

Uit de analyse is gebleken dat er geen significante verschillen zijn tussen het aantal jaar klinische ervaring en de non-verbale vaardigheden van de arts-assistenten. Er kan worden gesuggereerd dat het aantal jaar klinische ervaring geen invloed heeft op de non-verbale vaardigheden van de arts-assistenten.

Universiteit van opleiding

Universiteit van opleiding: vragenlijsten zelf ingevuld door de arts-assistenten

Universiteit van opleiding en de Doctor Patient Scale

Uit de data-analyse kan worden afgeleid dat er drie significante verschillen zijn op de stellingen van de DP-schaal en de universiteit van opleiding.

Item 4: “Bij beslissingen over de behandeling moet de patiënt het laatste woord hebben.” ($p = .020$) (P)

Item 43: “Geneeskunde en psychologie houden zich met verschillende aspecten van de mens bezig; een probleem is dus ofwel somatisch ofwel psychisch.” ($p = .029$) (D)

Item 54: “Als iemand ziek wordt, dan berust dat meestal op een toevallige samenloop van somatische factoren.” ($p = .037$) (D)

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen de universiteiten van opleiding op deze drie stellingen. Om te achterhalen tussen welke universiteiten deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 4	p-waarde
Universiteit Gent vs. Universiteit Antwerpen	$p = .004$

Om te bepalen welke universiteit hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per universiteit van opleiding berekend (zie tabel bijlage 34.1: gemiddelde item 4 DP-schaal, universiteit van opleiding).

Hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten uit de Universiteit van Antwerpen het vaker eens zijn met de stelling dat patiënten het laatste woord moeten hebben bij beslissingen over de behandeling. De arts-assistenten uit de Universiteit van Gent zijn het hier minder mee eens.

Vergelijking item 43	p-waarde
Universiteit Gent vs. Universiteit Antwerpen	$p = .019$

Om te bepalen welke universiteit hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per universiteit van opleiding berekend (zie tabel bijlage 34.2: gemiddelde item 43 DP-schaal, universiteit van opleiding).

Hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten uit de Universiteit van Gent het minder eens zijn met de stelling dat geneeskunde en psychologie zich bezig houden met verschillende aspecten van de mens, een probleem is dus of somatisch of psychisch. De arts-assistenten uit de Universiteit van Antwerpen zijn het hier meer mee eens.

Vergelijking item 54	p-waarde
Universiteit Gent vs. Universiteit Antwerpen	p = .030

Om te bepalen welke universiteit hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per universiteit van opleiding berekend (zie tabel bijlage 34.3: gemiddelde item 54 DP-schaal, universiteit van opleiding).

Hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten uit de Universiteit van Antwerpen het vaker eens zijn met de stelling dat ziekte meestal het gevolg is van een toevallige samenloop van somatische factoren, dan arts-assistenten uit de Universiteit van Gent.

Universiteit van opleiding en de Jefferson Scale of Physician Empathy

Uit de analyse kan worden afgeleid dat er geen significante verschillen zijn gevonden tussen de universiteit van opleiding en de JSPE. Er kan worden gesuggereerd dat de universiteit van opleiding geen invloed heeft op hoe arts-assistenten hun empathie zelf beoordelen.

Universiteit van opleiding en de Leeds Attitude Towards Concordance Scale

Uit de analyse blijkt dat er één significant verschil is gevonden tussen de universiteiten van opleiding op één van de stellingen van de Leeds Attitude Towards Concordance Scale.

Item 10: "Tijdens het consult tussen arts en patiënt, is het de beslissing van de patiënt het meest belangrijk is." (p = .013)

Deze resultaten tonen aan dat er significante verschillen zijn tussen de universiteiten van opleiding op deze stelling. Om te achterhalen tussen welke universiteiten deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 10	p-waarde
Universiteit Gent vs. Universiteit Antwerpen	p = .006
Universiteit Gent vs. Universiteit Utrecht	p = .016

Om te bepalen welke universiteit hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per universiteit van opleiding berekend (zie tabel bijlage 36.1: gemiddelde item 10 LATCon, universiteit van opleiding).

Hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten uit de Universiteit van Gent het minder eens zijn met de stelling dat tijdens het consult tussen arts en patiënt de beslissing van de patiënt het belangrijkste is, vergeleken met arts-assistenten uit de Universiteit van Antwerpen en de Universiteit van Utrecht.

Universiteit van opleiding en de Communication Skills Attitude Scale

Uit de analyse kan worden afgeleid dat er één significant verschil is tussen de universiteit van opleiding en de CSAS.

Item 23: “Communicatievaardigheden leren hoort thuis in de opleiding geneeskunde.” ($p = .033$) (+)

Deze resultaten tonen aan dat er een significant verschil is tussen de universiteiten van opleiding op deze twee stellingen. Om te achterhalen tussen welke universiteiten deze verschillen zich voordoen, werd de Dwass-Steel-Critchlow-Flinger pairwise comparisons test uitgevoerd.

Vergelijking item 23	p-waarde
Universiteit Gent vs. Universiteit Antwerpen	$p = .044$
Katholieke Universiteit Leuven vs. Universiteit Antwerpen	$p = .033$

Om te bepalen welke universiteit hoger scoorde op dit item, werd het gemiddelde per universiteit van opleiding berekend (zie tabel bijlage 37.1: gemiddelde item 23 CSAS, universiteit van opleiding).

Uit deze resultaten blijkt dat arts-assistenten uit de Universiteit van Antwerpen het vaker eens zijn met de stelling “Communicatievaardigheden leren hoort thuis in de opleiding geneeskunde” dan arts-assistenten uit de Universiteit van Gent en de Katholieke Universiteit Leuven.

Universiteit van opleiding: vragenlijsten evaluatie consultatie

Universiteit van opleiding en de CARE-NL-vragenlijst

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de universiteit van opleiding en de CARE-NL. Hieruit blijkt dat de universiteit van opleiding geen invloed heeft op hoe patiënten de consultatie ervaren, beoordelen.

Universiteit van opleiding en de MAAS 2.0.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de universiteiten van opleiding en de scores op de MAAS 2.0. Dit suggereert dat de universiteit waar arts-assistenten worden opgeleid geen invloed heeft op hoe zij worden beoordeeld op communicatievaardigheden. Opmerkelijk is dat er geen verschillen zijn gevonden in communicatievaardigheden per fase van het consult, zoals de opening, afronding en het omgaan met hulpvragen. Ook op het gebied van algemene communicatieve

aspecten zoals exploratie, omgaan met emoties, het tonen van empathie en informatieoverdracht scoren arts-assistenten vergelijkbaar, ongeacht waar ze hun opleiding volgen.

Universiteit van opleiding en de Non-verbale communicatievragenlijst

Er zijn geen significante resultaten gevonden tussen de universiteit van opleiding en de Non-verbale communicatievragenlijst. Hieruit blijkt dat de universiteit van opleiding geen invloed heeft op hoe arts-assistenten non-verbaal communiceren.

Geslacht

Geslacht: vragenlijsten zelf ingevuld door de arts-assistenten

Om de significante verschillen tussen variabelen te analyseren, werd gebruikgemaakt van de Mann-Whitney-toets.

Geslacht en de Doctor Patient Scale

Uit de analyse blijkt dat er drie stellingen binnen de Doctor Patient Scale zijn waarop significante verschillen tussen mannen en vrouwen zijn gevonden.

Item 4: “Bij beslissingen over de behandeling moet de patiënt het laatste woord hebben.” ($p = .049$) (P)

De gemiddelden laten zien dat mannen het in grotere mate eens zijn met deze stelling dan vrouwen. (Zie bijlage 41.1: gemiddelde item 4 DP-schaal, geslacht).

Item 19: “Informatie over gezondheid en ziekte in de krant, op televisie en in populaire weekbladen, moet beperkt worden; het doet meer kwaad dan goed.” ($p = .050$) (D)

Ook bij deze stelling zijn mannen het gemiddeld meer eens dan vrouwen. (Zie bijlage 41.2: gemiddelde item 19 DP-schaal, geslacht)

Item 30: “De arts moet pijnstillers voorschrijven op grond van diens eigen beoordeling van de werkelijke behoefte van de patiënt.” ($p = .041$) (D)

Uit de resultaten blijkt dat mannen ook bij deze stelling meer instemming tonen dan vrouwen. (Zie Bijlage 41.3: gemiddelde item 30 DP-schaal, geslacht).

Geslacht en de Jefferson Scale of Physician Empathy

Uit de analyse blijkt dat er één significant verschil is gevonden tussen de geslachten op één van de stellingen van de JSPE.

Item 13: “Artsen zouden moeten proberen te begrijpen wat er zich afspeelt in het hoofd van hun patiënten door te letten op non-verbale signalen en lichaamstaal.” ($p = .039$) (+)

Uit de gemiddelden blijkt dat mannen het meer eens zijn met deze stelling. (Zie Bijlage 42.1: gemiddelde item 13 JSPE, geslacht).

Geslacht en de Leeds Attitude Towards Concordance Scale

Uit de analyse blijkt dat er één significant verschil is gevonden tussen de geslachten op één van de stellingen van de LATCon.

Item 10: “Tijdens het consult tussen arts en patiënt, is het de beslissing van de patiënt die het meest belangrijk is.” ($p = .006$)

Uit de gemiddelden kan afgeleid worden dat mannen het meer eens zijn met deze stelling. (Zie bijlage 43.1: gemiddelde item 10 LATCon, geslacht).

Geslacht en de Communication Skills Attitude Scale

Er zijn geen significante verschillen gevonden op basis van geslacht met de CSAS-vragenlijst. Dit toont aan dat attitudes ten opzichte van het leren van communicatievaardigheden niet sterk verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke arts-assistenten.

Geslacht: vragenlijsten evaluatie consultatie

Geslacht en de CARE-NL

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen geslacht en de CARE-NL. Hieruit blijkt dat er geen verschil is tussen hoe mannen en vrouwen worden beoordeeld door de patiënt op hun communicatievaardigheden.

Geslacht en de MAAS 2.0

Uit de analyse blijkt dat er twee significante verschillen zijn gevonden tussen man en vrouw op 2 verschillende items van de MAAS 2.0.

Item 7: “afronding” ($p = .033$)

Uit de gemiddelden blijkt dat vrouwen een betere afronding doen dan mannen. Ze besteden meer aandacht aan de algemene evaluatievraag, controleren grondiger of de hulpvraag is beantwoord en toetsen het voorlopige perspectief nauwkeuriger. (Zie bijlage 46.1: gemiddelde item 7 MAAS 2.0, geslacht).

Item 13: “structureren” ($p = .011$)

Ook uit deze gemiddelden kan worden afgeleid dat vrouwen dit beter doen dan mannen. Ze hanteren een logischere volgorde van de fases, besteden de tijd evenwichtiger, verduidelijken beter de rol van aanwezige personen en kondigen de anamnese, het onderzoek en andere fasen duidelijker aan. (Zie bijlage 46.2: gemiddelde item 13 MAAS 2.0, geslacht).

Geslacht en de Non-verbale communicatievragenlijst

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen geslacht en de Non-verbale communicatievragenlijst. Hieruit blijkt dat het geslacht geen invloed heeft op de non-verbale communicatie van de arts-assistenten.

Arts-assistenten die het (niet) doorhadden

Aan het einde van enkele consultaties gaven arts-assistenten aan dat zij vermoedden dat het niet om een echte consultatie ging. Deze gevallen zijn niet meegenomen in de analyse van eerdere subgroepen en vergelijking van de vragenlijsten. Dit omdat deze arts-assistenten later nog een consultatie kregen van een andere simulatiepatiënt, zodat zij alsnog met geldige gegevens in de dataset opgenomen konden worden. In de huidige analyse wordt deze data echter wel meegenomen, om te onderzoeken of het doorhebben van de simulatie invloed had op het gedrag van de arts-assistenten. Dit demografisch kenmerk heeft geen invloed op de vragenlijsten die de arts-assistenten zelf invulden, aangezien dit vond plaats voor de consultaties. Hierdoor worden hier enkel de CARE-NL, de MAAS 2.0. en de Non-verbale communicatievragenlijst beschreven.

Had het door of niet: vragenlijsten evaluatie consultatie

Had het door of niet en de CARE-NL

Er zijn geen significanties gevonden tussen de arts-assistenten die het wel of niet doorhadden dat het om een gesimuleerde consultatie ging en de CARE-NL. Dit is interessant aangezien hieruit kan worden afgeleid dat arts-assistenten die het door hadden op geen enkel item beter of slechter scoren op de CARE-NL dan arts-assistenten die het niet door hadden.

Had het door of niet en de MAAS 2.0

Uit de analyse blijkt dat er twee significante verschillen zijn gevonden op twee verschillende items van de MAAS 2.0

Item 3: “Hulpvragen” ($p = .038$)

Uit de gemiddelden blijkt dat arts-assistenten die doorhadden dat het om een gesimuleerde consultatie ging, beter scoorden op het item ‘hulpvragen’ dan degenen die dit niet doorhadden. Zij benoemden de aanleiding van het consult duidelijker, gingen beter in op de hulpvragen, wensen of verwachtingen van de patiënt, en sloten het onderdeel hulpvraagverheldering zorgvuldiger af. (Zie bijlage 49.1: gemiddelde item 3 MAAS 2.0, had het door of niet).

Item 11: “Informatieoverdracht” ($p = .032$)

Uit deze gemiddelden blijkt dat arts-assistenten die doorhadden dat het om een gesimuleerde consultatie ging, beter scoorden op het item ‘informatieoverdracht’ dan degenen die dit niet doorhadden. Zij pasten de informatie beter aan het referentiekader van de patiënt aan, gaven informatie in kleinere hoeveelheden en boden een correctere uitleg. Daarnaast maakten zij vaker

gebruik van de computer of visueel materiaal en gaven ze vaker schriftelijke informatie mee. Ook controleerden zij in hogere mate of de patiënt de informatie goed had begrepen. (Zie bijlage 49.2: gemiddelde item 11 MAAS 2.0, had het door of niet).

Had het door of niet en de Non-verbale communicatievragenlijst

Ook tussen de Non-verbale communicatievragenlijst en of arts-assistenten die het door hadden zijn geen significante verschillen gevonden. Of dat arts-assistenten het doorhadden heeft dus geen invloed op de uitkomst van hun non-verbale communicatie.

Conclusie

Hoe varieert de voorspellende waarde van elke vragenlijst (JSPE, DP-schaal, CSAS, LATCon) in relatie tot de kwaliteit van communicatie (MAAS 2.0, Non-verbale communicatievragenlijst, CARE-NL)?

Uit de resultaten van de analyse blijkt dat de Leeds Attitude Towards Concordance Scale de beste voorspellende waarde heeft ten opzichte van communicatievaardigheden bij de deelnemende arts-assistenten. Zo vertoont deze vragenlijst het grootste aantal middelmatige positieve correlaties met de verschillende items van de MAAS 2.0 en de CARE-NL. Dit zou erop kunnen wijzen dat artsen die hoog scoren op hun houding van gedeelde besluitvorming met de patiënt, beter scoren op hun communicatieve vaardigheden. Opvallend is hier dat de arts-assistenten die hoog scoren op de vragenlijst LATCon, die de mate van gedeelde besluitvorming meet, ook hoog scoren op het item 'Gezamenlijke besluitvorming' van de MAAS 2.0. Met de Non-verbale communicatievragenlijst heeft de LATCon geen significante correlaties. Dit kan erop wijzen dat deze vragenlijst geen voorspellende waarde biedt voor het non-verbale gedrag van arts-assistenten tijdens consultaties.

Uit de resultaten blijkt dat er enkel negatieve correlaties gevonden zijn tussen de DP-schaal en de items van de CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst. Dit toont aan dat deze items van de DP-schaal niet voorspellend zijn en dus geen antwoord bieden op de huidige onderzoeksvraag. Toch zijn deze bevindingen interessant omdat ze aantonen dat de items van de DP-schaal niet goed aansluiten bij wat de CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst meten. De negatieve correlaties zijn ook tegenstrijdig met wat in de literatuur wordt gevonden. De literatuurstudie toonde dat artsen die een patiëntgerichte communicatiestijl toepassen, zowel een betere evaluatie van de kwaliteit van zorg, als meer vertrouwen krijgen van de patiënt (Hong & Oh, 2019; Zwingmann, 2017). Dit zou kunnen wijzen op inconsistentie tussen de zelfperceptie van artsen en hun daadwerkelijke communicatiegedrag. Het is mogelijk dat de arts-assistenten sociaal wenselijk hebben geantwoord op de items van de DP-schaal. Daarnaast zou het kunnen dat de patiëntgerichte aanpak geen invloed heeft op hoe ze presteren in hun communicatie en daarmee geen voorspellende waarde biedt voor de communicatievaardigheden van artsen. Tussen de DP-schaal en de MAAS 2.0 zijn er geen significante correlaties gevonden. Dit kan erop wijzen dat deze vragenlijst geen voorspellende waarde biedt voor de communicatievaardigheden zoals ze gemeten worden met de MAAS 2.0.

Ook de CSAS biedt geen goede voorspellende waarde voor de items van de CARE-NL binnen de huidige onderzoeksvraag, aangezien er enkel negatieve correlaties werden gevonden voor vier items van de CARE-NL. Toch zijn deze resultaten belangrijk omdat ze aantonen dat de items van de CSAS niet goed aansluiten bij wat de CARE-NL wil meten. Deze resultaten zijn bovendien tegenstrijdig met eerder onderzoek waarbij gesteld werd dat positieve houdingen ten opzichte van communicatie samenhangen met betere communicatieprestaties (Moezzi et al., 2024). Uit deze studie bleek echter dat de communicatievaardigheden werden beoordeeld op basis van zelfrapportage van de artsen zelf, terwijl het huidige onderzoek de communicatie beoordeelt door observaties van de onderzoekers. Wel heeft de CSAS één significante positieve correlatie met een item uit de MAAS 2.0. Dit kan wijzen op een voorspellende waarde op slechts één item.

Tussen de CSAS en de Non-verbale communicatievragenlijst werden er geen significante correlaties gevonden.

De Jefferson Scale of Physician Empathy heeft vermoedelijk geen voorspellende waarde voor de kwaliteit van communicatie aangezien op slechts één item van zowel de MAAS 2.0 als de NVCV een negatieve correlatie werd gevonden. Dit toont tegenstrijdige resultaten met het onderzoek van Derksen et al. (2018) waarin een gebrek aan empathie samengaat met zwakke non-verbale communicatie, wat een negatieve invloed heeft op de arts-patiëntrelatie. Daarnaast is er geen significant verband gevonden met de items van de CARE-NL. Hieruit kan worden afgeleid dat de JSPE geen voorspellende waarde biedt voor de CARE-NL.

Hoe verschillen de scores op de vragenlijsten (JSPE, DP-schaal, CSAS, LATCon) en de kwaliteit van communicatie (MAAS 2.0, NVCV, CARE-NL) tussen verschillende subgroepen (geslacht, specialisatie, universiteit van opleiding, aantal jaren klinisch werk, had de arts-assistent door dat het om een simulatie-consultatie ging)?

Er werden significante verschillen gevonden bij de verschillende subgroepen van specialisatie, aantal jaren klinische ervaring, universiteit van opleiding, geslacht en de arts-assistenten die doorhadden dat het om een gesimuleerde consultatie ging. Deze verschillen bleven beperkt tot een klein aantal items met een maximum van drie items op de vragenlijsten DP-schaal, CSAS, LATCon en JSPE. Er werden minder significante verschillen gevonden op beoordelingsvragenlijsten van de MAAS 2.0, de CARE-NL en de NVCV. Opvallend is dat zowel bij de NVCV, de MAAS 2.0 en de CARE-NL significante verschillen werden gevonden bij de subgroep van specialisatie. Zo blijkt uit de CARE-NL dat cardiologen een minder positieve benadering hebben tegenover het probleem van patiënten, ten opzichte van neurologen die een meer positieve benadering hebben. Dit sluit aan bij het significant verschil dat werd gevonden bij CSAS waarbij cardiologen het minder leuk vinden om nieuwe communicatievaardigheden te leren, ten opzichte van neurologen. Deze bevinding wijst op een consistent patroon waarbij cardiologen ten opzichte van andere subgroepen minder positief scoren op één of meerdere items van de CARE-NL, de NVCV, de MAAS 2.0 en de CSAS. Niet onbelangrijk is dat de specialisaties gastrologie en pneumologie ook significant slechter scoren op de MAAS 2.0 en de CARE-NL dan andere specialisaties. Daarnaast is er een andere opvallende bevinding gevonden. Namelijk dat er slechts twee significante verschillen werden gevonden tussen de arts-assistenten die het door hadden dat het om een simulatie-consult ging en twee items van de MAAS 2.0. Arts-assistenten die het doorhadden dat het om een gesimuleerde consultatie ging scoorden beter op de items “Hulpvragen” en “Informatieoverdracht”.

Ook blijkt uit de analyse dat geslacht op enkele punten een significante rol speelt in de attitudes en communicatievaardigheden van de arts-assistenten. Deze verschillen zijn in het algemeen beperkt, echter is er een interessante bevinding. Zo is het opvallend dat mannen het meer eens zijn met stellingen afkomstig van de DP-schaal die betrekking heeft op de mogelijkheid van de patiënt om het laatste woord te hebben over een behandeling. Toch zijn mannen het ook meer eens met de stelling dat de arts pijnstillers moet voorschrijven op grond van eigen beoordeling van de werkelijke behoefte van de patiënt. Deze twee stellingen gaan over patiënten autonomie. Het is opmerkelijk dat mannen bij de eerste stelling meer instemmen met meer patiënten autonomie, maar dit bij de tweede stelling niet doen.

Daarnaast gaven mannelijke arts-assistenten vaker een positief antwoord op stellingen uit JSPE-schaal en LATCon, die betrekking hebben op het tonen van empathie, zoals “Dokters zouden gevoeliger moeten zijn voor de manier waarop patiënten reageren op de informatie die ze hen geven”. Dit is opmerkelijk aangezien uit onderzoek van Santos et al. (2016) blijkt dat vrouwelijke

geneeskundestudenten meer empathie vertonen dan mannelijke geneeskundestudenten. Aan de andere kant laten vrouwelijke arts-assistenten betere communicatievaardigheden zien in de praktijk. Dit blijkt uit meer significante hoge scores op het afronden en het structureren van de consultatie dat gemeten werd door MAAS 2.0.

Ook in de vergelijkingen tussen de arts-assistenten met verschillende aantal jaren klinische ervaring is er een opmerkelijke bevinding gevonden. Zo blijkt uit de resultaten van MAAS 2.0 dat arts-assistenten met vijf jaar klinische ervaring een minder logische volgorde van gespreksfasen hanteren tijdens de consultaties. Deze bevinding stemt in met het idee van Dokter Steinhauser, zo veronderstelde hij dat de arts-assistenten in hogere jaren, met meer praktische ervaring, minder goede communicatievaardigheden zouden hanteren dan arts-assistenten uit jongere jaren.

Antwoord op de hoofdvraag

Bieden de attitudevragenlijsten, die bedoeld zijn om de attitude van arts-assistenten tegenover communicatie te beoordelen (DP-schaal, JSPE, CSAS, LATCon) een voorspellende waarde over de kwaliteit van de communicatievaardigheden die de arts-assistenten hanteren tijdens een consultatie met een patiënt?

Uit de antwoorden van de deelvragen kan er een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag. De vragenlijsten (DP-schaal, JSPE, CSAS, LATCon) die bedoeld zijn om de attitude tegenover communicatie in kaart te brengen bieden in wisselende mate voorspellende waarden voor de daadwerkelijke kwaliteit van de communicatievaardigheden tijdens consultaties, zoals beoordeeld met MAAS 2.0, Non-verbale communicatievragenlijst en CARE-NL. De LATCon blijkt de grootste voorspellende waarde te hebben, met meerdere positieve correlaties met items uit de MAAS 2.0 en de CARE-NL. De DP-schaal toont vooral negatieve of geen significante correlaties, wat suggereert dat ze weinig tot geen voorspellende waarde heeft. De CSAS heeft ook negatieve correlaties met de CARE-NL waaruit afgeleid kan worden dat deze geen of weinig voorspellende waarde heeft, de vragenlijst heeft één positief significant verband met de MAAS 2.0. Dit kan wijzen op een voorspellende waarde van slecht één item. Jefferson Scale of Physician Empathy toont evenmin relevante voorspellende waarden, met slechts enkele negatieve of niet significante correlaties. Op basis van deze resultaten lijkt alleen de LATCon een consistente aanwijzing te geven over de kwaliteit van communicatie die arts-assistenten in opleiding tijdens een consult hanteren. Hoewel er enkele significante verschillen zijn tussen subgroepen, blijven deze beperkt. Dit wijst erop dat de voorspellende waarde van de vragenlijsten in hoofdzaak onafhankelijk is van persoons- of achtergrondkenmerken, en dat vooral de inhoud van de attitudevragenlijsten bepalend is voor de mate waarin communicatieve kwaliteit voorspelt kan worden.

Kritische bedenkingen

Een eerste belangrijke beperking van dit onderzoek betreft het beoordelingsbewustzijn van de deelnemende arts-assistenten. Tijdens het onderzoek zijn simulatiepatiënten bij meerdere arts-assistenten langs geweest voor een gesimuleerd consult. Na afloop van de consultaties gaven sommige artsen aan dat ze vermoeden dat het niet om een echt consult ging. Om dit mogelijk effect verder te onderzoeken, zijn dezelfde artsen op een later moment nogmaals bezocht door twee andere simulatiepatiënten. Hierdoor kon een extra variabele worden meegenomen in de analyses, namelijk het effect van beoordelingsbewustzijn op communicatiegedrag. Toch brengt dit ook een beperking met zich mee. Er kan niet met zekerheid worden vastgesteld of enkel de artsen die dit expliciet melden zich bewust waren van de beoordeling. Het is mogelijk dat meer artsen het doorhadden, maar dit om bepaalde redenen niet hebben gecommuniceerd. Deze oncontroleerbare factor vormt een beperking voor de validiteit in dit deel van het onderzoek.

Een tweede beperking betreft de beoordeling van de communicatievaardigheden van de arts-assistenten. De beoordeling op de MAAS 2.0, de CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst werden uitgevoerd door verschillende duo's van beoordelaars. Om de beoordelingsprocedure te standaardiseren en de betrouwbaarheid te verhogen, werd vooraf een training gegeven door dr. Steinhauser. Deze training had als doel ervoor te zorgen dat alle beoordelaars de consultaties op een gelijkwaardige manier evalueerden. Toch blijft het mogelijk dat er subtiele interpretatieverschillen zijn opgetreden tussen de beoordelaars, ondanks de training. De beoordeling van de communicatievaardigheden van de respondenten is objectief maar kan een subjectief karakter bevatten, wat kan leiden tot een lichte variatie in scoringspatronen tussen de verschillende duo's. Deze mogelijke verschillen in beoordelingsstijl vormen een mogelijke beperking voor de betrouwbaarheid van de verzamelde data.

Een derde beperking van het onderzoek is het gebrek aan een zekere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De intra-class correlatiecoëfficiënt leek de ideale methode om dit na te gaan. Een hoge correlatie zou hier willen zeggen dat er een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid aanwezig is. Dit bleek echter niet mogelijk aangezien elke beoordelaar een andere vragenlijst invulde per arts-assistent, met uitzondering van de MAAS 2.0 die telkens per 2 gescoord werd. Omdat de beoordelaars deze vragenlijst altijd samen invulden en een gezamenlijke score bekwamen, was het ook hier niet mogelijk om de intra-class correlatiecoëfficiënt te berekenen. Er waren geen andere testen mogelijk die een correcte weergave konden bieden van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het is dus onzeker in hoeverre er verschillen aanwezig zijn in de manier van scoren door de verschillende beoordelaars.

Suggesties voor vervolgonderzoek

In het huidige onderzoek wordt de focus gelegd op de communicatievaardigheden van arts-assistenten in opleiding. Meer specifiek wordt er aandacht besteed aan de verschillende vragenlijsten die attitude op bepaalde stellingen tussen arts-assistenten en patiënten meten, de Doctor-Patient Scale, de Leeds Attitude Towards Concordance Scale, Jefferson Scale of Physician Empathy en de Communication Skills Attitude Scale. Daarnaast wordt onderzocht hoe de arts-assistenten communiceren tijdens de consultaties met patiënten. Dit met behulp van de CARE-NL, Non-verbale communicatievragenlijst en MAAS 2.0. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om na te gaan of er een voorspellende waarde bestaat tussen deze twee metingen en wat dit precies is. Alle resultaten dienden met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Ook is het belangrijk om verder onderzoek te voeren over dit onderwerp.

Op basis van huidige resultaten werden er bepaalde samenhangen gevonden tussen de scores op de vragenlijsten die de arts-assistenten zelf invulden (DP-schaal, LATCon, CSAS en JESP) en de observatie van de simulatiepatiënten (CARE-NL, MAAS 2.0 en de NVCV). Op basis van deze bevindingen wordt geadviseerd om vervolgonderzoek te doen naar de vraag of de combinatie van vragenlijsten, of van items uit verschillende vragenlijsten (DP-schaal, LATCon, CSAS en JSPE), een betere voorspellende waarde heeft voor communicatiegedrag van artsen en arts-assistenten tijdens consultaties dan afzonderlijke vragenlijsten. Door te weten te komen of bepaalde vragenlijsten of items samen een betere voorspellende waarde vormen, zou er mogelijk een beter instrument ontwikkeld kunnen worden om de communicatievaardigheden van arts-assistenten in opleiding te beoordelen. Daarnaast zou er in de opleiding geneeskunde beter getraind kunnen worden op communicatievaardigheden omdat er een compleet beeld zou bestaan van de echte communicatiekwaliteit van arts-assistenten.

Ook werden er verschillen gevonden tussen de verschillende specialisaties op diverse onderdelen. Hierbij wordt er geadviseerd om vervolgonderzoek te voeren naar het mechanisme dat deze verschillen verklaart of veroorzaakt. Concreet kan vervolgonderzoek zich focussen op de reden waarom bepaalde demografische kenmerken zoals specialisatie of geslacht leidt tot betere of net minder goede scores op de instrumenten zoals de MAAS 2.0, de CARE-NL en de Non-verbale communicatievragenlijst. Toekomstig onderzoek zou kunnen bijdragen aan een beter begrip van deze verschillen.

Aanbevelingen voor de praktijk

Als aanbeveling voor de praktijk wordt er voorgesteld om binnen de specialisatie opleidingen communicatieworkshops te organiseren voor arts-assistenten in de specialisatie cardiologie. Tijdens deze workshops zou men de focus leggen op patiëntgerichte communicatie en andere communicatievaardigheden die ook tijdens de basisopleiding geneeskunde werden aangeleerd. Uit onderzoek van Fallowfield et al. (2003) blijkt dat communicatietraining langdurige en positieve effecten kan hebben op de communicatievaardigheden van artsen in de klinische praktijk. Deze aanbeveling is met name relevant voor subgroepen van artsen die in de praktijk minder positief scoren op aspecten van communicatie, zoals blijkt uit huidige bevindingen. Zo blijkt uit de analyse dat cardiologen in vergelijking met andere specialisaties systematisch lager scoren op één of meerdere items van de CARE-NL, de NVCV en de MAAS 2.0. Juist voor deze subgroep is het belangrijk om communicatietrainingen aan te bieden in de specialisatie cardiologie, zodat zij hun communicatievaardigheden kunnen blijven ontwikkelen en beter kunnen afstemmen op de behoefte van hun patiënten. Toch mag er niet vergeten worden dat andere specialisaties, zoals pneumologie en gastrologie, ook minder goed scoren op de MAAS 2.0 en de CARE-NL. Voor deze specialisaties zouden de communicatie workshops ook interessant zijn.

Uit de resultaten blijkt ook dat de LATCon de grootste voorspellende waarde heeft ten opzichte van communicatievaardigheden van de arts-assistenten. Deze attitudevragenlijst toont het grootste aantal middelmatige positieve correlaties met de items uit de MAAS 2.0 en de CARE-NL. Dit kan erop wijzen dat arts-assistenten die hoog scoren op hun houding van gedeelde besluitvorming met de patiënt beter scoren op communicatievaardigheden. Daarom wordt als de tweede aanbeveling voor de praktijk voorgesteld om een communicatiechecklist te ontwikkelen. Deze checklist kan geïntroduceerd worden tijdens de stages in de opleiding geneeskunde en kan bovendien geïnspireerd worden op bestaande gevalideerde meetinstrumenten, zoals de LATCon, de MAAS 2.0 en de CARE-NL. Zo kan men relevante elementen uit deze instrumenten selecteren en gebruiken als observatiepunten. Studenten zouden samen met hun stagementor de checklist kunnen invullen op het einde van een consultatie met een patiënt of op het einde van de dag. Er werd een checklist ontwikkeld voor het beoordelen van communicatievaardigheden bij geneeskundestudenten in India (Chauhan et al., 2023). Deze checklist werd toegepast bij 84 geneeskundestudenten en heeft als doel het zorgen voor betere patiëntgerichte zorg. Zowel de studenten als de lectoren hebben een positieve ervaring met deze checklist. Uit de studie blijkt dat de geneeskundestudenten goed scoorden op de meeste onderdelen, maar lager scoorden op empathie en ondersteuning van de patiënt (Chauhan et al., 2023). Dit is een belangrijke bevinding aangezien uit literatuur blijkt dat gebrek aan empathie bij artsen kan zorgen voor communicatieproblemen tussen artsen en patiënten (Derksen et al. 2018). Het onderzoek van Chauhan et al. (2023) raadt aan om eigen criteria te definiëren waaraan de geneeskundestudenten moeten voldoen, aangezien de aspecten van effectieve communicatie in India kunnen verschillen van aspecten van effectieve communicatie bij andere sociaal-culturele contexten. Op deze manier zouden geneeskundestudenten en hun stagementoren meer gericht kunnen inzetten op de communicatievaardigheden die bij de student moeilijk verlopen.

Lijst met afkortingen

Afkorting	Definitie
CARE-NL	Nederlandse vertaling van de Consultation and Relational Empathy vragenlijst
CSAS	Communication Skills Attitude Scale
DP-schaal	Doctor Patient Scale
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
LATCon	Leeds Attitude Towards Concordance Scale
MAAS 2.0	Maastrichtse Anamnese en Advies Scorelijst
NVCV	Non-verbale communicatievragenlijst
UZA	Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Referenties

- Ahmadian Yazdi, N., Bigdeli, S., Soltani Arabshahi, S. K., & Ghaffarifar, S. (2019). The influence of role-modeling on clinical empathy of medical interns: A qualitative study. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 7(1), 35–41. <https://doi.org/10.30476/JAMP.2019.41043>
- Almaraz, E. R., Salman-Monte, T. C., Calvo-Alen, J., Ajo, M. J. B., Álvaro, J. M., Bernabeu, P., Blasco, J. B., Ortega, S. P., Renau, R. R., Marsiñach, C. S., Galvez-Fernandez, M., Bahamontes-Rosa, N., Hernández, J. S., & Izquierdo, M. S. (2025). Doctor-patient communication in Systemic Lupus Erythematosus: Insights from the LupusVoice study. *SSM – Qualitative Research in Health*, 7, 2667–3215. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100528>
- Alyami, A. S., Al Sinan, A. S., Alzahrani, A. A. H., Al Zubayd, I. H. M., & Almansour, H. H. A. (2024). The importance of effective communication between nurses and patients. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 7(8). https://jicrcr.com/index.php/jicrcr/article/view/799?utm_source
- Bachmann, C., Roschlaub, S., Harendza, S., Keim, R., & Scherer, M. (2017). Medical students' communication skills in clinical education: Results from a cohort study. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1874–1881. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.030>
- Baharudin, N., Mohamed-Syarif Mohamed-Yassin, M. S., Badlishah-Sham, S. F., Yuzadi, Z., Yusof, M., & Ramli, A. (2017). Validation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) Questionnaire in a Cohort of Malaysian Medical Students. *Journal of Clinical and Health Sciences*, 2(2), 46–53. 08OriginalArticles-46-53.pdf
- Biglu, M. H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017). Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Materia socio-medica*, 29(3), 192–195. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>
- Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., & Mercer, S. W. (2015). Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC family practice*, 16, 149. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0374-y>
- Blanco, J. M., Caballero, F., García, F. J., Lorenzo, F., & Monge, D. (2018). Validation of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Spanish medical students who participated in an Early Clerkship Immersion programme. *BMC medical education*, 18(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1309-9>
- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 131(11), 822–829. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-11-199912070-00004>
- Chaitoff, A., Sun, B., Windover, A., Bokar, D., Featherall, J., Rothberg, M. B., & Misra-Hebert, A. D. (2017). Associations Between Physician Empathy, Physician Characteristics, and Standardized Measures of Patient Experience. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(10), 1464–1471. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001671>

- Chauhan, A., Begum, J., & Saiyad, S. (2023). Validated checklist for assessing communication skills in undergraduate medical students: bridging the gap for effective doctor-patient interactions. *Advances in physiology education*, 47(4), 871–879. <https://doi.org/10.1152/advan.00140.2023>
- de Las Cuevas, C., Rivero-Santana, A., Perestelo-Perez, L., Perez-Ramos, J., Gonzalez-Lorenzo, M., Serrano-Aguilar, P., & Sanz, E. J. (2012). Mental health professionals' attitudes to partnership in medicine taking: a validation study of the Leeds Attitude to Concordance Scale II. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 21(2), 123–129. <https://doi.org/10.1002/pds.2240>
- de Monchy, C., Richardson, R., Brown, R. A., & Harden, R. M. (1988). Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Medical education*, 22(3), 231–239. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1988.tb00012.x>
- Derksen, F., Olde Hartman, T., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2018). Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar?. *Huisarts en Wetenschap*, 61(2), 18-23. <https://doi.org/10.1007/s12445-017-1040-5>
- Eestermans, K., Hermans, K., & Windey, J. (2024). Communicatievaardigheden van arts-assistenten in het UZA [Ongepubliceerde bachelorproef]. AP Hogeschool Antwerpen.
- Essers, G., Van Weel-Baumgarten, E., & Bolhuis, S. (2012). Mixed messages in learning communication skills? Students comparing role model behaviour in clerkships with formal training. *Medical Teacher*, 34(10), e659–e665. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687483>
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British journal of cancer*, 89(8), 1445–1449. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309>
- General Osteopathic Council. (z.d.). About the CARE measure. <https://cpd.osteopathy.org.uk/resources/information-about-the-care-measure/>
- Griffith, C. H., 3rd, Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 18(3), 170–174. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.10506.x>
- Gude, T., Tyssen, R., Anvik, T., Grimstad, H., Holen, A., Baerheim, A., Vaglum, P., & Løvseth, L. (2020). Have medical students' attitudes towards clinical communication skills changed over a 12- year period? A comparative long-term study. *BMC medical education*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1915-1>
- Guido Valkeneers, G., Vanhoomissen, T., Helleman, Y., Smits, I., Willems, S. (2023). Inleiding in de statistiek voor de gedragswetenschappen (5e ed.). Acco.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner journal*, 10(1), 38–43. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3096184/#i1524-5012-10-1-38-Brown1>
- Haas, J. W., Rief, W., Weiß, F., Doering, B. K., Kleinstäuber, M., Ruwoldt, S., Sarter, L., Thomas, R., & Rheker, J. (2022). The effect of patient-centered communication on medication intake: an experimental study. *Psychology, health & medicine*, 27(10), 2138–2151. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1969666>

- Harms, C., Young, J. R., Amsler, F., Zettler, C., Scheidegger, D., & Kindler, C. H. (2004). Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia*, 59(2), 166–172. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2004.03528.x>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(10), S58–S60. <https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1(1), 25–41. [https://doi.org/10.1016/S1543-1150\(03\)00002-4](https://doi.org/10.1016/S1543-1150(03)00002-4)
- Hong, H., & Oh, H. J. (2019). The Effects of Patient-Centered Communication: Exploring the Mediating Role of Trust in Healthcare Providers. *Health Communication*, 35(4), 502–511. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1570427>
- Huisartsopleiding Nederland. (z.d.). *MAAS 2.0*. <https://www.huisartsopleiding.nl/toetsen-beoordelen/maas-2-0/>
- Huisartsopleiding Nederland. (2020). *MAAS 2.0 Handleiding voor onderwijs en toetsing*. https://www.hovumc.nl/w/images/3/34/Maas_2.0_2020_Handleiding.pdf
- Ihmeideh, F. M., Al-Omari, A. A., & Al-Dababneh, K. A. (2010). Attitudes toward Communication Skills among Students'-Teachers' in Jordanian Public Universities. *Australian Journal of Teacher Education*, 35(4). <https://doi.org/10.14221/ajte.2010v35n4.1>
- Jamanota, R. (2023, 8 februari). *Mann Whitney U test – Vergelijk twee populaties zonder gemiddelde en SD*. Scriptium. <https://www.scriptium.nl/mann-whitney-u-test/>
- Kee, J. W., Khoo, H., Lim, I. & Koh, M. (2018). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.00>
- LaNoue, M. D., & Roter, D. L. (2018). Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1143–1146. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.016>
- McCabe, R., & Healey, P. G. T. (2018). Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Topics in cognitive science*, 10(2), 409–424. <https://doi.org/10.1111/tops.12337>
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2004). *The CARE Measure*. University of Glasgow. <https://edwebcontent.ed.ac.uk/sites/default/files/imports/fileManager/care-measure-questionnaire.pdf>
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699–705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>

- Merkus, J. (2021, 5 november). *Wat is de effectgrootte en waarom is deze van belang?*. Scribbr. Geraadpleegd op 5 mei 2025, van <https://www.scribbr.nl/statistiek/effectgrootte/>
- Perera, H. J. M. (2015). Effective Communication Skills for Medical Practice. *Journal of the Postgraduate Institute of Medicine*, 2(0), 1-7. <https://doi.org/10.4038/jpgim.8082>
- Przymuszała, P., Cerbin-Koczorowska, M., Marciniak-Stępak, P., Zielińska-Tomczak, Ł., Piszczek, M., Jasiński, J., & Marciniak, R. (2021). Affective and cognitive components of students' attitudes towards communication learning - validation of the Communication Skills Attitude Scale in a cohort of polish medical students. *BMC medical education*, 21(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02626-7>
- Ram, P. (2006). Non-verbale communicatie. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 159–160. <https://doi.org/10.1007/BF03084651>
- Ramesh, S., Vanishree, N., Anushri, M., Chaithra, V., Bullappa, D., & Pragathi, D. (2018). Attitude of Dental Interns toward Learning Communication Skills in Bangalore City: A Cross-Sectional Study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 16(3), 226–30. https://journals.lww.com/aphd/fulltext/2018/16030/attitude_of_dental_interns_toward_learning.11.aspx
- Ratajska, A., Nowakowska-Arendt, A., & Zając, M. (2023). Teaching clinical communication skills in postgraduate medical education with particular emphasis on palliative medicine. *Palliative Medicine in Practice*, 17(2), 105-110. <https://doi.org/10.5603/pmpi.a2023.0006>
- Rees, C., Sheard, C., & Davies, S. (2002). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical education*, 36(2), 141–147. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01072.x>
- Rotthoff, T., Baehring, T., David, D. M., Bartnick, C., Linde, F., Willers, R., Schäfer, R. D., & Scherbaum, W. A. (2011). The value of training in communication skills for continuing medical education. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 170-5. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.034>
- Santos, M. A., Grosseman, S., Morelli, T. C., Giuliano, I. C., & Erdmann, T. R. (2016). Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *International journal of medical education*, 7, 149–153. <https://doi.org/10.5116/ijme.572f.115f>
- Sharma, A. (2024). Communication Skill in Medical Practice. *Journal of Nepalgunj Medical College*, 22(1), 1. <https://doi.org/10.3126/jngmc.v22i1.69696>
- Stanford Medicine. (z.d.). *Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure*. https://ccare.stanford.edu/research/wiki/compassion-measurements/consultation-and-relational-empathy-care-measure/?utm_source
- Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC health services research*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>

- Thistlethwaite, J. E., Raynor, D. K., & Knapp, P. (2003). Medical students' attitudes towards concordance in medicine taking: exploring the impact of an educational intervention. *Education for health, 16*(3), 307–317. <https://doi.org/10.1080/13576280310001607424>
- Thomas Jefferson University. (z.d.) *Jefferson Scale of Empathy*. <https://www.jefferson.edu/academics/colleges-schools-institutes/skmc/research/research-medical-education/jefferson-scale-of-empathy.html>
- Topcu, I., Turkmen, A. S., Sahiner, N. C., Savaser, S., & Sen, H. (2017). Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 67*(4), 600–604. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28420924/>
- Van Dale. (z.d.). Communicatie. In *Van Dale Gratis woordenboek*. Geraadpleegd op 11 mei 2025, van <https://www.vandale.nl/pages/gratis-woordenboek/communicatie>
- van Dijk, I., Scholten Meilink Lenferink, N., Lucassen, P. L., Mercer, S. W., van Weel, C., Olde Hartman, T. C., & Speckens, A. E. (2017). Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Family practice, 34*(1), 119–124. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw116>
- van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L., & Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient education and counseling, 100*(8), 1482–1489. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.009>
- Way D. (2013). Critical Synthesis Package: Leeds Attitude Towards Concordance II Scale (LATCon II). *MedEdPORTAL, 9*, 9588. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9588
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer, 123*(16), 3167–3175. <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>

Bijlagen

Bijlage 1: Doctor Patient Scale

DOCTOR - PATIENT SCALE

Kruis bij iedere uitspraak het vak aan dat jouw mening het beste weergeeft:

Voorbeeld:

	P	5	4	3	2	1
	D	1	2	3	4	5
• Het ingangsexamen geneeskunde zou afgeschaft moeten worden om een tekort aan artsen in de toekomst te voorkomen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens	

P	1. Als een patiënt zich niet houdt aan voorschriften of adviezen dan komt dat, omdat de arts geen duidelijke instructies heeft gegeven.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	2. In de geneeskunde kun je als arts vaak een psychotherapeutische werkwijze toepassen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	3. Tijdens het afnemen van de anamnese moet de arts het gesprek met de patiënt leiden en het initiatief in handen houden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	4. Bij beslissingen over de behandeling moet de patiënt het laatste woord hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	5. Spreekuurgesprekken moeten door de arts gestructureerd worden, anders hebben ze geen nut.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	6. De onderwijstijd van alle klinische vakken in de eerste vier jaar moet verminderd worden zodat er ruimte vrij komt voor training in interpersoonlijke relaties.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	7. Slechts weinig patiënten zijn in staat, complexe gezondheidsproblemen te begrijpen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	8. Wanneer een patiënt meer dan de gebruikelijke tijd nodig heeft tijdens een afspraak, moet hij extra tijd krijgen, ook al gaat dat ten koste van andere patiënten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	9. De mate waarin de patiënt de arts vertrouwt, staat in rechtstreekse verhouding tot een gunstig effect van de therapie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	10. Standaardprogramma's en protocollen moeten bij de behandeling van ziekten en symptomen op veel grotere schaal toegepast worden dan nu het geval is.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	11. De emoties van de arts mogen eigenlijk geen rol spelen in het contact met de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	12. Als een patiënt klaagt over de houding van de arts, dan komt dat meestal voort uit een gebrek aan inzicht in de verantwoordelijkheden en plichten van het artsensberoep.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

D	13. Psychofarmaca zijn verreweg de belangrijkste hulpmiddelen die een arts ten dienste staan bij de behandeling van depressie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	14. Als een patiënt niet meewerkt aan een behandeling dan is de arts ook niet verder verantwoordelijk voor de resultaten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	15. Paramedische en ondersteunende beroepen kunnen slechts een beperkte invloed hebben op de uiteindelijke beslissing over een behandeling; dat is de verantwoordelijkheid van de arts.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	16. Medische bekwaamheid berust vooral op kennis en vaardigheden en in veel mindere mate op attitude.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	17. Ziekenhuispersoneel moet door gedragswetenschappers systematisch getraind worden in het omgaan met patiënten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	18. Wetgeving waarbij de rechten van de patiënt tegenover de arts zijn vastgelegd, is ongewenst en doet afbreuk aan de arts-patiëntrelatie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	19. Informatie over gezondheid en ziekte in de krant, op televisie en in de populaire weekbladen moet beperkt worden; het doet meer kwaad dan goed.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	20. In ieder ziekenhuis moet een ombudsman zijn bij wie de patiënten hun klachten kwijt kunnen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	21. De meeste patiënten zijn niet in staat om ingewikkelde moderne werkwijzen in de geneeskunde te begrijpen, ook al krijgen ze daar uitleg over.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	22. Een patiënt met psychosomatische klachten moet doorverwezen worden naar een psycholoog.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	23. Wanneer een patiënt tijdens een consult emotioneel reageert, moet de arts dat positief waarderen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	24. Als er meer met computers gewerkt zou worden in de geneeskunde, zou de gezondheidszorg er een stuk op vooruitgaan.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	25. De arts moet een medische bijdrage leveren aan het uitbannen van maatschappelijke gezondheidsrisico's.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	26. Een hoge kwaliteit van medische zorg heeft een direct verband met de hoeveelheid tijd die er aan een individuele patiënt besteed wordt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	27. Toepassing van hoogwaardige medische technologie biedt voor de toekomst de beste garanties voor kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

P	28. De gigantische kostenstijging in de gezondheidszorg kan het best tegengegaan worden door het bevorderen van epidemiologie, patiëntenvoorlichting, preventie en eerstelijnszorg en door het beperken van ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	29. Tijdens het consult is er tijd voor het geven van informatie en patiëntenvoorlichting.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	30. De arts moet pijnstillers voorschrijven op grond van diens eigen beoordeling van de werkelijke behoefte van de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	31. De arts moet de patiënt advies geven en niet voor de patiënt beslissen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	32. Alle artsen moeten getraind worden om patiënten te stimuleren, zich bewust te worden van hun beleving en gevoelens van hun gezondheidsproblemen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	33. In de regel verwacht een patiënt dat de arts zeker is van zijn zaak; tekenen van onzekerheid of twijfel stelt hij niet op prijs.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	34. De gigantische kostenstijging in de gezondheidszorg kan het beste beteugeld worden door vermindering van extra-murale zorgverlening (d.w.z. zorgverlening buiten het ziekenhuis of andere gezondheidsinstellingen) en door efficiëntere organisatie van de ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	35. Luisteren naar een patiënt werkt beter dan praten tegen een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	36. De patiënt moet ten allen tijde telefonisch contact kunnen opnemen met de behandelende arts of diens vervanger.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	37. Om goed te kunnen helpen, moet een arts zich kunnen inleven in een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	38. Alternatieve geneeskunde moet zorgvuldig bekeken worden op mogelijkheden om de reguliere geneeskunde te verruimen en nieuwe inzichten te verschaffen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	39. De patiënt moet inzicht hebben in de behandeling en medezeggenschap hebben in de keuze van behandeling.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	40. 'Vage klachten' zijn een belangrijk aandachtsveld voor iedere arts.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	41. Wat de patiënt zelf denkt en voelt over zijn gezondheid is vaak belangrijker voor de arts dan de medische diagnose.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

D	42. De arts, met uitzondering van de psychiater, moet zich beperken tot datgene waartoe hij is opgeleid: het behandelen van de lichamelijke toestand van een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	43. Geneeskunde en psychologie houden zich met verschillende aspecten van de mens bezig; een probleem is dus ofwel somatisch ofwel psychisch.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	44. De arts kan het best beoordelen welke informatie over de ziekte het bevattingvermogen van een patiënt te boven gaat.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	45. Een patiënt die regelmatig met vage of psychosomatische klachten naar de dokter gaat, loopt het gevaar in een medische oorzaak te gaan geloven.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	46. Bij de behandeling van een patiënt moet de arts het laatste woord hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	47. De inbreng van het maatschappelijk werk is belangrijk voor de huisartsgeneeskunde.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	48. Een ziekenhuisarts moet speciale training krijgen in stervensbegeleiding.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	49. Somatische aspecten van ziekte interesseren mij meer dan psychosociale.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	50. Een arts kan ziekte slechts volledig begrijpen met inzicht in psychosociale aspecten van menselijk gedrag.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	51. Een arts schiet tekort als hij zijn patiënten alleen somatisch helpt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	52. Wanneer alle lichaamsfuncties in orde zijn, is een patiënt gezond, ook al bestaan er klachten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	53. Klachten zijn er om verholpen te worden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	54. Als iemand ziek wordt, dan berust dat meestal op een toevallige samenloop van somatische factoren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	55. Bij de meeste ziekten spelen psychosociale factoren een rol in het ontstaan en verloop.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
D	56. Het huidige medische instrumentarium (diagnostiek en therapie) biedt de juiste methode om problemen van een patiënt op te lossen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	57. Psychologische en filosofische benaderingen van ziekte boeien mij bijzonder.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
P	58. Ziek zijn geeft een patiënt ook de kans, zich beter te ontplooiën.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

Bijlage 2: Communication Skills Attitude Scale

↑	1. Om een goede dokter te kunnen zijn, moet ik goede communicatievaardigheden hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	2. Ik zie het nut er niet van in, om communicatievaardigheden te leren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	3. Niemand zal zakken voor zijn medisch diploma omwille van slechte communicatievaardigheden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	4. Mijn communicatievaardigheden ontwikkelen is even belangrijk als het ontwikkelen van mijn medische kennis.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	5. Het leren van communicatievaardigheden heeft mij geholpen of zal me helpen patiënten te respecteren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	6. Ik heb geen tijd om communicatievaardigheden te leren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	7. Communicatievaardigheden leren is interessant.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	8. Ze moeten mij er niet mee lastig vallen, te moeten verschijnen op sessies communicatievaardigheden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	9. Het leren van communicatievaardigheden heeft geholpen of zal helpen mijn vaardigheden in 'teamwork' te bevorderen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	10. Het leren van communicatievaardigheden heeft mijn bekwaamheid om met patiënten te communiceren verbeterd.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	11. Het onderwijs in communicatievaardigheden heeft het over dingen die evident zijn, en dan maken ze het nog ingewikkeld ook.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	12. Communicatievaardigheden leren is leuk.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	13. Communicatievaardigheden leren is te gemakkelijk.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

↑ 5 4 3 2 1
↓ 1 2 3 4 5

↑	14. Het leren van communicatievaardigheden heeft me geholpen of zal me helpen mijn collega's te respecteren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	15. Ik vind het moeilijk om informatie over communicatievaardigheden aan te nemen van lesgevers die zelf geen artsen zijn.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	16. Het leren van communicatievaardigheden heeft me geholpen of zal me helpen om erkenning te hebben voor de rechten van de patiënt betreffende vertrouwelijkheid en 'informed consent'.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	17. Het onderwijs in communicatievaardigheden zou een beter imago hebben, als het meer als een wetenschappelijk vak zou klinken.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	18. Toen ik me aanmeldde voor de studie geneeskunde, dacht ik dat het echt een goed idee was om communicatievaardigheden te leren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	19. Ik heb geen goede communicatievaardigheden nodig om dokter te zijn.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	20. Ik vind het moeilijk om toe te geven dat ik wel wat problemen heb met mijn communicatievaardigheden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	21. Ik denk dat het echt nuttig is om communicatievaardigheden te leren tijdens de opleiding geneeskunde.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	22. Mijn vermogen om te slagen voor examens zal mij eerder door de medische opleiding loodsden, dan mijn vermogen om te communiceren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	23. Communicatievaardigheden leren hoort thuis in de opleiding geneeskunde.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	24. Ik vind het moeilijk om het leren van communicatievaardigheden ernstig te nemen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↑	25. Communicatievaardigheden leren is belangrijk, want mijn bekwaamheid in communicatie is een levenslange vaardigheid.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
↓	26. Communicatievaardigheden leren is iets voor studenten psychologie, niet voor studenten geneeskunde.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

↑ 5 4 3 2 1
 ↓ 1 2 3 4 5

Bijlage 3 : Leeds Attitude Towards Concordance Scale

Opgelet, op deze bladzijde kan je slechts uit 4 vakjes kiezen, het antwoord 'neutraal' is hier niet mogelijk!

	3	2	1	0
1. De consultatie tussen arts en patiënt zou als een onderhandeling tussen gelijken beschouwd moeten worden.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
2. Dokters zouden de persoonlijke overtuigingen van hun patiënten moeten respecteren, en de manier waarop ze de dingen het hoofd bieden.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
3. De beste aanwending van geneesmiddelen is die, die afgestemd is op de wensen en de mogelijkheden van de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
4. Net zoals voorschrijven een experiment is dat uitgevoerd wordt door de arts, is het innemen van medicatie een experiment uitgevoerd door de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
5. Dokters zouden patiënten de kans moeten geven te praten over hun ideeën over hun ziekte, en te onderhandelen hoe die behandeld zal worden.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
6. Samenwerking tussen dokters en patiënten zou tot een betere gezondheid leiden.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
7. Overeenstemming bereiken tussen arts en patiënt over de noodzaak tot medicatie, is een grote prioriteit in het consult.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
8. Dokters zouden gevoelig moeten zijn voor de wensen, noden en mogelijkheden van de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
9. Dokters zouden hun patiënten moeten helpen een keuze te maken tussen verschillende behandelingsalternatieven, door ze zo goed mogelijk te informeren over de voordelen en de risico's hiervan.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
10. Tijdens het consult tussen arts en patiënt, is het de beslissing van de patiënt die het meest belangrijk is.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
11. Dokters zouden gevoeliger moeten zijn voor de manier waarop patiënten reageren op de informatie die ze hen geven.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
12. Dokters zouden moeten proberen te weten komen, welke overtuigingen hun patiënten over hun medicatie hebben.	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens

Bijlage 4: Jefferson Scale of Physician Empathy

JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN EMPATHY (HQSAT)

Vul in het vakje voor elke zin een cijfer in van 1 tot 7 volgens jouw instemming met de uitspraak:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
helemaal niet mee eens *helemaal mee eens*

voorbeeld:

5 0. Fietshelmen zouden bij wet verplicht moeten worden.

↓	1.	Dat een arts de gevoelens van de patiënt en zijn/haar familie begrijpt, heeft geen invloed op de medische of chirurgische behandeling.
↑	2.	Patiënten voelen zich beter als hun arts hun gevoelens begrijpt.
↓	3.	Het is moeilijk voor een arts om de dingen vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken.
↑	4.	Het begrijpen van lichaamstaal is in de arts-patiëntrelatie even belangrijk als verbale communicatie.
↑	5.	Een goed gevoel voor humor bij de arts, draagt bij tot een beter klinisch resultaat.
↓	6.	Omdat mensen verschillend zijn, is het moeilijk om de dingen vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken.
↓	7.	Aandacht voor de emoties van de patiënt is niet belangrijk tijdens de anamnese.
↓	8.	Aandacht hebben voor de persoonlijke ervaringen van de patiënt, beïnvloedt het resultaat van de behandeling niet.
↑	9.	Artsen zouden moeten proberen in de schoenen van de patiënten te staan, die ze zorg verlenen.
↑	10.	Patiënten stellen het op prijs als hun arts hun gevoelens begrijpt, wat op zich therapeutisch is.
↓	11.	Ziekten van patiënten kunnen enkel door medische of chirurgische behandeling genezen worden; emotionele banden tussen arts en patiënt hebben dan ook geen betekenisvolle invloed op de medische of chirurgische behandeling.
↓	12.	Vragen aan patiënten wat er zich in hun privé-leven afspeelt, helpt niet om hun lichamelijke klachten te begrijpen.
↑	13.	Artsen zouden moeten proberen te begrijpen wat er zich afspeelt in het hoofd van hun patiënten door te letten op non-verbale signalen en lichaamstaal.
↓	14.	Ik geloof dat emotie geen plaats heeft in de behandeling van een medische ziekte.
↑	15.	Empathie is een therapeutische vaardigheid zonder dewelke het succes van een arts beperkt is.
↑	16.	In de arts-patiëntrelatie is het begrijpen van de emotionele toestand van zowel de patiënt als zijn/haar familieleden, een belangrijke component.
↑	17.	Om betere zorg te kunnen verstrekken, zouden artsen zich in de gedachtewereld van hun patiënten moeten proberen verplaatsen.
↓	18.	Artsen zouden zichzelf niet mogen toelaten, zich te laten beïnvloeden door de sterke persoonlijke band tussen patiënten en hun familieleden.
↓	19.	Ik hou niet van niet-medische literatuur of kunst.
↑	20.	Ik geloof dat empathie een belangrijke therapeutische factor is in de medische behandeling.

↑ = het cijfer klopt

↓ = het cijfer omdraaien:

BEDANKT!!!

1 = 7

2 = 6

3 = 5

4 = 4

5 = 3

6 = 2

7 = 1

Bijlage 5: MAAS 2.0

MAAS 2.0 VOOR TOETSEN CONSULTVOERING - 2020

Huistartsopleiding Nederland

arts:

casus:

observator:

SECTIE 1: COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN PER FASE

	Overstuurde	Meting	Voldoende	Goed	N.v.t.
1. OPENING nuttige voorverhaal van de patiënt globale oriëntatie op reden van komst vragen naar andere redenen van komst					
2. OPENING (VERVOLGCONSULT) noemen van voorgaande klachten, hulpvragen en beleid vragen naar uitvoering beleid					
3. HULPVRAGEN noemen van de aanleiding van komst noemen van de hulpvraag(en), wensen of verwachtingen afsluiten van hulp vraagverheldering					
4. LICHAAMELIJK ONDERZOEK instrueren patiënt toelichten van het onderzoek patiënt respectvol en zorgvuldig bejegenen					
5. BEVINDINGEN noemen bevindingen, hypothesen en/of diagnose(s) noemen oorzaken/verband tussen bevindingen/ diagnose noemen van prognose of te verwachten beloop naar reactie vragen					
6. (GEZAMENLIJKE) BESLUITVORMING betrekken hulpvraag en wensen bij besluitvorming benoemen en bespreken alle relevante optie(s) bespreken uitvoerbaarheid en opvolgstrategie afspraken maken: wie, wat, wanneer naar reactie vragen					
7. AFRONDING algemene evaluatievraag checken beantwoording hulpvraag checken voorlopig perspectief					

OVERIGE FEEDBACK

SECTIE 2: ALGEMENE COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN

	Overstuurde	Meting	Voldoende	Goed	N.v.t.
8. EXPLOREEREN exploreren binnen referentiekader van de patiënt exploreren hulpvragen, wensen of verwachtingen exploreren van reactie op informatieoverdracht inlezen op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden					
9. EMOTIES (door)vragen naar gevoelens geven van gevoelens/reflecties (aard en intensiteit)					
10. EMPATHIE non-verbaal: blijk geven van betrokken houding non-verbaal: uitnodigend en oprecht meeleven in intonaal, gebaren en oogcontact verbaal: van meeleven getuigende korte reacties					
11. INFORMATIEOVERDRACHT binnen het referentiekader van de patiënt kleine hoeveelheden, concrete uitleg gebruik maken van computer of beeldmateriaal meegeven schriftelijke informatie controleren begrip					
12. SAMENVATTEN inhoudelijk correct, volledig gebruikt woorden van patiënt beknopt toetsend					
13. STRUCTUREREN logische volgorde van fases verwachte (sp)toetsstelling (fases, klachten, persoon(en)) rol van aanwezige personen verduidelijken aankondigingen (anamnese, onderzoek, andere fases)					

SECTIE 3: MEDISCH-INHOUDELIJKE ASPECTEN

	Overstuurde	Meting	Voldoende	Goed	N.v.t.
14. ANAMNESE					
15. LICHAAMELIJK ONDERZOEK					
16. DIAGNOSE					
17. BELEID					

Bijlage 6: Non-verbale communicatievragenlijst

8.2 Bijlage 2: Non-verbale communicatie vragenlijst

NON-VERBALE COMMUNICATIE VRAGENLIJST

Datum :							
Naam observator:							
Naam dokter :							
Geslacht dokter :							

Non-verbaal gedrag	Aanwezigheid						
Gezichtsuitdrukking 1 = niet-expressief, emotioneloos 7 = zeer expressief, emotioneel	1	2	3	4	5	6	7
Frequentie van glimlachen 1 = infrequent 7 = zeer frequent	1	2	3	4	5	6	7
Frequentie van oogcontact 1 = infrequent 7 = zeer frequent	1	2	3	4	5	6	7
Frequentie van knikken met het hoofd 1 = infrequent 7 = zeer frequent	1	2	3	4	5	6	7
Lichaamsleuning 1 = naar achteren 7 = naar voren	1	2	3	4	5	6	7
Lichaamshouding 1 = gesloten 7 = open	1	2	3	4	5	6	7
Stemtoon 1 = niet-expressief, monotoon 7 = zeer expressief, emotioneel	1	2	3	4	5	6	7

Bijlage 7: CARE-NL

CARE patiëntenvragenlijst

Wie was uw arts? Dr. _____

Datum van vandaag:

		/			/		
D	D		M	M		J	J

Vul de volgende vragen in over je bezoek aan je arts. Vul elke vraag in.

Hoe goed was uw arts in ...	Zwak	Redelijk	Goed	Zeer goed	Excellent	Niet van toepassing
1) u op uw gemak stellen. (stelde zich voor, was vriendelijk en aangenaam, behandelde u met respect; niet koud of kortaf)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) u uw 'eigen verhaal' laten vertellen. (gaf u de tijd om uw klachten volledig in eigen woorden te beschrijven; zonder u te onderbreken of af te leiden)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) echt naar u luisteren (schonk aandacht aan wat u vertelde; keek niet naar aantekeningen of de computer terwijl u aan het praten was)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) in u als persoon geïnteresseerd zijn (vroeg naar/wist van relevante gebeurtenissen uit uw leven, uw situatie; behandelde u niet als een nummer)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) volledig begrijpen van uw zorgen (liet u merken dat hij/zij uw zorgen goed begrepen had; zonder dingen over het hoofd te zien of te bagatelliseren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6) tonen van zorgzaamheid en medeleven (kwam oprecht betrokken over, sprak met u van mens tot mens; zonder onverschillig of afstandelijk te zijn)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7) positief zijn (had een positieve benadering en een positieve houding; was eerlijk maar niet negatief over uw problemen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8) duidelijk uitleggen van dingen (beantwoordde uw vragen volledig; legde duidelijk uit, gaf u passende informatie, zonder vaag te zijn)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9) u helpen zelf de regie te nemen (onderzocht met u wat u zelf kunt doen om uw gezondheid te verbeteren, moedigde u aan in plaats van u 'de les te lezen')	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10) opstellen van een plan van aanpak met u (besprak de mogelijkheden met u, betrok u in beslissingen zoveel als u wilde, zonder uw opvattingen te negeren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 8: Significanties Doctor Patient scale en CARE-NL

Item CARE-NL		Somscore Doctor Patient Scale
1 - Gemak	Spearman Correlation	-,319
	Sig. (2-tailed)	,054
2 - Laten Vertellen	Spearman Correlation	-,248
	Sig. (2-tailed)	,139
3 – Luisteren <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	-,359*
	Sig. (2-tailed)	,029
4 - Interesse	Spearman Correlation	-,135
	Sig. (2-tailed)	,424
5 - Begrip zorgen	Spearman Correlation	-,143
	Sig. (2-tailed)	,398
6 - Medeleven zorg	Spearman Correlation	-,101
	Sig. (2-tailed)	,552
7 - Positieve houding <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	-,336
	Sig. (2-tailed)	,042
8 - Duidelijk uitleggen	Spearman Correlation	-,133
	Sig. (2-tailed)	,434
9 - Eigen regie geven	Spearman Correlation	-,216
	Sig. (2-tailed)	,199
10 - Plan van aanpak <i>*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	-,527**
	Sig. (2-tailed)	<,001

Bijlage 9: Significanties Doctor Patient scale en de Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst		Somscore Doctor Patient Scale
1 - Gezichtsuitdrukking	Spearman Correlation	-,142
	Sig. (2-tailed)	,402
2 - Glimlachen <i>*correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	-,394*
	Sig. (2-tailed)	,016
3 - Oogcontact	Spearman Correlation	-,144
	Sig. (2-tailed)	,396
4 - Knikken	Spearman Correlation	-,182
	Sig. (2-tailed)	,282
5 - Lichaamsleuning	Spearman Correlation	,047
	Sig. (2-tailed)	,782
6 - Lichaamshouding	Spearman Correlation	,013
	Sig. (2-tailed)	,941
7 - Stemtoon	Spearman Correlation	-,264
	Sig. (2-tailed)	,115

Bijlage 10: Significanties Doctor Patient Scale en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0		Somscore Doctor Patient Scale
1 - opening	Spearman Correlation	,279
	Sig. (2-tailed)	,094
3 - hulpvragen	Spearman Correlation	-,003
	Sig. (2-tailed)	,984
4 - lichamelijk onderzoek	Spearman Correlation	-,312
	Sig. (2-tailed)	,064
5 - bevindingen	Spearman Correlation	,054
	Sig. (2-tailed)	,750
6 - besluitvorming	Spearman Correlation	-,153
	Sig. (2-tailed)	,366
7 - afronding	Spearman Correlation	-,005
	Sig. (2-tailed)	,979
8 - exploreren	Spearman Correlation	,042
	Sig. (2-tailed)	,805
9 - emoties	Spearman Correlation	-,069
	Sig. (2-tailed)	,684
10 - empathie	Spearman Correlation	-,299
	Sig. (2-tailed)	,077
11 - informatieoverdracht	Spearman Correlation	,050
	Sig. (2-tailed)	,768
12 - samenvatten	Spearman Correlation	,100
	Sig. (2-tailed)	,556
13 - structureren	Spearman Correlation	-,121
	Sig. (2-tailed)	,475

Bijlage 11: Significanties JSPE en CARE-NL

Item CARE-NL		Somscore Jefferson Scale of Physician Empathy
1 - Gemak	Spearman Correlation	-,008
	Sig. (2-tailed)	,961
2 - Laten vertellen	Spearman Correlation	-,145
	Sig. (2-tailed)	,387
3 - Luisteren	Spearman Correlation	,009
	Sig. (2-tailed)	,956
4 - Interesse	Spearman Correlation	-,103
	Sig. (2-tailed)	,537
5 - Begrip zorgen	Spearman Correlation	,112
	Sig. (2-tailed)	,504
6 - Medeleven zorg	Spearman Correlation	,029
	Sig. (2-tailed)	,863
7 - Positieve houding	Spearman Correlation	,027
	Sig. (2-tailed)	,873
8 - Duidelijk uitleggen	Spearman Correlation	-,093
	Sig. (2-tailed)	,578
9 - Eigen regie geven	Spearman Correlation	-,028
	Sig. (2-tailed)	,867
10 - Plan van aanpak	Spearman Correlation	,066
	Sig. (2-tailed)	,693

Bijlage 12 : significanties JSPE en de Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst		Somscore Jefferson Scale of Physician Empathy
1 - Gezichtsuitdrukking	Spearman Correlation	-,129
	Sig. (2-tailed)	,440
2 - Glimlachen	Spearman Correlation	-,136
	Sig. (2-tailed)	,417
3 - Oogcontact	Spearman Correlation	-,127
	Sig. (2-tailed)	,446
4 - Knikken	Spearman Correlation	,169
	Sig. (2-tailed)	,310
5 – Lichaamsleuning <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	-,323*
	Sig. (2-tailed)	,048
6 - Lichaamshouding	Spearman Correlation	-,314
	Sig. (2-tailed)	,055
7 - Stemtoon	Spearman Correlation	-,120
	Sig. (2-tailed)	,472

Bijlage 13: significanties JSPE en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0		Somscore Jefferson Scale of Physician Empathy
1 - Opening	Spearman Correlation	-,206
	Sig. (2-tailed)	,215
3 - Hulpvragen	Spearman Correlation	,080
	Sig. (2-tailed)	,631
4 - Lichamelijk onderzoek	Spearman Correlation	-,010
	Sig. (2-tailed)	,955
5 – Bevindingen <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	-,331*
	Sig. (2-tailed)	,043
6 - Besluitvorming	Spearman Correlation	,001
	Sig. (2-tailed)	,997
7 - Afronding	Spearman Correlation	-,091
	Sig. (2-tailed)	,586
8 - Exploreren	Spearman Correlation	-,020
	Sig. (2-tailed)	,906
9 - Emoties	Spearman Correlation	,127
	Sig. (2-tailed)	,449
10 - Empathie	Spearman Correlation	,140
	Sig. (2-tailed)	,407
11 - Informatie overdracht	Spearman Correlation	,079
	Sig. (2-tailed)	,637
12 - Samenvatten	Spearman Correlation	-,009
	Sig. (2-tailed)	,956
13 - Structureren	Spearman Correlation	-,246
	Sig. (2-tailed)	,137

Bijlage 14: Significanties LATCon en CARE-NL

Item CARE-NL		Somscore Leeds Attitude Towards Concordance Scale
1 - Gemak	Spearman Correlation	,277
	Sig. (2-tailed)	,084
2 - Laten vertellen	Spearman Correlation	-,001
	Sig. (2-tailed)	,996
3 - Luisteren	Spearman Correlation	,094
	Sig. (2-tailed)	,563
4 – Interesse <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,391*
	Sig. (2-tailed)	,013
5 - Begrip zorgen	Spearman Correlation	,112
	Sig. (2-tailed)	,491
6 - Medeleven zorg <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,367*
	Sig. (2-tailed)	,020
7 - Positieve houding	Spearman Correlation	,251
	Sig. (2-tailed)	,118
8 - Duidelijk uitleggen	Spearman Correlation	,280
	Sig. (2-tailed)	,080
9 - Eigen regie geven <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,386*
	Sig. (2-tailed)	,014
10 - Plan van aanpak	Spearman Correlation	,222
	Sig. (2-tailed)	,168

Bijlage 15: significanties LATCon en Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst		Somscore Leeds Attitude Towards Concordance Scale
1 - Gezichtsuitdrukking	Spearman Correlation	-,180
	Sig. (2-tailed)	,267
2 - Glimlachen	Spearman Correlation	,046
	Sig. (2-tailed)	,779
3 - Oogcontact	Spearman Correlation	-,005
	Sig. (2-tailed)	,975
4 - Knikken	Spearman Correlation	-,108
	Sig. (2-tailed)	,508
5 - Lichaamsleuning	Spearman Correlation	,119
	Sig. (2-tailed)	,463
6 - Lichaamshouding	Spearman Correlation	,111
	Sig. (2-tailed)	,497
7 - Stemtoon	Spearman Correlation	-,149
	Sig. (2-tailed)	,360

Bijlage 16: significanties LATCon en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0		Somscore Leeds Attitude Towards Concordance Scale
1 - Opening <i>**Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,399**
	Sig. (2-tailed)	,011
3 - Hulpvragen	Spearman Correlation	,140
	Sig. (2-tailed)	,389
4 - Lichamelijk Onderzoek	Spearman Correlation	,192
	Sig. (2-tailed)	,249
5 - Bevindingen	Spearman Correlation	,003
	Sig. (2-tailed)	,983
6 - Besluitvorming <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,348*
	Sig. (2-tailed)	,028
7 - Afronding	Spearman Correlation	,139
	Sig. (2-tailed)	,394
8 - Exploreren	Spearman Correlation	,210
	Sig. (2-tailed)	,193
9 - Emoties <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,338*
	Sig. (2-tailed)	,033
10 - Empathie	Spearman Correlation	,264
	Sig. (2-tailed)	,105
11 - Informatie overdracht	Spearman Correlation	,083
	Sig. (2-tailed)	,610
12 - Samenvatten	Spearman Correlation	,010
	Sig. (2-tailed)	,950
13 - Structureren	Spearman Correlation	-,054
	Sig. (2-tailed)	,741

Bijlage 17 : significanties CSAS en CARE-NL

Item CARE-NL		Somscore CSAS
1 - Gemak	Spearman Correlation	-,338*
<i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Sig. (2-tailed)	,033
2 - Laten vertellen	Spearman Correlation	-,346*
<i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Sig. (2-tailed)	,029
3 – Luisteren	Spearman Correlation	-,323*
<i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Sig. (2-tailed)	,042
4 - Interesse	Spearman Correlation	-,054
	Sig. (2-tailed)	,742
5 - Begrip zorgen	Spearman Correlation	-,046
	Sig. (2-tailed)	,780
6 - Medeleven zorg	Spearman Correlation	-,125
	Sig. (2-tailed)	,442
7 - Positieve houding	Spearman Correlation	-,328*
<i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Sig. (2-tailed)	,039
8 - Duidelijk uitleggen	Spearman Correlation	-,195
	Sig. (2-tailed)	,229
9 - Eigen regie geven	Spearman Correlation	-,124
	Sig. (2-tailed)	,447
10 - Plan van aanpak	Spearman Correlation	-,276
	Sig. (2-tailed)	,085

Bijlage 18: significanties CSAS vs Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst		Somscore CSAS
1 - Gezichtsuitdrukking	Spearman Correlation	-,069
	Sig. (2-tailed)	,674
2 - Glimlachen	Spearman Correlation	-,210
	Sig. (2-tailed)	,193
3 - Oogcontact	Spearman Correlation	-,190
	Sig. (2-tailed)	,239
4 - Knikken	Spearman Correlation	-,221
	Sig. (2-tailed)	,170
5 - Lichaamsleuning	Spearman Correlation	-,153
	Sig. (2-tailed)	,347
6 - Lichaamshouding	Spearman Correlation	-,020
	Sig. (2-tailed)	,902
7 - Stemtoon	Spearman Correlation	-,225
	Sig. (2-tailed)	,163

Bijlage 19: significanties CSAS en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0		Somscore CSAS
1 – Opening <i>*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed)</i>	Spearman Correlation	,320*
	Sig. (2-tailed)	,044
3 - Hulpvragen	Spearman Correlation	,030
	Sig. (2-tailed)	,856
4 - Lichamelijk onderzoek	Spearman Correlation	-,182
	Sig. (2-tailed)	,275
5 - Bevindingen	Spearman Correlation	,018
	Sig. (2-tailed)	,914
6 - Besluitvorming	Spearman Correlation	-,146
	Sig. (2-tailed)	,367
7 - Afronding	Spearman Correlation	,087
	Sig. (2-tailed)	,592
8 - Exploreren	Spearman Correlation	,211
	Sig. (2-tailed)	,191
9 - Emoties	Spearman Correlation	,036
	Sig. (2-tailed)	,827
10 - Empathie	Spearman Correlation	-,274
	Sig. (2-tailed)	,091
11 - Informatieoverdracht	Spearman Correlation	-,002
	Sig. (2-tailed)	,988
12 - Samenvatten	Spearman Correlation	,251
	Sig. (2-tailed)	,118
13 - Structureren	Spearman Correlation	-,017
	Sig. (2-tailed)	,916

Bijlage 20: specialisatie vs. DP-schaal

Item Doctor Patient Scale	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,669
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,638
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,141
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,487
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,680
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,539
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,056
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,999
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,623
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,564
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,139
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,079
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,078
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,480
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,161
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,018
17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,925

18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,133
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,136
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,204
21	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,023
22	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,300
23	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,483
24	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,224
25	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,485
26	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,710
27	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,040
28	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,506
29	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,447
30	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,078
31	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,638
32	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,055
33	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,822
34	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,286
35	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,886

36	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,354
37	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,112
38	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,170
39	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,744
40	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,289
41	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,106
42	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,235
43	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,673
44	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,884
45	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,400
46	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,854
47	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,259
48	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,796
49	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,162
50	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,270
51	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,184
52	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,241
53	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,512

54	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,619
55	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,995
56	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,259
57	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,768
58	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,367

Bijlage 20.1: gemiddelde item 16 DP-schaal, specialisatie

Item 16 Doctor Patient scale	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	2,92
Neuro	2,67
Pneumo	2,75
Cardio	4,00
Hemato	4,33

Bijlage 20.2: gemiddelde item 21 DP-schaal, specialisatie

Item 21 Doctor Patient scale	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	2,92
Neuro	2,22
Pneumo	3,38
Cardio	4,00
Hemato	4,17

Bijlage 20.3: gemiddelde item 27 DP-schaal, specialisatie

Item 27 Doctor Patient scale	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	2,77
Neuro	3,67
Pneumo	3,13
Cardio	2,33
Hemato	3,00

Bijlage 21: specialisatie vs. JSPE

Item Jefferson Scale of Physician Empathy	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,696
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,035
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,904
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,610
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,325
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,257
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,580
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,616
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,827
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,636
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,137
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,431
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,541
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,212
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,790
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,277

17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,746
18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,229
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,534
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,756

Bijlage 21.1: gemiddelde item 2 JSPE, specialisatie

Item 2 Jefferson Scale of Physician Empathy	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	6,62
Neuro	5,78
Pneumo	5,88
Cardio	5,50
Hemato	6,17

Bijlage 22: specialisatie vs. LATCon

Item Leeds Attitude Towards Concordance Scale	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,732
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,658
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,280
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,204
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,460
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,305
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,577
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,728
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,951
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,655
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,795
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,722

Bijlage 23: Specialisatie vs. CSAS

Item Reese CSAS	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,951
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,131
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,210
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,466
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,996
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,095
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,751
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,659
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,271
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,995
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,578
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,015
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,152
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,628
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,265
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,520
17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,845

18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,149
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,074
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,468
21	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,273
22	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,139
23	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,693
24	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,298
25	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,228
26	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,308

Bijlage 23.1: gemiddelde item 12 CSAS, specialisatie

Item 12 Reese CSAS	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	3,77
Neuro	4,33
Pneumo	3,88
Cardio	3,00
Hemato	2,83

Bijlage 24: specialisatie vs. CARE-NL

Item CARE-NL	Test	Significantie
1 - gemak	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,289
2 – laten vertellen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,442
3 - luisteren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,291
4 - interesse	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,108
5 – begrip zorgen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,244
6 – medeleven zorg	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,102
7 – positieve houding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,012
8 – duidelijk uitleggen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,539
9 – eigen regie geven	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,101
10 – plan van aanpak	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,653

Bijlage 24.1: gemiddelde item 7 CARE-NL, specialisatie

Item 7 CARE-NL	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	3,31
Neuro	3,89
Pneumo	2,38
Cardio	2,50
Hemato	3,17

Bijlage 25: Specialisatie vs. MAAS 2.0

Item MAAS 2.0	Test	Significantie
1 - opening	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,493
3 - hulpvragen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,293
4 – lichamelijk onderzoek	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,155
5 - bevindingen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,388
6 - besluitvorming	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,119
7 - afronding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,141
8 - exploreren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,042
9 - emoties	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,027
10 - empathie	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,103
11 – informatie overdracht	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	„269
12 - samenvatten	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,461
13 - structureren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,081

Bijlage 25.1: gemiddelde item 8 MAAS 2.0, specialisatie

Item 8 MAAS 2.0	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	2,54
Neuro	3,11
Pneumo	3,00
Cardio	2,50
Hemato	3,50

Bijlage 25.2: gemiddelde item 9 MAAS 2.0, specialisatie

Item 9 MAAS 2.0	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	1,62
Neuro	2,22
Pneumo	1,63
Cardio	1,00
Hemato	2,67

Bijlage 26: specialisatie vs. Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst	Test	Significantie
1 - gezichtsuitdrukking	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,225
2 - glimlachen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,417
3 - oogcontact	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,294
4 - knikken	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,024
5 - lichaamsleuning	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,937
6 - lichaamshouding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,286
7 - stemtoon	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,551

Bijlage 26.1: gemiddelde item 4 Non-verbale communicatievragenlijst, specialisatie

Item 4 Non-verbale communicatievragenlijst	
Specialisatie	Gemiddelde
Gastro	4,62
Neuro	5,33
Pneumo	5,38
Cardio	3,50
Hemato	4,33

Bijlage 27: aantal jaar klinische ervaring en DP-schaal

Item Doctor Patient Scale	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,241
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,889
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,903
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,327
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,675
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,146
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,897
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,664
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,444
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,801
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,293
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,193
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,062
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,565
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,227
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,065

17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,601
18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,307
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,272
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,299
21	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,392
22	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,592
23	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,101
24	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,143
25	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,364
26	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,301
27	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,773
28	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,949
29	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,741
30	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,774
31	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,621
32	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,177
33	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,310
34	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,508

35	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,608
36	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,223
37	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,453
38	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,149
39	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,963
40	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,458
41	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,383
42	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,882
43	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,393
44	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,985
45	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,385
46	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,883
47	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,273
48	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,416
49	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,512
50	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,762
51	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,537
52	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,518

53	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,674
54	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,237
55	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,129
56	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,453
57	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,245
58	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,117

Bijlage 28: aantal jaar klinische ervaring en JSPE

Item Jefferson Scale of Physician Empathy	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,023
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,080
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,972
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,117
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,277
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,554
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,975
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,543
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,225
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,780
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,743
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,777
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,020
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,484
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,751
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,109

17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,692
18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,496
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,266
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,349

Bijlage 28.1: gemiddelde item 1 JSPE, aantal jaar klinische ervaring

Item 1 Jefferson Scale of Physician Empathy	
Aantal jaar klinisch	Gemiddelde
0	5,00
1	2,00
2	1,00
3	3,40
4	2,27
5	2,14
6	2,00

Bijlage 28.2: gemiddelde item 13 JSPE, aantal jaar klinische ervaring

Item 13 Jefferson Scale of Physician Empathy	
Aantal jaar klinisch	Gemiddelde
0	6,00
1	5,50
2	6,00
3	4,44
4	5,73
5	6,00
6	5,00

Bijlage 29: aantal jaar klinische ervaring en LATCon

Item Leeds Attitude Towards Concordance Scale	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,493
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,616
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,538
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,688
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,250
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,238
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,238
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,556
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,128
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,811
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,013
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,105

Bijlage 29.1: gemiddelde item 11 LATCon, aantal jaar klinische ervaring

Item 11 Leeds Attitude Towards Concordance Scale	
Aantal jaar klinisch	Gemiddelde
0	2,00
1	2,00
2	3,00
3	1,80
4	2,18
5	2,07
6	2,00

Bijlage 30: aantal jaar klinische ervaring en CSAS

Item Reese CSAS	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,639
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,112
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,127
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,027
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,790
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,287
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,505
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,360
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,051
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,624
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,275
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,087
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,468
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,431
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,379
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,103
17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,644

18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,860
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,120
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,695
21	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,256
22	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,545
23	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,233
24	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,580
25	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,431
26	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,185

Bijlage 30.1: gemiddelde item 4 CSAS, aantal jaar klinische ervaring

Item 4 Reese CSAS	
Aantal jaar klinisch	Gemiddelde
0	2,00
1	3,00
2	4,50
3	3,10
4	4,18
5	3,86
6	4,00

Bijlage 31: aantal jaar klinische ervaring en CARE-NL

Item CARE-NL	Test	Significantie
1 - gemak	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,556
2 – laten vertellen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,653
3 - luisteren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,317
4 - interesse	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,273
5 – begrip zorgen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,511
6 – medeleven zorg	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,357
7 – positieve houding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,588
8 – duidelijk uitleggen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,267
9 – eigen regie geven	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,288
10 – plan van aanpak	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,206

Bijlage 32: aantal jaar klinische ervaring en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0	Test	Significantie
1 - opening	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,217
3 - hulpvragen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,899
4 – lichamelijk onderzoek	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,401
5 - bevindingen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,284
6 - besluitvorming	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,960
7 - afronding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,537
8 - exploreren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,275
9 - emoties	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,306
10 - empathie	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,084
11 – informatie overdracht	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,700
12 - samenvatten	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,766
13 - structureren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,022

Bijlage 32.1: gemiddeldes item 13 MAAS 2.0, aantal jaar klinische ervaring

Item 13 MAAS 2.0	
Aantal jaar klinisch	Gemiddelde
0	3,00
1	3,50
2	3,00
3	3,38

4	3,27
5	2,36
6	2,00

Bijlage 33: aantal jaar klinische ervaring en de Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst	Test	Significantie
1 - gezichtsuitdrukking	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,527
2 - glimlachen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,631
3 - oogcontact	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,166
4 - knikken	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,408
5 - lichaamsleuning	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,233
6 - lichaamshouding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,104
7 - stemtoon	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,336

Bijlage 34: universiteit van opleiding en DP-schaal

Item Doctor Patient scale	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,250
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,454
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,747
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,020
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,654
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,540
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,094
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,308
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,943
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,458
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,328
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,785
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,834
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,736
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,104
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,175
17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,706

18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,144
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,491
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,330
21	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,564
22	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,858
23	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,935
24	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,634
25	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,758
26	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,202
27	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,315
28	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,648
29	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,124
30	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,813
31	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,671
32	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,127
33	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,805
34	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,554
35	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,300

36	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,945
37	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,967
38	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,757
39	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,194
40	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,145
41	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,809
42	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,136
43	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,029
44	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,360
45	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,581
46	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,677
47	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,854
48	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,842
49	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,719
50	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,925
51	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,788
52	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,578
53	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,240

54	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,037
55	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,948
56	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,726
57	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,655
58	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,533

Bijlage 34.1: gemiddelde item 4 DP-schaal, universiteit van opleiding

Item 4 Doctor Patient scale	
Universiteit opleiding	Gemiddelde
U Antwerpen	4,03
U Gent	2,00
KU Leuven	3,40
Univ Utrecht	4,00

Bijlage 34.2: gemiddelde item 43 DP-schaal, universiteit van opleiding

Item 43 Doctor Patient scale	
Universiteit opleiding	Gemiddelde
U Antwerpen	3,15
U Gent	5,00
KU Leuven	4,40
Univ Utrecht	4,00

Bijlage 34.3: gemiddelde item 54 DP-schaal, universiteit van opleiding

Item 54 Doctor Patient scale	
Universiteit opleiding	Gemiddelde
U Antwerpen	2,82
U Gent	4,00
KU Leuven	3,60
Univ Utrecht	4,00

Bijlage 35: universiteit van opleiding en JSPE

Item Jefferson Scale of Physician Empathy	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,442
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,892
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,495
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,934
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,900
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,428
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,649
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,444
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,780
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,981
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,511
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,539
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,298
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,596
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,505
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,960

17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,725
18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,331
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,189
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,734

Bijlage 36: universiteit van opleiding en LATCon

Item Leeds Attitude Towards Concordance Scale	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,469
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,526
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,726
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,904
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,870
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,382
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,227
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,199
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,099
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,013
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,321
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,235

Bijlage 36.1: gemiddelde item 10 LATCon, universiteit van opleiding

Item 10 Leeds Attitude Towards Concordance Scale	
Universiteit opleiding	Gemiddelde
U Antwerpen	2,15
U Gent	,67
KU Leuven	1,60
Univ Utrecht	3,00

Bijlage 37: universiteit van opleiding en CSAS

Item Reese CSAS	Test	Significantie
1	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,535
2	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,762
3	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,728
4	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,974
5	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,800
6	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,259
7	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,539
8	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,229
9	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,340
10	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,270
11	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,687
12	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,445
13	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,971
14	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,830
15	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,858
16	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,781
17	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,249

18	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,803
19	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,341
20	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,723
21	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,536
22	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,363
23	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,033
24	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,263
25	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,208
26	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,515

Bijlage 37.1: gemiddelde item 23 CSAS, universiteit van opleiding

Item 23 Reese CSAS	
Universiteit opleiding	Gemiddelde
U Antwerpen	4,64
U Gent	4,00
KU Leuven	3,80
Univ Utrecht	4,00

Bijlage 38: universiteit van opleiding en CARE-NL

Item CARE-NL	Test	Significantie
1 - gemak	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,209
2 – laten vertellen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,387
3 - luisteren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,802
4 - interesse	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,461
5 – begrip zorgen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,580
6 – medeleven zorg	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,303
7 – positieve houding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,229
8 – duidelijk uitleggen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,224
9 – eigen regie geven	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,368
10 – plan van aanpak	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,176

Bijlage 39: universiteit van opleiding en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0	Test	Significantie
1 - opening	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,360
3 - hulpvragen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,359
4 – lichamelijk onderzoek	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,403
5 - bevindingen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,330
6 - besluitvorming	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,219
7 - afronding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,132
8 - exploreren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,805
9 - emoties	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,772
10 - empathie	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,482
11 – informatie overdracht	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,154
12 - samenvatten	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,637
13 - structureren	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,494

Bijlage 40: universiteit van opleiding en Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst	Test	Significantie
1 - gezichtsuitdrukking	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,474
2 - glimlachen	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,848
3 - oogcontact	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,347
4 - knikken	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,618
5 - lichaamsleuning	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,655
6 - lichaamshouding	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,583
7 - stemtoon	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,445

Bijlage 41: geslacht en DP-schaal

Item Doctor Patient scale	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1	Mann – Whitney Test	,673
2	Mann – Whitney Test	,219
3	Mann – Whitney Test	,280
4	Mann – Whitney Test	,049
5	Mann – Whitney Test	,978
6	Mann – Whitney Test	,164
7	Mann – Whitney Test	,631
8	Mann – Whitney Test	,551
9	Mann – Whitney Test	,246
10	Mann – Whitney Test	,596
11	Mann – Whitney Test	,420
12	Mann – Whitney Test	,914
13	Mann – Whitney Test	,989
14	Mann – Whitney Test	,227
15	Mann – Whitney Test	,653
16	Mann – Whitney Test	,311
17	Mann – Whitney Test	,062
18	Mann – Whitney Test	,853
19	Mann – Whitney Test	,050
20	Mann – Whitney Test	,963
21	Mann – Whitney Test	,425
22	Mann – Whitney Test	,539
23	Mann – Whitney Test	,867
24	Mann – Whitney Test	,331
25	Mann – Whitney Test	,619
26	Mann – Whitney Test	,957
27	Mann – Whitney Test	,924

28	Mann – Whitney Test	,565
29	Mann – Whitney Test	,957
30	Mann – Whitney Test	,041
31	Mann – Whitney Test	,374
32	Mann – Whitney Test	,256
33	Mann – Whitney Test	,192
34	Mann – Whitney Test	,531
35	Mann – Whitney Test	,242
36	Mann – Whitney Test	,988
37	Mann – Whitney Test	,870
38	Mann – Whitney Test	,477
39	Mann – Whitney Test	,487
40	Mann – Whitney Test	,090
41	Mann – Whitney Test	,912
42	Mann – Whitney Test	,956
43	Mann – Whitney Test	,539
44	Mann – Whitney Test	,129
45	Mann – Whitney Test	,989
46	Mann – Whitney Test	,435
47	Mann – Whitney Test	,705
48	Mann – Whitney Test	,524
49	Mann – Whitney Test	,497
50	Mann – Whitney Test	,798
51	Mann – Whitney Test	,705
52	Mann – Whitney Test	,443
53	Mann – Whitney Test	,229
54	Mann – Whitney Test	,673
55	Mann – Whitney Test	,460
56	Mann – Whitney Test	,672
57	Mann – Whitney Test	,534

58	Mann – Whitney Test	,218
----	---------------------	------

Bijlage 41.1: gemiddelde item 4 DP-schaal, geslacht

Item 4 Doctor Patient scale	
Geslacht	Gemiddelde
Man	4,18
Vrouw	3,56

Bijlage 41.2: gemiddelde item 19 DP-schaal, geslacht

Item 19 Doctor Patient scale	
Geslacht	Gemiddelde
Man	2,71
Vrouw	3,40

Bijlage 41.3: gemiddelde item 30 DP-schaal, geslacht

Item 30 Doctor Patient scale	
Geslacht	Gemiddelde
Man	2,59
Vrouw	3,28

Bijlage 42: geslacht en JSPE

Item Jefferson Scale of Physician Empathy	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1	Mann – Whitney Test	,698
2	Mann – Whitney Test	,208
3	Mann – Whitney Test	,166
4	Mann – Whitney Test	,093
5	Mann – Whitney Test	,095
6	Mann – Whitney Test	,702
7	Mann – Whitney Test	,448
8	Mann – Whitney Test	,830
9	Mann – Whitney Test	,937
10	Mann – Whitney Test	,119
11	Mann – Whitney Test	,978
12	Mann – Whitney Test	,846
13	Mann – Whitney Test	,039
14	Mann – Whitney Test	,178
15	Mann – Whitney Test	,756
16	Mann – Whitney Test	,298
17	Mann – Whitney Test	,223
18	Mann – Whitney Test	,461
19	Mann – Whitney Test	,605
20	Mann – Whitney Test	,068

Bijlage 42.1: gemiddelde item 13 JSPE, geslacht

Item 13 Jefferson Scale of Physician Empathy	
Geslacht	Gemiddelde
Man	5,88
Vrouw	5,28

Bijlage 43: geslacht en LATCon

Item Leeds Attitude Towards Concordance Scale	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1	Mann – Whitney Test	,342
2	Mann – Whitney Test	,277
3	Mann – Whitney Test	,156
4	Mann – Whitney Test	,571
5	Mann – Whitney Test	,590
6	Mann – Whitney Test	,243
7	Mann – Whitney Test	,451
8	Mann – Whitney Test	,632
9	Mann – Whitney Test	,963
10	Mann – Whitney Test	,006
11	Mann – Whitney Test	,342
12	Mann – Whitney Test	,436

Bijlage 43.1: gemiddelde item 10 LATCon, geslacht

Item 10 Leeds Attitude Towards Concordance Scale	
Geslacht	Gemiddelde
Man	2,41
Vrouw	1,72

Bijlage 44: geslacht en CSAS

Item Reese CSAS	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1	Mann – Whitney Test	,380
2	Mann – Whitney Test	,226
3	Mann – Whitney Test	,122
4	Mann – Whitney Test	,271
5	Mann – Whitney Test	,496
6	Mann – Whitney Test	,231
7	Mann – Whitney Test	,965
8	Mann – Whitney Test	,906
9	Mann – Whitney Test	,806
10	Mann – Whitney Test	,588
11	Mann – Whitney Test	,550
12	Mann – Whitney Test	,501
13	Mann – Whitney Test	,989
14	Mann – Whitney Test	,444
15	Mann – Whitney Test	,747
16	Mann – Whitney Test	,350
17	Mann – Whitney Test	,474
18	Mann – Whitney Test	,384
19	Mann – Whitney Test	,297
20	Mann – Whitney Test	,957
21	Mann – Whitney Test	,113
22	Mann – Whitney Test	,491
23	Mann – Whitney Test	,860
24	Mann – Whitney Test	,796
25	Mann – Whitney Test	,618
26	Mann – Whitney Test	,737

Bijlage 45: geslacht en CARE-NL

Item CARE-NL	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1 – gemak	Mann – Whitney Test	,841
2 – laten vertellen	Mann – Whitney Test	,439
3 – luisteren	Mann – Whitney Test	,774
4 – interesse	Mann – Whitney Test	,137
5 – begrip zorgen	Mann – Whitney Test	,341
6 – medeleven zorg	Mann – Whitney Test	,596
7 – positieve houding	Mann – Whitney Test	1,000
8 – duidelijk uitleggen	Mann – Whitney Test	,767
9 – eigen regie geven	Mann – Whitney Test	,906
10 – plan van aanpak	Mann – Whitney Test	,111

Bijlage 46: geslacht en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1 - opening	Mann – Whitney Test	,776
3 - hulpvragen	Mann – Whitney Test	,954
4 – lichamelijk onderzoek	Mann – Whitney Test	,304
5 - bevindingen	Mann – Whitney Test	,705
6 - besluitvorming	Mann – Whitney Test	,904
7 - afronding	Mann – Whitney Test	,033
8 - exploreren	Mann – Whitney Test	,278
9 - emoties	Mann – Whitney Test	,824
10 - empathie	Mann – Whitney Test	,301
11 - informatieoverdracht	Mann – Whitney Test	,766
12 - samenvatten	Mann – Whitney Test	,861
13 - structureren	Mann – Whitney Test	,011

Bijlage 46.1: gemiddelde item 7 MAAS 2.0, geslacht

Item 7 MAAS 2.0	
Geslacht	Gemiddelde
Man	2,19
Vrouw	2,75

Bijlage 46.2: gemiddelde item 13 Maas 2.0, geslacht

Item 13 MAAS 2.0	
Geslacht	Gemiddelde
Man	2,56
Vrouw	3,12

Bijlage 47: geslacht en Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1 - gezichtsuitdrukking	Mann – Whitney Test	,257
2 - glimlachen	Mann – Whitney Test	,843
3 - oogcontact	Mann – Whitney Test	,609
4 - knikken	Mann – Whitney Test	,886
5 - lichaamsleuning	Mann – Whitney Test	,238
6 - lichaamshouding	Mann – Whitney Test	,403
7 - stemtoon	Mann – Whitney Test	,895

Bijlage 48: had het door of niet en CARE-NL

Item CARE-NL	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1 – gemak	Mann – Whitney Test	,822
2 – laten vertellen	Mann – Whitney Test	,916
3 – luisteren	Mann – Whitney Test	,348
4 – interesse	Mann – Whitney Test	,972
5 – begrip zorgen	Mann – Whitney Test	,593
6 – medeleven zorg	Mann – Whitney Test	,945
7 – positieve houding	Mann – Whitney Test	,120
8 – duidelijk uitleggen	Mann – Whitney Test	,247
9 – eigen regie geven	Mann – Whitney Test	,885
10 – plan van aanpak	Mann – Whitney Test	,135

Bijlage 49: had het door of niet en MAAS 2.0

Item MAAS 2.0	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1 - opening	Mann – Whitney Test	,419
3 - hulpvragen	Mann – Whitney Test	,038
4 – lichamelijk onderzoek	Mann – Whitney Test	,745
5 - bevindingen	Mann – Whitney Test	,794
6 - besluitvorming	Mann – Whitney Test	,883
7 - afronding	Mann – Whitney Test	,270
8 - exploreren	Mann – Whitney Test	,120
9 - emoties	Mann – Whitney Test	,444
10 - empathie	Mann – Whitney Test	,089
11 - informatieoverdracht	Mann – Whitney Test	,032
12 - samenvatten	Mann – Whitney Test	,683
13 - structureren	Mann – Whitney Test	,233

Bijlage 49.1: gemiddelde item 3 MAAS 2.0, had het door of niet

Item 3 MAAS 2.0	
Geslacht	Gemiddelde
Nee, had niets door	1,92
Ja, had het door	2,55

Bijlage 49.2: gemiddelde item 11 MAAS 2.0, had het door of niet

Item 11 MAAS 2.0	
Geslacht	Gemiddelde
Nee, had niets door	2,62
Ja, had het door	3,18

Bijlage 50: had het door of niet en Non-verbale communicatievragenlijst

Item Non-verbale communicatievragenlijst	Test	Significantie (Asymp. Sig.)
1 - gezichtsuitdrukking	Mann – Whitney Test	,347
2 - glimlachen	Mann – Whitney Test	,411
3 - oogcontact	Mann – Whitney Test	,338
4 - knikken	Mann – Whitney Test	,194
5 - lichaamsleuning	Mann – Whitney Test	,903
6 - lichaamshouding	Mann – Whitney Test	,348
7 - stemtoon	Mann – Whitney Test	,816