

ALGEMENE INLEIDING

Sandra van Dulmen

Arts en patiënt staan tegenwoordig meer naast dan tegenover elkaar. Op het gebied van ziekte en behandeling zwaait de arts als medisch expert en zorgcoördinator de scepter; de patiënt wordt in toenemende mate gezien als expert op het gebied van zijn eigen ziekte en klachten en wordt meer verantwoordelijk gehouden voor ziekte-gerelateerd gedrag en gezondheid (RVZ, 2010). Patiënt- en persoonsgericht handelen staan centraal, waarin de stem en de input van de patiënt meer aandacht krijgen. Patiënten worden geacht om naast de arts op te treden als gelijkwaardig partner in de zorg en actief te participeren in besluitvormingsprocessen rondom de keuze voor een behandelaar en een behandeling. Als gevolg daarvan nemen en krijgen patiënten de regie over de zorg, wat hun gezondheid ten goede zal komen. Een mooi streven dat in de dagelijkse medische praktijk niet altijd gerealiseerd kan worden. Veel patiënten en vooral ouderen, ernstig zieken en laaggeletterden kunnen of willen een dergelijke rol niet op zich nemen en komen daardoor weinig tot patiëntparticipatie (van Bruinessen et al. 2013).

Door als arts effectief te communiceren worden de mogelijkheden, de behoeften en de realiseerbare mate van participatie van de patiënt helder en kan het contact tussen arts en patiënt daadwerkelijk persoonsgericht worden, dat wil zeggen afgestemd op hetgeen de patiënt kan bijdragen. Gelet op het feit dat in een onderzoek bijna de helft van een grote groep chronisch zieken aangaf barrières te ervaren in de communicatie, vooral in de contacten met hun arts, en ruim een derde behoefte heeft aan ondersteuning daarbij (Henselmans et al. 2014), is goede persoonsgerichte communicatie beslist geen vanzelfsprekendheid.

In de reader *Communicatie en consultvoering* komen de belangrijkste aspecten van goede communicatie tussen arts en patiënt aan bod, zowel vanuit theoretisch als praktisch oogpunt. In alle fasen van de opleiding biedt deze reader de arts (in spe) een handzaam leerboek en naslagwerk voor zowel alledaagse als bijzondere patiëntcontacten. Ter onderbouwing van het belang van persoonsgerichte arts-patiëntcommunicatie wordt eerst in deze algemene inleiding kort stilgestaan bij het belang en de praktijk van patiëntparticipatie.

Een belangrijk uitgangspunt voor persoonsgerichte communicatie is dat patiënten een stem hebben in het consult en dat artsen goed luisteren naar patiënten. Met andere woorden, mondigheid is alleen functioneel wanneer een arts openstaat voor de ervaringen, zorgen, kennis en inbreng van de patiënt. Wanneer je kijkt naar wat er in een gemiddeld consult gebeurt, lijken patiënten echter niet méér maar steeds minder actief te participeren (Bensing et al. 2006), worden zij veelvuldig onderbroken tijdens het presenteren van hun klachten en zorgen (Langewitz et al. 2002), participeren ze nog altijd weinig in de besluit-

vorming, vooral de kwetsbare ouderen (De Haes 2006; Coulter en Collins 2011), en krijgen ze niet altijd de stem die ze verondersteld worden te krijgen (Victoor et al. 2013). De toegenomen protocollering en ICT in de zorg alsmede de roep om een kosteneffectieve en doelmatige aanpak maken dat de arts vaak moeite heeft de eigen inbreng van de patiënt niet te laten ondersneeuwen. Persoonsgerichte communicatie is bevorderlijk voor het herstel en het emotioneel welbevinden van de patiënt en gerelateerd aan minder diagnostische tests en verwijzingen (Stewart et al. 2000).

Veel patiënten vinden het niet vanzelfsprekend om hun perspectief naar voren te brengen of uiten hun zorgen alleen impliciet (Zimmermann et al. 2007). Zij moeten nadrukkelijk worden uitgenodigd actief deel te nemen aan een gesprek met hun arts. Dat hoeft niet veel extra tijd te kosten; zes seconden blijkt al voldoende om de patiënt aan te moedigen om zijn hele verhaal te laten doen (Marvel et al. 1999). Enkele eenvoudige communicatieve handelingen helpen hij de meeste patiënten al. Zo blijkt het verbaal (hummelen) en non-verbaal (knikken en aankijken) aanmoedigen van de patiënt en het laten vallen van stiltes veel patiënten al de nodige ruimte en gelegenheid te bieden om hun zorgen te uiten (Eide et al. 2004).

Patiënten kunnen participeren in hun zorgproces mits ze goed geïnformeerd zijn en daartoe uitgenodigd worden. De grootste uitdaging bij het verstrekken van informatie is de informatie duidelijk en begrijpelijk over te brengen. Veel patiënten onthouden maar een fractie van wat hen wordt verteld (Jansen et al. 2008), blijken een medicamenteuze behandeling niet zoals bedoeld te volgen vanwege onvolledige of onduidelijke informatie daaromtrent (Sabaté 2003), en begrijpen niet wat de arts bedoelt doordat hij of zij veelvuldig gebruikmaakt van medisch jargon (Pieterse et al. 2013). De crux is om informatie zo over te brengen dat het aansluit bij het begripsvermogen en de aanpassingsmogelijkheden van deze patiënt op dat ene moment. Wat je als arts zegt en hoe je het zegt is daarbij van belang; onderzoek toont aan dat de boodschap die je als arts meegeeft bij het verstrekken van bijvoorbeeld pijnmedicatie, een belangrijk deel van het effect van die medicatie verklaart (Mistiaen et al. 2015). Het wekken van positieve uitkomstverwachtingen ('als je dit neemt zal de pijn snel afnemen') heeft – mits goed onderbouwd – hierbij meer effect dan wanneer je geen verwachting uitspreekt ('je kunt dit nemen, maar ik weet niet of je er baat bij zult hebben'). Daarnaast hebben betrokkenheid en oog voor de emotionele beleving van de patiënt toegevoegde waarde voor het effect van een boodschap: een betrokken, empathische houding zorgt ervoor dat patiënten zich meer gerustgesteld voelen en bovendien belangrijke informatie beter onthouden (Di Blasi et al. 2001; Van Osch et al. 2015). Investeren in effectieve communicatie – geïntegreerd in medische inhoud – loont dus, zowel vanuit het oogpunt van medemenselijkheid als dat van gezondheid.

In deze reader wordt dieper ingegaan op alle genoemde facetten van communicatie door de arts, zodat hij of zij in staat zal zijn optimaal aan te sluiten bij zowel de patiënt als de inhoud van de klacht.

LITERATUUR

Bensing JM, Verhaak PFM. 'Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient'. *Lancet* 2006; 367: 452-454

Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. 'Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: A study of videotaped general practice consultations with hypertension patients'. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 62

Blasi Z Di, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. 'Influence of context effects on health outcomes: a systematic review'. *Lancet* 2001; 357: 757-762

Bruinessen IR van, Weel-Baumgarten EW van, Gouw H, Zijlstra JM, Albada A, Dulmen S van. 'Barriers and facilitators in effective communication experienced by patients with lymphoma cancer at all stages after diagnosis'. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 2807-2814

Coulter A, Collins A. 'Making shared decision making a reality. No decision about me, without me'. *The King's Fund*, London 2011

Eide H, Quera V, Finset A. 'Physician-patient dialogue surrounding patients' expression of concern: applying sequence-analysis'. *Soc Sci Med* 2004; 59: 145-155

Haes H de. 'Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability'. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 291-298

Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, Dulmen S van. 'Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support'. *Health Expectations* 2014 (in press)

Jansen J, Weert J van, Meulen N van der, Dulmen S van, Heeren Th, Bensing J. 'Recall in older cancer patients: Treatment information and recommendations'. *The Gerontologist* 2008; 48: 149-157

Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. 'Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study'. *BMJ* 2002; 325: 682-683

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. 'Soliciting the patient's agenda: have we improved?' *JAMA* 1999; 281: 283-287

Mistiaen P, Osch M van, Blasi Z di, Bensing J, Dulmen S van. 'The effect of patient-provider communication on pain: a systematic review' (under review)

Osch M van, Dulmen S van, Bensing J. 'Specifying the non-specific effects of medical visits on patients' outcomes: An experimental communication study using analogue patients' (under review)

Pieterse AH, Jager NA, Smets EM, Henselmans I. 'Lay understanding of common medical terminology in oncology'. *Psycho-oncology* 2013; 22: 1186-1191

RVZ. *Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal*. Den Haag, 2010

Sabaté E. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Genève: World Health Organization, 2003

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. 'The impact of patient-centered care on outcomes'. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804

Victoor A, Noordman J, Sonderkamp JA, Delnoij DMJ, Friele RD, Dulmen S van, Rademakers JJDJM. 'Do GPs support active provider choice at the point of referral? An exploratory study based on observations of patient-GP consultations'. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 189