

Patiëntgericht communiceren

Gids voor de medische praktijk

Remke van Staveren

© De Tijdstroom uitgeverij, 2010
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede.

Uitgegeven door De Tijdstroom Uitgeverij, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 180 6
NUR 871, 810

Inhoud

Inleiding

- 1 Waar dit boek over gaat — 17
- 2 Waar dit boek niet over gaat — 18
- 3 Een patiëntgerichte attitude — 19
- 4 Doelgroep — 20
- 5 Opzet van het boek en leeswijzer — 20
- Noten — 21
- Dank — 21
- Literatuur — 22

DEEL I THEORIE — 23

- 1 Effectieve medische communicatie — 23
 - Effectieve communicatie is interactief* — 23
 - Effectieve communicatie is doelmatig en kosteneffectief* — 24
 - Effectieve communicatie beperkt onzekerheden* — 24
 - Effectieve communicatie is flexibel* — 24
- 2 Wat is patiëntgericht communiceren? — 25
 - Definitie* — 25
 - Gevolgen voor het consult* — 26
 - Participatie van de patiënt* — 26
 - Patiëntgerichtheid van de arts* — 26
- 3 Onderzoek naar behoeften van de patiënt — 27
- 4 Onderzoek naar zorguitkomsten — 28
 - Onderzoek naar tevredenheid* — 28
 - Onderzoek naar gezondheidseffecten* — 28
 - Onderzoek naar therapietrouw* — 29
 - Onderzoek naar het tijdsaspect* — 30
- 5 Implementatie — 30
- 6 Achtergronden — 31
 - Maatschappelijke ontwikkelingen* — 31
 - Clinici en onderzoekers* — 32
- 7 Inspiratiebronnen — 33
 - 'Vaardig communiceren in de gezondheidszorg'* — 33
 - Psychotherapeutische inspiratiebronnen* — 34
- 8 Samenvatting — 36
- Literatuur — 37

DEEL 2 ALGEMENE VAARDIGHEDEN — 41

Hoofdstuk 1 Invoegen — 43

- 1 Invoegen — 43
 - 2 Begroeten en informeren — 44
 - 3 De openingsvraag stellen — 45
 - 4 Agenderen — 46
 - 5 Ruimte bieden (en luisteren) — 47
 - 6 Gebruik van sleutelwoorden — 48
 - 7 Vroegtijdig geruststellen — 48
- Literatuur — 49

Hoofdstuk 2 Het consult structureren — 51

- 1 De structuur van het consult — 51
 - 2 Het consult structureren — 52
 - 3 Parafaseren — 53
 - 4 Metacommuniceren — 53
 - 5 Hardop denken — 54
 - 6 Samenvatten — 55
 - 7 Markeren — 56
- Literatuur — 56

Hoofdstuk 3 Inventariseren (1): actief luisteren — 57

- 1 Inleiding — 57
 - 2 Non-verbaal communiceren — 58
 - Non-verbaal gaat boven verbaal* — 58
 - Computergebruik tijdens het consult* — 58
 - Let op uzelf* — 59
 - Let op de patiënt* — 59
 - 3 Exploreren van de hulpvraag — 60
 - De vraag achter de vraag* — 60
 - Informeren naar de hulpvraag* — 61
 - 4 Reflectief luisteren — 61
 - Basale en complexe reflecties* — 63
 - 5 Stiltes hanteren — 64
- Literatuur — 65

Hoofdstuk 4 De relatie verder opbouwen — 67

- 1 Inleiding — 67
 - 2 Complimenteren — 67
 - 3 Erkenning geven — 68
 - Ja, maar ...* — 70
 - 4 Positief formuleren — 71
 - Hoe formuleert u positief?* — 72
 - Valkuilen* — 75
- Literatuur — 76

Hoofdstuk 5 Inventariseren (2): vragen stellen — 77

- 1 Inleiding — 77
 - 2 Open en gesloten vragen stellen — 78
 - 3 Concretiseren (hoe, wat en wanneer) — 79
 - 4 Socratisch uitvragen — 80
 - 5 Copingvragen stellen — 81
 - 6 Relatie- of contextvragen stellen — 82
 - 7 Schaalvragen stellen — 83
 - De techniek van het schaalvragen stellen* — 83
 - 8 Zoeken naar eerdere successen en uitzonderingen — 85
 - 9 Communiceren rondom het lichamelijk onderzoek — 86
- Literatuur — 88

Hoofdstuk 6 Intervenieren: informeren en adviseren — 89

- 1 Inleiding — 89
 - 2 Informeren — 89
 - Inleiding* — 89
 - Informatiestrategieën* — 90
 - 3 Effectief geruststellen — 93
 - Vertrouwen wekken* — 93
 - Hoop geven* — 93
 - 4 Adviseren — 94
 - Inleiding* — 94
 - Adviserende stijlen* — 95
 - Algemene suggesties bij het formuleren van een advies* — 96
 - 5 Gezamenlijke besluitvorming — 97
 - Werkwijze* — 97
 - Een beslissingsbalans maken* — 97
 - Gezamenlijke besluitvorming is niet altijd mogelijk of wenselijk* — 99
 - 6 Medicatieadvies geven — 100
 - Algemeen* — 100
 - Gezamenlijke besluitvorming omtrent medicatie* — 101
 - Reageren op afwijzen of stoppen* — 103
- Literatuur — 104

Hoofdstuk 7 Afronden — 107

- 1 Samenvatten — 107
 - 2 Vangnetadvies bespreken — 108
 - 3 Evaluatievraag stellen — 108
 - 4 Reageren op de deurknopvraag — 109
- Literatuur — 109

DEEL 3 LASTIGE CONSULTEN — III

- Algemene inleiding — III
- Herkennen van een lastig consult — III
- Literatuur — III

Hoofdstuk 8 Omgaan met weerstand — 113

- 1 Inleiding — 113
 - 2 Wat is weerstand? — 113
 - 3 Onderliggende angsten en behoeften — 114
 - 4 Specifieke gesprekstechnieken bij weerstand — 115
 - Positief formuleren* — 116
 - De judotechniek* — 117
 - Attributie* — 118
 - Confronteren* — 119
 - Een experiment voorstellen* — 120
 - Indirecte suggesties* — 121
 - Het benadrukken van keuzevrijheid en autonomie* — 122
 - De drie-keuzes-optie* — 124
- Literatuur — 124

Hoofdstuk 9 De patiënt-tegen-wil-en-dank — 127

- 1 Inleiding — 127
 - 2 Invoegen — 128
 - Non-verbaal invoegen* — 128
 - Verbaal invoegen* — 128
 - De onwil accepteren* — 128
 - Omgaan met weerstand* — 129
 - Bezoeker, klager of klant?* — 130
 - 3 Inventariseren en interveniëren — 132
 - Tot een hulpvraag komen* — 132
 - Motiveren* — 133
 - Overreden* — 133
 - Manipuleren* — 134
 - 4 Afronden — 135
- Literatuur — 135

Hoofdstuk 10 Omgaan met lastige interactiepatronen — 137

- 1 Inleiding — 137
 - 2 De rol van de arts in de interactie — 137
 - De kernkwadranten van Ofman* — 138
 - De Roos van Leary* — 138
 - 3 De reddingsdriehoek — 139
 - Het vermijden of doorbreken van de reddingsdriehoek* — 141
 - 4 Het afhankelijke interactiepatroon — 142
 - Het vermijden of doorbreken van het afhankelijk interactiepatroon* — 142
 - 5 De machtsstrijd — 143
- Literatuur — 144

Hoofdstuk 11 De claimende patiënt — 145

- 1 Inleiding — 145
 - 2 Invoegen — 146
 - Er een schepje bovenop doen* — 146
 - De redder-expertpositie vermijden* — 147
 - Positief formuleren* — 148
 - 3 Inventariseren — 148
 - Houvast bieden en structureren* — 148
 - 4 Intervenieren — 149
 - Een vaste afspraak maken* — 149
 - Stoppen met ineffectief geruststellen* — 149
 - Nee zeggen* — 150
 - 5 Afronden — 150
- Literatuur — 151

Hoofdstuk 12 Omgaan met emoties — 153

- 1 Inleiding — 153
 - 2 Herkennen en erkennen van emoties — 154
 - Emoties van de patiënt* — 154
 - De eigen emoties* — 154
 - 3 Contact maken bij extreme emoties — 154
 - 4 Gevoelsreflecties geven — 156
 - 5 Ventileren, erkennen, toetsen aan de realiteit — 157
 - 6 Afleiden — 158
 - Cognitief afleiden* — 158
 - Affectief afleiden* — 159
 - 7 Feedback geven — 159
- Literatuur — 160

Hoofdstuk 13 De patiënt en slecht nieuws — 161

- 1 Inleiding — 161
 - 2 Invoegen — 162
 - Voorbereiden* — 162
 - 3 Inventariseren — 162
 - Kort inleiden* — 162
 - 4 Intervenieren — 163
 - De mededeling brengen* — 163
 - Ruimte geven* — 163
 - Aanvullend informeren* — 164
 - Plannen en steunen* — 165
 - 5 Afronden — 165
- Literatuur — 165

Hoofdstuk 14 De angstige patiënt — 167

- 1 Inleiding — 167
 - 2 Invoegen — 168
 - Omgaan met paniek* — 168
 - Effectief geruststellen* — 168
 - Gevoelsreflecties geven* — 169
 - Controle geven en houvast bieden* — 170
 - 3 Inventariseren — 170
 - Cognitief afleiden* — 170
 - Doorvragen na een ernstig trauma* — 170
 - 4 Intervenieren — 171
 - 5 Afronden — 171
- Literatuur — 171

Hoofdstuk 15 De boze patiënt — 173

- 1 Inleiding — 174
 - Boosheid* — 174
 - Agressie* — 174
 - 2 Invoegen — 175
 - Non-verbaal de-escaleren* — 175
 - Verbaal de-escaleren* — 176
 - Ventileren, erkennen, toetsen aan de realiteit* — 176
 - Metacommuniceren* — 176
 - Onderbieden* — 177
 - Grenzen stellen* — 177
 - 3 Inventariseren — 178
 - Cognitief afleiden* — 178
 - 4 Intervenieren — 178
 - Nee zeggen* — 178
 - 5 Afronden — 178
 - Feedback geven* — 178
- Literatuur — 179

DEEL 4 SPECIFIEKE PATIËNTEN — 181

Algemene inleiding — 181

Hoofdstuk 16 De patiënt met een cognitieve stoornis — 183

- 1 Inleiding — 183
 - 2 Invoegen — 184
 - Het contact herstellen volgens de pre-therapie van Prouty* — 184
 - Non-verbaal invoegen* — 185
 - Verbaal invoegen* — 185
 - (Zelf)destructief gedrag voorkomen* — 187
 - 3 Inventariseren — 187
 - 4 Intervenieren — 188
 - 5 Afronden — 188
- Literatuur — 188

Hoofdstuk 17 De sombere patiënt — 189

- 1 Inleiding — 189
 - 2 Invoegen — 190
 - Reageren op huilen* — 190
 - Invoegen bij verdriet en somberheid* — 190
 - Invoegen bij somberheid en depressiviteit* — 191
 - Omgaan met tegenoverdracht* — 191
 - 3 Inventariseren — 193
 - Directief benaderen* — 193
 - Diagnosticeren van de depressieve stoornis* — 193
 - Complimenteren* — 194
 - Effectief geruststellen bij een somatisch beleefde depressie* — 194
 - 4 Intervenieren — 195
 - De diagnose noemen* — 195
 - Overnemen van verantwoordelijkheid* — 195
 - Steun en structuur bieden* — 196
 - Medicatieadvies geven* — 197
 - 5 Afronden — 197
- Literatuur — 198

Hoofdstuk 18 De suïcidale patiënt — 199

- 1 Inleiding — 200
- 2 Invoegen — 200
 - Contact maken* — 201
 - Overwinnen van weerstand* — 201
 - Doorbreken van het isolement* — 201
 - Positief formuleren* — 202
 - Semantische conditionering* — 202
 - Registreren van de eigen gevoelens* — 203

- 3 Inventariseren — 203
 - Het inventariseren van suïcidaliteit* — 203
 - Copingvragen stellen en uitzonderingen zoeken* — 204
 - Relatievragen stellen en de eventuele relationele boodschap opzoeken* — 204
- 4 Intervenieren — 205
 - Uitzicht bieden* — 205
 - Benadrukken van de ambivalentie* — 206
 - Uitstel vragen en een beslissingsbalans laten maken* — 206
 - Bestrijden van uitputting, medicatieadvies geven* — 207
 - De drie-keuzes-optie* — 208
- 5 Afronden — 208
 - Verzoeken om een psychiatrische beoordeling* — 208
 - (Dwang)maatregelen nemen* — 209
 - Contact houden* — 209
- Literatuur — 210

Hoofdstuk 19 De patiënt met een psychose — 211

- 1 Inleiding — 211
- 2 Invoegen — 213
 - Het contact (met de realiteit) herstellen* — 213
 - Erkenning geven, met behoud van distantie* — 213
 - Verbaal en non-verbaal invoegen* — 213
 - De vraag: 'Ben ik gek, dokter?' beantwoorden* — 214
- 3 Inventariseren — 214
 - Vragen naar stemmen* — 215
 - Vragen naar wanen* — 215
 - Onrealistische verzoeken op grond van de psychose* — 217
 - Copingvragen stellen* — 217
- 4 Intervenieren: medicatieadvies geven — 217
 - Directiefvoorschrijven* — 218
 - Een klacht vinden en behandelen* — 218
 - Een motivatie vinden en behandelen* — 219
 - Een 'experiment' voorstellen en behandelen* — 219
- 5 Afronden — 220
- Literatuur — 221

Hoofdstuk 20 De patiënt en ongezond gedrag — 223

- 1 Inleiding — 224
- 2 Invoegen — 224
 - Basisattitude* — 224
 - Positief formuleren* — 225
- 3 Inventariseren — 225
 - Verminderen van schaamte* — 225

- 4 Inventariseren en interveniëren — 226
 - Motiveren volgens de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente* — 226
 - Fase van voorbewustwording* — 227
 - Fase van bewustwording* — 227
 - Fase van voorbereiding* — 228
 - Fase van actie* — 229
 - Fase van bestendinging* — 229
 - Fase van terugval* — 229
- 5 Afronden — 230
- Literatuur — 230

Hoofdstuk 21 De patiënt met lichamelijk onverklaarde klachten — 233

- 1 Inleiding — 233
- 2 Invoegen — 235
 - Erkenning geven* — 235
 - Voorkomen of doorbreken van een lastig interactiepatroon* — 235
- 3 Inventariseren — 236
 - Uitzetten van het somatische spoor* — 236
 - Uitzetten van het emotionele spoor* — 237
- 4 Intervenieren — 238
 - De patiënt wil een diagnose, wat nu?* — 238
 - De link helpen leggen* — 239
 - Het uitdagen van de meest alarmerende gedachte* — 240
 - Een 'final test' voorstellen* — 240
 - Afbouwen en vermijden van medicatie* — 241
- 5 Afronden — 241
- Literatuur — 242

Hoofdstuk 22 De patiënt met psychosociale problematiek — 243

- 1 Inleiding — 243
- 2 Invoegen — 244
- 3 Inventariseren — 245
 - Het probleem in een context plaatsen* — 245
 - Positief formuleren* — 245
 - Oplossingsgerichte vragen stellen* — 246
 - Probleem of beperking?* — 246
- 4 Intervenieren — 247
 - Het vijfgesprekkenmodel voorstellen* — 247
 - Indirect adviseren* — 247
 - Kleine, haalbare doelen stellen* — 247
- 5 Afronden — 248
- Literatuur — 248

Hoofdstuk 23 De borderline patiënte en de borderline crisis — 249

De borderline patiënt

- 1 Inleiding — 249
 - 2 Invoegen — 250
 - Contact maken* — 250
 - Attitude* — 251
 - Empathisch zijn met behoud van distantie* — 251
 - Accepteren en valideren* — 252
 - Positief formuleren* — 253
 - 3 Inventariseren — 253
 - 4 Intervenieren — 254
 - Grenzen stellen* — 254
 - 5 Afronden — 254
 - Beoordelen van het risico* — 256
 - Laten ventileren, erkenning geven, toetsen aan de realiteit* — 256
 - Bied uitzicht, geen inzicht* — 257
 - Chronische suïcidaliteit* — 258
 - Maatregelen nemen* — 258
- Literatuur — 260

Over de auteur — 261

Register — 263

Voorwoord

De enige nascholing die mijn huisartsopleider – in 1987 – tot zich nam, waren de casussen van de tuchtraad in *Medisch Contact*. Na zorgvuldige bestudering, tijdens de weekenddienst, stelde hij meestal met genoeg vast dat het vrijwel altijd om communicatieproblemen ging. Hij had gelijk. Er is daarin nog weinig veranderd. Angst voor ziekte kan de communicatie tussen arts en patiënt gemakkelijk verlammen. Thema's als macht en onmacht zijn in de spreekkamer nog steeds schering en inslag. Ze hebben veel invloed op de communicatie en leiden gemakkelijk tot misverstanden.

Het concept 'patiëntgericht communiceren', waar dit boek over gaat, lijkt op het eerste gezicht paradoxaal. Is er dan ook een andere manier om met de patiënt te praten? De expliciete tegenstelling die de auteur met het concept patiëntgericht aangeeft, is die met taak- of ziektegericht communiceren. Dat laatste is minder wenselijk. Juist door de patiënt actief te betrekken bij het consult, door aandacht te besteden aan zijn zorgen, wensen en behoeften, zoals dat bij een patiëntgerichte benadering gebeurt, bouwt de arts aan een prettige, maar vooral ook effectieve werkrelatie. Het voorkomt veel misverstanden. Artsen praten over het algemeen nog steeds te veel *tegen* hun patiënten, dat herken ik ook van mezelf. De vraag is wat we daaraan kunnen doen.

Patiëntgericht communiceren werkt. Dat is inmiddels wel duidelijk. Maar hoe doe je dat in de praktijk? Hoe is een bepaalde patiënt effectief gerust te stellen, hoe is die patiënt bij het beslissingsproces te betrekken? Hoe reageer je op een boze, verdrietige of afwerende patiënt, of praat je met iemand met een cognitieve stoornis of een psychose? In de drukte van alledag blijkt dat steeds weer een hele kunst. De stijl en opzet van dit boek, die van een praktische gids, past uitstekend bij het thema. Het boek is bedoeld ter inspiratie. De auteur, die als huisarts, docent arts-patiëntcommunicatie en nu dan als psychiater veel kennis en praktijkervaring op dit gebied heeft opgedaan, biedt op non-directieve wijze allerlei mogelijkheden aan. Het is aan de arts om te kiezen wat bij hem of haar past. De arts hoeft uiteraard niet alles toe te passen, dat zou in verband met de krappe consulttijd niet eens kunnen, maar het is wel zinvol (en leuk!) om af en toe iets nieuws te proberen en te kijken of het werkt.

Om maximaal profijt van een boek als dit te hebben, zou de lezer eigenlijk wat voorwerk moeten doen. Gelukkig kan dat gemakkelijk. Bijvoorbeeld door een bandje van een spreekuur op te nemen en af te luisteren, of aan een 'meekijkende' student te vragen patiënten feedback te laten geven, zoals me vorige week overkwam in het kader van een eerstejaarsproject. Natuurlijk kunt u de patiënt ook zelf bevragen over uw gespreksvoering, al zijn patiënten meestal erg tevreden over hun arts en kan dat sociaal gewenste antwoorden opleveren. Er valt altijd wel wat te verbeteren in de communicatie. 'Hoe meer vragen patiënten je (durven?) stellen, hoe beter je consultvoering is', is mijns inziens een mooie opvatting van een goed consult. Ik hoop dat dit boek ons aanspoort vaker *met* onze patiënten te praten.

Ik ben ervan overtuigd dat alle artsen (in opleiding) die patiëntgebonden werken profijt kunnen hebben van een praktische gids als deze, onafhankelijk van het specialisme

of de setting waarin gewerkt wordt. Voor de huisartsopleiding zou dit boek uitstekend gebruikt kunnen worden naast een evidence-based boek als dat van Silverman, Kurtz en Draper, *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*. De methodiek komt overeen en het boek refereert er vaak aan. Mijns inziens ligt de kracht van dit boek in de praktische, bij wijze van spreken direct toepasbare communicatievaardigheden, die helder en herkenbaar geïllustreerd worden met veel casussen en verbatims. Daarnaast is de besproken verzameling specifieke gesprekshulptechnieken, zoals de reattributietechniek of de motiverende gespreksvoering bij leefstijlverandering, voor alle praktiserende artsen handig.

Veel lees- en vooral oefenplezier!

Harm van Marwijk, huisarts,
universitair hoofddocent Huisartsgeneeskunde, VUmc, Amsterdam