

In het ziekenhuis verleert de dokter het luisteren

GENEESKUNDE Een goede arts is een arts met empathie. Maar de training in gesprekstechnieken beklijft niet.

Sander Voormolen

Komt een vrouw bij de gynaecoloog. Ze is zes weken geleden bevallen en heeft nog steeds een zwaarte in pijn in haar kruis. "Dat gaat wel over", concludeert de gynaecoloog. Of de dokter niet toch even wil kijken. De vrouw neemt plaats in de bedstude, een op-assistent mag de lamp vasthouden. "Ik zie het", zegt de arts. "Er is iets veranderd tijdens de bevalling. Dat gaat nooit meer over. Maar het went." Hij steekt zijn hand uit ter afscheid. De vrouw aarzelt. Nog even misdiend onderzoek aanbrengen.

"De grootste fout die artsen maken is dat ze niet de juiste attitude hebben naar hun patiënten. Ze vergeten dat ze hulpverlener zijn in dienst van de patiënt", zegt psychiater en docent arts-patiëntcommunicatie konink van Stavoren, die drie jaar geleden het boek *Patiëntgericht communicatie* schreef. Ontslagbreuk is een editie uit, speciaal voor hulpverleners in de gezondheidszorg. "Het gaat om de resultaten en die zijn het best als arts en patiënt in een vertrouwensrelatie kunnen samenwerken."

De computer kwam als derde persoon in de sprekkamer

Artsen krijgen tegenwoordig uitgebreide training in communicatie tijdens de opleiding, maar in de praktijk laten ze hierin nog steeds tekken vallen. Waarom gaat het mis? "Er lijkt een verandering op te treden zodra studenten op-assistent worden in een ziekenhuis", zegt Van Stavoren. "Dan lijkt het alsof er iets anders is op de andere kant niet meer herinneren van wat ze in hun opleiding geleerd hebben. Dat komt misschien omdat het onderwijs te veel losstaat van de praktijk."

Rolmodellen
Het ligt niet alleen aan het onderwijs, maar ook aan de beroemde cultuur in ziekenhuizen, zegt ook Chris Rietmeijer, huisarts en docent aan de huisartsopleiding van het VIMC in Amsterdam. "Het heeft te maken met rolmodellen, de specialisten in het ziekenhuis zijn degenen die het zelf niet in hun opleiding hebben gekregen en het dus ook niet automatiseren. De artsen in opleiding zien hun rolmodel het dus niet voordoen en nemen de stijl over van hun leermeester. Ze zien communicatie-

wetenschap? appellijke functies in de Economie katern.



vaardigheden al snel als een hobby van die psychologen tijdens de opleiding. Dat bleek ook uit onderzoek van Sandra van Dulmen, programmamedic bij het VIMC in Utrecht en eveneens hoogleraar communicatie in de gezondheidszorg aan het rmc te Radboud in Nijmegen. Zij zag dat vroege gespreksopleiding in de praktijk even weinig empathisch waren naar hun patiënten als hun medische collega's. "In de opleiding hebben vrouwen nog wel meer empathie, maar ze verliezen zich later kennelijk naar de mannelijke cultuur op hun werkafdeling. Als de omgevings- of niet-opeenstaand, dan houdt het op."

Ook nascholing in communicatievaardigheden voor artsen levert nog niet voldoende resultaat. "Een dichte communicatie zal zich daarom niet gauw op dit terrein laten bijhouden", aldus Van Stavoren. Regelmatige communicatietraining zou verplicht moeten zijn, vinden de deskundigen. "Het liefst bereik je de leerkop tegelijk in de opleiding."

Dat moet veel beter voor het voorlicht komen."

Het is even simpel als doeltreffend. Als een arts iets uitte volgens beproefde gesprekstechnieken, bekijft de informatieve burger bij de patiënt. Een motivatie gesprek helpt om mensen aan te zetten tot gezonde gedrag. En met goede communicatievaardigheden kan een arts veel beter de hulpvraag van een patiënt beantwoorden. Aan het eind van het consult is het heel belangrijk dat een arts zijn inzicht over de achtergrond van de boodschap is aangekomen. Rietmeijer: "Dan vraag je nog even waarom denkt hij bij longontsteking? Sommige mensen zijn bang en dood te gaan, maar derven dat niet te zeggen. Het is wel belangrijk dat de artsen worden uitgesproken."

Rietmeijer maakt wel een kanttekening. Hoewel de effectiviteit van goede communicatie buiten kijf staat, blijft het nog lastig te definiëren wat goede communicatie nu eigenlijk is, zegt Rietmeijer. "In de opleiding hebben we een checklist van gesprekstappen die niet uitmaken van een goed consult. We weten dat sommige gesprekken waardig heeft het goed zijn verlopen. Omgekeerd is een gesprek, waarin alle kruisjes gehaald worden soms toch overbodig."

huisartsopleiding pas sinds 1973 bestaan. Alle richtingen over het belang van empathie naar een patiënt zijn er vandaan het begin ingevoerd; bij de andere specialismen is dat pas later ingevoerd, en er zijn nog steeds oudere artsen die er nooit training in hebben gehad."

Boterik
Een boterik als arts is vervelend, maar beleefden dat de zorg? Niet de gelukkig, zegt Van Stavoren. Ze verwijst naar een literatuuroverzicht *Medical Care*, mei-juni 2009, waaruit bleek dat patiënten van een goed communicerende arts veel vaker naar hun medicijnen innemen dan patiënten van een slecht communicerende dokter. "Het verschil was wel 19 procent, dat is nogal wat."

"Eigenwoordig is de trend om zoveel mogelijk volgens beproefde effectieve, evidence-based, methoden te werken", valt Chris Rietmeijer bij. "Maar vaak wordt over het hoofd gezien dat de effectieve communicatie in de sprekkamer ook evidence-based is. Dat moet veel beter voor het voorlicht komen."

Het is even simpel als doeltreffend. Als een arts iets uitte volgens beproefde gesprekstechnieken, bekijft de informatieve burger bij de patiënt. Een motivatie gesprek helpt om mensen aan te zetten tot gezonde gedrag. En met goede communicatievaardigheden kan een arts veel beter de hulpvraag van een patiënt beantwoorden. Aan het eind van het consult is het heel belangrijk dat een arts zijn inzicht over de achtergrond van de boodschap is aangekomen. Rietmeijer: "Dan vraag je nog even waarom denkt hij bij longontsteking? Sommige mensen zijn bang en dood te gaan, maar derven dat niet te zeggen. Het is wel belangrijk dat de artsen worden uitgesproken."

Rietmeijer maakt wel een kanttekening. Hoewel de effectiviteit van goede communicatie buiten kijf staat, blijft het nog lastig te definiëren wat goede communicatie nu eigenlijk is, zegt Rietmeijer. "In de opleiding hebben we een checklist van gesprekstappen die niet uitmaken van een goed consult. We weten dat sommige gesprekken waardig heeft het goed zijn verlopen. Omgekeerd is een gesprek, waarin alle kruisjes gehaald worden soms toch overbodig."

Aanvankelijk werd de komst van de computer in de sprekkamer aangewezen als obstakel voor de goede communicatie tussen arts en patiënt. Zeven jaar geleden concludeerde hoogleraar Sandra van Dulmen in een vergelijkend onderzoek van huisartsen in 1987 en nu van hun consulten in hoog tempo 'zakkelijker' waren geworden. De diagnose en de behandeling waren in die tijd wel meer via vaak beslistere en persoonlijker gesprekken. Ook bleken patiënten door de jaren heen minder vragen te zijn gaan stellen.

"Als een arts vroeger al schijfde de groene patiëntenkant invulde, bleef een patiënt gewoon doorkomen", zegt Van Dulmen. "Maar als een arts nu op de computer zit, houdt de patiënt zijn mond. Dat komt ook omdat de dokter zich vaak niet weg-

draait naar het computerscherm. De computer is als een derde persoon in de sprekkamer gekomen en dat gaat lenigelijk ten koste van de aandacht voor de patiënt."

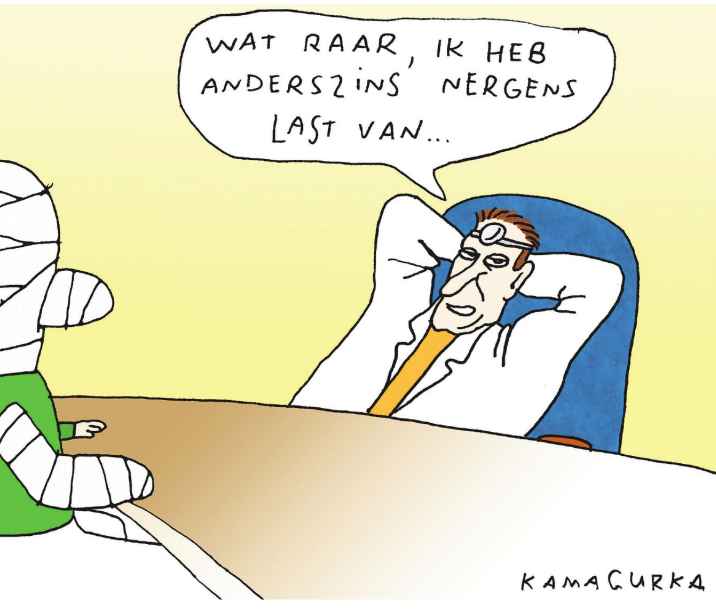
De arts mist op deze manier vaak subtiele signalen van patiënten, zegt Van Stavoren. "Het gaat dan vooral om de non-verbale communicatie, wat eigenlijk veel lastiger te definiëren. Hoe snel geeft iemand antwoord, kijkt iemand weg of maakt de patiënt een klein gebaar? Vooral in de psychiatrie gaat het er vaak om om er juist niet gezegd wordt."

Zonder computer werken gaat helaas niet meer, zegt Van Dulmen.

Vooral in de psychiatrie gaat het erom wat de patiënt juist niet zegt

"Maar ik denk wel dat we de moeilijke tijd hebben gehad. Huisartsen blijven de computer tijdens ieder consult gebruiken, blijkt uit ons nieuwste onderzoek, maar de tijd die ze eraan besteden is fors minder geworden. En dat komt ten goede aan de patiënt." De computer integreert in het gesprek helpt ook, zegt Van Dulmen. "Je kunt samen op het scherm naar resultaten kijken of de arts kan de patiënt op het scherm laten zien wat hij in het dossier heeft geschreven. Zo vang je twee vliegen in één klap. Het geeft overzicht en je kunt van elkaar controleren of je het juist begrijpen hebt."

En de nieuwe zakelijkheid van artsen? "Die is er ook nog steeds", zegt Van Dulmen. "Maar ik weet niet of dat nou zo slecht is. Artsen werken nog steeds lijfsig af om te werken volgens de richtlijn. Maar dat heeft ook positieve kanten: het zorgt er voor dat alle aspecten die een arts zou



Het doktersconsult, wat scheelt eraan?

Patiënten klagen nog altijd dat hun dokter hen niet begrijpt. Meestal blijkt de juiste afstemming 'het probleem. Artsen vragen zich nog te weinig af wat de patiënt echt nodig heeft. Vijf punten waarop het vaak misgaat in de communicatie.

- 1 De arts luistert niet goed of vraagt niet door. Een arts die alleen de vraag behanteld waarmee een patiënt komt, mist soms de onderliggende hulpvraag. Met een open vraag blijf je er meer aan het licht kunnen komen, waardoor een adequate behandeling mogelijk is. Vooral onderwerpen in de laboratoriek- alcohol- gebruik, overgewicht, therapieerbouw - blijven vaak onbesproken.
- 2 De arts geeft geen ruimte voor vragen. Patiënten moeten de informatie die ze geven afstemmen op wie ze voor zijn hebben. Ze moeten checken wat een patiënt zelf al weet, om zo ook eventuele misverstanden en angsten boven water te krijgen.
- 3 De arts geeft geen ruimte voor advies en leeft overvloedig mee met de patiënt. Empathie wordt wel gezien als de grootste generatiebrei van een arts. Een patiënt die overmand wordt door emoties na een slechte afloop van een medisch onderzoek, kan vaak niet meer goed luisteren of beslissen over het vervolg.
- 4 De arts geeft te veel of te weinig ruimte voor inbreng. Artsen hebben soms moeite met de subtiele balans tussen sturend en treden en samen beslissingen nemen. In acute situaties en bij ernstige ziekten moet een dokter doortastend zijn, patiënten moeten zich anders aan het lot overgeven. Aan de andere kant verloor een patiënt zich door overmatig advies van de arts voor teez.
- 5 De arts heeft te weinig tijd voor het gesprek. Dit is een knoet in de andere mist. Sommige medische problemen kunnen snel worden verholpen, maar andere vragen meer aandacht dan de tijd die is ingeregeld voor een standaardconsult.

moeten vertellen ook daadwerkelijk aan de orde komen."

Ook patiënten dragen zich anders dan vroeger. "Voor een arts was het vroeger makkelijker om zich aan te zetten op te stellen", zegt Van Stavoren. Nu informeren veel patiënten zich vooraf op internet. Ze raadplegen discussies van patiënten met dezelfde klachten. Maar die informatie is niet altijd even objectief, het zijn vooral gekleurde en heel persoonlijke verhalen. Neem het voorbeeld van ouders van een kind met depressie die verhalen lezen over zelfmoordpogingen van kinderen die antidepressiva slikken. Voor ouders is dat een dilemma: doen we er wel goed aan om ons kind pillen te geven?

Patiënten die zo binnenkomen zijn niet lang, benadrukt Van Stavoren, een gelijkwaardige discussie tussen arts en patiënt, een illusie is. "Het is juist goed dat iemand zich vooraf heeft geïnformeerd. Het

is niet meer dan logisch voor iemand die zich zorgen maakt. Eigenlijk zou iedere arts de vraag moeten stellen: wat weet ik al van uw ziekte? Het antwoord daarop moeten ze dan al verduidelijken, zegt Van Stavoren. Nu informeren veel patiënten zich vooraf op internet. Ze raadplegen discussies van patiënten met dezelfde klachten. Maar die informatie is niet altijd even objectief, het zijn vooral gekleurde en heel persoonlijke verhalen. Neem het voorbeeld van ouders van een kind met depressie die verhalen lezen over zelfmoordpogingen van kinderen die antidepressiva slikken. Voor ouders is dat een dilemma: doen we er wel goed aan om ons kind pillen te geven?

Patiënten die zo binnenkomen zijn niet lang, benadrukt Van Stavoren, een gelijkwaardige discussie tussen arts en patiënt, een illusie is. "Het is juist goed dat iemand zich vooraf heeft geïnformeerd. Het

schil bestaan tussen dokter en patiënt. De dokter is medisch expert, maar de patiënt is expert op het gebied van zijn eigen gevoelens. Daar moet je met wederzijds respect over in gesprek gaan. Bij een kankerpatiënt kan de arts voor betrouwen zijn en de patiënt heeft alternatieve behandelingen willen. Als dokter kun je zeggen: ik zou het zo doen."

Het vraagt flexibiliteit van de arts om met verschillende soorten patiënten om te gaan, zegt Van Stavoren. "Iemand die zeer ernstig ziek is, heeft vaak behoefte aan een autoritaire dokter die zonder aarzelen handelt. Dat geldt bijvoorbeeld voor patiënten die na een auto-ongeluk binnenkomen op de eerste hulp, maar ook voor kankerpatiënten. Die willen geen gemeenschappelijke beslissing nemen, die willen graag dat de dokter hun zegt wat het beste is. Aan de andere kant zijn er ook mensen die alles toe op de bodem zelf uitspre-

ken. Die hebben natuurlijk minder behoefte aan een dokter die het beter weet dan zijzelf."

Het grootste knelpunt voor een goede communicatie die artsen en patiënten vinden is de tijdruimte, zegt Van Dulmen. Extra aandacht en tijd zijn de belangrijkste redenen voor patiënten om zich te wenden tot alternatieve genezers, blijkt uit een ander onderzoek van haar.

Consulten van hemo-oncologen, artsen, arts-accupuncturisten en dergotische duren gemiddeld twee tot drie keer zo lang dan die van huisartsen. Dat pleit ervoor om ook reguliere artsen meer tijd te geven voor consulten met artsen, zodat ze zich al wat voorbereiden bij het aanpakken van de patiënt. "Zaak is de voorbereidheid van de arts en de vraag voor moeilijke onderwerpen, die anders misschien niet in het gesprek aan bod komen."

Eigenlijk moet iedere arts aan de patiënt vragen: wat weet u al van uw ziekte?