

Ik luister

Leesexemplaar



Ik luister

**Voorschriften voor een gezonde
arts-patiëntcommunicatie**

Koen Pardon

P E L C K M A N S

Inhoud

| | |
|--|-----------|
| Inleiding: de helende werking van communicatie | 6 |
| DEEL 1: De basis van een goede arts-patiëntcommunicatie | 12 |
| 1. Hoe goed communiceren artsen met hun patiënten? | 14 |
| 2. Basishoudingen | 17 |
| 3. Luisteren | 33 |
| 4. Non-verbale communicatie | 46 |
| DEEL 2: De rol van communicatie in de arts-patiëntconsultatie | 56 |
| 1. De vijf fasen van de consultatie | 58 |
| 2. Fase 1: het begin van de consultatie | 64 |
| 3. Fase 2: informatie verzamelen | 69 |
| 4. Fase 3: het lichamenteel onderzoek | 86 |
| 5. Fase 4: informatie en advies geven | 92 |
| 6. Fase 5: het einde van de consultatie | 110 |
| 7. Bouw een vertrouwensrelatie op | 114 |
| 8. Shared decision making | 116 |
| 9. <i>Bedside</i> -gesprekken, op de spoed en vervolgesprekken | 124 |
| 10. Computer, telefoon en videochat | 132 |

DEEL 3: Doelgroepen

138

| | |
|--|-----|
| 1. Kinderen | 141 |
| 2. Adolescenten | 149 |
| 3. Ouderen | 156 |
| 4. Personen uit andere culturen | 164 |
| 5. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden | 173 |
| 6. Specifieke aanpak voor specifieke doelgroepen | 179 |
| 7. Omgaan met familie | 183 |

DEEL 4: Lastige situaties

190

| | |
|---|-----|
| 1. Omgaan met emoties | 192 |
| 2. Slecht nieuws | 199 |
| 3. Spreken over doodgaan en voorafgaande zorgplanning | 212 |
| 4. Omgaan met conflict en agressie | 221 |
| 5. Ongemotiveerde patiënten | 231 |
| 6. Medische fouten | 238 |
| | |
| Besluit: 'Ik luister' | 243 |
| Woord van dank | 244 |
| Referenties | 246 |

Inleiding: de helende werking van communicatie

Als mensen net uit het ziekenhuis komen, valt het me altijd op wat ze erover vertellen. Vaak gaat het niet om de ingreep zelf, maar wel over hoe de arts of verpleegkundige met hen is omgegaan. Of ze veel uitleg hebben gekregen of bijna niets. Of er een goed contact was of eerder afstand. Of ze gesteund werden of aan hun lot overgelaten. Of ze zich gehoord voelden of eerder genegeerd. Je hoort dan zinnen als 'die nam echt zijn tijd voor mij' of in een slechter geval: 'die zei van alles maar ik heb er niet veel van begrepen'.

Het doet me elke keer beseffen hoe belangrijk de mentale steun van artsen is voor hun patiënten, naast de geneeskundige bijstand uiteraard. Mentale steun kan verkregen worden door een goede arts-patiëntcommunicatie, en die verloopt met respect, met een open houding, met empathie.

Als psycholoog heb ik vaak ervaren hoe communicatie het verschil kan maken. Maar dat komt niet vanzelf. Omgaan met patiënten en echt luisteren naar wat hen bezighoudt, moet je leren. Goed communiceren kost evenveel tijd en energie als slecht communiceren, maar je krijgt een veel beter resultaat met een goede communicatie, ook op gezondheidsvlak: dat probeer ik ook mee te geven aan de studenten geneeskunde die ik mag begeleiden. Investeren in communicatieskills en -houdingen in de opleiding geneeskunde is geen overbodige luxe.

Zelf ben ik geen arts, maar ik hoop wel artsen (in opleiding) en andere hulpverleners te inspireren door te vertellen wat een goede communicatie voor hun patiënten maar ook voor henzelf kan betekenen. Dankzij de vele interessante verhalen van mensen uit de praktijk die ik in dit boek heb verwerkt, hoop ik mijn steentje bij te dragen aan een gezonde arts-patiëntcommunicatie.

Een goede arts-patiëntcommunicatie bevordert de gezondheid

Artsen moeten experts zijn in medische kennis, medische vaardigheden en klinisch redeneren. Maar er is nog een vierde domein waarin expertise noodzakelijk is, met name communicatie. Op het eerste gezicht lijkt dit minder essentieel, maar niets is minder waar.

Een belangrijk uitgangspunt van dit boek is dat communicatie niet vrijblijvend is, maar een belangrijk instrument in de toolbox van de arts. Hoe de arts communiceert heeft immers veel gevolgen voor de patiënt. Zo heeft onderzoek aangetoond dat artsen die goed communiceren patiënten hebben die meer tevreden zijn, zich beter aanpassen aan hun ziekte, meer therapietrouw zijn en minder last hebben van pijn of andere symptomen. Dat zijn wezenlijke verbeteringen die deel uitmaken van de hoofdopdracht van de arts om 'soms (waar mogelijk) te genezen, vaak te verlichten en altijd te troosten' – een bekend motto voor artsen. Onderzoek toont ook aan dat slechte communicatie dan weer tot een trager herstel en minder therapietrouw leidt.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een goede communicatie met patiënten essentieel is. Van alle effecten van een goede arts-patiëntcommunicatie vallen vooral de effecten op de gezondheid op. Stewart (1995) heeft een review gedaan van verschillende grote studies en heeft vastgesteld dat de kwaliteit van de communicatie in consultaties leidde tot een verbetering van de gezondheid van de patiënten in 16 van de 21 studies. De verbeteringen in de gezondheid bestonden uit een verbetering van het emotionele welzijn, symptomen die verdwenen, een verbetering van het functioneren, een positief effect op fysiologische maten (zoals de bloeddruk) en een verbeterde pijncontrole.

Ook het welzijn van de artsen vaart er wel bij

Goede communicatie is overigens niet alleen voordelig voor de patiënten maar ook voor de arts. Zo zijn er verbanden gevonden tussen goede communicatievaardigheden en een verlaagd risico op burn-out en stress. Dat hoeft niet te verwonderen: hoe groter je competentie om met conflicten en

moeilijke situaties om te gaan (zoals slecht nieuws brengen) en om in het algemeen met mensen om te gaan, hoe meer controle je ervaart en hoe beter je in je job voelt. Ook de verbondenheid met mensen is lonend voor de arts, en die verbondenheid is vaak groter als je goede communicatievaardigheden hebt.

Een ander voordeel van een goede communicatie is dat het risico dat patiënten klacht indienen sterk vermindert. Als patiënten klagen heeft dit overigens vaak minder te maken met de medische competentie van de arts en eerder met problemen in de communicatie. De belangrijkste redenen waarvoor mensen een klacht neerleggen bij de ombudspersoon of een proces aangaan, zijn, naast onbeleefdheid en een gebrek aan respect, niet luisteren naar de patiënt en dus zijn perspectief niet in rekening brengen en onvoldoende informatie geven over wat er aan de hand is.

Communicatie heeft met andere woorden een helende werking voor de patiënt én voor de arts.

Onderwijs en opleiding in communicatie

Dat goede communicatie zoveel positieve effecten heeft op de gezondheid van de patiënten heeft ervoor gezorgd dat het onderwijs in arts-patiëntcommunicatie in de curricula van de opleidingen geneeskunde een belangrijke plaats heeft verworven. Communicatieonderzoeker Jozien Bensing drukt het als volgt uit:

⋮ *'Communicatie is het belangrijkste instrument van een arts, nog vóór de scalpel of de bloeddrukmeter. Maar artsen moeten dat instrument professioneel hanteren, zó dat het hen helpt hun doel te bereiken.'* (Visser, 2016)

Zo drukt Bensing iets belangrijks uit: arts-patiëntcommunicatie is niet iets dat we zomaar vanzelf kunnen. Het gaat immers niet om gewone dagelijkse communicatie maar wel om specifieke professionele communicatie om concrete doelen te bereiken. Arts-patiëntcommunicatie moet met andere woorden 'geleerd' worden in de opleiding en in de geneeskundige praktijk. Uit onderzoek blijkt ook dat het kán aangeleerd worden, via aandacht voor de belangrijke

communicatiehoudingen die je als arts moet aannemen en via training van communicatievaardigheden, zoals luisteren en informatie geven.

Hoewel we een algemeen idee hebben van hoe communicatie het welzijn en de gezondheid van patiënten kan verbeteren, weten we jammer genoeg niet precies hoe het werkt. Goede arts-patiëntcommunicatie is te vergelijken met een pil die veel ingrediënten bevat, die elk op zich positieve effecten hebben, maar welke ingrediënten juist werken, in welke mate, wanneer en bij wie is niet helemaal duidelijk. Of om het anders uit te drukken: je kunt communicatie niet zomaar opdelen in een paar zinnnetjes die je bij de ene patiënt wel zegt en bij de andere niet. Het is een veel ingewikkelder en complexer proces. Je moet dus bedreven zijn in het hele pakket van communicatievaardigheden.

Waarom dit boek?

Dit boek is bedoeld om ondersteuning en houvast te bieden aan de arts die zijn communicatie met patiënten en hun familieleden wil verbeteren. Het is vooral gericht op artsen in opleiding en artsen in de eerste helft van hun loopbaan. Maar ook artsen met veel ervaring kunnen er nog inspiratie in opdoen, of kijken hoe ze de besproken tips en tricks al toepassen en kunnen versterken. Het boek is overigens niet alleen bedoeld voor artsen, maar is evenzeer nuttig voor andere hulpverleners, zoals verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten en andere paramedici.

Er zijn al vrij veel standaardboeken verschenen over de communicatie tussen arts en patiënt, in het Nederlandse taalgebied en nog meer in het Engels. Dit boek verschilt op een aantal gebieden van deze andere boeken.

Ten eerste is het ontstaan vanuit de vaststelling dat er veel geweten en geschreven is over communicatie, maar dat de belangrijkste inzichten vaak verspreid zijn over verschillende boeken en niet voldoende in relatie tot elkaar worden besproken. Het is mijn betrachting om dat hier wel te doen.

Ten tweede ligt de nadruk, in tegenstelling tot andere boeken, heel weinig op wetenschappelijke theorieën en onderzoeken, maar des te meer op de praktische en bruikbare adviezen die eruit voortvloeien. Wetenschappelijke theorie-

en en onderzoeken kunnen academisch interessant zijn, maar staan meestal op gespannen voet met de klinische praktijk, waar communicatie altijd een stuk complexer is. De vele onderzoeken en handboeken waarop de adviezen zijn gebaseerd, vind je per onderdeel wel terug in de referentielijst aan het einde van het boek.

Ten derde is arts-patiëntcommunicatie in veel boeken vooral een kwestie van communicatievaardigheden. Ik bekijk dat anders. Communicatievaardigheden zijn uiteraard belangrijk maar nog belangrijker zijn de basishoudingen van goede communicatie, zoals empathie, echtheid en onvoorwaardelijke positieve aanvaarding. Zij komen eerst en geven de vaardigheden hun fundamentele inhoud en betekenis. Zonder de juiste grondhoudingen is er geen goede of effectieve communicatie mogelijk.

Ten vierde wordt de communicatievaardigheid luisteren in nogal wat handboeken besproken als een onderdeel van het consultatiemodel, en dan met name in de fase van de consultatie waarin informatie wordt ingewonnen van de patiënt. Luisteren is echter een veel bredere en fundamentele vaardigheid, die meerdere functies heeft of kan hebben gedurende de hele consultatie: het speelt een rol bij het verzamelen van informatie, maar ook bij veel andere communicatiesituaties zoals een relatie ontwikkelen met de patiënt, de patiënt motiveren en steunen, omgaan met conflicten, informatie geven enzovoort. Om die reden wordt luisteren in dit boek uit het consultatiemodel gelicht en apart besproken.

Ten vijfde gaat het in dit boek, meer dan in andere boeken, ook over de vele doelgroepen die over de vloer komen bij de arts, vanuit de onderzoeksvaststelling dat een arts minder empathie heeft voor patiënten die uit andere doelgroepen komen dan die van de arts. Het is jammer genoeg zo dat veel mensen moeilijkheden ondervinden in de samenleving omdat ze tot een bepaalde doelgroep behoren die niet de mainstream is. Het is en mag echter niet de bedoeling zijn dat zij deze moeilijkheden ook ondervinden ten nadele van hun gezondheid.

Leeswijzer

In dit boek zijn er veel adviezen samengebracht uit diverse onderzoeken en handboeken. In die zin is het ook een naslagwerk. In het eerste deel komen de basishoudingen en -vaardigheden van communicatie en non-verbale communicatie aan bod; in deel twee de fasen en communicatiedoelen van de arts-patiëntconsultatie; in het derde deel de communicatie met doelgroepen en tot slot communicatie in lastige situaties. De verschillende delen kunnen apart worden gelezen, afhankelijk van interesse of nood vanuit de praktijk.

Dit boek mag niet gelezen worden als een bijbel van hoe het moet, het wil eerder suggesties en tips geven. Werken ze voor jou en passen ze bij jou, des te beter. Passen ze niet, laat ze dan vallen. Als een aantal adviezen blijft hangen, is het boek een succes. Precies deze kleine veranderingen hebben het grootste effect en kunnen de communicatie met patiënten aanzienlijk verbeteren.

Omwillen van de leesbaarheid zijn er alleen referenties naar andere auteurs in de tekst opgenomen wanneer er resultaten van een specifiek onderzoek worden vermeld, bij een letterlijke overname van tekstfragmenten of uitspraken en bij de vermelding van titels van boeken over arts-patiëntcommunicatie of aanverwante onderwerpen. Op het einde van het boek vind je wel alle referenties terug.

Over de term 'arts-patiënt' nog dit: artsen communiceren niet alleen met patiënten, maar ook met hun familieleden of vertrouwelingen. Die zijn ook van belang, en zij zijn meestal impliciet in de term 'patiënt' begrepen. In de term 'arts' zijn dan weer impliciet ook andere zorgverleners begrepen.

En tot slot: als er in de derde persoon wordt gesproken, gebruik ik 'hij', de mannelijke vorm. Dit houdt geen voorkeur in voor een geslacht. De personen over wie het gaat, kunnen M/V/X zijn.



DEEL 1

De basis van
een goede
arts-patiënt-
communicatie

Leeser

Plaar

Dit eerste deel gaat over de basis van een goede arts-patiëntcommunicatie: hoe communiceren artsen met hun patiënten, wat zijn de basishoudingen in een goede arts-patiëntcommunicatie, waarom is luisteren dé basisvaardigheid, en wat is het belang van non-verbale communicatie?

1. Hoe goed communiceren artsen met hun patiënten?

Artsen hebben gemiddeld genomen veel talent voor communicatie – ze kiezen voor een beroep om anderen te helpen, wat maakt dat ze vaak al empathisch zijn voor anderen, en dat is een belangrijke voorwaarde voor goede hulpverlening. Ze komen ook constant in contact met mensen zodat hun *people skills* ook goed zijn, al was het maar door oefening.

Uit onderzoek blijkt dat artsen echter wel wat tekortkomingen hebben in hun communicatie met patiënten, vooral omdat arts-patiëntcommunicatie toch professionele communicatie is die aangeleerd moet worden en ondersteund moet worden door de omgeving. Hieronder volgt een bloemlezing van onderzoeksresultaten die een aantal tekortkomingen blootleggen.

Artsen luisteren niet altijd goed

In een Amerikaanse studie van 112 consultaties bleek dat artsen slechts in een derde van de gevallen aan hun patiënten vroegen wat de reden was voor hun bezoek (Singh Ospina, 2019). Ze onderbraken de patiënten bovendien na een mediaan van 11 seconden. Huisartsen vroegen in bijna de helft van de gevallen wat de bezorgdheden waren van de patiënt, terwijl specialisten dit in 20 procent van de consultaties vroegen.

Artsen nemen dus te vaak zelf het woord en luisteren onvoldoende. Ze onderbreken hun patiënten al van in het begin van de consultatie zodat belangrijke informatie wordt gemist. Ze gaan ook vaak niet in op de bezorgdheden van de patiënt of zijn gevoelens. De artsen geven zelf aan dat dit door tijdsdruk komt en doordat ze zich oncomfortabel voelen bij deze gevoelens.

Artsen geven weinig informatie

Ook het geven van informatie over diagnose en behandeling verloopt vaak ondermaats. Uit onderzoek blijkt dat artsen gedurende 5 tot 10 procent van de consultatietijd bezig zijn met informatie geven, maar dat zelf veel hoger inschatten (50 à 60 procent). Artsen gaan vooral te weinig in op de diagnose (wat is er aan de hand, hoe komt dat, waarom nu, waarom ik?) en gaan meteen in op de behandeling. Dat is een vergissing: patiënten willen goed begrijpen wat de behandeling inhoudt en wat het nut ervan is en daarom moeten zij eerst weten wat er aan de hand is. Patiënten willen ook graag de gevolgen van de ziekte kennen, met name de effecten op hun persoonlijk leven (Kunnen we nog op vakantie? Komt mijn job niet in gevaar? Enzovoort).

Vaak wordt amper of helemaal geen informatie gegeven. Een studie in de *British Journal of Surgery* toonde aan dat meer dan een vierde van 350 patiënten die een laparoscopie hadden ondergaan voor acute abdominale pijn niets wisten over de procedure die ze ondergaan hadden of het verkeerd begrepen hadden (Murphy, 2004). Artsen denken vaak dat patiënten wel zullen aangeven wat ze willen weten, maar dat blijkt niet te kloppen. De meeste patiënten gaan ervan uit dat de arts de informatie spontaan zal geven.

Artsen gebruiken veel jargon

Artsen gebruiken veel jargon en leggen dit niet uit. In een Amerikaanse studie hebben onderzoekers consultaties tussen reumatologen en nieuwe patiënten opgenomen en uitgeschreven (Koch-Weser, 2009). Hieruit bleek dat 79 procent van de medische woorden die de artsen gebruikten niet werden uitgelegd. De auteurs gaven aan dat in 45 procent van de tijd de patiënten verder praatten met de arts en dat het dus leek dat het jargon de communicatie niet in de weg stond. Bij 40 procent van de gebruikte medische vaktaal leidde dit echter niet tot een verdere bespreking en werden de woorden ook nooit gebruikt door de patiënt zelf.

Daling in empathie

In het begin van hun opleiding zijn studenten empathisch en betrokken op hun patiënten, maar naarmate de opleiding vordert, vermindert de empathie (Neumann, 2011). De artsen gaan zich focussen op de ziekte en de symptomen – dat is uiteraard hun job – maar vergeten hierbij de persoon van de patiënt, wat hij wil en waar hij mee zit. Dit heeft mogelijk te maken met een te eenzijdige nadruk op het medisch-technische in de opleiding, te weinig goede voorbeelden van senior artsen en een toenemende prestatiedruk. De transfer van wat geleerd wordt tijdens de opleiding naar de werkvloer is te beperkt, en een grotere aandacht voor attitudes van goede communicatie (naast goede communicatievaardigheden) lijkt noodzakelijk.

Werk aan de winkel

Er is dus werk aan de winkel, en dat werk bestaat erin dat artsen ondersteuning krijgen in hun communicatie, wat op veel manieren kan gebeuren: door trainingen aan te bieden om bepaalde vaardigheden te verbeteren, door kennis mee te geven over wat goede communicatie is, door bruikbare adviezen te delen die ze kunnen toepassen en die kunnen inspireren, en door aan een omgeving te werken die goede communicatie naar waarde schat.

Nog veel meer dan goede communicatievaardigheden zijn de juiste basishoudingen wezenlijk voor een goede arts-patiëntcommunicatie. Zij zijn het eerste en belangrijkste basisingrediënt van een goede arts-patiëntcommunicatie.

2. Basishoudingen

De basishoudingen van een goede arts-patiëntcommunicatie zijn empathie, echtheid en onvoorwaardelijke positieve aanvaarding. Ze zijn ontleend aan de psycholoog Carl Rogers (1957), die ze zag als noodzakelijke voorwaarden voor therapeutische verandering.

Zonder deze houdingen is het niet mogelijk om goed te communiceren met je patiënten. De houdingen geven aan de vaardigheden (het gedrag dat je stelt) hun betekenis. Je kunt bijvoorbeeld goed zijn in het informatie geven (dit is een vaardigheid), maar als je dat niet doet vanuit betrokkenheid op de patiënt (onvoorwaardelijke positieve aanvaarding), begrip van en voor de patiënt (empathie) en vanuit een eigen sterk referentiekader (echtheid), zul je met die vaardigheid niet ver springen.

Een antwoord op de vraag hoe je houdingen moet aanleren, en wat je ervoor moet doen is simpel gegeven: het gaat om een *instelling* die je moet aannemen, het is niet iets wat je al doende moet leren. Het is het besef dat betrokkenheid op de patiënt bijvoorbeeld belangrijk is om je job goed te kunnen doen. Om goede beslissingen te nemen moet je begrijpen wie de patiënt is die voor je zit. Nog anders gezegd: hoe moet je empathisch zijn? Door het te zijn...

Houdingen zijn zaken die je voortdurend voor jezelf in herinnering moet brengen en op die manier levendig houdt, en dat kan via zelfreflectie.

Empathie

De patiënt begrijpen vanuit zijn referentiekader

Mijn dochter kwam recent thuis van school met een nota en was hier heel boos en verdrietig om. Ik begreep het eerlijk gezegd niet. Een nota wordt in je agenda geschreven en als ouder moet je die ondertekenen. Klaar. Vroeger kregen wij direct straffen waar veel meer werk aan was, zoals tien bladzijden overschrijven. Ik zei haar dan ook dat ze er niet mee moest inzitten. Dit werkte echter helemaal niet troostend. Het probleem was dat ik haar probleem vanuit mijn referentiekader bekeek. Wat betekent het voor een dertienjarige om een nota te krijgen, die ze bovendien heel unfair vindt?

Empathie is anderen, ook de patiënt, begrijpen vanuit hun specifieke referentiekader, zonder ermee samen te vallen. Het referentiekader is een soort bril waarmee je naar de werkelijkheid kijkt. Het wordt gevormd door de cultuur waarin je leeft, je opleiding, gewoontes, waarden, normen, waar je bent opgegroeid, wat je hebt meegemaakt enzovoort. Het is uniek voor iedereen.

Het is een belangrijk besef waar we vaak aan voorbijgaan: je ziet de wereld niet zoals ze is, maar zoals jij bent. Het gaat om een constructie van jezelf en die verschilt van de constructies van anderen. Dat is een bron van veel miscommunicatie. Het probleem is dat wij natuurlijk denken dat we de wereld zien zoals die in werkelijkheid is, en dat we dus gelijk hebben, en vandaaruit ook handelen. We kunnen moeilijk anders, want het is niet mogelijk om die bril zomaar af te zetten. Het is echter wel mogelijk om je bewust te zijn van het feit dat we een bril op hebben en om onze bril onder de loep te nemen. Dat moet je als arts en als hulpverlener dan ook doen.

Voor artsen is empathie belangrijk, getuige de leerdoelen van de opleiding geneeskunde: 'De master in de geneeskunde kan doeltreffend communiceren met patiënt en/of familie in een empathische, vertrouwelijke, en ethisch verantwoorde arts-patiënt-relatie' (Vluhr, 2014).



Empathie is een driestapsproces

Gezien in een aflevering over de mugteams (programma 'De MUG' op de Vlaamse zender VTM): op de spoedafdeling wordt een triatlete binnengebracht die een ernstige val heeft gemaakt met de fiets. Haar hoofd is gefixeerd. Er vindt een gesprek plaats met een hulpverlener over wat er is gebeurd. In de tijd dat ze er ligt merkt een andere verpleegkundige op dat de patiënte erg stil is en heel angstig kijkt. De verpleegkundige, die hierdoor bewogen is, gaat het gesprek aan met de patiënte en zegt: 'Het is oké om je gevoelens te uiten, hoor.'

Wat de verpleegkundige doet, is een sterke uiting van empathie. De verpleegkundige begrijpt dat de patiënte aan het wegzinken is in een blinde paniek en werpt een lifeline uit. De patiënte neemt die dankbaar aan: ze vraagt meteen hoe de verpleegkundige heet in een poging om de reddingsboei niet te verliezen. Dergelijke kleine interacties zijn belangrijk: ze leiden ertoe dat patiënten na een ongeval minder getraumatiseerd zijn en sneller herstellen.

Volgens psychologen Paul Ekman en Daniel Goleman en psychiater Helen Riess bestaat empathie uit affectieve empathie, cognitieve empathie en empathische zorg, en die hangen met elkaar samen (Ekman, 2003; Goleman, 2011; Riess, 2018). Ten eerste is er *affectieve empathie*: de verpleegkundige voelt wat de patiënt voelt. Dat gebeurt door de zogenaamde spiegelneuronen, die activiteiten en ervaringen van anderen weerspiegelen in de hersenen. De gespannenheid in het gezicht van de patiënte en de grote stilte worden als het ware weerspiegeld in de verpleegkundige. Ten tweede is er *cognitieve empathie*: de verpleegkundige weet dat professionele sporters leven voor hun sport en dat blessures hun leven op de helling kunnen zetten en een grote impact hebben. Er wordt dan iets weggenomen dat voor deze persoon erg veel betekenis heeft. Ze begrijpt met andere woorden wat het ongeluk betekent vanuit het referentiekader van de patiënte. Mocht ze overigens niet begrijpen wat er aan de hand is met de patiënte of er onzeker over zijn, kan ze het ook gewoon vragen: 'Wat gebeurt er nu? Hoe is het?'

Ten derde is er *empathische zorg*: de verpleegkundige geeft te kennen dat ze heeft opgemerkt dat de patiënte in paniek is. Empathische zorg is onze aanzet om zorg te bieden. De meeste mensen stellen dat gelijk aan empathie. Maar empathie is dus een geheel, het is een – automatisch – driestapsproces: je voelt wat de patiënt voelt of je voelt dat de situatie een bijzondere betekenis heeft voor de patiënt, je begrijpt het vanuit het referentiekader van die

persoon en dan ben je ermee begaan en zeg je dit ook. De empathische zorg hoeft niet ingewikkeld te zijn, een erkenning dat het moeilijk is of een zorgende blik is vaak al genoeg. Het is een misverstand dat je van alles moet gaan doen.

In dit voorbeeld kwam de empathie vanuit de verpleegkundige, maar hoe zit het bij de artsen?

Hoe empathisch zijn artsen?

Volgens onderzoek missen artsen nogal wat opportuniteiten om empathie te tonen. Een studie in de Verenigde Staten door Morse et al. (2008) analyseerde consultaties tussen patiënten met longkanker en hun longchirurgen of oncologen. Uit de analyses kwam naar voren dat er nogal wat bezorgdheden waren bij de patiënten, met name over de morbiditeit en mortaliteit, maar ook over de symptomen van kanker, de relatie met roken enzovoort. In totaal werden 384 empathische opportuniteiten geïdentificeerd waarvan op slechts 39 (10 procent) empathisch werd gereageerd. De artsen toonden dus meestal weinig emotionele steun en stelden in de plaats vooral gesloten biomedische vragen of deden biomedische mededelingen. Uit andere onderzoeken blijkt hetzelfde.

Een voorbeeld van het missen van een opportuniteit uit het onderzoek (Morse, 2008):

| | |
|----------------|---|
| Patiënt | Nee, meneer, ik heb nog geen hartaanval gehad. Ik werkte erg hard toen ik een jonge man was, een jongen. Ik deed het werk van een man en men heeft mij altijd gezegd dat ik een goed en sterk hart en goede longen had. Maar de longen konden niet tegen alle sigaretten... |
| Arts | Ja |
| Patiënt | ...asbest en vervuiling en tweedehands rook en al deze andere dingen, denk ik. |
| Arts | Heb je glaucoom? |

Hier stelt de arts een aantal gesloten vragen, maar hij krijgt meer antwoorden dan een ja of nee: de patiënt vertelt iets over zichzelf en hoe hij staat tegenover de kanker die hem nu is overkomen. De arts blijft echter op het spoor van

de gesloten vragen. Een gesloten vraag is een van de manieren die artsen gebruiken om niet in te gaan op wat patiënt zegt (hier lijkt de patiënt onder meer te zeggen dat hij zijn ziekte niet heeft verwacht). Er zijn nog andere manieren die niet empathisch zijn: van onderwerp veranderen, te snel advies geven, ten onrechte geruststellen, zeggen dat de stress (of gevoelens) normaal is, de patiënt opvrolijken... Het is nochtans belangrijk om in te gaan op wat de patiënt zegt: empathie is diagnostiek.

Empathie is diagnostiek

Veelzeggend is een citaat uit de Volkskrant van Udo Kischka, een neuroloog die zelf ziek werd en het achteraf bekeken jammer vond dat hij zo weinig had gevraagd aan zijn patiënten hoe het echt met hen ging (de Visser, 2020): 'Ik dacht dat ik een dokter was die goed luisterde, maar ik realiseer me nu dat ik heel snel in een doktermodus schoot. Ik weet wat u heeft, zei ik dan, dat is bekend uit de literatuur, en dan kwam ik met symptomen en behandelopties. Met de beste bedoelingen: ik wilde patiënten het idee geven dat ik wist waarover ik sprak. Nu zou ik vragen: wat betekent het voor u? Hoe voelt u zich eronder?'

Waarom moet een arts empathisch zijn? Waarom moet de arts de gevoelens van de patiënt opmerken en kunnen begrijpen? Kan hij niet gewoon met het medische bezig zijn? Dat is toch zijn job: kijken wat er medisch aan de hand is en tot een medische diagnose en behandeling komen? Dat klopt, maar dat is niet het enige, de arts moet ook een diagnose stellen van wie de persoon is die voor hem zit: hoe voelt deze persoon zich, wat denkt hij zelf dat er aan de hand is en wat wil hij? Wat is de draagkracht van deze persoon? Dit wordt te vaak verwaarloosd of er wordt te snel overheen gegaan. Als je beslissingen neemt die gevolgen hebben voor de patiënt, moet je goed afgestemd zijn op die patiënt. De patiënt staat onder jouw hoede en het is maar professioneel om voeling te houden met wie onder jouw zorg zit.

Als je dit niet of te weinig doet, loop je nogal wat risico's. Misschien schrijf je wel een behandeling voor aan iemand die daar niet om gevraagd heeft, terwijl je de eigenlijke hulpvraag onbeantwoord laat. Je brengt dan in feite twee keer schade toe. Hoe vaak gebeurt het dat de arts tevreden is met de operatie, die inderdaad succesvol was, maar dat de patiënt nog veel bezorgdheden heeft die hij niet meer kan bespreken? Misschien gaat de patiënt wel ongeruster naar huis dan hij is gekomen.

Je zou kunnen zeggen dat de patiënt maar duidelijk moet zijn in wat hij wil en wat hij belangrijk vindt, maar zo werkt communicatie maar gedeeltelijk. Er wordt veel onder de radar gecommuniceerd, vaak non-verbaal, ook door de arts overigens. De arts moet dit weten en kunnen opmerken en met de patiënt bespreken. Hij moet beseffen dat dit tot zijn taak hoort als gespreksleider en hulpverlener.

Hoe doe je dat, empathisch zijn?

Hoe kun je weten wat de gevoelens en wensen zijn van de patiënt, en dus wat belangrijk is voor de patiënt, zeker als hij het niet altijd zeer duidelijk verwoordt? Je bent toch niet helderziend? Wel, dat is niet helemaal juist, je bent wel voor een stukje helderziend: we zijn in staat om gevoelens op te vangen, een sfeer te voelen, en te begrijpen wat er mogelijk aan de hand is, zonder dat er veel wordt gezegd. Dit heeft overigens niets te maken met helderziendheid, maar met de gave die mensen hebben om zeer snel en onbewust een indruk te kunnen vormen van een persoon. In een fractie van een seconde hebben we een beeld van wie we voor ons hebben, wat voor iemand dat is, welke eigenschappen deze persoon heeft enzovoort. Zelfs zonder dat er een woord is gesproken. We merken onbewust heel wat non-verbale signalen op die ons deze informatie geven.

Maar dat is maar een deeltje van het verhaal. Van iemand die onder onze hoede komt, moeten we meer te weten komen. Hoe doen we dit?

Wel, dit is eigenlijk heel simpel. We moeten twee dingen doen. Ten eerste luisteren naar de patiënt en hem laten uitspreken – hij zal wel vertellen wat belangrijk is voor hem. En ten tweede niet te snel oordelen vanuit ons eigen referentiekader.

De patiënt laten uitspreken lijkt gemakkelijk maar vraagt dat we heel veel van onze neigingen om tussenbeide te komen onderdrukken. Je moet zo reageren dat de patiënt uitgenodigd wordt om meer te vertellen en zich te verduidelijken. Dit gaat om *communicatievaardigheden*: zie ook het deel over luisteren, pagina 33. Wat het referentiekader betreft: we moeten onze eigen kijk op de wereld, en ons oordeel tussen haakjes plaatsen. Waarom is de persoon zoals hij is, wat gaat er in hem om en kan ik dat begrijpen, ook als hij wat verder van mij afstaat? Ook dat is niet zo gemakkelijk. Verwondering en nieuwsgierigheid

zijn goede kwaliteiten hier: wat valt je op in het contact? Waarom is de patiënt zo bang voor een simpele operatie? Waar zit de patiënt mentaal na het lange ziekteproces? Enzovoort.

Wat het niet is

Gert van Dijk, ethicus bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, zegt in een column dat studenten soms een verkeerd beeld hebben van wat empathie is en hierdoor te hoge eisen stellen aan zichzelf. 'De aios [nvda: arts in opleiding tot specialist] had het gevoel dat empathie betekende dat ze moest "meelijden" met de patiënt en dezelfde emoties moest ervaren. Maar het is onmogelijk om "mee te lijden" in de niet-aflatende stroom van dramatische situaties die dagelijks aan artsen voorbijtrekt. "Inleven" is iets anders dan "mee-lijden". Van Dijk merkt ook op dat het 'onwenselijk is als een arts te veel meegaat in het lijden van de patiënt. Overmand worden door emoties is soms misschien begrijpelijk, maar het kan ook onprofessioneel overkomen en ineffectief zijn.' (van Dijk, 2017)

Het is een risico en valkuil als je geen onderscheid meer maakt tussen de gevoelens van jezelf en die van de patiënt en als je de gevoelens van de patiënt overneemt alsof ze van jou zijn. Hoewel dit begrijpelijk is – gevoelens zijn besmettelijk, kunnen erg sterk zijn en veel *triggeren* bij jou – en aangeeft dat je zeker empathisch vermogen hebt, is het geen empathie. Empathie is de gevoelens opmerken, maar evenzeer beseffen dat het niet jouw gevoelens of jouw problemen zijn. De patiënt heeft recht op zijn problemen en miserie en jij op de jouwe. Het is niet correct om zelf te gaan lijden onder andermans probleem. De gevoelens van de patiënt hebben bovendien een functie, zo maakt verdriet het mogelijk om steun te krijgen en tegenslag te verwerken. De hulpverlener die de gevoelens van de patiënt met zich meedraagt, ervaart dit enkel als een last.

Overidentificatie met de patiënt kan leiden tot een burn-out of *compassion fatigue*, wat overigens een van de verklaringen is waarom empathie significant daalt bij studenten geneeskunde in hun specialisatiejaren. De studenten beschermen zich tegen *compassion fatigue* door zich af te sluiten van de gevoelens van de patiënten. Echte empathie leidt echter niet tot burn-out, integendeel, er is evidentie dat empathie eerder de kans op burn-out of *compassion fatigue* vermindert.

Hierbij aansluitend: empathie betekent ook niet dat je zomaar ingaat op wat patiënten vragen. Dat is ook een valkuil: als je je goed kunt inleven, heb je een goed begripsvermogen en ben je meer geneigd om de vraag van de patiënt te honoreren. Hoewel je vanuit het referentiekader van de patiënt begrip kunt hebben voor de vragen, moet je die echter altijd en per definitie toetsen aan je eigen professionele referentiekader, aan je eigen principes en kernwaarden. Als de vragen bijvoorbeeld indruisen tegen een goede geneeskundige praktijk of andere waarden, ga je hier niet op in en bespreek je dat met de patiënt.

Ik wil ook nog benadrukken dat empathie niet tegengesteld is aan taakgericht werken of medisch handelen. Als er iemand op de spoedafdeling binnenkomt die direct geneeskundige zorgen nodig heeft, dan worden die dadelijk toegevoerd. Dat juist inschatten is ook een vorm van empathie. Wanneer een patiënt zonder meer een voorschrift komt halen, dan is begrijpen dat de patiënt enkel hiervoor komt ook empathie. Een hele consultatie beginnen wanneer de patiënt daar niet naar vraagt, is niet empathisch.

'We weten vanuit de praktijk dat patiënten aan hun huisarts vragen stellen over de vaccinatie tegen COVID-19. Patiënten twijfelen specifiek over de veiligheid van het AstraZeneca-vaccin doordat er in de familie trombozes voorkomen. Opmerkelijk genoeg is het zo dat huisartsen soms een (welwillendheids)attest opmaken met de vraag aan de toezichthoudende huisarts in het vaccinatiecentrum om niet het AstraZeneca- maar het Pfizer-vaccin toe te dienen. Nochtans zal geen enkele toezichthoudende arts een gunstig gevolg kunnen geven aan dit attest. Je kun je de vraag stellen of deze huisartsen niet te empathisch zijn met hun patiënt? Of het slechte nieuws zelf niet durven brengen?'

Professor Dirk Devroey, huisarts in Overijse en decaan van de faculteit Geneeskunde en Farmacie van de VUB

Empathie is dus een belangrijke basishouding voor artsen, net zoals echtheid.

Echtheid



Zeggen wat je denkt

Ik ben opgeleid als psycholoog en psychotherapeut. Je leert in die opleiding wel wat technieken en manieren om een gesprek te voeren. Voor mij voelde dat als een keurslijf en daarom had ik er op een gegeven moment genoeg van en heb ik beslist om gewoon te zeggen wat ik denk. Natuurlijk zou ik goed luisteren naar de patiënten, maar als ik het niet begreep zou ik het gewoon zeggen. Als iets niet duidelijk was, dan vroeg ik ernaar. Als ik aangenaam verrast was over hoe patiënten met zaken omgingen, dan zei ik het. Als ik een probleem had met de patiënt, dan bracht ik dat ter sprake. Vanaf dan ging de kwaliteit van de gesprekken en de therapie serieus de hoogte in.

Een goede definitie van echtheid is: opmerken wat er in je leeft, wat de patiënt oproept, wat de gevoelens en gedachten zijn die door je heen gaan in het gesprek met de patiënt, en hier iets mee doen. Dat is overigens de basis van echt contact. Hoewel arts-patiëntcommunicatie professionele communicatie is, betekent dit niet dat je een rolletje gaat spelen en bepaalde stereotiepe communicatiepatronen moet opnemen. In de communicatie gebruik je je persoon, en wat er in je opkomt, om te communiceren met de patiënt. Uiteraard altijd in dienst van de patiënt en goede zorg.

Dat betekent bijvoorbeeld dat wanneer je duidelijk irritatie voelt in het gesprek met de patiënt, je dit in jezelf opmerkt en er even stil bij staat. Je moet je afvragen wat er gebeurt. Mogelijk is de irritatie een gevolg van je eigen stress op het werk en heeft het niets met de patiënt te maken. Vaker zegt het echter iets over de patiënt en is het dus een aandachtspunt. Misschien is de patiënt wel erg eisend en neemt hij je gezondheidsadviezen niet serieus. Of misschien is de patiënt zelf geïrriteerd omdat je niet op zijn vragen antwoordt of omdat zijn verwachtingen niet worden ingelost. In al deze gevallen kan het belangrijk zijn om dit te bekijken, eventueel te exploreren, in te schatten of het belangrijk is (brengt wat er aan de hand is de zorg in gevaar?) en er iets mee te doen.

Met andere woorden, het is belangrijk om in het gesprek contact te houden met je eigen belevingsstroom. Wat erin opduikt is vaak informatie over de patiënt, en informatie over de patiënt is altijd nuttig. Tenslotte ben je de be-

handelaar en is het belangrijk om voeling te houden met je patiënt. En dat doe je dus via je eigen persoon, die een soort barometer is.

Uiteraard betekent zeggen wat je denkt niet: zomaar alles zeggen wat in je opkomt. Het is functioneel, je gebruikt je eigen belevingen in functie van de patiënt. Je moet je hierin echter niet te veel bij voorbaat censureren. Als je betrokken bent op de patiënt en een positieve houding ten opzichte van hem hebt, kun je eigenlijk weinig fout zeggen. Als je de juiste instelling hebt, ben je wel vrij om je in een echt gesprek met de patiënt te wagen.

Wat je bij artsen ziet, is dat ze wel van alles opmerken in het contact met de patiënt, maar terughoudend zijn om hierop in te gaan. De vrees is dat ze te invasief zijn en onnodig in de privésfeer van de patiënt doordringen. Op zich is dat een heel terechte bekommernis. Je moet je echter afvragen of het altijd zo invasief is om een vraag te stellen, of meer uitleg te vragen. Of om elkaar wat beter te leren kennen. En dus om ook je intuïtie hier te volgen en meer jezelf te zijn.

In het wetenschappelijk tijdschrift The British Medical Journal stond in 2013 een column van een professor die zijn vrouw had verloren aan kanker (Main, 2013). Titel: 'Difficult situations, what would a friend say'. In zijn column geeft de auteur de raad aan artsen om te spreken 'zoals vrienden zouden spreken over een probleem, eerder dan een ideale empathische respons te proberen geven'. Dit is een goed advies: in de praktijk zie je soms dat artsen zich vaak in bochten wringen om de rol van arts te spelen en hierdoor hun spontane natuurlijke gaven die ze hebben om er echt te zijn voor de patiënt, niet gebruiken.

Fake it until you make it

Toen ik pas begon als psycholoog, leek het erop dat het allemaal vlot ging, maar dan merk je dat je nog veel te leren hebt en word je onzeker in het contact met andere mensen. Je zit dan voor een patiënt en er gaat van alles door je hoofd: hoe moet ik hier nu mee omgaan, wat moet ik nu zeggen, wat is het probleem van die persoon juist, oei, nu ga ik zelf emotioneel worden, wat moet die patiënt nu wel niet denken van mij? Na een tijdje ebt dat terug weg en vind je een nieuw evenwicht. Dat is wellicht normaal in een leerproces. Soms komt de onzekerheid ook nog terug in nieuwe of moeilijke situaties.

Als artsen aan het begin van hun loopbaan staan en ineens met patiënten worden geconfronteerd, komt er veel op hen af. Het is niet abnormaal dat er dan van alles door hun hoofd gaat en dat ze niet meteen rustig 'naar hun belevingsstroom kunnen luisteren om te zien hoe het is in het contact met de patiënt'. Of zoals in handboeken communicatie soms staat geschreven: 'de kwaliteit van de communicatie is functie van de arousal: er mag niet te weinig arousal zijn (in slaap vallen...) of je presteert slecht, maar ook niet te veel arousal (angst, onzekerheid...), want dan presteer je ook slecht.'

Een goede raad in deze gevallen is: *fake it until you make it*. Dat lijkt onecht maar dat is het niet. Het is de manier waarop je leert, zoals hoogleraar Roos Vonk schrijft in haar boek *Je bent wat je doet* (2019). Ze haalt het voorbeeld aan van actrice Elisabeth Moss. Deze actrice vertelde in een interview dat ze onzeker en nerveus is als ze in een talkshow zit: 'Mijn truc is dat ik me inbeeld dat ik wel een goeie talkshowgast ben, wel goed ben in interviews. Ik acteer...'. Roos Vonk legt ook nog uit hoe 'fake it until you make it' werkt: zodra je je lichaam in een bepaalde stand zet (bv. zelfzeker), 'gaan je mentale processen automatisch dezelfde kant op'. En op de duur word je wat je doet.

Disclaimer: het gaat hier over communicatie, niet over medische beslissingen. In beide gevallen is het overigens belangrijk je eigen grenzen te kennen.

De juiste beslissingen nemen

Toen ik in de psychiatrie werkte, was ik regelmatig van wacht. Dat betekende dat ik 's nachts kon opgeroepen worden voor psychiatrische patiënten die in beschut of begeleid wonen zaten. Op een dag was er een patiënte die schrik had om zichzelf ernstig te verwonden en die automutileerde. Op dat moment ga je in gesprek, maar op zeker moment moet je wel tot een beslissing komen. Ga ik deze patiënte laten opnemen in het psychiatrisch ziekenhuis? Of vertrouw ik erop dat ze zich niet zal verwonden en laat ik ze waar ze is?

Alles heeft voor- en nadelen. Als ik haar laat opnemen, ben ik zeker dat er mensen in de buurt zijn als ze zich verwondt. Maar langs de andere kant is die patiënte al zover gekomen in haar traject dat een opname haar terug naar af brengt. Ik heb toen gebeld naar de psychiater van het ziekenhuis, maar daar werd ik ook niet veel wijzer uit.