

Consultvoering in de huisartsen- praktijk

Er zijn diverse consultmodellen ontwikkeld om het contact tussen huisarts en patiënt optimaal te kunnen structureren. Daarover leest u in de eerste paragraaf. Toch is het ene consult het andere niet en moet de huisarts telkens zijn 'mengpaneel' van communicatie bedienen, afhankelijk van medische, patiënt- en artskenmerken. Dit vraagt om reflecteren en bewust communiceren.

2.1

Consultmodel, communicatietaken en -vaardigheden

Chris Rietmeijer, Angelique Timmerman, Geurt Essers

Inleiding

Optimale zorg voor de individuele patiënt vraagt om een contact waarin afstemming mogelijk is tussen wat de patiënt nodig heeft en wat de huisarts kan bieden. Effectieve, patiëntgerichte communicatie, zoals beschreven wordt in hoofdstuk 1, is daarom essentieel. Bij patiëntgerichte communicatie is er aandacht voor klacht, ziekte, diagnose en behandeling, naast aandacht voor beleving, vragen, wensen, mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt. Om enige structuur aan te brengen in een patiëntgericht consult onderscheiden we een aantal communicatietaken. Uitvoering van deze taken vraagt een actief luisterende houding en de adequate inzet van communicatievaardigheden. Deze communicatietaken en -vaardigheden zijn beschreven in een consultmodel.

Consultmodel

Een consultmodel is een hulpmiddel voor de consultvoering. Het beschrijft de opbouw van het consult en de stappen die nodig zijn om de hulpvraag waarmee de patiënt komt in kaart te brengen, een diagnose te stellen, een beleid te bepalen en een advies te geven.

De afgelopen decennia zijn verschillende consultmodellen in zwang geweest ter bevordering van patiëntgerichte communicatie; thans gebruiken de huisartsopleidingen het Calgary Cambridge consultmodel.¹ Dit model geeft de belangrijkste communicatietaken in het consult weer (figuur 1). Deze taken komen sterk overeen met de zes functies van communicatie van De Haes en Bensing,

beschreven in paragraaf 1.4 Effectieve communicatie.² Het consultmodel van Silverman spreekt van 'communicatietaken', hetgeen benadrukt dat de arts 'taken te doen heeft' om tot een diagnose en beleid te komen waarin het perspectief van patiënt en huisarts op elkaar zijn afgestemd.

Het consultmodel in figuur 1 onderscheidt zeven communicatietaken waarvan er vijf min of meer chronologisch worden uitgevoerd: 1 beginnen van het consult, 2 informatie inwinnen, 3 communiceren tijdens het lichamelijk onderzoek, 4 uitleggen, adviseren en plannen en 5 beëindigen van het consult. Twee communicatietaken blijven gedurende het hele consult om aandacht vragen: bieden van structuur en werken aan de relatie met de patiënt.

Een goede uitvoering van deze communicatietaken bevordert de voortgang van het hulpverleningsproces. Het stelt de huisarts in staat het perspectief van de patiënt over de klacht en diens zorgen te verhelderen en de anamnese af te nemen; het lichamelijk onderzoek rustig en gedegen uit te voeren; ruimte te nemen voor het klinisch redeneren en stellen van een werkdiagnose; het op een begrijpelijke wijze met de patiënt te delen van bevindingen, zodat de patiënt deze informatie kan verwerken; aan te sluiten bij diens verwachtingen en voorkeuren bij het geven van uitleg en advies, en – zo mogelijk samen – te beslissen over eventueel verder onderzoek, behandeling en vervolgspraken.³ Om al deze communicatietaken goed te kunnen uitvoeren, heeft de huisarts een aantal communicatievaardigheden nodig, die hieronder per taak worden beschreven. Het zogenaamde 'actief luisteren', een vaardigheid die bij elke communicatietask van belang is, wordt hieronder separaat uitgewerkt.



Figuur 1 Calgary Cambridge consultmodel: communicatietaken in het consult.¹

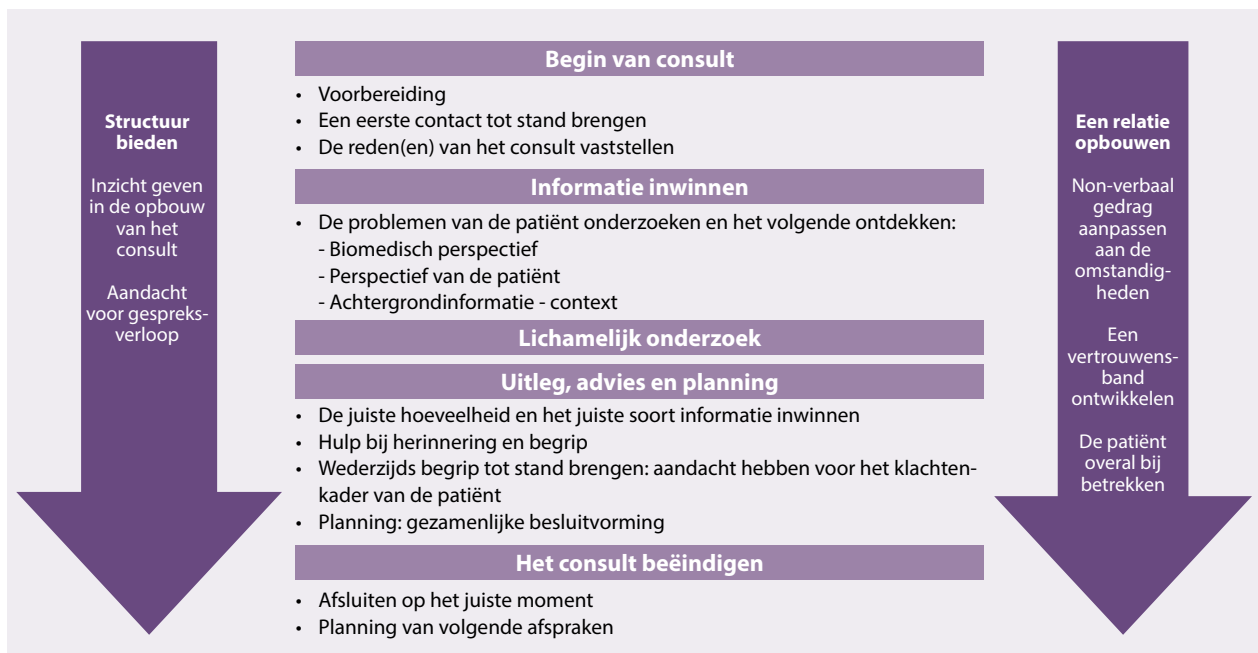
Actief luisteren

Actief luisteren heeft tot doel dat de patiënt zijn boodschap goed kan overbrengen, dat de huisarts deze begrijpt en dat de patiënt zich gehoord voelt. Door actief te luisteren krijgt de huisarts een optimaal beeld van de klacht, de beleving, gevolgen van de klacht en de hulpvraag. Actief luisteren geeft de huisarts eveneens inzicht in gedachten en emoties die bij de patiënt ontstaan naar aanleiding van zijn diagnose en uitleg. Een belangrijke voorwaarde is steeds oprechte nieuwsgierigheid en het uitstellen van een mening of oordeel. Actief luisteren betekent luisterend aanwezig zijn, samenvatten en doorvragen (LSD).

- **Luisteren.** De huisarts luistert met onverdeelde aandacht, door de patiënt zo veel mogelijk te laten uitspreken, niet te vaak te onderbreken en regelmatig een stilte te laten vallen. Non-verbaal worden interesse en aandacht getoond door de patiënt aan te kijken, te knikken en door het geven van korte verbale reacties. Door regelmatig een open vraag te stellen toont de huisarts belangstelling voor het verhaal van de patiënt. Storend bij actief luisteren zijn frequent computergebruik, zeker tijdens het informatie inwinnen (zie ook paragraaf 12.4 E-health en onlinecommunicatie) of (te vaak) onderbroken of afgeleid worden, bijvoorbeeld door de assistente of telefoontjes.
- **Samenvatten.** Tijdens het consult samenvatten heeft meerdere functies, zoals checken of het verhaal van de patiënt door de huisarts goed is begrepen en het schei-

den van hoofd- en bijzaken; ook kan een samenvatting de afsluiting van een fase in het consult markeren. Het effect is dat diens boodschap door de patiënt wordt bijgesteld, aangevuld, ontkend of bevestigd. Een samenvatting kan een precieze weergave zijn van de woorden van de patiënt ('papegaaien'), een parafrase (weergeven in eigen woorden van de essentie van iets dat verteld is) of een korte synopsis van een langere tekst. Een valkuil is dat de samenvatting te sterk gekleurd wordt door het referentiekader van de huisarts en niet overeenkomt met wat de patiënt eigenlijk bedoelt te zeggen. Het is daarom van belang een samenvatting altijd te beëindigen met de vraag of deze correct is.

- **Doorvragen.** Er zijn twee wijzen van doorvragen. Het stellen van verhelderende vragen binnen het gedachtespoor van de patiënt is helpend om de kern van het probleem te achterhalen (vragen in de diepte). Open vragen buiten het gedachtespoor van de patiënt kunnen helpend zijn om de context van het probleem in beeld te krijgen (vragen in de breedte). Vragen stellen zet aan tot nadenken, mits de vragen aansluiten bij wat de patiënt vertelt. Open vragen stellen ("Wat bedoelt u? Kunt u er meer over vertellen?") of het laatste woord van de patiënt herhalen stimuleren de patiënt om meer te vertellen. Het stellen van vragen naar 'het waarom' is minder geschikt, omdat dit bij de patiënt kan leiden tot een idee zich te moeten verantwoorden.



Figuur 2 Calgary Cambridge consultmodel met deeltaken en vaardigheden.⁴

Communicatietaken in het consult

De communicatietaken in het consult, met de belangrijkste deeltaken en doelen van belang bij het uitvoeren ervan, zijn afgebeeld in figuur 2.⁴ (Voor een volledige beschrijving wordt verwezen naar ref. 1.) Een beknopte beschrijving per communicatietaken volgt hieronder.

Begin van het consult

Het consult begint met de voorbereiding. Voordat de patiënt naar binnen wordt geroepen, heeft de huisarts zich geïnformeerd over de voorgeschiedenis van de patiënt (probleemlijst, episodes, medicatie) en eventuele voorafgaande consulten in een lopende episode. De huisarts heet de patiënt welkom bij binnenkomst, toont interesse en stelt hem zo nodig op zijn gemak. Bij een eerste kennismaking stelt de huisarts zich kort voor. In het consult geeft de huisarts ruimte voor het verhaal van de patiënt en toont empathie. Non-verbaal betekent dit een open houding, oogcontact, stiltes laten vallen, hummen en aanmoedigende gebaren als de patiënt zijn verhaal vertelt. Bij een volgend contact zal het de patiënt op zijn gemak stellen wanneer de huisarts verbaal en non-verbaal blijk geeft de patiënt te herkennen.

Vervolgens zal de huisarts vragen naar de reden(en) van zijn komst. Onderzoek heeft aangetoond dat de meeste patiënten in deze fase, als zij niet door de arts worden onderbroken, hooguit één minuut aan het woord blijven en dan al veel belangrijke informatie geven over de reden van hun komst, hun vragen en zorgen. Artsen onderbreken de patiënt echter vaak al na korte tijd (gemiddeld na

12-17 seconden), om vervolgens met gesloten vragen een nader beeld te krijgen van de reden van de komst.¹ Dat is minder effectief en werkt bovendien vaak storend voor het contact. De patiënt rustig diens verhaal laten vertellen en er aandachtig naar luisteren kan in korte tijd veel informatie opleveren die richting geeft aan de rest van het consult. De huisarts zal, nadat de patiënt is uitgesproken, soms nog wat toelichting vragen, samenvatten waarvoor de patiënt zegt te komen, en vragen of het zo klopt. Door te vragen naar eventuele andere reden(en) voor komst, zorgt de huisarts ervoor dat voor beiden duidelijk is wat er op de agenda moet komen. Daarmee wordt voorkómen dat er aan het einde van het consult nieuwe klachten worden gepresenteerd (*deurknopfenomeen*). Als de patiënt meer vragen heeft dan in dit consult kunnen worden behandeld, bespreken huisarts en patiënt welke vragen prioriteit hebben en voor welke een nieuwe afspraak nodig is. Zo structureert de huisarts in aanvang al het consult, waardoor dit zo efficiënt mogelijk kan verlopen. Daarmee wordt ook aan de relatie met de patiënt gewerkt: er is aandacht voor de klachten, zorgen en vragen van de patiënt, alles kan in principe aan de orde komen, nu of op een ander moment. Soms is het opmaken van de agenda lastig, bijvoorbeeld als de patiënt meerdere klachten tegelijk presenteert en deze alle even belangrijk en urgent vindt. Als de huisarts aangeeft tijd nodig te hebben om zich een goed beeld van de klachten en de wensen van de patiënt te vormen, laat deze zien een consciëntieuze hulpverlener te zijn en begrenst hij niet-realistische wensen. Het vinden van de juiste taal en toon helpt om de patiënt bij het opmaken van de agenda te

betrekken, zonder het idee te geven dat er te weinig tijd is of dat de huisarts de klachten niet serieus neemt.

Informatie inwinnen

Bij de communicatietaak het inwinnen van informatie wil de huisarts zich informeren over de aard, het ontstaan en het verloop van de klachten (biomedisch gezichtspunt) en over de beleving en verwachtingen van de patiënt (gezichtspunt patiënt), alsook over relevante aspecten van diens persoonlijke achtergrond en voorgeschiedenis. De communicatievaardigheden die daarbij van belang zijn, worden weergegeven in figuur 3.

Voor het afstemmen van het medische en patiëntperspectief is in deze fase het verhelderen van de aard van de symptomen en hulpvraag het belangrijkste. Hierbij exploreert de huisarts met aanvankelijk zo veel mogelijk open vragen de klacht en daarbij de beleving, zorgen en verwachtingen van de patiënt. De huisarts luistert actief, gaat in op non-verbaal gedrag en sleutelwoorden (*cues*) die de patiënt gebruikt.⁵ Open vragen zijn het meest passend om het gezichtspunt van de patiënt op tafel te krijgen. Verhelderende vragen zijn geschikt om nadere toelichting te vragen: “*Wat bedoelt u met duizelig?*” Gesloten vragen kunnen nuttig zijn om vanuit het huisartsperspectief te begrijpen wat er aan de hand kan zijn: “*Is het alsof de wereld om u heen draait?*”

Vignetten van patiënten met eenzelfde klacht en verschillende ideeën, zorgen en verwachtingen in het consult

Meneer Berger

Meneer Berger is 31 jaar. Hij komt met een pijnlijke grimas op zijn gezicht de spreekkamer binnen strompelen. Hij staat krom en gaat liever niet zitten, elke beweging doet pijn. Hij vertelt: “Gisteravond schoot het in mijn rug toen ik een papiertje van de grond oprapte. Kunt u mij van deze pijn afhelpen dokter?” Hij heeft nog nooit eerder zo’n rugpijn gehad. Hij is erg angstig, omdat rugpijn bij zijn overleden vader het eerste symptoom van een prostaatcarcinoom was.

Mevrouw Peters

Mevrouw Peters is 31 jaar. Zij komt met een pijnlijke grimas op haar gezicht de spreekkamer binnen strompelen. Ze gaat met enige moeite zitten, elke beweging doet pijn. Ze vertelt: “Gisteravond schoot het weer eens in mijn rug. Kunt u mij van deze pijn afhelpen, dokter?” Ze is wel bekend met rugklachten. Ze heeft een drukke baan en een gezin met drie jonge kinderen en maakt zich zorgen hoe ze het allemaal kan runnen met deze klachten.

Informatie inwinnen

Procesvaardigheden tijdens het onderzoeken van de problemen van de patiënt

- Ruimte geven voor het verhaal van de patiënt
- Variëren in vraagstijl: open versus gesloten
- Aandachtig luisteren
- Aanmoedigend reageren
- Signalen opvangen en benoemen
- Verduidelijking vragen of geven
- Aandacht hebben voor timing van vragen of opmerkingen
- Tussentijdse samenvattingen geven
- Taalgebruik afstemmen op de patiënt
- Uiting geven aan empathie (verbaal of non-verbaal)

Welke inhoud moet aan de orde komen

Het biomedisch gezichtspunt - ziekte

Opeenvolging van gebeurtenissen
Bezorgdheid
Relevante conditie/functioneren

Gezichtspunt van de patiënt - klacht

Ideeën en overtuigingen
Analyse van de symptomen
Invloed op zijn leven
Gevoelens

Achtergrondinformatie - context

Medische geschiedenis
Drugs- en allergieëngeschiedenis
Familiegeschiedenis
Persoonlijke en maatschappelijke geschiedenis
Conditie/functioneren

Figuur 3 Informatie inwinnen: relatie tussen inhoud en proces in het consult.¹

Meneer Andriessen

Meneer Andriessen is 31 jaar. Hij komt met een pijnlijke grimas op zijn gezicht de spreekkamer binnen strompelen. Hij staat krom en gaat liever niet zitten, elke beweging doet pijn. Hij vertelt: “Gisteravond schoot het in mijn rug toen ik een papiertje van de grond oprapte. Kunt u mij van deze pijn afhelpen dokter?” Hij heeft nooit eerder rugpijn gehad. Meneer Andriessen vindt het vooral vervelend niet te kunnen hardlopen.

Een heldere hulpvraag van de patiënt is richtinggevend voor het effectieve verloop van het consult en wat nodig is om de patiënt (én de huisarts) in dit consult tevreden te stellen. Doorvragen naar wat de patiënt bewogen heeft om nu met deze klacht bij de huisarts te komen, kan verschillende ideeën (*ideas*), zorgen (*concerns*) en verwachtingen (*expectations*) aan het licht brengen, ook wel afgekort tot het acroniem ICE.⁶ De vignetten in het kader laten zien hoe eenzelfde klacht en hulpvraag (*rugpijn, kunt u mij van de pijn afhelpen?*) bij doorvragen op verschillende zorgen kan wijzen. Het referentiekader van de patiënt van waaruit deze vragen worden gesteld, kan echter enorm verschillen. Als de huisarts van meneer Berger bijvoorbeeld een pijnstillertje geeft zonder de angst van de patiënt voor prostaatkanker te bespreken, dan zal patiënt hooguit ten dele geholpen zijn.

Niet elke patiënt bezoekt het spreekuur met een duidelijke hulpvraag in zijn hoofd. Patiënten ervaren soms schaamte om hun gevoelens te benoemen bij hun klachten. Soms kan het helpen om de hulpvraag tentatief te verwoorden zoals de huisarts denkt dat deze voor de patiënt geldt: “Ik krijg de indruk dat u vooral van de pijn af wilt, klopt dat? Of maakt u zich vooral zorgen? Of is het nog anders?” Het is voor de patiënt vaak gemakkelijker, wanneer deze de huisarts kan aanvullen of verbeteren. Soms lukt het aan het begin van het consult niet goed om een heldere hulpvraag op tafel te krijgen. Dan kan het handig zijn om eerst de anamnese uit te vragen. Patiënten hebben soms simpelweg even tijd nodig om hun gedachten en gevoelens te verwoorden, zeker als ze de huisarts voor het eerst zien.

Tabel 1 Voorbeeldvragen ten behoeve van het verhelderen van de hulpvraag.

Welke vraag hebt u nu aan mij?
Wat wilt u vooral weten over uw klacht?
Maakt u zich specifieke zorgen over uw klacht(en)?
Waarmee zou u aan het einde van het consult geholpen/tevreden zijn?
Wat is de reden of aanleiding dat u nu komt met deze klacht?

Een accepterende, empathische houding van de huisarts zal de patiënt vaak helpen bij het benoemen van wat hem bezig houdt.⁷ De meest voorkomende hulpvragen zijn: “Wat is het? Wat is eraan te doen?” En: “Kan het kwaad?”. Doorvragen naar gedachten en gevoelens helpt bij het vaststellen welke vragen in dit consult (en eventueel in een vervolgsconsult) moeten worden beantwoord of welke zorgen moeten worden weggenomen of bewaard (zie voorbeelden in tabel 1).

Huisartsen kunnen hulpvraagverheldering om verschillende redenen lastig vinden. Het verhelderen van de hulpvraag is de afgelopen decennia wel eens geridiculiseerd: “De dokter vroeg: wat denkt u er zelf van?”⁸ Dit vaak wat ongelukkige zinnetje kan worden gehoord als onvermogen, vermindering of desinteresse van de dokter. Huisartsen zijn daar beducht voor en vinden het daarom ongemakkelijk om door te vragen naar de vragen en zorgen van de patiënt bij de klacht. Het vinden van een eigen stijl en woorden om de hulpvraag zonder deze ‘bijwerkingen’ te verhelderen is dus belangrijk. Huisartsen kunnen ook door de aard van de gemelde klacht de hulpvraagverheldering veronachtzamen en onmiddellijk in het biomedische spoor terecht komen. De mogelijke ernst van de klacht of onbekendheid ermee maakt dat ze als in een reflex voorrang geven aan differentieel-diagnostische en therapeutische overwegingen. Heel soms, in acute situaties waarin snel ingrijpen vereist is, is dat terecht. Meestal echter loont het om rustig uit te vragen wat de overwegingen en vragen van de patiënt bij de klacht zijn, omdat dit waardevolle informatie oplevert die de medische taak van de huisarts vergemakkelijkt.⁹ Meer ervaren huisartsen slaan de hulpvraag soms over omdat ze snel denken te weten wat de patiënt bezighoudt, zeker als ze hun patiënten al langer kennen. Ook kunnen huisartsen om redenen van tijdsdruk besluiten om direct ‘ter zake’ te komen zonder dat de hulpvraag expliciet is gemaakt. Het is een valkuil de hulpvraag in te vullen voor de patiënt en daar onuitgesproken, zonder expliciete overeenstemming, mee aan de slag te gaan. De huisarts denkt dan te weten wat de patiënt van hem verwacht en gaat aan het werk om dit te ‘leveren’. Later in het consult kan blijken dat uitleg en advies niet aansluiten bij de verwachtingen van de patiënt. Het consult moet dan eigenlijk deels opnieuw terwijl daar geen tijd meer voor is. Dat kan leiden tot lange consulten, maar ook wederzijds onbegrip, irritatie, verstoring van de arts-patiëntrelatie en suboptimale zorg.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek is aankondigen van de verschillende handelingen van belang, evenals het geven van duidelijke instructies over bijvoorbeeld welke kledingstukken moeten worden uitgetrokken. Patiënten hechten

vaak veel waarde aan een lichamelijk onderzoek, ook als er medisch gezien geen indicatie voor is. Indien de huisarts besluit geen lichamelijk onderzoek te verrichten is het daarom belangrijk om de reden hiervoor uit te leggen. Bijzondere lichamelijke onderzoeken zijn rectaal en vaginaal onderzoek. Patiënten zijn hier soms niet mee bekend en zullen vaak schaamte ervaren (zie het kader ‘Tips voor geruststelling bij rectaal en vaginaal lichamelijk onderzoek’.

Tips voor geruststelling bij rectaal en vaginaal lichamelijk onderzoek

Bij rectaal en vaginaal onderzoek is het geruststellend als de huisarts:

- vraagt naar eerdere (eventueel negatieve) ervaringen met dit soort onderzoeken en welke uitleg de patiënt erover wil krijgen
- zo nodig nadrukkelijk en stapje voor stapje uitlegt wat er tijdens het onderzoek gebeurt en de patiënt steeds nauwkeurig instrueert (zeker als het de eerste keer is)
- een positie en houding kiest die hem in staat stelt zijn onderzoek te verrichten en tegelijk voldoende rekening houdt met de gêne die de patiënt mogelijk ervaart

Uitleg, advies en planning

Bij het geven van uitleg en advies is het belangrijk om de noodzakelijke informatie in kleine hoeveelheden tegelijk te geven en te vragen of de uitleg duidelijk en begrijpelijk is. De metafoor ‘frisbeeën’ wordt hiervoor gebruikt: het afwisselend uitzenden en ontvangen van kleine brokjes informatie in een echte dialoog.¹ De huisarts bespreekt eerst de diagnose en geeft de patiënt de gelegenheid deze in zich op te nemen, vraagt daarbij eventueel om een eerste reactie. Pas wanneer de patiënt weer kan luisteren, zijn volle aandacht erbij heeft en er overeenstemming is over het probleem, is het zinvol verder te gaan met het gesprek over het beleid. Vooral bij ernstige diagnoses zoals kanker, is er meer verwerkingstijd nodig en is het niet goed mogelijk om in hetzelfde consult gevolgen en beleid te bespreken. Het is dan beter om het gesprek over het beleid uit te stellen of over meerdere consulten te spreiden.

Bij het bespreken van beleid is het van belang om dit zo goed mogelijk met de patiënt af te stemmen om te komen tot een gedeeld besluit dat rekening houdt met de voorkeuren van de patiënt.¹⁰ Dat verhoogt de patiënttevredenheid en therapietrouw.¹¹ Het gaat om zinsneden als: “*Bent u het eens met mijn voorstel en gaat dat ook lukken, denkt u?*”, om de patiënt actief bij de keuzes te betrekken en de haalbaarheid samen vast te stellen. Het is van belang dat er (op dit moment) in het consult nog voldoende tijd is voor een gesprek over de verschillende mogelijkheden.

De metafoor ‘frisbeeën’ impliceert dat de huisarts bij het uitleggen en adviseren ook ‘actief luistert’. Als de patiënt iets niet begrijpt, is het effectief om eerst daarop door te vragen en de uitleg steeds in dialoog te geven. Onderzoek laat zien dat huisartsen in deze tweede fase van het consult (te) weinig tijd nemen om nog echt patiëntgericht te communiceren.¹² Voor de arts is de puzzel opgelost en hij kan met zijn kennis ‘de oplossing’ aan de patiënt vertellen. Voor de patiënt ontstaat er door de diagnose en uitleg van de huisarts echter een nieuwe situatie. Dat is zeker zo bij ernstige diagnoses en ingrijpende behandelingen, maar ook bij alledaagse aandoeningen moet de patiënt de informatie ‘verwerken’ alvorens het mogelijk is om mee te denken over een gedeeld besluit en beleid.

Een valkuil is om de diagnose en beleid in één zin te noemen. De diagnose is een mededeling die bij de patiënt een emotie kan oproepen zoals opluchting, verwarring, onzekerheid, verdriet, schrik en angst. Daar is even tijd en aandacht voor nodig. Een korte stilte, vragen naar wat de diagnose oproept en het eventueel geven van gevoelsreflecties is hier effectief. Pas als de emotionele impact van de diagnose voldoende aan bod is geweest, is het zinvol inhoudelijk informatie over de diagnose te geven en het beleid te bespreken. Als de patiënt zelf vraagt naar wat er aan het probleem te doen is, dan kan de huisarts verder met informatie geven, tenzij het om een zogenaamde ‘verwerkingsvraag’ gaat.

Verwerkingsvragen bij de patiënt en tips voor de huisarts

Verwerkingsvragen zijn vragen die uitdrukking geven aan emoties zoals angst. Voorbeelden zijn: “Hoe moet het nu verder?” of: “Hoe vertel ik het mijn man?” De zichtbare of voelbare emotie van de patiënt maakt dat de huisarts zulke vragen kan herkennen als verwerkingsvragen. Als er verwerkingsvragen spelen, heeft uitleg geen zin omdat de patiënt mentaal geen ruimte heeft om ernaar te luisteren. Gevoelsreflecties geven is dan veelal passender, bij voorbeeld: “Ik zie dat u schrikt.” Soms is het beter om verdere uitleg en advies in een volgend gesprek te geven. Ook wanneer er minder emotie in het spel is, is het meegeven van schriftelijke informatie of een nuttige website omtrent de diagnose een steuntje in de rug voor de patiënt, zodat hij deze later nog eens rustig kan nalezen.

Gedeelde besluitvorming doet recht aan de expertise van de huisarts én aan de mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt.¹³ Wanneer het besluit grote gevolgen heeft voor de patiënt, en zeker bij zogenaamde voorkeursgevoelige beslissingen, als er twee of meer gelijkwaardige behandelopties zijn, is dit extra belangrijk. Het proces van gedeelde

besluitvorming bij deze beslissingen kan (soms) worden ondersteund door het gebruik van keuzehulpen, die te vinden zijn op thuisarts.nl (zie ook paragraaf 6.3 Samen beslissen bij kwetsbare ouderen).

Niet alle patiënten willen meedenken over het beleid. Er zijn ook patiënten die het op prijs stellen als de huisarts in deze fase meer bepalend is, zoals sommige ouderen, laaggeletterden of als er veel angst in het spel is.¹ In dat geval kan de huisarts directiever zijn en ook dit is een kwestie van afstemmen. De huisarts besteedt aandacht aan wat *déze* patiënt aan informatie wil en nodig heeft om verder te kunnen met de besluitvorming, en vermijdt de neiging om direct alle beschikbare informatie te geven (zie ook het kader ‘Rol van referentiekader patiënt bij reactie op beleid en advies’).

Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten informatie beter onthouden wanneer die op de patiënt is afgestemd.¹⁴ De huisarts sluit daarom zo veel mogelijk aan bij het referentiekader van de patiënt door ernaar te vragen. Als de patiënt niet goed Nederlands spreekt, weinig kennis heeft van het menselijk lichaam, of een laag verstandelijk vermogen, dan is het gedoseerd geven van informatie, in korte zinnen en vragen naar een reactie nog belangrijker.¹⁵

Rol van referentiekader patiënt bij reactie op beleid en advies

Het referentiekader van de patiënt wordt vaak pas duidelijk wanneer de huisarts ernaar vraagt: “U hebt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Hoe is dat voor u?” Het is van belang dat de huisarts de (ook non-verbale) reactie van de patiënt peilt. De ene patiënt zal bijvoorbeeld angst ervaren vanwege veel sterfte aan hartziekten in de familie, terwijl een andere patiënt vooral bang is dat de huisarts weer over zijn rookgedrag wil beginnen. In het eerste geval is het van belang om op de angst in te gaan. In het tweede geval kan het zinvol zijn om een verkennend gesprek te voeren over het roken en de ambivalenties daarover uit te vragen.

Als huisarts en patiënt het eens zijn over het te volgen beleid geeft de huisarts duidelijke instructies en verifieert hij of de patiënt deze begrijpt en kan en wil opvolgen en wat daar eventueel nog voor nodig is. Zo nodig vraagt de huisarts aan de patiënt om een vervolgspraak te maken.

Het consult beëindigen

Bij de communicatietask beëindigen van het consult verifieert de huisarts of de hulpvraag is beantwoord: “U kwam voor pijn in de rug en u maakte zich zorgen over de mogelijkheid van prostaatkanker. Ik heb u onderzocht en uitgelegd waarom ik daar helemaal geen aanwijzingen voor heb. Stelt u dat (voldoende) gerust?” Op een open wijze evalu-

eren van het consult is een zeer effectieve wijze van communiceren om te achterhalen of en zo ja, hoe de patiënt zich geholpen voelt. Dit geldt zowel medisch inhoudelijk als ten aanzien van de beleving van de zorg.¹

Structuur bieden

Het structureren vindt tijdens het gehele consult plaats. Structuur geeft rust en duidelijkheid, voorkomt onzekerheid, draagt eraan bij dat de patiënt weet en begrijpt wat er gebeurt en zich zo veel mogelijk op zijn gemak voelt.³ Structurerende vaardigheden zijn het geven van samenvattingen en benoemen van de handelingen die verricht worden (bijvoorbeeld tijdens het lichamelijk onderzoek), het markeren en afsluiten van (communicatie)taken en aankondigen van de volgende taak (zie het kader ‘Voorbeeld van structureren tijdens het huisartsconsult’). Hardop denken is een belangrijke structurerende vaardigheid, zeker in spoedeisende situaties met veel stress bij de patiënt en mogelijke omstanders, en eventueel ook bij de huisarts. Deze situaties vragen om extra structuur en regie van de huisarts.

Voorbeeld van structureren tijdens het huisartsconsult

Voorbeeld van een samenvatting: “Ik begrijp dat u komt vanwege pijn in de rug, én wat bloed bij de ontlasting, en dat u zich met name over dat laatste zorgen maakt. Ik wil u eerst nog wat vragen stellen over beide klachten en daarna zal ik u lichamelijk onderzoeken. Akkoord?” In deze samenvatting benoemt de huisarts tevens de volgende taken in het consult.

Een relatie opbouwen

Daarnaast heeft zowel de patiënt als de huisarts belang bij een goed contact, het opbouwen van een werkrelatie. Hier werkt de huisarts op veel manieren aan, niet in de laatste plaats door het stellen van de juiste diagnose en instellen van effectief beleid. In het contact is het voor de patiënt het allerbelangrijkst dat deze zich ‘gehoord’ en serieus genomen voelt.¹⁶ De huisarts zorgt hiervoor door actief luisteren, tonen van empathie, geven van gevoelsreflecties, stellen van open vragen en ingaan op verbale en non-verbale signalen (cues) van de patiënt (zie het kader ‘Verschil tussen empathie en gevoelsreflecties in het consult’). Oprecht zijn over wat de huisarts in het consult wel en niet te bieden heeft, op correcte en vriendelijke wijze verwoord, zal de werkrelatie met de patiënt bevorderen.

Verschil tussen empathie en gevoelsreflecties in het consult

Het verschil tussen het tonen van empathie en geven van een gevoelsreflectie is niet evident: een toelichting.

Empathie is het vermogen om zich in te leven in de situatie van de ander. Een (verbale) uiting van empathie is bijvoorbeeld: “Dat lijkt me heel erg naar”, of: “Dat moet pijnlijk zijn voor u.” Nog iets sterker uitgedrukt: “O, wat vreselijk voor u!”

Gevoelsreflectie is een verbale weergave van emoties die de patiënt verbaal en/of non-verbaal tijdens het consult uit. Bij een gevoelsreflectie benoemt de huisarts de aard van het gevoel correct en geeft hij de intensiteit van de emoties juist weer. Door een goede gevoelsreflectie ervaart de patiënt dat de huisarts echt aandachtig luistert. Dat draagt eraan bij dat de patiënt zich gehoord en gezien voelt. Wanneer de huisarts zojuist een diagnose heeft verteld waarna de patiënt stilvalt en voor zich uit zit te staren, is een gevoelsreflectie bijvoorbeeld: “U bent er stil van, u schrikt van dit nieuws?”

Zowel bij het geven van empathische reacties als gevoelsreflecties is authenticiteit van groot belang. Het herhaaldelijk geven van empathische mededelingen zoals: “Wat vervelend voor u” of: “Ik begrijp het” kan averechts werken. Deze uitlatingen kunnen bij de patiënt overkomen als trucjes en worden geïnterpreteerd als niet echt gemeend.

IN HET KORT

- In het consult dient het patiëntperspectief (klacht, beleving, zorgen, wensen, mogelijkheden en voorkeuren) te worden geëxploreerd en afgestemd op dat van de huisarts (klacht, ziekte, diagnose, behandeling). Dit vraagt om patiëntgerichte communicatie.
- In een patiëntgericht consult heeft de (huis)arts een aantal communicatietaken: consult beginnen, informatie inwinnen, communiceren tijdens lichamelijk onderzoek, uitleg, advies en planning, structureren en opbouwen van een werkrelatie.
- Een actief luisterende houding en de doelgerichte inzet van communicatievaardigheden helpen bij het afstemmen van het patiënt- en huisartsperspectief en het samen beslissen, hetgeen bijdraagt aan optimale zorgverlening.
- Actief luisteren is een essentiële, maar complexe vaardigheid die grofweg bestaat uit luisteren, samenvatten en doorvragen.
- Het consultmodel is een hulpmiddel om het consult te structureren en de voortgang van het consult te waarborgen; het model is geen dwingend voorschrift.

Literatuur

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg – een evidence-based benadering. Amsterdam: Boom; 2014.
2. Haes H de, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74:287-94.
3. Veenendaal H van, Rietmeijer C, Voogdt-Pruis H, Raats C. Samen beslissen is beter. *Huisarts Wet* 2014;57(10):524-7.
4. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and proces in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003;78(8):802-9.
5. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000;284(8):1021-7.
6. Debaene L, Bombeke K, Bogerd K van den, Royen P van. Patiëntgericht communiceren en klinisch redeneren in één consult: hoe kan een prescriptief consultformat beide integreren? *Huisarts Nu* 2012;41:158-63.
7. Staveren R van. Patiëntgericht communiceren – gids voor de medische praktijk. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
8. Berkesteijn LGM. Over de timing van de hulpvraagverheldering: wat denkt u er zelf van? *Huisarts Wet* 2011;54:100-2.
9. Schouten JAM. Anamnese en advies (pp. 93-102). Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
10. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med (JGIM)* 2012;27(10):1361-7.
11. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney OC, Oates J, et al. The impact of patient-centred care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
12. Weijden T van der, Sanders-van Lennep A. Keuzehulpen voor de patiënt. *Huisarts Wet* 2012;55(11):516-21.
13. Edwards A, Elwyn G. Shared decision making in health care – achieving evidence-based patient choice. Oxford: Oxford University Press; 2009.
14. Tucket D, Boulton M, Olsen C, Williams A. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London/New York: Tavistock Publications; 1985.
15. Nijman J, Hendriks M, Brabers A, Jong J de, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *J Health Commun* 2014;19(8):955-69.
16. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Solliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281:283-7.

2.2

Contextspecifieke doelgerichte communicatie

Chris Rietmeijer, Angelique Timmerman, Geurt Essers

Inleiding

Het consultmodel, zoals beschreven in paragraaf 2.1 Consultmodel, communicatietaken en -vaardigheden, is een hulpmiddel voor effectieve patiëntgerichte communicatie dat in verschillende contexten op verschillende wijzen kan worden ingezet. Het ene consult is het andere niet. Kenmerken van deze specifieke medische klacht, deze patiënt en deze huisarts bepalen samen de context voor de communicatie in het consult. De huisarts past zijn communicatie daarop aan en geeft de communicatietaken in verschillende contexten meer of minder aandacht. Dit doet een wisselend beroep op zijn communicatievaardigheden.

Contextspecifieke communicatie: het mengpaneel

Vignetten van patiënten met eenzelfde klacht en verschillende zorgen en verwachtingen in het consult

Ibrahim

Ibrahim (10 jaar) komt met zijn vader op het spreekuur. Hij is op zijn rug gevallen en heeft er veel pijn aan. Normaal gesproken is hij niet kleinzerig, maar nu klaagt hij al een paar dagen over pijn. De ouders vragen zich af of er toch niet iets gebroken is. Ze willen graag dat er een foto gemaakt wordt.

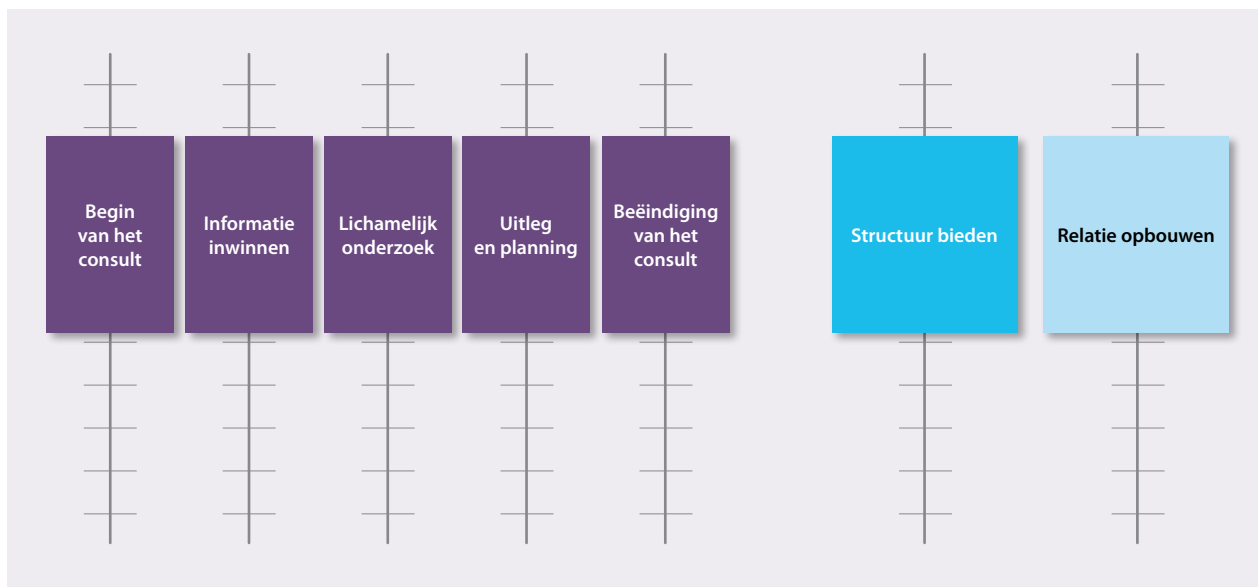
Meneer Cothen

Meneer Cothen (56 jaar) werkt in de bouw. Hij heeft een hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol. Hij rookt en drinkt regelmatig een biertje. Bovendien heeft hij vaker last van zijn rug, omdat hij veel zwaar werk moet doen. Hij komt voor de jaarlijkse controle op uw spreekuur.

Mevrouw Van Swieten

Mevrouw Van Swieten is een vitale dame (63 jaar). Zij komt met een pijnlijke grimas de spreekkamer binnen strompelen. Ze gaat met enige moeite zitten, elke beweging doet pijn. Een paar dagen geleden kreeg ze weer last van haar rug. Ze is bekend met rugklachten en overgewicht. Ze woont alleen, is actief met vrijwilligerswerk en zorgt voor haar dementerende moeder. Ze maakt zich zorgen hoe ze het allemaal moet runnen nu ze deze klachten weer heeft en is bang dat de rugpijn met haar verzakkingsklachten te maken heeft.

Patiënten komen met verschillende klachten bij de huisarts, en patiënten met dezelfde klachten hebben daar vaak een verschillende beleving bij. Patiënten komen met verschillende vragen en de impact van de(zelfde) klacht op hun leven kan enorm verschillen (zie kader 'Vignetten van patiënten met eenzelfde klacht en verschillende zorgen en verwachtingen in het consult'). Soms komt de patiënt met een ingewikkeld medisch probleem, de andere keer is het iets eenvoudigs. Het ene consult zal in vijf minuten klaar zijn en het andere duurt langer dan een halfuur. De hulpvraag in een consult kan direct duidelijk zijn of moeilijk te achterhalen. Uitleg, geruststelling en behandelopties



Figuur 1 Het mengpaneel als metafoor voor een flexibele toepassing van (communicatie)taken in het consult (met dank aan Henk Goettsch).

bespreken vraagt soms veel tijd en aandacht en dan weer nauwelijks. Deze en andere factoren maken ieder consult specifiek en de huisarts zal in de praktijk zijn communicatie hierop aanpassen.

De communicatietaken uit het consultmodel (zie paragraaf 2.1 Consultmodel, communicatietaken en -vaardigheden) worden in alle consulten weliswaar uitgevoerd, maar steeds in verschillende mate en niet altijd in de chronologische volgorde van het model. De metafoor van het mengpaneel uit de geluidstechniek visualiseert deze flexibele inzet van communicatietaken in verschillende (consult)contexten (figuur 1).

Voorbeelden van flexibele uitvoering van communicatietaken in het consult

Als de hulpvraag evident is, zoals bij een bloedende verwonding, dan hoeft de schuif 'Informatie inwinnen' maar een klein beetje open. De huisarts kan volstaan met zijn interpretatie van de hulpvraag en deze – indien de situatie het toelaat – checken bij de patiënt: "Als ik het zo zie, dan ga ik eerst proberen om het bloeden snel te stoppen, is dat oké?" Als de klacht echter gemakkelijk verschillende (hulp)vragen kan genereren, dan moet de schuif 'Informatie inwinnen' verder open om deze vragen te verhelderen. Wanneer er sprake is van veel angst, een taalbarrière, interculturele verschillen, handicaps of psychiatrische problematiek bij de patiënt, dan zullen de schuiven 'Relatie opbouwen', 'Structuur bieden' en 'Begin van het consult' tijd vragen en ver openstaan. Bij een patiënt uit een andere cultuur zal wellicht meer aandacht besteed moeten worden aan het uitleggen en

benadrukken van de vertrouwelijkheid en geheimhouding van het consult. Daarnaast kan het dan goed zijn te vragen naar het gezin en de familie van de patiënt. De relatie vraagt in deze context dus veel expliciete aandacht.

De context waarbinnen een specifiek consult zich afspeelt, is bepalend voor de mate waarin de verschillende communicatietaken en vaardigheden van belang zijn en ingezet dienen te worden. Verschillen in medische klacht, persoon en achtergrond van de patiënt kunnen leiden tot een specifieke 'afstelling van het mengpaneel'. Kenmerken van de huisarts zelf en de praktijkvoering zijn hierop ook van invloed. Een jonge en onervaren huisarts zal soms veel informatie verzamelen omdat hij het ziektebeeld niet snel herkent. Een ervaren huisarts heeft veelal minder informatie nodig om te weten wat er speelt en wat zijn advies zal zijn. Als de huisarts weet dat hij uitloopt en de wachtkamer vol zit, zal hij sterker inzetten op het prioriteren van klachten en hulpvragen van de patiënt en uitstellen wat uitstel kan verdragen.

In een huisartsconsult worden drie soorten contextfactoren onderscheiden die van invloed zijn op de communicatie tussen huisarts en patiënt.¹

Medisch inhoudelijke factoren: een eerste consult of vervolgsconsult, een acute of chronische klacht, een somatische of psychische klacht, een 'gewoon' consult of een (soms protocollair) preventieconsult, enzovoort. (zie kader 'Invloed van medisch inhoudelijke factoren op de communicatie in het consult').

Invloed van medisch inhoudelijke factoren op de communicatie in het consult

Bij een eerste consult zal meer informatie moeten worden ingewonnen dan bij een vervolgsconsult, waarbij al veel bekend is. Bij een spoedeisende klacht zal snel moeten worden gehandeld; uitvragen van de hulpvraag is dan niet aan de orde. Dat hoeft bij een eenvoudige klacht zoals een schimmelnagel ook niet noodzakelijk te zijn. Bij een vervolgsconsult na een diagnostisch onderzoek hoeft een lichamelijk onderzoek veelal niet herhaald te worden. De focus ligt dan op uitleggen en adviseren. Wanneer een consult plaatsvindt op initiatief van de huisarts, is het uitvragen van de hulpvraag wat paradoxaal: de patiënt kwam toch omdat de huisarts daarom vroeg? Wel kan het handig zijn om ook hier even af stemmen: "Ik had u gevraagd om te komen om over uw overgewicht te spreken, is dat inderdaad ook volgens u wat we gaan doen of zijn er nog andere vragen van uw kant?"

Patiëntfactoren: emoties zoals angst, boosheid of verdriet kunnen zorgen voor gedrag bij de patiënt, waar de huisarts zijn communicatie op moet aanpassen voor (behoud van) een constructieve werkrelatie. Dit geldt ook voor verschillen in gedrag op basis van gender, culturele achtergrond, cognitief vermogen, opleidingsniveau, sociale klasse of aanwezige gezondheidsvaardigheden. De bekendheid van de patiënt met het lichamelijk onderzoek, de (Nederlandse) gezondheidszorg en wel of niet in behandeling zijn bij andere hulpverleners, zijn eveneens beïnvloedende patiëntfactoren op de communicatie in het consult (zie kader 'Invloed van patiëntfactoren op de communicatie in het consult').

Invloed van patiëntfactoren op de communicatie in het consult

Een stille en teruggetrokken, mogelijk depressieve 18-jarige adolescent met acne vraagt om een andere benadering dan een breedspakige 60-jarige man met hartklachten, of een boze huilende vrouw van 35 jaar die door haar man verlaten is.

Bij adolescenten is vertrouwen naar een volwassene belangrijk en vraagt het werken aan een behandelrelatie vaak extra aandacht. Bij breedspakige patiënten zal de huisarts meer structurerende of sturende vaardigheden moeten inzetten om doelmatig te communiceren en als heftige emoties spelen zal daar eerst aandacht voor moeten zijn door hierover vragen te stellen, gevoelsreflecties te geven en te luisteren.

Wanneer de patiënt klachten presenteert waarvoor hij ook onder behandeling is van de fysiotherapeut of een

specialist, zal tevens de afstemming van het beleid met deze behandelaars onderwerp van gesprek worden. Wanneer een patiënt de Nederlandse taal niet machtig is, zal gebruikgemaakt kunnen worden van een tolk. Beschikt de patiënt over weinig gezondheidsvaardigheden, dan zullen visuele hulpmiddelen of andere keuzehulpen bij de besluitvorming ingezet kunnen worden. Dit laatste is overigens in veel consulten en voor veel patiënten van toegevoegde waarde.

Artsfactoren: persoonlijke behoeften van de huisarts (zoals aardig gevonden willen worden, op tijd naar huis willen gaan) of persoonlijke beslommeringen (bijvoorbeeld slecht slapen, privéproblemen, ziekte), onzekerheid over eigen deskundigheid bij een klacht, gevoelens die meespelen in het contact (zoals overdracht/projecties, ergernis en verantwoordelijkheidsgevoel) en opvattingen ten opzichte van de eigen taakstelling of religieuze overtuigingen (bijvoorbeeld over euthanasie, abortus) spelen alle een rol in de communicatie tijdens het consult (zie kader 'Invloed van artsfactoren op de communicatie in het consult'). Daarnaast zijn verwachtingen van de huisarts en het al dan niet bekend zijn met de patiënt en diens medische en sociale context van invloed als contextfactor. In het algemeen geldt voor de artsfactoren dat het van groot belang is dat de arts zichzelf kent en weet wat zijn kwaliteiten en valkuilen zijn in de communicatie met zijn verschillende patiënten. Deze artsfactoren worden verder uitgewerkt in paragraaf 3.1 Persoonlijk leiderschap.

Invloed van artsfactoren op de communicatie in het consult

Een ervaren huisarts heeft vaak minder informatie nodig om tot een juiste diagnose te komen omdat hij weet welke anamnestiche vragen de kortste weg daarnaartoe zijn.

Wanneer de arts de patiënt kent, hoeft hij wellicht minder informatie in te winnen. Dit is ook een valkuil voor de huisarts, als hij er te snel van uitgaat dat hij al voldoende weet over de patiënt of diens klacht en daardoor relevante informatie niet op het spoor komt.

De taakopvatting van de huisarts kan verschillen: de ene huisarts zal veel aandacht besteden aan psychosociale problemen van zijn patiënten, een andere huisarts minder. De eerste zal makkelijk ingaan op *cues* van de patiënt en informeren naar de thuissituatie, de tweede zal zich meer focussen op de klacht in engere zin.

De medisch inhoudelijke, patiënt- en artsfactoren komen in wisselende mate en combinaties voor in een consult, zodat de invloed op de inhoud en verloop van de com-

municatie steeds anders is.² In de dagelijkse praktijk zal de huisarts steeds keuzes maken om zijn communicatie op de specifieke context af te stemmen.

Effectieve communicatie in context: doelgerichtheid

De context van het consult heeft invloed op hoe de huisarts het mengpaneel van zijn communicatie afstelt. Op grond van alle informatie en signalen maakt de huisarts – meer of minder bewust – een inschatting van het soort medische klacht, wat kenmerkend is voor deze patiënt, wat zijn eigen kennis en kunde en taakopvatting zijn, en hoeveel tijd er beschikbaar is. Dit – meer of minder bewust – ‘lezen van de context’ leidt tot keuzes in de communicatie. Een belangrijke vraag is hoe de huisarts zijn ‘afstelling van het mengpaneel’ kiest en hoe passend die keuze is (zie ook paragraaf 2.3 Bewust communiceren in het consult). Patiëntgerichte communicatie is effectief, wanneer die communicatie bijdraagt aan het realiseren van de *doelen* die de huisarts en patiënt in het consult hebben.³ De keuzes die de huisarts in zijn communicatie maakt zijn te begrijpen in het licht van de doelen die hij heeft (en die zijn afgestemd op de vragen van de patiënt). Als de doelen zijn behaald, dan was zijn communicatie in de context van dit specifieke consult effectief.

Samenvattend ‘leest’ de huisarts (vaak op gevoel, meestal onuitgesproken) de context van het consult en kiest op grond daarvan zijn doelen; en kiest vervolgens zijn communicatie op basis van die doelen. Effectieve patiëntgerichte communicatie is dus *contextspecifiek* en *doelgericht*.⁴ Er zijn vaak meer doelen tegelijk en doelen kunnen tijdens het consult snel wisselen. Een enkele opmerking of zichtbare emotie van de patiënt kan leiden tot een nieuw doel: troosten, geruststellen, meer willen weten.

Bij het benadrukken van doelen van de huisarts als leidend voor de inzet van communicatie, kan zich de vraag opdringen hoe dit zich verhoudt tot de doelen van de patiënt. We hebben het toch over *patiëntgerichte* communicatie? Dit is een schijnbare tegenstelling: bij het bepalen van de doelen zal de huisarts die patiëntgericht werkt, de hulpvraag en verwachtingen van de patiënt betrekken, waarnaar hij heeft gevraagd. Daarnaast staan de eigen overwegingen van de huisarts op basis van het klinisch redeneren, timemanagement, persoonlijke opvattingen en behoeften. De (meeste) doelen in een consult kunnen alleen goed gehaald worden door een patiëntgerichte benadering zoals geïllustreerd in het kader ‘Voorbeeld evaluatie effectiviteit doelgerichte communicatie’.⁵

Voorbeeld evaluatie effectiviteit doelgerichte communicatie

De huisarts van mevrouw Van Swieten had al vaker een ingang gezocht om haar overgewicht bespreekbaar te maken. Dit was een mooie gelegenheid, omdat de huidige rugklachten hiermee te maken konden hebben. Haar doel in het consult werd het gesprek over het overgewicht op gang te brengen en patiënte te motiveren om af te vallen.

Toen de huisarts nadien gevraagd werd of zij dacht dat deze interventie effectief was geweest, zei zij daar wel aan te twijfelen. Patiënte bleek, bij navraag achteraf, vooral bezorgd te zijn omdat ze bang was dat de rugpijn te maken kon hebben met haar verzakkingsklachten. Het advies om te sporten en af te vallen had zij naast zich neergelegd. Deze navraag maakte de huisarts duidelijk dat zij niet effectief had gecommuniceerd: het doel (patiënte motiveren om af te vallen) was niet bereikt. Als zij deze patiënte daartoe had willen motiveren had zij eerst de vraag van patiënte over de rugpijn moeten verhelderen en beantwoorden, alvorens eventueel het overgewicht aan de orde te stellen. Zonder overeenstemming over het doel van het gesprek is de interventie (motiveren om af te vallen) niet effectief.

IN HET KORT

- Communicatie van de huisarts in het consult is contextspecifiek en doelgericht.
- De metafoor van het mengpaneel (uit de geluidstechniek) visualiseert de flexibele inzet van communicatietaken en -vaardigheden in verschillende consultcontexten.
- De context van het consult bestaat uit medisch inhoudelijke, patiënt- en artsfactoren.
- De huisarts kiest – meer of minder bewust – op grond van zijn interpretatie van de context zijn doelen (waarin de vragen, verwachtingen en doelen van de patiënt – als het goed is – zijn inbegrepen).
- De huisarts kiest bij deze doelen passende communicatie, rekening houdend met de context van het betreffende consult.
- De communicatie in het consult is effectief als gestelde doelen (gedeeltelijk) worden gehaald.

Literatuur

1. Essers G, Dulmen S van, Weel C van, Vleuten C van der, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment. An explorative study in general practice. *BMC Fam Pract* 2011;12:138.
2. Essers G, Kramer A, Andriess B, Weel C van, Vleuten CP van der, Dulmen SA van. Context factors in family physician communication – patient encounters and their impact on assessing communication skills – an exploratory study. *BMC Fam Pract* 2013;14(65). doi: 10.1186/1471-2296-14-65
3. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C. A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psychooncology* 2005;14:801-9.
4. Veldhuijzen W. Challenging the patient-centred paradigm – designing feasible guidelines for doctor-patient communication. Doctoral thesis. Maastricht: School of Health Professions Education (SHE), Maastricht University; 2011.
5. Taylor K. Paternalism, participation and partnership – the evolution of patientcentredness in the consultation. *Patient Educ Couns* 2009;74(2):150-5.

2.3

Bewust communiceren in het consult

Chris Rietmeijer, Angelique Timmerman, Geurt Essers

Inleiding

In de communicatie tijdens een consult spelen bewuste en onbewuste keuzeprocessen van de huisarts een rol, zoals we zagen in paragraaf 2.2 over contextspecifieke doelgerichte communicatie. De huisarts kan zijn communicatie verder verbeteren door zich op de eerste plaats meer bewust te worden van deze keuzes. Volgende stappen zijn het onderzoeken en uitproberen van alternatieve communicatiestrategieën. Reflectie en feedback zijn in dit leerproces krachtige hulpmiddelen.¹

Reflectie en feedback

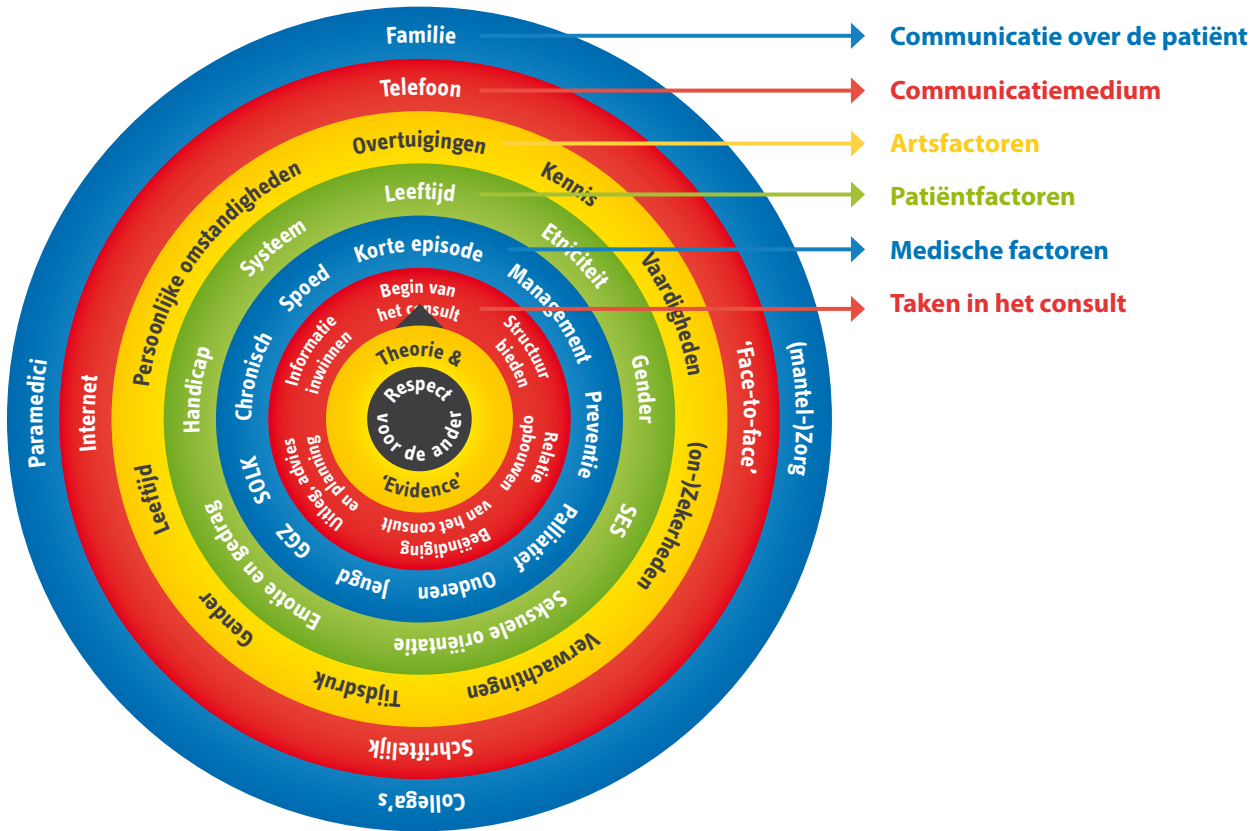
Effectieve patiëntgerichte communicatie is contextspecifiek en doelgericht. De huisarts kan zich bewust worden van hoe hij de context interpreteert en zijn doelen kiest door reflectie en door feedback te krijgen, van collega's (bijvoorbeeld tijdens een training of intervisie) of van patiënten (zie ook paragraaf 15.2 Feedback in de huisartsenpraktijk).² De communicatie van de huisarts kan worden beïnvloed door voorkeursgedrag, overtuigingen, blinde vlekken of persoonlijke ervaringen en geschiedenis. Een bewustere keuze van doelen en bijpassende communicatie zal de effectiviteit van de communicatie in het consult vaak ten goede komen. De huisarts kan zich beter bewust worden van de keuzes die hij in de communicatie maakt door een confrontatie met het eigen gedrag, bijvoorbeeld door een video-opname of audio-opname van een eigen consult te bekijken of te beluisteren.³ Een

aantal vragen, beschreven in het zogenaamde reflectieformat voor contextspecifieke en doelgerichte communicatie, ondersteunen de reflectie op de eigen communicatie (zie kader 'Reflectieformat voor reflectie op contextspecifieke en doelgerichte communicatie').

Reflectieformat voor reflectie op contextspecifieke en doelgerichte communicatie

- Welk deel van het consult wil ik bespreken en waarom?
- Welke contextfactoren speelden een rol? (medische, patiënt-, artsfactoren)
- Welke communicatietaken waren van belang? (consultmodel)
- Wat was mijn doel? (op dat moment in het consult)
- Welke communicatievaardigheden zette ik hiervoor in?
- Hoe effectief was dat?
- Waren er andere mogelijkheden? Wat zegt de theorie?
- Wat leer ik uit deze reflectie met het oog op een volgende keer?

Bij reflectie op een opname van een consult hoeven deze vragen niet in een vaste volgorde te worden afgewerkt. Zo kan het goed werken om vrij snel naar doelen in het consult te vragen. Het is bij de bespreking van belang om naar kleine fragmenten van het consult te kijken en de vragen daarop te richten: Wat was er op dit moment precies aan de hand (context); wat wilde je op dit moment in het consult bereiken (doelen); hoe deed je dat (communicatie); hoe effectief was dat denk je; welke alternatieven zouden er zijn (theorie)? Dit focussen op kleine fragmenten is



Figuur 1 Communicatiewiel (bron: <http://www.huisartsopleiding.nl/communicatiewiel>).

belangrijk omdat de context in het consult snel kan veranderen en daarmee ook de doelen. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die tijdens de uitleg door de huisarts tranen in de ogen krijgt waardoor de huisarts besluit de uitleg te onderbreken en eerst ruimte voor deze emotie te maken (doel), of een telefoontje van de assistente over een spoedgeval waardoor de huisarts ineens snel wil afronden (doel). Een voorbeeld van een toepassing van het reflectieformat wordt beschreven in het kader ‘Voorbeeld van toepassing reflectieformat bij evaluatie communicatie in consult’.

Voorbeeld van toepassing reflectieformat bij evaluatie communicatie in consult

U denkt terug aan een consult met een 24-jarige vrouw met oorspijn. Ondanks een in uw ogen veel te lang consult hebt u het idee dat u haar niet goed gerust heeft kunnen stellen. U gaat met behulp van de reflectievragen na waar dat aan zou kunnen liggen.

Wat was mijn doel op dit moment in het consult?

Ik wilde de patiënte geruststellen.

Welke contextfactoren speelden een rol?

Ik was gehaast, ik vond de zorgen van de patiënte niet zo invoelbaar, ze was nogal breedspakig en we waren al twintig minuten bezig met een simpel geval van oorspijn. Daardoor was ik wat geïrriteerd. En ik had niet het idee dat er sprake was van bovenmatige angst of SOLK.

Welke communicatietaken waren van belang?

Uitleg en advies; maar bij nader inzien was de hulpvraag (inwinnen van informatie) niet helemaal duidelijk. En het structureren van het consult bij deze breedspakige vrouw had ook beter gekund.

Welke communicatievaardigheden zette ik in om haar gerust te stellen?

Ik heb wel drie keer hetzelfde verteld, waar de pijn vandaan komt en dat het geen kwaad kan, maar ze leek het gewoon niet te willen horen...

Waren er andere mogelijkheden? Wat zegt de theorie?

Ik had waarschijnlijk toch beter moeten uitvragen wat haar bezighield, waar ze precies bang voor was, wat

eigenlijk haar echte hulpvraag was. Drie keer iets uitlegen helpt natuurlijk nooit. Ik had beter kunnen informeren bij haar wat maakte dat mijn uitleg niet hielp. Uit de literatuur blijkt namelijk dat effectief geruststellen pas mogelijk is als de reden van ongerustheid voldoende duidelijk is.

Wat leer ik hieruit, met het oog op een volgende keer? Het is me duidelijk dat ik, als ik een patiënt daadwerkelijk wil kunnen geruststellen, voldoende moet doorvragen naar wat er speelt rondom de klacht. Ik wil ook opletten of ik zo kan voorkomen dat ik mijn irritatie en gevoel van onmacht laat doorschemeren.

Door de Nederlandse huisartsopleidingen is ter ondersteuning van deze reflectie op het consult tevens het Communicatiewiel ontwikkeld (figuur 1). Eerst wordt de opbouw van het communicatiewiel beschreven en daarna hoe het wiel de reflectie op het consult kan ondersteunen. Het communicatiewiel is gebaseerd op het Britse *Communication Curriculum Wheel*.⁴ Voor toelichting op de ringen en gebruik van het wiel, zie ook <http://www.huisartsopleiding.nl/communicatiewiel>. Het is een visueel hulpmiddel waarin alle aspecten van effectieve patiëntgerichte communicatie worden samengebracht. Dit communicatiewiel laat zien dat het professioneel handelen van de huisarts in de kern draait om respect voor de ander (i.e. de patiënt en diens naasten), ongeacht diens culturele achtergrond en mogelijke andere normen en waarden. Respect van de huisarts komt in het consult onder meer tot uiting in een attitude van empathie, de drie basiscondities in contact (empathie, onvoorwaardelijke acceptatie, congruentie) en patiëntgericht werken.⁵ Respect voor de ander staat weergegeven in de binnenste zwarte cirkel en wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 over professionaliteit. In de binnenste gele ring wordt gewezen op het bestaan van veel theorie en *evidence* over de effectiviteit van patiëntgerichte communicatie. Er is in de laatste decennia veel onderzoek naar communicatie in de zorg gedaan; effectieve patiëntgerichte communicatie heeft een gedegen wetenschappelijke basis (zie hoofdstuk 1). De binnenste rode ring toont de communicatietaken volgens de fasen van het consultmodel en verwijst naar de bijhorende communicatievaardigheden (zie paragraaf 2.1 Consultmodel, communicatietaken en -vaardigheden). De erop volgende drie ringen (blauw, groen, geel) geven de contextfactoren (medische, patiënt- en artsfactoren) weer die van invloed zijn op de keuze van doelen en communicatie (zie paragraaf 2.2 Contextspecifieke doelgerichte communicatie). De medische inhoud is daarbij gerangschikt volgens de tien huisartsgeneeskundige thema's die door de huisartsopleidingen worden onderscheiden. De

hoofdstukken in deel 2 van dit boek zijn gerangschikt volgens deze thema's. De buitenste rode ring herinnert aan andersoortige communicatie met de patiënt dan in de spreekkamer: schriftelijk, telefonisch of via internet (zie paragraaf 12.4 E-health en onlinecommunicatie). Tot slot focust de buitenste blauwe ring op communicatie over de patiënt (zie paragrafen 14.2 Collegiale consultatie en 14.3 Moreel beraad in de huisartsenpraktijk).

Een analyse van het consult met behulp van het communicatiewiel kan ideeën genereren over aspecten die de communicatie beïnvloeden. Het communicatiewiel en reflectieformat kunnen in combinatie met elkaar gebruikt worden om met collega's of onder begeleiding van een communicatietrainer te werken aan de verbetering van de eigen consultvoering. Het reflectieformat geeft de vragen die verwijzen naar de verschillende ringen in het wiel en kunnen in elke gewenste volgorde worden besproken. De praktijk leert ons dat meestal wordt begonnen met doel(en) en contextfactoren. Het werken aan verbetering van consultvoering is vaak het effectiefst naar aanleiding van een concrete ervaring van de huisarts in een consult (zie het kader 'Voorbeeld gebruik communicatiewiel bij het nabespreken van een consult'). Het gesprek over zo'n ervaring kan bijvoorbeeld gaan over het ontbreken van structuur of het werken aan de relatie, of op de vraag of laaggeletterdheid bij de patiënt een rol heeft gespeeld, of op de onzekerheid van de huisarts bij het bespreken van seksuele problemen, of op de taakopvatting van de huisarts bij patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Voorbeeld gebruik communicatiewiel bij het nabespreken van een consult

U kijkt met een collega uw video consult terug met een 39-jarige Marokkaanse vrouw, die last heeft van pijnklachten in de rechter schouder en arm. Dit was al het derde face-to-face consult hierover. Ondanks (aanvullend) onderzoek blijft de klacht medisch onverklaard. U vroeg de patiënte hoe het thuis ging met deze klachten en daarbij had u het idee dat u op een muur stuitte, ondanks dat de vrouw uitermate vriendelijk en beleefd probeerde mee te werken. U vond het consult al met al onbevredigend verlopen. U gaat samen met uw collega, gebruikmakend van het communicatiewiel en reflectieformat na waar dat aan zou kunnen liggen.

Wat was mijn doel op dit moment in het consult?

Ik wilde meer informatie van de patiënte over de achtergrond van haar klachten.

Welke contextfactoren speelden een rol?*Artsfactoren*

- Tja, mijn overtuigingen? Ik had het idee dat het een intelligente vrouw is. Ze spreekt goed Nederlands en ze is aardig geïntegreerd. Ze was misschien wel uit op een excuus om niet te hoeven werken. Dit soort klachten vind ik moeilijk invoelbaar.
- Mijn kennis? Vaardigheden? Ik weet misschien niet genoeg over haar achtergrond, alleen dat ze drie kinderen heeft. Ik weet ook niet goed hoe ik zo'n moeilijk gesprek over onbegrepen klachten met een vrouw uit een niet-westerse cultuur moet aanpakken.
- Tijdsdruk, persoonlijke omstandigheden of andere factoren speelden mijns inziens geen rol. Nou, misschien twijfel ik ook wat, over wat verder te doen medisch gezien.

Patiëntfactoren

- Emoties en gedrag? Ze leek sommige vragen niet te begrijpen, ze gaf soms een vaag antwoord. Misschien was ze ook ongerust?
- Etniciteit kan toch wel een rol gespeeld hebben, evenals lage sociaaleconomische status en gebrekkige kennis over het lichaam.

Medische factoren

- Tja, wat mij betreft een typisch geval van SOLK.

Welke communicatietaken waren van belang?

- Informatie inwinnen. Maar bij nader inzien was misschien het werken aan de relatie hier ook wel aan de orde: ze was erg terughoudend leek het, alsof ze me niet helemaal vertrouwde. Ik ben ook wel benieuwd naar de betekenis die de klacht voor haar heeft momenteel.

Wat zeggen theorie en evidence? Wat is (je) bekend over patiënten met een andere culturele achtergrond?

- Uit de literatuur is ook wel bekend dat geheimhouding en vertrouwelijkheid geen vanzelfsprekende gegevens zijn voor niet-westerse allochtone patiënten, en dat ze in een 'wij'-cultuur leven, waarin het 'ik' niet zo belangrijk is.

Wat leer ik hieruit, met het oog op een volgende keer?

Ik had waarschijnlijk toch meer aan de relatie moeten werken, zeker bij SOLK. Misschien nog eens benadrukken dat ik een geheimhoudingsplicht heb. Ik had beter moeten doorvragen naar haar achtergrond, wat de betekenis en gevolgen van haar klacht waren, maar dat deed ik eigenlijk wel. Of misschien nog beter: mijn tempo nog wat naar beneden schroeven en eerst wat losjes over haar kinderen doorvragen, waar ze op school gaan, hoe het was voordat de klachten begonnen, haar rol in het gezin, dat soort dingen. Waarschijnlijk lukt het dan beter om aansluiting bij haar te vinden, zodat zij zich gehoord gaat voelen.

(Zie ook de demonstratievideo van het gebruik van het communicatiewiel en het reflectieformat: <https://www.youtube.com/watch?v=DwBaEDoheXc>)

Reflectie op consulten en collegiale feedback dragen bij aan het steeds verder ontwikkelen van effectieve communicatie door de huisarts. Daarbij helpt kennis van het consultmodel en de bijhorende communicatietaken en -vaardigheden, evenals het oefenen van die communicatievaardigheden (zie paragraaf 2.1). Bewust worden van contextfactoren die een rol spelen en de keuzes die de huisarts maakt qua doelen en daarbij passende communicatie is eveneens helpend (zie paragraaf 2.2 Contextspecifieke doelgerichte communicatie). Dit alles draagt bij aan het ontwikkelen van een authentieke en bewustere communicatiestijl door de huisarts. Dat bevordert effectieve patiëntgerichte communicatie, plezier in het werk en tevredenheid van huisarts en patiënt.^{6,7}

IN HET KORT

- Reflectie en collegiale feedback op communicatie dragen bij aan bewuster inzetten van effectieve patiëntgerichte communicatie.
- Het reflectieformat en communicatiewiel zijn hulpmiddelen voor bewustwording en verder verbeteren van context specifieke en doelgerichte communicatie.
- Het reflectieformat bevat reflectievragen om de inzet van communicatie door de huisarts in het consult gestructureerd onder de loep te nemen.
- Het communicatiewiel visualiseert alle aspecten van patiëntgerichte communicatie in het huisartsconsult: respect voor de ander, theorie en *evidence* over communicatie, communicatietaken, medische, patiënt- en artsfactoren in de context van het consult, communicatie buiten de spreekkamer en over de patiënt met derden.

Literatuur

1. Bolhuis S. Professioneel leren: wat is het en hoe bevorderen we het? Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2002;21:172-81.
2. Haan M de, Boendermaker PM, Heij I. Het medisch ambacht: Opleiden en leren in de praktijk van de (verpleeg)huisarts. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2002.
3. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. Patient Educ Couns 2005;60:313-25.
4. Fragstein M von, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, Education, and on behalf of the UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Med Educ 2008;42:1100-7.
5. Rogers CR. On becoming a person – a therapist's view on psychotherapy. New York: Houghton Mifflin Company: 1961.
6. Mead N, Bower P, Hann N. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. Soc Sci Med 2002;55:283-99.
7. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Counsel 2009;74:295-301.

