
Communiceren in de zorg

Sandra van Dulmen, Julia van Weert, Jesse Jansen

Eerste druk



Noordhoff Uitgevers



Communiceren in de zorg

Verpleegkundige-patiënt
gesprekken in theorie en
praktijk

Sandra van Dulmen
Julia van Weert
Jesse Jansen

Eerste druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: Studio Frank & Lisa, Groningen

Omslagillustratie: Getty Images

Foto's binnenwerk: Hollandse Hoogte, Amsterdam: p. 26, 38, 74

iStockfoto.com: p. 64

Frank Muller Fotografie/zorginbeeld.nl, Nijmegen: p. 90

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB
Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

Met betrekking tot sommige teksten en/of illustratiemateriaal is het de uitgever,
ondanks zorgvuldige inspanningen daartoe, niet gelukt eventuele rechthebbende(n) te
achterhalen. Mocht u van mening zijn (auteurs)rechten te kunnen doen gelden op
teksten en/of illustratiemateriaal in deze uitgave dan verzoeken wij u contact op te
nemen met de uitgever.

*Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die
desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en
uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen
gegevens houden zij zich aanbevolen.*

0 1 2 3 4 5 / 15 14 13 12 11

© 2011 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag
niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd
gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van
reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel
16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen
aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl).
Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en
andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot
Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060,
2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval
system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopy-
ing, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-01-85185-9

ISBN 978-90-01-80497-8

NUR 897

Woord vooraf

Communicatie met patiënten vormt een belangrijk onderdeel van het werk van verpleegkundigen.

In *Communiceren in de zorg* staat het gesprek tussen een verpleegkundige en een patiënt in alle facetten centraal. Dit gesprek kan plaatsvinden op de polikliniek of op een afdeling van een ziekenhuis, in een verpleeg- of in een verzorgingshuis, bij een patiënt thuis of in een eerstelijnspraktijk of op elke andere plek waar een patiënt en een verpleegkundige elkaar ontmoeten. Ook is het relevant voor elk van de verschillende deelgebieden van de verpleegkunde, te weten: de preventieve, de acute, de chronische en de intensieve zorg. Omdat een aantal situaties met specifieke patiëntgroepen en communicatiebehoeften andere eisen stellen aan het gesprek, wordt in dit boek apart aandacht besteed aan enkele relevante patiëntgroepen en gespreksdoelen.

Dit boek had niet geschreven kunnen worden zonder de inzet van vele patiënten, verpleegkundigen en van de communicatietrainer/opleidingsadviseur Anneke de Best. Vanuit hun eigen specifieke expertise en ervaringen houden al deze mensen ons steeds opnieuw voor wat goede communicatie inhoudt en wat ervoor nodig is om effectief te kunnen communiceren. Ook Elise Posma, Nienke van der Meulen, Janneke Noordman, Judith de Groot, Audrey Ruane en Fatima Aït Ali danken we voor hun bijdrage aan dit boek.

Wij hopen dat *Communiceren in de zorg* verpleegkundigen en andere zorgverleners helpt beseffen dat ze met hun communicatie een kostbaar en invloedrijk instrument in handen hebben waarmee ze de kwaliteit van leven en het welzijn van veel van hun patiënten kunnen bevorderen.

Inhoud

Woord vooraf 3

Inleiding 7

Deel 1

Communicatie in theorie 11

1 Modellen 13

- 1.1 Stress-coping model 15
- 1.2 Zes functiemodel 18
- 1.3 Patiëntgerichtheid 21
- 1.4 Patiëntparticipatie 22
Samenvatting 25

2 Doelen 27

- 2.1 Onthouden van informatie 29
- 2.2 Therapietrouw 30
- 2.3 Tevredenheid 33
Samenvatting 36

3 Specifieke patiëntgroepen 39

- 3.1 Ouderen 41
- 3.2 Kinderen 43
- 3.3 Allochtonen 47
Samenvatting 51

DEEL 2

Communicatie in praktijk 53

4 Verstrekken van informatie 55

- 4.1 Begrijpen en onthouden 57
- 4.2 Informatie verstrekken 58
- 4.3 Aanwezigheid naaste 59
Samenvatting 62

5 Reageren op emoties 65

- 5.1 Signalen van patiënten 67
- 5.2 Reacties op signalen 68
Samenvatting 72

6 Interdisciplinaire afstemming 75

- 6.1 Afstemming en afbakening 77
- 6.2 Patiënten Informatie Dossier 78
Samenvatting 89

7 Anders voorlichten 91

- 7.1 Achtergronden 92
- 7.2 Opbouw van het voorlichtingsgesprek 95
- 7.3 Gespreksonderdelen 96
- 7.4 Patiënteninformatiefolder 103
- 7.5 Feedback en reflectie 103
Samenvatting 110

Literatuuropgave 112

Register 120

Over de auteurs 122

Inleiding

Om een goede verpleegkundige te worden dien je een groot aantal kerncompetenties te beheersen (Pool e.a., 2001). Onder de competenties die te maken hebben met het concreet verlenen van patiëntenzorg worden ook communicatieve vaardigheden geschaard. Het gaat om de volgende twee kerncompetenties:

- Om de last van ziekte, handicap of sterven te verlichten, verleent de verpleegkundige op een professioneel verantwoorde wijze verpleegkundige zorg op menselijke maat.
Bij zorg op menselijke maat horen impliciet ook psychosociale begeleiding, aandacht en steun. Andere, meer expliciet verwoorde communicatieve aspecten komen in een andere kerncompetentie aan bod:
- Om een gezonde leefstijl bij patiënten en hun familieleden te bevorderen geeft de verpleegkundige op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen.
Hierin worden communicatieve aspecten zoals informatie en advies genoemd die ook relevantie hebben voor andere doelstellingen dan het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Het geven van voorlichting, informatie en advies kan niet los gezien worden van aandacht voor de persoon van de patiënt. Martinsen (2006) beschrijft verpleegkunde dan ook als 'een ontmoeting die plaatsvindt tussen de verpleegkundige en de patiënt met als doel te begrijpen wat de patiënt in zijn/haar situatie nodig heeft'. In een zorgzaam verpleegkundig gesprek richt de verpleegkundige zich op het exploreren, begrijpen en duiden van de betekenis van de ziekte voor de patiënt (Fagerstrom e.a., 1998). Een patiënt heeft iemand nodig die sensitief kan luisteren en een stem kan horen ook wanneer die niet hardop om aandacht vraagt (Uitterhoeve, 2009).

Deel 1 van het boek gaat over de theoretische achtergronden van gezondheidscommunicatie en de betekenis daarvan voor specifieke groepen patiënten. In het eerste hoofdstuk worden theoretische modellen gepresenteerd over de verschillende aspecten en doelen van communicatie, over het belang van participatie van patiënten en van het aansluiten op hun behoeften. Het tweede hoofdstuk beschrijft welke doelen op patiëntniveau door goede communicatie met patiënten kunnen worden bereikt. In het bijzonder wordt de theoretische onderbouwing van drie voor de praktijk van een verpleegkundige belangrijke doelen van een gesprek met een patiënt besproken: het onthouden van informatie, de therapietrouw en de tevredenheid van de patiënt. Hoofdstuk 3 richt zich op specifieke patiëntgroepen die bijzondere eisen stellen aan de communicatie met verpleegkundigen: ouderen, kinderen en allochtonen. Deel 2 van het boek richt zich op het toepassen van de in deel 1 besproken communicatiemodellen in het werk van de verpleegkundige. Allereerst wordt in hoofdstuk 4 ingegaan op het verstrekken van informatie en de factoren die informatieoverdracht beïn-

vloeden. Het vijfde hoofdstuk gaat over het reageren op emoties van patiënten waarmee je als verpleegkundige te maken krijgt. Hoofdstuk 6 gaat nader in op de wijze waarop verpleegkundigen met andere zorgverleners in gesprek gaan. Het boek eindigt met hoofdstuk 7 waarin besproken wordt hoe je als verpleegkundige een patiënt kunt voorlichten zodat deze de informatie goed begrijpt, het gesprek met de patiënt persoonsgericht verloopt en zodat het beantwoordt aan diens communicatieve behoeften. Samengevat staat in deel 1 het perspectief van de patiënt meer centraal en in deel 2 het perspectief van de verpleegkundige.



Deel 1

Communicatie in theorie

- 1 Modellen 13**
- 2 Doelen 27**
- 3 Specifieke patiëntgroepen 39**



1 Modellen

In dit hoofdstuk wordt theoretische achtergrondinformatie gegeven over de verschillende aspecten en doelen van communicatie, over het belang van participatie van patiënten en over het aansluiten bij hun behoeften. Onderwerpen die aan de orde komen zijn:

- theoretische achtergronden over omgaan (*coping*) met stressvolle gebeurtenissen zoals een chronische ziekte en de betekenis daarvan voor de behoeften van de patiënt en voor de zorgverlener-patiëntcommunicatie
- het zes functiemodel van doelgerichte communicatie met daaraan gerelateerde korte en lange termijnuitskomsten
- het belang van patiëntgerichte communicatie en hoe die te verwezenlijken is
- de theoretische achtergronden van patiëntparticipatie waaraan adequate communicatie door de zorgverlener in belangrijke mate kan bijdragen.

Stress-coping model 15

Cognitieve behoefte 15

Affectieve behoefte 15

Tweesporenbeleid 15

Coping 16

Informatiezoeker 17

Informatievermijder 17

Zes functiemodel 18

Gespreksdoel 19

Patiëntgerichtheid 21

Kernwaarden 21

Faciliterend gedrag 21

Inhiberend gedrag 21

Patiëntparticipatie 22

Mondigheid 22

Interactiviteit 23

Elaboration Likelihood Model 23

Tailoring 24

Question Prompt Sheet 24

Niet alleen over het technische

'Ik ben Piet van Leeuwen, 58 jaar, getrouwd met Els en vader van drie uitwonende kinderen. Vier maanden geleden zijn bij mij problemen geconstateerd aan mijn hartkleppen. Ik ben toen op de wachtlijst geplaatst voor hartchirurgie, waarbij mijn hartklep vervangen zou worden door een mechanische klep. Een week geleden was het zo ver. Ik werd opgenomen en een dag later geopereerd door de thoraxchirurg. De operatie is zonder complicaties verlopen. Maar over de begeleiding vanuit het ziekenhuis naar de operatie toe heb ik toch wel wat op te merken. Er werd heel zwaar gepraat over het technische geheel, het technische gebeuren stond heel centraal. Maar er komt hier een aspect bij dat misschien wel veel belangrijker is. Wat ik bij mezelf gemerkt heb, is dat je in de niet-technische sfeer, tussen je oren, ook een heleboel moet verwerken. De acceptatie en hoe doe je dat nou eigenlijk. Want je gaat toch door een dal. En dat vind ik nog wel een punt van aandacht. Ieder mens heeft daar een stukje leedverwerking. En je moet keihard werken om daarin de lijn goed vast

te houden. Daar zijn best wat handige methodes voor om het zelf ook wat te verwerken, rustig naar een operatie toe te leven en jezelf niet op te naaien. Dat ze je vertellen hou daar of daar rekening mee. Dat je daar niet van hoeft te schrikken. Dat iedereen het heeft. Dat vind ik wel een punt van aandacht. Want ik ben er eigenlijk pas goed achter gekomen toen ik de bedrijfsmaatschappelijk werkster op bezoek kreeg. Die me feilloos er op wees, jij bent geen uitzondering. En ik vond dat daar in het voortraject wel wat meer aandacht aan had kunnen worden geschonken. Het puur technische deel, dat en dat gaat gebeuren, de borstkas en het hart, de bypasses, de aorta en dat soort zaken, dat wordt prima uitgelegd. Maar dan komt het pas... Hoe komt het nou ergens in je hoofd dat je het accepteert. Net zo goed als je over dat technische deel allerlei dingen op papier zet, zou je ook over het psychische deel iets kunnen zeggen. Bijvoorbeeld probeer eens op die manier te ontspannen of andere adviezen over hoe je ermee om kunt gaan.'

1.1 Stress-coping model

In het *stress-coping* model van Bensing e.a. (1996) wordt uitgegaan van de behoeften en voorkeuren van een patiënt. Bensing en Meeuwesen (1996) onderscheiden twee typen behoeften van patiënten bij het communiceren met een zorgverlener (zie figuur 1.1):

- 1 cognitieve behoeften en
- 2 affectieve behoeften.

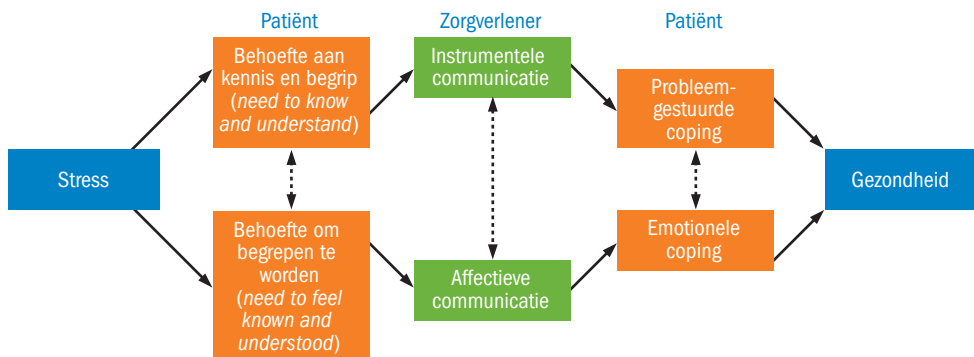
Een patiënt wil begrijpen wat er met hem aan de hand is, dat noemen we een cognitieve behoefte. Maar een patiënt wil ook zelf begrepen worden, dat wordt de emotionele behoefte genoemd. De behoefte om te weten en te begrijpen uit zich bijvoorbeeld in de wens om informatie te ontvangen over de werking van een bepaalde behandeling en hoe om te gaan met bijwerkingen. Daarnaast heeft een patiënt de behoefte om begrepen te worden; hij wil zijn zorgen bespreekbaar maken en gerustgesteld, gesteund, geaccepteerd of gerespecteerd worden (Bensing & Verhaak, 2004).

Stress-coping model

Cognitieve behoefte

Affectieve behoefte

FIGUUR 1.1 Zorgverlener-patiëntcommunicatie vanuit *stress-coping*-perspectief



Bron: Bensing e.a., Bensing Meeuwesen, 1996

Deze verschillende behoeften hebben gevolgen voor de manier waarop je je als zorgverlener idealiter opstelt in een consult. De cognitieve behoefte van een patiënt vraagt om instrumentele oftewel taakgerichte communicatie van de zorgverlener, bijvoorbeeld in de vorm van uitleg en advies.

Affectieve, steunende communicatie van de zorgverlener is van belang om aan te sluiten bij de emotionele behoefte van de patiënt. Bij patiënten zijn tijdens een consult meestal beide typen behoeften aanwezig, maar de behoefte aan begrip en steun wordt meestal niet duidelijk uitgesproken (Uitterhoeve, 2009; Zimmermann e.a., 2007). Hierdoor blijft deze impliciet, tenzij je als zorgverlener adequate communicatietechnieken hanteert. Dit kan bijvoorbeeld door empathie te tonen aan de patiënt, door gebruik te maken van stilten, door actief naar de patiënt te luisteren, in te gaan op verbale reacties (bijvoorbeeld vragen stellen of ongerustheid uiten) en op non-verbale reacties (bijvoorbeeld huilen, onrustig bewegen, wegstaren) van de patiënt, door te reflecteren, begrip te tonen en oogcontact te maken. Om effectief te communiceren richt je je aandacht dus op twee sporen:

Tweesporenbeleid

Ervaring patiënt: 'Ik vond dat bij de informatievoorziening geen onderscheid werd gemaakt tussen verschillende patiënten. Wij hadden bijvoorbeeld geen behoefte aan een lotgenotengroep en daar werd wel veel over gesproken. Het gesprek verliep volgens de visie van de verpleegkundige, zij had een bepaalde missie en dat moest op ons worden overgebracht. Er werd een standaardverhaal afgestoken. [...] en er werd bijna niet gevraagd: "Is het allemaal duidelijk" of "Waar heeft u behoefte aan". De missie werd als het ware opgedrongen.'

- 1 op de instrumentele boodschap van de patiënt en van jezelf; dit kun je doen door heldere uitleg en advies te geven
- 2 op de kwaliteit van je affectieve boodschap, dat wil zeggen op de mate waarin je tegemoetkomt aan de behoefte aan emotionele steun van de patiënt

In haar eerdere onderzoek concludeert Bensing (1991) dat de kwaliteit van een gesprek met een zorgverlener voor meer dan 50% wordt verklaard door diens affectieve gedrag, zoals het aankijken van de patiënt. Het instrumentele gedrag blijkt veel minder bij te dragen aan de kwaliteit van het gesprek. Overigens is een scheiding tussen instrumentele en affectieve communicatie in de praktijk niet zo duidelijk te maken als het theoretische model doet vermoeden. Daarom zijn aan het oorspronkelijke model drie verticale (gestippelde) lijnen toegevoegd om aan te geven dat de verschillende behoeften van de patiënt (begrijpen en begrepen worden) elkaar wederzijds beïnvloeden, evenals de affectieve en instrumentele gedragingen van de zorgverlener en de manier van *coping* door de patiënt (emotioneel of probleemgestuurd).

Het is belangrijk voor een verpleegkundige om zicht te krijgen op het *coping*-gedrag van de patiënt, omdat de hoeveelheid en soort informatie tijdens het gesprek hierop aangepast moeten worden. Coping is een manier om

met de stress van een bedreigende situatie om te gaan (bijvoorbeeld de gevolgen van een ernstige ziekte zoals kanker). Door het voorbereiden van patiënten op een ingrijpende behandeling zoals chemotherapie in een, in meerdere of mindere mate, levensbedreigende situatie kunnen verpleegkundigen proberen coping strategieën van patiënten positief te beïnvloeden. Voor het succes van een dergelijke interventie is het echter niet alleen van belang te kijken naar het verschil tussen de affectieve en cognitieve behoeften van een patiënt, maar is het ook zinvol om er als verpleegkundige op te letten of een patiënt veel of weinig informatie wil ontvangen. Weliswaar is het op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1995 voor een zorgverlener verplicht een patiënt van voldoende informatie te voorzien zodat deze een weloverwogen keuze kan maken in relatie tot zijn ziekte en behandeling, maar dit betekent niet automatisch dat patiënten niet verschillen in de uitgebreidheid en gedetailleerd van de informatie die zij willen ontvangen en kunnen verwerken.

Praktijkervaring verpleegkundige: 'Om goede voorlichting te kunnen geven, moet je eerst weten wie je voor je hebt, vandaar de anamnese. [...] Met de anamnese kom je achter de copingstijl van patiënten, wilt u alles weten, wilt u...[...] Om te kunnen aansluiten op hun behoeften, zeker bij oudere mensen, is het prettig als je die behoeften in ieder geval hebt leren kennen en inzicht hebt in hoe iemand wil omgaan met informatie.'

Het model van Miller (1996) gaat ervan uit dat het resultaat van het voorlichtingsproces niet alleen afhangt van de hoeveelheid informatie, maar ook van de kenmerken van de persoon die de informatie ontvangt. Miller maakt daarbij een onderscheid tussen *monitors*, dat wil zeggen personen die zoveel mogelijk informatie zoeken om zich voor te bereiden op een bedreigende situatie, en *blunters*, personen die weinig of geen informatie willen en elke confrontatie met de behandeling uit de weg gaan. De *monitors* (informatiezoekers) stellen in het algemeen (veel) vragen, zoeken en lezen zoveel mogelijk informatie en staan bij het gebeuren stil. Zij hebben behoefte aan vroegtijdige en uitgebreide informatie. Hiermee proberen zij controle te krijgen over de situatie om de stress die een ziekte of behandeling met zich mee brengt te verminderen. *Blunters* (informatievermijders) proberen de bedreiging te beheersen door de dingen

**Informatie-
zoeker**

**Informatie-
vermijder**

van zich af te zetten, door afleiding te zoeken. Zij hebben meer baat bij laattijdige en beknopte informatie.

VRAAG VAN VERPLEEGKUNDIGE AAN PATIËNT TIJDENS DE VOORLICHTING OVER EEN OPENHARTOPERATIE

Verpleegkundige: 'Heeft u enig idee wat er ongeveer gaat gebeuren?'

Partner: 'Hoeft ze niet te weten.'

Patiënt: 'Hoef ik niet te weten.'

Tijdens het geven van informatie is het van belang erachter te komen wat de voorkeursstijl van de patiënt is, *monitoring* (informatiezoekend), *blunting* (informatievermijdend) of ertussenin, en de wijze van voorlichting daar vervolgens op af te stemmen. Met andere woorden, de verpleegkundige overlegt met de patiënt hoe hij of zij geïnformeerd wil worden, welke en hoeveel informatie de patiënt wil ontvangen en indien mogelijk, wanneer de patiënt de informatie wil ontvangen, bijvoorbeeld onmiddellijk nadat een diagnose is gesteld of enige tijd later, wanneer de patiënt de diagnose enigszins heeft kunnen verwerken. In de praktijk zijn de 'echte' *blunters* in de minderheid. Er zijn echter wel veel (oudere) patiënten die de informatie gedoseerd (beetje bij beetje, verdeeld over meerdere consulten) willen ontvangen. Door steeds, tussentijds, te controleren wat de patiënt van de informatie begrepen heeft, kun je er als verpleegkundige achterkomen, wat bij een bepaalde patiënt het beste past.

1.2 Zes functiemodel

In de zorg voor patiënten heb je als verpleegkundige tussen de bedrijven door geregeld korte of langere momenten van informeel contact waarin je even bij de patiënt kunt gaan zitten en een praatje kunt maken over andere dan aan de ziekte of behandeling gerelateerde onderwerpen. In de meeste gevallen ga je echter een gesprek met een patiënt aan met één of meer doelen (uitkomsten) voor ogen. Zo kan het zijn dat je een patiënt wilt stimuleren meer therapietrouw te zijn of ervoor wilt zorgen dat een patiënt vertrouwen krijgt in de voorgestelde behandeling. Een specifiek gespreksdoel kun je bereiken door de verschillende functies die een gesprek daarvoor heeft. In een in 2009 door De Haes en Bensing gepubliceerd artikel zijn de volgende zes functies van een medisch consult beschreven die eveneens toepasbaar zijn in een verpleegkundig gesprek (zie tabel 1.2):

- 1 opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie
- 2 verwerven van informatie
- 3 verstrekken van informatie
- 4 komen tot beslissingen over de te volgen koers
- 5 ondersteunen van zelfmanagement
- 6 geven van aandacht aan emoties

TABEL 1.2 De zes functies van medische communicatie aangepast voor verpleegkundigen, met bijbehorende doelen en meer (+) en minder (-) te verwachten uitkomsten (De Haes & Bensing, 2009)

	Zes functie-model van medische communicatie	Doelen	Korte termijn uitkomsten	Middellange termijn uitkomsten	Lange termijn uitkomsten
1	Contact leggen en/of relatie onderhouden	Goede en effectieve relatie	Bijvoorbeeld + oogcontact + patiëntbetrokkenheid - fysiologische stress	Bijvoorbeeld + vertrouwen + gevoel van contact + tevredenheid over het consult	Bijvoorbeeld + patiënttevredenheid + gezondheid patiënt - stress zorgverlener
2	Informatie verzamelen	Inventarisatie van symptomen, klachten of bijwerkingen	Bijvoorbeeld + exploratief gedrag + uiten van zorgen door patiënt	Bijvoorbeeld + aanpassen behandeling - aanvragen diagnostische testen - medische fouten	Bijvoorbeeld + gezondheid patiënt + tevredenheid zorgverlener
3	Informatie geven	Goede informatiever-schaffing	Bijvoorbeeld + check begrip/ exploreer eerdere kennis - gebruik van jargon	Bijvoorbeeld + onthouden + begrip	Bijvoorbeeld - onzekerheid patiënt + autonomie patiënt
4	Beslissingen nemen	Besluiten genomen op basis van informatie en voorkeuren	Bijvoorbeeld + informatie gegeven + check van waarden en voorkeuren van patiënt	Bijvoorbeeld - twijfel over besluitvorming + tevredenheid met besluit	Bijvoorbeeld + tevredenheid met besluit + gezondheid patiënt
5	Bevorderen van ziekte- en behandelingsge-relateerd gedrag	Adequaat en haalbaar ziekte- en behandelingsge-relateerd gedrag	Bijvoorbeeld + motivatie en effectiviteit van patiënt besproken	Bijvoorbeeld + ziektegerelateerd gedrag + therapietrouw + leefstijl	Bijvoorbeeld + gezondheid patiënt + kwaliteit van leven patiënt
6	Omgaan met emoties	Steunen van de patiënt	Bijvoorbeeld + exploreren + gebruik stilte + uiten emoties door patiënt	Bijvoorbeeld + gevoel van steun patiënt + adequate behandeling psychische problemen	Bijvoorbeeld + emotioneel welbevinden patiënt - psychisch welzijn

Elk van deze functies is verbonden met een concreet doel dat in het gesprek bereikt moet worden. Zo is bijvoorbeeld de functie 'informatieverzameling' rechtstreeks verbonden met het doel van de zorgverlener in het consult om de symptomen van een patiënt in de juiste context te plaatsen. Als het doel is bepaald, kan vervolgens worden ontleed welk type communi-

Gespreksdoel

catie nodig is om het gewenste doel te bereiken; in dit geval een combinatie van open- en gesloten vragen, alsmede op het geschikte moment een open, luisterende houding aannemen die patiënten de ruimte geeft hun eigen verhaal te vertellen. Want: 'als je alleen vragen stelt, krijg je ook alleen antwoorden' (Marinker, 1997).

Door de communicatie in meerdere functies uit te splitsen en aan bepaalde uitkomsten te koppelen, wordt duidelijk welke vaardigheden in de opleiding getraind moeten worden om bepaalde uitkomsten van een gesprek te bereiken (De Haes & Bensing, 2009).

Haes, H. de, Bensing, J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling* 2009;74:287-294

Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes

ABSTRACT

Objective. The evidence base of medical communication has been underdeveloped and the field was felt to be in need for thorough empirical investigation. Studying medical communication can help to clarify what happens during medical encounters and, subsequently, whether the behavior displayed is effective. However, before effectiveness can be established, one should argue what functions or goals the communication has and what outcomes are relevant in medical communication research.

Results and conclusions. In the present paper, we first suggest the six function model of medical communication based on the integration of earlier models. The model distinguishes (1) fostering the relationship, (2) gathering information, (3) information provi-

sion, (4) decision making, (5) enabling disease and treatment-related behavior, and (6) responding to emotions. Secondly, a framework for endpoints in such research is presented. Immediate, intermediate and long-term outcomes are distinguished on the one hand and patient-, provider- and process- or context-related outcomes on the other. Based on this framework priorities can be defined and a tentative hierarchy proposed. Health is suggested to be the primary goal of medical communication as are patient-related outcomes. Dilemmas are described. Finally, in medical communication research, theory is advocated to link health care provider behavior or skills to outcomes and to connect intermediate outcomes to long-term ones.

Practice implications. By linking specific communication elements to concrete endpoints within the six function model of medical communication, communication will become better integrated within the process of medical care. This is helpful to medical teachers and motivational to medical students. This approach can provide the place to medical communication it deserves in the center of medical care.

1.3 Patiëntgerichtheid

Van patiëntgerichtheid is volgens sommigen sprake als een zorgverlener gericht is op het achterhalen van het perspectief van de patiënt, wanneer er wederzijds begrip is en een gedeelde regie (Zandbelt, 2006). Anderen onderscheiden bij patiëntgerichtheid drie hoofdgroepen van communicatieve gedragingen: het begrijpen van de ziekte, het begrijpen van de patiënt in diens context, en het ontwikkelen van een gemeenschappelijke agenda (Brown e.a., 2001a; Stewart e.a., 1995). Epstein e.a. (2005) beschrijven patiëntgerichtheid aan de hand van de volgende drie kernwaarden die een zorgverlener zou moeten nastreven: het in acht nemen van de persoonlijke behoeften, het standpunt en de individuele ervaringen van de patiënt; patiënten de gelegenheid geven te participeren in het gesprek en input te geven; en het verbeteren van begrip en *partnership* in de zorgverlener-patiëntrelatie. Wat de verschillende definities gemeenschappelijk hebben, is dat een patiëntgerichte zorgverlener met de patiënt communiceert over diens beleving van de ziekte en daaraan gerelateerde behandelingen, optimaal inspeelt op de behoeften, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt en de patiënt stimuleert om actief te participeren in de besluitvorming. Patiëntgericht gedrag van de zorgverlener is er primair op gericht om het perspectief van de patiënt in de communicatie te verwerken (Street, 2003). Dit is een benadering waarbij de patiënt gezien wordt als een uniek persoon en waarbij de communicatie van de zorgverlener wordt afgestemd op het individu (Zandbelt e.a., 2006; Epstein e.a., 2005; Krupat e.a., 2000). Het gaat hierbij niet om één benadering die bij alle patiënten wordt toegepast, maar het gebruik van flexibele benaderingen afgestemd op de persoonlijke behoeften van de patiënt. Zoals eerder aangegeven kunnen deze worden onderverdeeld in cognitieve en affectieve behoeften.

Een zorgverlener die een patiëntgerichte stijl hanteert, motiveert de patiënt dus om actief deel te nemen aan het gesprek en geeft de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten (Zandbelt e.a., 2007). Bij een patiëntgerichte communicatiestijl gebruikt de zorgverlener communicatief gedrag dat het gesprek 'vergemakkelijkt', ook wel faciliterend gedrag genoemd. Faciliterend gedrag is communicatief gedrag dat patiënten aanmoedigt hun perspectief nader toe te lichten, bijvoorbeeld door middel van het stellen van open vragen en het geven van verbale of non-verbale aanmoediging. Daarnaast kenmerkt een patiëntgerichte communicatiestijl zich door de afwezigheid van gedrag dat 'ontmoedigt', ook wel inhiberend gedrag genoemd. Dit is communicatief gedrag dat de patiënt beperkt in het uiten van zijn standpunt, bijvoorbeeld door te switchen van onderwerp of door de voorbarige verzekering dat het allemaal goed komt (Zandbelt e.a., 2005). In de praktijk blijkt het niet altijd gemakkelijk te zijn om patiëntgericht te communiceren. Tijdens een regulier bezoek aan de huisarts stellen patiënten gemiddeld genomen niet meer dan vijf vragen (Van Dulmen, 2002) en zorgverleners onderbreken de patiënt vaak tijdens de presentatie van hun klachten (Marvel e.a., 1999). Dat wil overigens niet per definitie zeggen dat de zorgverlener niet patiëntgericht is. Niet elke patiënt is in staat om adequaat te reageren op een patiëntgerichte communicatiestijl van de zorgverlener en niet elke patiënt wenst betrokken te worden bij het nemen van een behandelbeslissing. Zo kunnen patiënten die erg angstig zijn bijvoorbeeld een voorkeur hebben voor een minder patiëntgerichte benadering (Graugaard & Finset, 2000).

Patiënt-
gerichtheid

Kernwaarden

Faciliterend
gedrag

Inhiberend
gedrag

Al met al is goed luisteren naar de patiënt en proberen erachter te komen in welke mate deze actief wil participeren en meebeslissen misschien wel de essentie van patiëntgerichte communicatie (Van Dulmen, 2003).

Het belang van een patiëntgerichte benadering blijkt uit het onderzoek van Zandbelt e.a. (2007). De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat patiëntgerichte communicatie door medisch specialisten ervoor zorgt dat de patiënt erop vertrouwt dat zijn probleem volledig is besproken en begrepen door de arts. Dit resulteert in een concretere diagnose en een effectievere behandeling. Daarnaast bewerkstelligt deze strategie een gevoel van gedeeld *ownership* van de behandeling. Dit zorgt ervoor dat patiënten zich actiever betrokken voelen bij hun behandeling. Ook blijkt dat patiënten meer tevredenheid ervaren wanneer hun zorgverlener faciliterende communicatie gebruikt dan wanneer hij inhiberend gedrag vertoont. Onderzoek naar patiëntgerichtheid in de huisartsenpraktijk onder zeer verschillende patiëntenpopulaties heeft niet kunnen uitwijzen dat patiëntgerichtheid leidt tot betere gezondheidsuitkomsten (Mead & Bower, 2002). Uit een literatuuronderzoek van Michie e.a. (2003) naar patiëntgerichtheid bij chronisch zieken, met name mensen met hypertensie, type-2-diabetes of astma, bleek echter wel een relatie met gezondheidsuitkomsten. Vooral het activeren van patiënten (een van de dimensies van patiëntgerichtheid) bleek in dit onderzoek samen te hangen met goede gezondheidsuitkomsten. De verwachting is dat bij andere patiëntgroepen, bijvoorbeeld mensen met een levensbedreigende ziekte of een ziekte met een onvoorspelbaar verloop, juist de vaardigheid van de zorgverlener om het perspectief van de patiënt te achterhalen (een andere dimensie van patiëntgerichtheid) essentieel is om optimale behandelresultaten te behalen (Van Dulmen, 2003). Een diagnose als kanker is complex en stressvol en blijkt bij een derde van de patiënten een jaar na de diagnose tot een depressie te leiden (Booth e.a., 1999). Het bewust geven van ruimte aan de patiënt om zorgen en angsten te bespreken kan op zichzelf al een therapeutisch effect hebben (Van Dulmen, 2003).

1.4 Patiëntparticipatie

Patiëntparticipatie

In de gezondheidszorg in de 21e eeuw speelt de actieve patiënt een centrale rol. Participatie van patiënten is immers een belangrijke voorwaarde voor het vergroten van zelfmanagement bij patiënten. Patiënten krijgen daardoor meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en ziekte en de kosten van de gezondheidszorg kunnen beter in de hand worden gehouden; men spreekt in dat verband wel over een verschuiving in de gezondheidszorg van aandacht voor zorg en ziekte naar aandacht voor gedrag en gezondheid. Vanuit die overtuiging zijn inmiddels vele zorgstandaarden ontwikkeld waarin de patiënt zoveel mogelijk deel uitmaakt van het behandelteam. Patiëntparticipatie kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Zo wordt daarmee vaak gerefereerd aan de vermeende toename in mondigheid van patiënten. Patiënten zouden meer dan voorheen actief van zich laten horen en eisen stellen aan de zorg. Bij het vaststellen van gezondheidszorgbeleid wordt vaak uitgegaan van een dergelijke actieve, participerende patiënt, maar het is de vraag of de patiënt werkelijk zo actief is in de spreekkamer. Patiëntparticipatie tijdens medische consulten lijkt toch iets heel anders te zijn.

Mondigheid

Uitspraak Inspecteur-generaal prof. dr. Gerrit van der Wal bij de uitreiking van het boek *Dokter is ziek* van Gonny ten Haaft op 30 maart 2010 in Den Haag:

‘Als je plat ligt of moet wachten, zakt je assertiviteit’

Onder patiëntparticipatie tijdens consulten verstaan we de mate waarin patiënten actief deelnemen aan het gesprek met een zorgverlener met het doel een significante invloed te hebben op de inhoud en de structuur ervan alsmede op de overtuigingen en het gedrag van de zorgverlener (Street & Millay, 2000). In onderzoek wordt participatie van de patiënt vaak gemeten door het aantal verbale uitingen van de patiënt te tellen en in het bijzonder het aantal vragen dat de patiënt stelt in een consult. Dit is slechts één manier om participatie te meten. Een andere manier is te kijken naar de mate van interactiviteit in de dialoog tussen zorgverlener en patiënt (Roter e.a., 2008). Interactiviteit zegt iets over het aantal beurtwisselingen tussen de zorgverlener en de patiënt in een bepaalde tijdseenheid, bijvoorbeeld een minuut. Hoe meer beurtwisselingen, hoe groter de interactiviteit en hoe groter de participatie van de patiënt. Voorsnog wordt de actief participerende patiënt nog niet in elk zorgverleningscontact teruggezien. Anders dan men zou verwachten, zijn patiënten in de spreekkamer in de afgelopen twintig jaar zelfs minder gaan praten, minder (biomedische) vragen gaan stellen en minder zorgen gaan uiten (Bensing e.a., 2008). Dat betekent dat je er als verpleegkundige niet zomaar van kunt uitgaan dat de patiënt zelf met zijn zorgen en vragen komt. Met patiëntgerichte communicatie (zie ook paragraaf 1.3) kun je als verpleegkundige de inbreng en participatie van de patiënt wel stimuleren. Ook al blijken vooral jonge, hoogopgeleide patiënten, zonder een ernstige aandoening, de voorkeur te geven aan een actieve rol in de zorgverlener-patiëntrelatie (Benbassat e.a., 1998), toch zijn er ook in die groep altijd patiënten die moeite hebben zich actief op te stellen (Bensing & Verhaak, 2004) of die er de voorkeur aan geven (tijdelijk) niet te participeren. Echt patiëntgerichte zorg houdt in dat de verpleegkundige rekening houdt met de gewenste (non-)participatie van de patiënt (Schoot e.a., 2005).

Interactiviteit

Patiënten actief bij het consult betrekken vergroot de kans dat de informatie die verkregen wordt voor hen persoonlijk relevant is. Volgens het *Elaboration Likelihood Model* (ELM) (Petty & Cacioppo, 1986) wordt persoonlijk gemaakte informatie cognitief beter verwerkt dan algemene informatie. Ook uit recenter onderzoek blijkt dat persoonlijk gemaakte informatie voor een individu effectiever is dan algemene informatie (Noar e.a., 2007). Dergelijke informatie op maat wordt ook wel *getailorde* informatie genoemd. In mondelinge gesprekken tussen zorgverleners en

Elaboration Likelihood Model

patiënten heeft getailorde informatie, dus informatie die optimaal is afgestemd op de behoeften en verwachtingen van de patiënt, de voorkeur. Aanvullend op de mondelinge informatie is er het afgelopen decennium ook veel gebruikgemaakt van getailorde interventies. *Tailoring* kan gedefinieerd worden als

Tailoring

'elke combinatie van informatiestrategieën die erop gericht is een specifieke persoon te bereiken, gebaseerd op kenmerken die uniek zijn voor deze persoon, gerelateerd aan diens behoeften en gebaseerd op een individueel assessment' (Kreuter e.a., 2000, p. 277).

Getailorde interventies voorzien patiënten van informatie in de vorm van schriftelijke folders of via informatie op het internet die is aangepast aan individuele eigenschappen. Onderzoek naar de effecten van tailoring zijn tot nu toe met name afkomstig uit interventies waarbij gebruikgemaakt wordt van schriftelijk voorlichtingsmateriaal (Lustria e.a., 2009). Van getailorde informatie is bekend dat het vaker wordt gelezen, beter wordt onthouden en als meer persoonlijk relevant wordt ervaren dan standaardinformatie (Brug e.a., 1999; Kreuter e.a., 1999; Kreuter & Wray, 2003). Het maakt het mogelijk om patiënten van individuele feedback te voorzien, wordt cognitief intensiever verwerkt, bevat minder overbodige informatie en wordt als meer positief ervaren (Brug e.a., 2003). Een meta-analyse van Noar e.a. (2007) laat bovendien zien dat getailorde informatie meer effect op gewenste gedragsverandering bij patiënten heeft dan standaardinformatie.

Question Prompt Sheet

Een voorbeeld van een getailorde interventie is een zogeheten *Question Prompt Sheet* (QPS). Een QPS is een lijst met mogelijke vragen die de patiënt zou kunnen stellen over zijn ziekte of behandeling. De patiënt kan voorafgaand aan een gesprek met een zorgverlener aankruisen welke vragen hij zou willen stellen en bereidt zich daardoor beter op het gesprek voor. Uit onderzoek is gebleken dat een QPS tevens effectief is om de participatie van de patiënt tijdens het gesprek te vergroten (Brown e.a., 2001b; Dimoska e.a., 2008; Van der Meulen e.a., 2008). Over het algemeen vinden patiënten het gebruik van een QPS prettig. Het is wel van belang dat als een QPS aan patiënten aangeboden wordt de zorgverlener de patiënt tijdens het gesprek actief uitnodigt om de vragen die de patiënt heeft aangekruist ook werkelijk te stellen. Doet de zorgverlener dit niet, dan is het effect averechts (Brown e.a., 2001b).

Samenvatting

- ▶ Veelgebruikte theoretische modellen voor communicatie in de gezondheidszorg zijn:
 - het stress-copingmodel
 - het zes functiemodel
 - ▶ Elke patiënt heeft twee soorten behoeften
 - cognitieve ofwel instrumentele behoeften: de patiënt wil begrijpen wat er met hem aan de hand is
 - affectieve behoeften: de patiënt wil aandacht en gerustgesteld worden
 - ▶ Om effectief te communiceren moet je je aandacht dus op twee sporen richten:
 - op de kwaliteit van je instrumentele boodschap; dit kun je doen door heldere uitleg en advies te geven, afgestemd op de cognitieve behoeften van de patiënt
 - op de kwaliteit van je affectieve boodschap; dat wil zeggen op de mate waarin je tegemoetkomt aan de behoefte aan emotionele steun van de patiënt
 - ▶ Patiëntgerichtheid is een voorwaarde voor kwalitatief goede communicatie.
- Een patiëntgerichte verpleegkundige communiceert met de patiënt over diens beleving van de ziekte en daaraan gerelateerde behandelingen, speelt optimaal in op de behoeften, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt en stimuleert de patiënt om actief te participeren in de besluitvorming.
- ▶ De zes functies van het zes functiemodel zijn:
 - 1 het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie
 - 2 het verwerven van informatie
 - 3 het verstrekken van informatie
 - 4 het komen tot beslissingen over de te volgen koers
 - 5 het ondersteunen van zelfmanagement
 - 6 het geven van aandacht aan emoties
 - ▶ Iedere patiënt heeft zijn eigen voorkeurstijl wat betreft het willen ontvangen van informatie, ook wel aangeduid met:
 - monitoring, dat wil zeggen dat de patiënt informatiezoekend is
 - blunting, dat wil zeggen dat de patiënt informatievermijdend is