

COMMUNICATIE ZELFTEST



EEN BROCHURE MET EEN ZELFTEST EN TIPS OVER COMMUNICATIE,
BEDOELD VOOR ARTSEN

MediRisk

COLOFON

Dit is een uitgave van Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A.

Atoomweg 100

Postbus 8409

3503 RK Utrecht

Telefoon (030) 247 4810

Fax (030) 247 42 88

E-mail medirisk@VVAA.nl

Tekst en concept: Titia Struiving, tekst en advies Groningen
(struivingtm@home.nl)

Advies: Josje Noorlander, senior adviseur communicatie in de gezondheidszorg (jnoorlander@planet.nl)

Vormgeving: Vormgeving & Traffic, VVAA

Utrecht, februari 2003

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze, zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van MediRisk B.A.

© MediRisk B.A.

WOORD VOORAF

Vaak speelt communicatie een rol bij het indienen van een klacht of een schadeclaim, of het nu gaat om een misverstand dat uitgroeit tot een claim of om een daadwerkelijke communicatiefout die leidt tot een fout in de zorgverlening en schade bij de patiënt. Om samen met hulpverleners te streven naar het voorkómen van dergelijke klachten en claims heeft MediRisk deze communicatie zelftest ontwikkeld.

Nu is het onderwerp 'communicatie' te grillig om in enkele eenvoudige richtlijnen te vangen. Ieder mens is anders, en de interactie tussen twee mensen derhalve ook. Zelfkennis biedt de beste opening om tot verbetering te komen.

Deze zelftest is dan ook een speelse uitnodiging tot zelfonderzoek, niet meer en niet minder. Wetenschappelijke pretenties hebben we niet, maar wel hopen we dat de zelftest u enkele eye-openers zal bieden.

TOELICHTING OP DE ZELFTEST

Test uzelf

In deze brochure vindt u een korte zelftest, waarmee u een indicatie kunt krijgen van wat uw stijl van communiceren is. Het werkt eenvoudig: u beantwoordt tien meerkeuzevragen. U berekent uw score en leest uw (vermoedelijke) stijl af in de tabel. Verderop in de brochure volgt per stijl een beschrijving van de sterke punten én de valkuilen.

Niet één de beste

Als arts besteedt u veel tijd aan het communiceren met uw patiënten. Natuurlijk wilt u graag dat de communicatie goed verloopt. Maar wat is nu exact 'goede' communicatie? Op deze vraag is in wezen geen eenduidig antwoord te geven. Er is niet één goede manier van doen en handelen. Iedereen heeft een eigen communicatieve stijl, met (afhankelijk van de situatie) bruikbare en minder bruikbare kanten. Dit geldt zowel voor de arts als voor de patiënt. In deze test vindt u dan ook niet één stijl die 'de beste' is. In elke stijl zitten elementen die geschikt zijn, het gaat erom dat u er goed gebruik van weet te maken.

Inzicht in uw eigen stijl

Goed communiceren begint ermee dat u uw eigen sterke punten maar ook uw valkuilen (h)erkent en dat u in staat bent om, waar nodig, elementen uit een andere stijl toe te passen.

We hopen dat deze test u hierbij op weg kan helpen. Achter in de brochure vindt u titels van relevante literatuur en praktische trainingsmogelijkheden.

Het invullen van de test neemt ten hoogste 5 minuten in beslag.

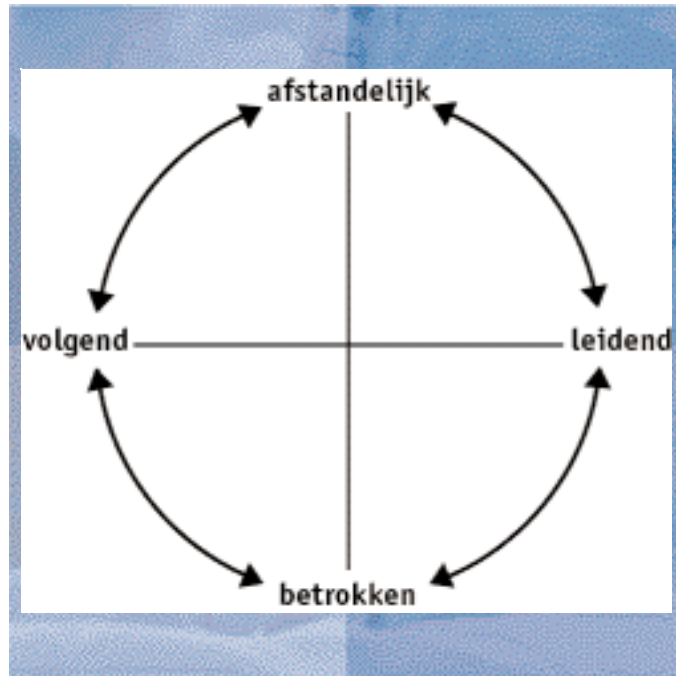
TEST UW STIJL VAN COMMUNICEREN

Denk aan uw spreekuur en beantwoord de volgende vijf vragen. Omcirkel het antwoord dat het meest bij u past.

1. Uw volgende patiënt is aan de beurt. Hoe geeft u dat door?
 - A. De assistente geeft aan dat de patiënt binnen mag komen
 - B. Ik roep de patiënt op via de intercom
 - C. Ik loop de spreekkamer uit en haal de volgende patiënt zelf op
2. Voorkomt u tijdens gesprekken met patiënten storingen door derden?
 - A. Ik streef er wel naar, ook al lukt dat niet altijd
 - B. Nee, want daar is in mijn situatie geen beginnen aan
 - C. Niet altijd; soms is een korte storing helemaal niet zo erg
3. Wat doet u als een patiënt veel uitweidt over dagelijkse problemen?
 - A. Ik laat de patiënt uitpraten, maar ga niet op het gesprokene in
 - B. Ik probeer het verhaal toch geïnteresseerd te blijven volgen
 - C. Ik vat samen wat de patiënt gezegd heeft en vervolg het gesprek
4. Hoe opent u het gesprek met een nieuwe patiënt?
 - A. Met een algemene geïnteresseerde vraag, zoals 'hoe gaat het?'
 - B. Ik begin direct met de bespreking van de klacht
 - C. Ik maak een kort praatje om het ijs te breken
5. Hoe begint u de anamnese?
 - A. Wat kan ik voor u doen?
 - B. Hoe bent u hier bij mij terechtgekomen?
 - C. Ik heb begrepen dat u komt voor (x of y)

Stelt u zich de volgende situaties voor en omcirkel het antwoord dat het meest bij u past

6. Een patiënt heeft moeite met het nemen van een beslissing. Hoe helpt u hem of haar daarbij?
 - A. Ik zet in eerste instantie alle medische feiten nog eens voor hem of haar op een rij
 - B. Ik vraag naar de afwegingen van de patiënt en of de patiënt bijvoorbeeld meer informatie of een vervolgesprek wenst
 - C. Ik vertel de patiënt dat ik begrijp dat het moeilijk is
7. In welke communicatieve situatie voelt u zich gewoonlijk het meest op uw gemak?
 - A. Als ik met collega's overleg over patiënten
 - B. Als ik met de patiënt praat tijdens mijn spreekuur
 - C. Als ik echt even tijd kan maken voor de patiënt
8. U loopt visite en een patiënt stelt u een vraag. U kent de patiënt al langere tijd. Welke positie neemt u bij voorkeur in?
 - A. Ik ga op een krukje of stoel naast het bed zitten binnen gehoorsafstand van de patiënt
 - B. Ik ga wat nonchalant op de rand van het bed zitten
 - C. Ik blijf aan het bed staan
9. Een patiënt heeft het zichtbaar moeilijk tijdens een gesprek. Wat doet u?
 - A. Ik wil geen olie op het vuur gooien, dus ik ga er niet echt op in
 - B. Ik toon begrip en vraag door op de problemen
 - C. Ik toon begrip, laat de patiënt op adem komen en ga dan door met het gesprek zoals gepland
10. Hoe communiceert u, als blijkt dat er iets niet goed gegaan is bij een behandeling?
 - A. Ik zoek de zaak eerst grondig uit voordat ik de patiënt inlicht
 - B. Als de patiënt contact met mij zoekt, voer ik een gesprek om het uit te leggen
 - C. Ik zoek contact met de patiënt en zeg toe snel meer opheldering te zullen verschaffen.



De stijlcirkel;

voorbeeld (1): als u een afstandelijke houding hebt en in het gesprek een actieve (leidende) rol op u neemt, dan noemen we uw stijl zakelijk;

voorbeeld (2): als u een betrokken houding hebt en in gesprekken uw gesprekspartner volgt, dan noemen we uw stijl meelevend.

BEREKEN UW SCORE

- 1 A=2 B=1 C=3 _
- 2 A=3 B=1 C=2 _
- 3 A=1 B=3 C=2 _
- 4 A=3 B=1 C=2 _
- 5 A=3 B=2 C=1 _
- 6 A=1 B=2 C=3 _
- 7 A=1 B=2 C=3 _
- 8 A=2 B=3 C=1 _
- 9 A=1 B=3 C=2 _
- 10 A=1 B=2 C=3 _

Uw punten totaal: _ punten

Toelichting bij de score

- 12 tot 16 punten: zie gereserveerde stijl (pagina 8/9)
- 16 tot 20 punten: zie zakelijke stijl (pagina 10/11)
- 20 tot 24 punten: zie geïnteresseerde stijl (pagina 12/13)
- 24 tot 30 punten: zie meelevende stijl (pagina 14/ 15)

Afhankelijk van uw score totaal komt u ergens op een van de kwarten van de onderstaande stijlcirkel uit. Zoals gezegd is geen van deze stijlen per definitie 'slecht' of 'goed'. De kwaliteiten en de valkuilen van elke stijl afzonderlijk worden hierna besproken. 'Spieken' bij andere stijlen is toegestaan!

DE GERESERVEERDE STIJL

U wacht af met welke vragen de patiënt komt. U stelt alleen de noodzakelijke vragen. Uw lichaamstaal is ‘gesloten’. U maakt weinig oogcontact en uit uw houding of gezichtsexpressie is niet duidelijk af te lezen wat u denkt.

Kwaliteiten

Als u een gereserveerde stijl hebt, zult u over het algemeen correct overkomen. Patiënten die zelf een gereserveerde stijl hebben en/of die veel waarde hechten aan privacy, stellen gereserveerdheid bij de arts vaak op prijs. U geeft patiënten het gevoel dat u uw mond niet snel voorbij zult praten. Ook voelen zij zich niet onder druk gezet om meer te vertellen dan nodig is. U belooft geen dingen die u niet waar kunt maken en u dwingt met uw houding een zekere mate van respect af.

Valkuilen

Het gevaar van deze stijl is dat patiënten zich belemmerd kunnen voelen om hun klacht te vertellen en dat u dus niet de volledige informatie krijgt die u nodig hebt om (bijvoorbeeld) een goede diagnose te kunnen stellen. Ook kan het zijn dat de patiënt vindt dat u koel of koud overkomt. Om dit te voorkomen zijn er twee adviezen te geven.

Ten eerste: probeer, zonder uzelf te forceren, afen toe meer uiting te geven aan uw betrokkenheid. Een korte zin als: ‘ik begrijp dat dit vervelend voor u is’, kan soms al heel effectief zijn. Misschien vreest u dat u met zo’n opmerking onbeheersbare reacties of ongebreidelde verhalen bij de patiënt oproept. In de praktijk blijkt dat zelden zo te zijn. Eerder is het omgekeerde het geval. De patiënt voelt zich door zo’n opmerking erkend in zijn of haar gevoelens en vervolgens is de weg weer vrij om over feitelijke aspecten te spreken.

Ten tweede: zorg dat u voldoende het voortouw in het gesprek neemt en aan de patiënt laat blijken dat het belangrijk is dat u voldoende informatie van de patiënt krijgt. Breng een goede structuur aan in uw gesprekken. Zie hier voor ook: de zakelijke stijl.

Soms leiden oververmoeidheid, te hoge werkdruk of (plotselinge) tegenslag en een bijbehorend gevoel van onmacht tot een gereserveerde stijl. Dat is een lastig probleem, waardoor u in een neergaande spiraal terecht kunt komen. Het is dan aan te bevelen om actie te ondernemen.

Bijzondere aandachtspunten

Was uw antwoord op vraag 1: B?

1. Uw volgende patiënt is aan de beurt. Hoe geeft u dat door?
 - B. Ik roep de patiënt op via de intercom.

Hoewel een intercom handig lijkt, kan het zijn dat de patiënten die u oproept zich afstandelijk behandeld voelen, terwijl ze een persoonlijke benadering verwachten. Het lijkt een kleinigheid, maar een persoonlijk welkom verdient de voorkeur. Zeker als uw stijl verder gereserveerd is. Een goed begin bevordert een soepel verder verloop van de communicatie.

Was uw antwoord op vraag 7: A?

7. In welke communicatieve situatie voelt u zich gewoonlijk het meest op uw gemak?
 - A. Als ik met collega’s overleg over patiënten

Het is mogelijk dat u gespreksvoering niet het leukste onderdeel van uw vak vindt. Misschien bent u meer vakinhoudelijk gericht en praat u makkelijker met vakgenoten dan met leken. Het is in dat verband aardig om te weten dat de principes van goede communicatie met collega’s in wezen niet anders zijn dan de principes van goede communicatie met patiënten. Wat u leert op het ene vlak kunt u dus ook op het andere toepassen.

Was uw antwoord op vraag 10: A?

10. Hoe communiceert u, als blijkt dat er iets niet goed gegaan is bij een behandeling?
 - A. Ik zoek de zaak eerst grondig uit voordat ik de patiënt inlicht

Omgaan met fouten is zo ongeveer het moeilijkste dat er is. Communiceren over gemaakte fouten ook. Uw neiging kan zijn dat u ‘beslagen ten ijs’ wilt komen en dat u tot die tijd geen mededelingen doet. Als de patiënt of familie intussen ‘nattigheid voelt’ dan loopt de spanning onnodig op. Er kan na verloop van tijd zelfs een blok tegen u gevormd worden. Zo snel mogelijk contact zoeken en open kaart spelen is altijd beter. Als er iets uitgezocht moet worden, dan kunt u dat immers vermelden.

DE ZAKELIJKE STIJL

Uw gesprekken zijn to-the-point. U neemt het voortouw in het gesprek. U weet wat u weten wilt en u zorgt dat u er achter komt. Uw lichaamstaal is vaak 'gesloten'. U hebt vooral oogcontact met de patiënt wanneer deze antwoord geeft op uw vragen. Uit uw houding of gezichtsexpressie is niet duidelijk af te lezen wat u denkt.

Kwaliteiten

De zakelijke stijl is voor een arts heel goed hanteerbaar in de praktijk. Vooral bij het voeren van diagnostische gesprekken kunt u er aardig mee uit de voeten. U houdt de zakelijke spelregels van de gespreksvoering in de gaten. U kondigt van tevoren aan hoelang het gesprek kan duren, wat achtereenvolgens aan de orde komt. U geeft ook van tevoren aan wanneer er ruimte is voor het stellen van vragen en u zorgt dat die gelegenheid er ook werkelijk is. U bewaakt de hoofdlijnen.

Valkuilen

In de zakelijke efficiënte aanpak schuilt een gevaar – vooral bij zaken die voor u routine zijn. Het kan voorkomen dat een gesprek opeens niet vlot meer loopt. De patiënt wordt onzeker of haakt af. Het gevolg is dat u de informatie niet goed of snel boven water krijgt. Ook kunt u momenten krijgen waarop de verveling toeslaat.

De reden voor deze stroefheid is dat de patiënt, die ook met een eigen 'agenda' bij u zit, zijn of haar punten niet kwijt kan. De patiënt geeft wel netjes antwoord, maar heeft eigenlijk het gevoel dat het gesprek niet echt over de kern van de zaak gaat, wat ongenoegen teweegbrengt.

Om dit te voorkomen is het nuttig om vooral in het begin, maar ook in de loop van het gesprek voldoende ruimte te laten voor de patiënt om te vertellen wat voor hem of haar belangrijk is. In feite vult u uw zakelijke stijl dan aan met enkele elementen uit de geïnteresseerde stijl. Voor teveel afdwaling van de klacht als zodanig hoeft u niet bang te zijn, u bent immers voldoende in staat om op elegante wijze de draad van het gesprek weer op te pakken.

Bijzondere aandachtspunten

Was uw antwoord op vraag 2: B of C?

2. *Voorkomt u tijdens gesprekken met patiënten storingen door derden?*
 - B. Nee, want daar is in mijn situatie geen beginnen aan
 - C. Niet altijd; soms is een korte storing helemaal niet zo erg

Storingen tijdens een gesprek zijn grote energieveterslinders. Het is mogelijk dat u zich desondanks wel goed kunt concentreren. Een patiënt is daar vaak minder goed toe in staat omdat hij voor u zit met afleidende gedachten en gevoelens (zoals onzekerheid en angst). Hij ervaart een storing snel als een afwijzing en raakt eerder de draad van het gesprek kwijt, ook al zal hij proberen dit te verbergen. Het is dus zeker de moeite waard om storingen te beperken. Een poli-assistente die goed het verschil kent tussen zogenaamde spoed en echte spoed kan de meeste storingen afvangen. Misschien kunt u tijdens spreekuren uw pieper in het rek zetten en afspreken dat een collega waarneemt?

Was uw antwoord op vraag 6: A?

6. *Een patiënt heeft moeite met het nemen van een beslissing. Hoe helpt u hem of haar daarbij?*
 - A. Ik zet in eerste instantie alle medische feiten nog eens voor hem of haar op een rij

Hoe correct dit antwoord op zich ook lijkt, in de praktijk kan het wel eens té koel overkomen (mede afhankelijk van de communicatiestijl van de patiënt). U kunt dat merken doordat de feiten die u opsomt 'ergens in de lucht' blijven hangen. In dat geval is de methode uit antwoord B beter (Ik vraag naar de afwegingen van de patiënt en of de patiënt bijvoorbeeld meer informatie of een vervolggesprek wenst). Hiermee geeft u namelijk aan dat u begrip hebt voor de individuele problemen van de patiënt en laat u het initiatief bij de patiënt. Pas als de patiënt ervoor openstaat is het zinvol om te komen met heldere, betrouwbare en op de persoon toegesneden medische informatie. Dat kan eventueel ook aanvullende schriftelijke informatie zijn.

DE GEÏNTERESSEERDE STIJL

In uw gesprekken neemt u de leiding, maar daarbij biedt u uw gesprekspartner voldoende gespreksruimte. U bent geïnteresseerd in de vragen en ervaringen van de patiënt. Uw houding is open, u kijkt de patiënt regelmatig aan, zowel bij vragen als bij antwoorden. U let ook op de non-verbale signalen van de patiënt en weet die te duiden en zondig te benoemen.

Kwaliteiten

Deze stijl is voor een arts goed bruikbaar. Met name ook bij wat complexere gesprekken en in situaties die precair of emotioneel zijn. Als u vaker contact hebt met dezelfde patiënten, dan zult u, omdat dat ook medisch gezien van belang is, automatisch wat dieper ingaan op persoonlijke ervaringen en leefwijze van de patiënt. Zeker patiënten met een open stijl ervaren u als een plezierige gesprekspartner.

Valkuilen

Bij de geïnteresseerde stijl is het vaak lastig om een prettig gesprek snel af te ronden, zonder bot te zijn. Een hulpmiddel is: structureer uw gesprekken van tevoren door een duidelijke tijdsgrens af te spreken en ook door tussentijds en aan het einde de inhoud van het besprokene goed samen te vatten. Maak zondig een nieuwe afspraak.

Verder bestaat het gevaar dat u in gesprekken teveel ingaat op details, waardoor uw gesprekken kunnen uitlopen. U hebt daarom goede gespreksvaardigheden nodig om het gesprek (met behoud van respect voor de patiënt) op de rails te houden. Zie hiervoor ook: de zakelijke stijl.

Bijzondere aandachtspunten

Was uw antwoord op vraag 5: A?

5. *Hoe begint u de anamnese?*

A. Wat kan ik voor u doen?

Wilt u hogeschoolwerk op communicatief gebied verrichten, dan is het prachtig om een gesprek te beginnen met een open vraag, zoals 'Wat kan ik voor u doen'. De patiënt krijgt de gelegenheid zijn of haar ideeën op tafel te leggen en u kunt dan samenvatten wat gezegd is, het gesprek de goede richt-

ing opbuigen, doorvragen en toch nog op tijd tot een conclusie komen. Als u de technieken perfect beheerst, is dat heel fraai. Maar is dat niet het geval, dan is het een gevaarlijke openingszet. U begint heel vriendelijk maar gaandeweg kunt u toch gespannen raken. De tijd gaat dringen en u hebt nog niet alle informatie. Het slot raakt in de verdrukking en aan het eind van het gesprek bent u moe of ontevreden. In de realiteit van alledag is een zakelijke opening zoals in antwoord C "Ik heb begrepen dat u komt voor (x of y)..." praktischer. U kadert het onderwerp van gesprek daarmee in. Wel is het prima om de patiënt daarna voldoende ruimte te geven voor een persoonlijke toelichting.

Was uw antwoord op vraag 9: B of C?

9. *Een patiënt heeft het zichtbaar moeilijk tijdens een gesprek. Wat doet u?*

B. Ik toon begrip en vraag door op de problemen

C. Ik toon begrip, laat de patiënt op adem komen en ga dan door met het gesprek zoals gepland

Het negeren van emoties, zoals in antwoord A (ik wil geen olie op het vuur gooien, dus ik ga er niet echt op in), kan het gesprek juist bemoeilijken. Een patiënt kan zich hierdoor ongemakkelijk voelen en/of miskend in zijn of haar emoties.

Praat er dan ook niet overheen, maar vertel wat u bemerkt. Door begrip te tonen erkent u de patiënt in zijn emoties. Daarbij doorvragen op de problemen (antwoord B) is niet altijd de beste keuze (tenzij de problemen tot het gebied behoren waarvoor de patiënt bij u is gekomen). Het gesprek kan te wijdloepig worden en te ver van de hoofdzaken afgaan. De meest geëigende weg is vaak de weg van antwoord C: laat de patiënt even de ruimte om zijn of haar emoties te uiten, maar leid daarna het gesprek weer naar de hoofdzaak. Non-verbale communicatie speelt hierbij een sleutelrol: een blik van medeleven en -vooral- een korte pauze, waarin misschien even een stilte valt. Dat blijken vaak de methoden die maken dat het gesprek daarna weer onbelemmerd voortgezet kan worden.

Voor het omgaan met emoties bij het brengen van slecht nieuws en in extremere gespreksituaties (zoals bij agressie of conflictsituaties) zijn andere strategieën vereist. In deze brochure wordt dit niet uitgewerkt, hiervoor verwijzen wij u naar de literatuursuggesties achterin deze brochure.

DE MEELEVENDE STIJL

U bent zeer goed in staat u in te leven in de patiënt. U stelt open vragen, u luistert zorgvuldig en u probeert te begrijpen wat er in de patiënt omgaat. Uw lichaamstaal is open, u toont in voorkomende gevallen ook zelf emoties. U ondersteunt uw woorden misschien fysiek via een hand op de arm of schouder of andere non-verbale gebaren die medeleven uitdrukken.

Kwaliteiten

Uw rol als medicus is natuurlijk beperkt. Er zijn allerlei situaties denkbaar waarin u als arts eigenlijk niet zoveel kunt doen. Dat kan zijn omdat de patiënt iets heeft waar nu eenmaal niets aan te doen is, of restverschijnselen heeft waar hij of zij mee zal moeten (leren) leven. Patiënten waarden het juist in deze situaties vaak enorm wanneer de dokter 'ook nog een gewoon mens' blijkt te zijn, en, zoals u doet, zich inleeft in zijn of haar situatie.

Valkuilen

Het tonen van medeleven wordt in principe vaak gewaardeerd. Maar voor de gemiddelde specialist is het feitelijk onbegonnen werk om daar in elk gesprek veel tijd voor uit te trekken. De patiënt verwacht dat gewoonlijk ook niet.

Hebt u van nature een meelevende stijl, dan is het aan te bevelen om uzelf enigszins te beschermen. Doet u dat niet, dan bestaat het risico dat patiënten een scala aan persoonlijke problemen op uw bord leggen. Ook bestaat het gevaar dat u zelf te diep op het verhaal ingaat, waarbij het contact met de patiënt al te persoonlijk wordt. U verliest hiermee niet alleen veel tijd, maar ook energie. Het gevaar van opbranden ligt op de loer. Het tonen van medeleven vraagt vaak niet zozeer om meer tijd, maar om een aanpak die oprechte betrokkenheid combineert met aandacht voor uw eigen grenzen en het houden van de regie over het gesprek. Een goede combinatie van verbale en non-verbale communicatie speelt hierbij een belangrijke rol. Zie hiervoor ook: de geïnteresseerde stijl.

Bijzondere aandachtspunten

Was uw antwoord op vraag 3: B?

3. *Wat doet u als een patiënt veel uitweidt over dagelijkse problemen?*
 - B. Ik probeer het verhaal toch geïnteresseerd te blijven volgen

In de praktijk komt het natuurlijk wel eens voor dat mensen oeverloos doorgaan over een probleem waar u niet veel mee kunt. Als uw stijl meelevend is, dan hebt u misschien de neiging om te zwijgen in de hoop dat de patiënt op een gegeven moment wel uitgepraat is. Dit werkt vaak niet. De patiënt voelt zich 'niet gehoord' en zal steeds nieuwe details aandragen om zijn of haar woorden kracht bij te zetten. Beter is het in dit geval om het heft in eigen handen te nemen, de strekking van de woorden van de patiënt samen te vatten en de rode draad van het gesprek weer op te pakken.

Was uw antwoord op vraag 4: C?

4. *Hoe opent u het gesprek met een nieuwe patiënt?*
 - A. Met een algemene geïnteresseerde vraag, zoals 'hoe gaat het?'

Voor een eerste kennismakingsvraag is deze vraag wel erg open. Alle initiatief wordt van de patiënt verwacht. Dit werkt in enkele gevallen, namelijk als de patiënt zijn of haar verhaal al helemaal klaar heeft. Vaak is dat echter niet zo, hoewel de cultuur in dit opzicht wel verandert. In het algemeen is het correcter en sneller om eerst een kort praatje te maken en vervolgens zelf de leiding te nemen in het gesprek, door specifiek naar de klacht te vragen.

Was uw antwoord op vraag 8: B?

8. *U loopt visite en een patiënt stelt u een vraag. U kent de patiënt al langere tijd. Welke positie neemt u bij voorkeur in?*
 - B. Ik ga wat nonchalant op de rand van het bed zitten

Het is vaak heel moeilijk om de grens te bepalen tussen wat te afstandelijk is en wat niet afstandelijk genoeg is. Vooral aan de rand van het ziekbed heersen verschillende gebruiken. Over het algemeen ervaren mensen een arts die blijft staan als te afstandelijk, maar op het bed zitten kan overkomen als opdringerig. Kijkt u dus wat passend is in de situatie. Ga niet te dichtbij zitten als het voor uzelf geforceerd voelt, of wanneer u merkt dat de patiënt wat terugschrikt voor fysiek contact.

SAMENGEVAT

Welke stijl u ook hanteert, uit het voorgaande is een aantal basisregels voor een goede communicatie af te leiden:

1. Organiseer uw spreekuur, zorg voor zo min mogelijk storingen

Zorg altijd voor een goed begin van het gesprek, waarbij de patiënt zich welkom voelt. Een goed begin bevordert een soepel verder verloop van de communicatie. Probeer tijdens het gesprek storingen te voorkomen. Een poli-assistente die goed het verschil kent tussen zogenaamde spoed en echte spoed kan de meeste storingen afvangen. Misschien kunt u tijdens spreekuren uw pieper in het rek zetten en afspreken dat een collega waarneemt?

2. Structureer uw gesprekken samen met de patiënt

Zoek evenwicht tussen de leiding nemen en ruimte laten. Enerzijds geeft u aan hoe lang het gesprek kan duren, de onderwerpen die achtereenvolgens wat u betreft aan de orde komen, wanneer er ruimte is voor vragen. Anderzijds laat u de patiënt voldoende ruimte om aan te geven wat voor hem of haar belangrijk is. Idealiter stelt u samen een korte ‘gespreksagenda’ op. Stuur bij als het gesprek dreigt te ontsporen. Vat tijdens het gesprek en aan het slot samen wat er gezegd is om het gesprek vaardig af te ronden.

3. Wees niet bang om stiltes te laten vallen in een gesprek

Als emoties de voortgang binnen een gesprek beïnvloeden -of dat zich nu uit door huilen of door teruggetrokkenheid- praat er dan niet overheen, maar ga rustig in op wat u ziet of hoort. Haast u langzaam. Een korte pauze, waarin het gewoon even stil is, is vaak effectief. Non-verbale communicatie speelt hier een sleutelrol. Het gesprek kan vervolgens vaak weer onbelemmerd worden voortgezet.

4. Zoek bij fouten altijd zo snel mogelijk contact

Communiceren over gemaakte fouten is moeilijk. Zo snel mogelijk contact zoeken en open kaart spelen is altijd het beste, ook al voelt dat soms anders. ‘Schuld bekennen’ zonder dat u weet wat er exact gebeurd is, is natuurlijk onnodig en ook zeer onverstandig. Uw menselijke gezicht tonen en alvast aangeven dat u het voor de patiënt en diens naasten heel erg vervelend vindt dat er kennelijk iets niet gegaan is zoals zij hadden verwacht, is uit communicatief oogpunt alleen maar sterk te noemen. Als er iets uitgezocht moet worden, dan kunt u dat immers vermelden.

LITERATUUR

- **H. van der Wiel, J. Wouda en W. Weijmar Schultz.**
“Wie is de baas? lastige gesprekken in de medische praktijk”.
Ahmas, Groningen, 1998, ISBN 90-803073-1-9.
 Het boekje vormt de neerslag van ervaringen met het geven van cursussen in het omgaan met moeilijke gesprekken. Er worden heel veel praktische tips en korte, verhelderende toelichtingen gegeven rondom lastige gespreksituaties (niet alleen tussen arts en patiënt, maar ook die tussen collega’s onderling). De voorbeelden sluiten direct aan bij de medische praktijk. Een handzaam boekwerkje, dat prettig leest.

- **J.C.J.M. de Haes, J.J.E. van Everdingen, A.M. Hoos (Red.).**
“Communiceren met patiënten”.
Elsevier/Bunge, Maarssen, 1999, ISBN 90-352-2034.
 Dit boek past algemene communicatie-uitgangspunten toe op de basis-eisen van het medisch handelen. U komt tot een diagnose, biedt informatie, overlegt en geeft een advies. Gevoelens spelen in de arts-patiënt-relatie een belangrijke rol. Verschillende hoofdstukken gaan over het omgaan met emoties van de patiënt zoals verdriet, angst en agressie. Maar ook de voor een arts lastige, emotionele situaties komen aan bod: schaarste, fouten, second opinions en intimiteit.

- **J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper.**
“Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering”.
Nederlandse bewerking: Jan van Dalen. Uitgeverij Lemma BV, Utrecht, 2000, ISBN 90-5189-814-2.
 Een toegankelijk en op recente onderzoeken gebaseerd boek, uit het Engels vertaald en voor de Nederlandse situatie geschikt gemaakt. Het boek geeft gericht gespreksadvies en onderbouwt waar mogelijk elk advies met recente resultaten van communicatieonderzoek. Een aanrader voor wie zich in de specifieke gesprekstechnieken wil verdiepen die voor artsen en andere gezondheidszorgprofessionals belangrijk zijn.

TRAININGEN

In deze brochure is een paar keer het belang van communicatietraining aan bod gekomen. Wij hebben (natuurlijk) geen compleet overzicht van alle communicatietrainingen die voor hulpverleners zijn ontwikkeld. Wij spreken ook geen voorkeur uit voor een bepaalde training, maar noemen hier een aantal praktische trainingen waarmee zorginstellingen goede ervaringen hebben opgedaan:

- Videotraining-on-the-job, individuele feedback na opnames van consulten (NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) (www.nigz.nl; ccb@nigz.nl)
- Professioneel omgaan met fouten en klachten (afdeling medische psychologie AMC) (m.m.calf@amc.uva.nl)
- Omgaan met en voorkomen van klachten (SOKG, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg) (secretariaat@sokg.nl)
- Lastige gesprekken in de medische praktijk (Stichting Ahmas) (j.c.wouda@medps.azg.nl)

De organisaties die de hiervoor genoemde trainingen aanbieden werken met vergelijkbare methodieken, variërend van individuele coaching tot praktijk-simulaties – al dan niet met acteurs en rollenspelen – en gebaseerd op casuïstiek. Zij bieden allen trainingen op maat.

CONTACT MET MEDI RISK

Steeds meer zorginstellingen zoeken naar manieren om een goede communicatie tussen hulpverleners en patiënten te stimuleren. Deze brochure van MediRisk is een ondersteunend middel. Wij hopen dat de test u stimuleert om uw communicatie verder te optimaliseren, door bijvoorbeeld meer over dit onderwerp te lezen, eens met collegae over de wijze van communicatie op de afdeling te praten of door een training te volgen.

Heeft u na lezing van deze brochure nog vragen of behoefte aan informatie of ondersteuning, aarzelt u dan ook niet om contact op te nemen met MediRisk.