



Vrije Universiteit Brussel

Faculteit Geneeskunde en Farmacie

Faculteitssecretariaat-studentensector - Laarbeeklaan 103 - 1090 BRUSSEL
telnr. 02/477.41.10 - faxnr. 02/477.41.59.

Aspecten van communicatie rond patiëntenzorg

**Medische Vaardigheden I en II, 1^{ste} en 2^{de} bachelor geneeskunde,
Prof. Dr. L. Huyghens**

HOOFDSTUK I : COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN

1. Inleiding

Communicatievaardigheden zijn aan de orde tijdens elke fase van de artsenopleiding.

Alhoewel effectieve en gevoelige communicatie met patiënten, familieleden van patiënten en collega's voornamelijk aan bod komt tijdens de "klinische" jaren is het zinvol het leerproces zo vroeg mogelijk in het curriculum te starten.

Ongetwijfeld is de communicatievaardigheid één der meest waardevolle vaardigheden die een arts kan leren. Alhoewel het een kunst met zodanig veel facetten is, dat exacte definiëring ervan moeilijk is, is er toch één aspect van primordiaal belang, namelijk : de bekwaamheid te luisteren.

Het vermogen met zieke personen en hun familieleden te spreken komt meestal niet vanzelf.

Het vraagt tijd, oefening, veel zelfkritiek en het vermogen zichzelf te plaatsen in de hachelijke situatie van de patiënt. Ook vergt het een wijde algemene kennis.

Veel problemen verbonden aan de hedendaagse geneeskunde, gaande van ontevredenheid van de patiënt tot rechtszaken, vinden hun oorzaak in onvoldoende communicatie.

De vaak drukke en oververhitte atmosfeer waarin de arts praktijk voert, het gebrek aan tijd, de technologische ontwikkeling en de complexiteit van de geneeskunde en van de zaken die aan de patiënt moeten gemeld worden, stellen de communicatievaardigheden van de arts vaak op

de proef. Daarom is het zinvol communicatievaardigheden aan te leren en te bevorderen en ze zeker niet te verwaarlozen tijdens de klinische praktijk. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt waarbinnen verzorging, leniging, verlichting en troosten kunnen plaatsvinden, is een grote uitdaging.

In wat volgt wordt uiteengezet wat het belang is van effectieve en gevoelige communicatie met patiënten en dat communicatievaardigheden kunnen worden aangeleerd.

2. Wat is communicatie ?

Communicatie is meedelen, deelnemen, overbrengen of uitwisselen van ideeën, kennis en dergelijke. Communicatie betekent geruststellen, problemen oplossen, een relatie aangaan en onderhouden, bezorgdheid verzachten, gevoelens uitwisselen, informatie geven, overtuigen, beslissingen nemen.

2.1. Wat is goede communicatie ?

Goede communicatie veronderstelt dat de arts/student als warm, sympatiek, zelfverzekerd en gemakkelijk aanspreekbaar overkomt, dat hij zichzelf voorstelt, gemakkelijk verstaanbare en preciese vragen stelt, luistert naar de patiënten en antwoordt op hun verbale hintes, en zichzelf niet herhaalt.

2.2. Waarom is goede communicatie belangrijk ?

Goede communicatie is belangrijk voor de “betere verzorging van de patiënt”. Artsen die goede communicatie hebben met hun patiënten hebben meer kans om :

- accurate en doorgrondde diagnoses te stellen. Goede communicatievaardigheden laten toe bevattelijke, relevante en accurate informatie te verzamelen over de problemen van de patiënt ;
- emotionele ongerustheid bij de patiënt op te sporen ;
- patiënten te hebben die tevreden zijn en minder angst hebben over hun problemen ;
- patiënten te hebben die het gegeven advies aanvaarden en opvolgen.

Er bestaat evidentie dat goede communicatie een positief effect heeft op de lichamelijke conditie van de patiënt, bijvoorbeeld op de arteriële bloeddruk.

In een recente studie betreffende verloskundigen in Florida, Verenigde Staten, bleek dat patiënten meer klachten hadden over de patiënt-arts communicatie dan over de technische aspecten der verzorging. Frequente klachten over de verloskundigen waren : ze luisteren niet, ze geven geen informatie, ze tonen geen betrokkenheid met en geen respect voor de patiënt.

2.3. Kan communicatie worden aangeleerd ?

Zoals voor andere aspecten van de medische vaardigheden werd tot voor kort aangenomen dat de studenten communicatievaardigheden verworven door osmose, door als het ware de leermeester te observeren en als model aan te nemen. Nu is men zich er evenwel van bewust dat formele training in communicatievaardigheden noodzakelijk is. Deze visie is gesteund op het feit dat men zonder training :

- niet alle noodzakelijke informatie van de patiënt verkrijgt ;
- vergeet vragen te stellen over de invloed van de problemen van de patiënt op hem/haarzelf en op zijn/haar familie ;
- faalt verbale en nonverbale hinten van de patiënt te noteren en te beantwoorden ;
- verveeld kijkt gedurende het gesprek.

In geval van formele training (met onder andere videofeedbacktraining) behoudt men deze vaardigheid, en heeft men meer empathie en zelfvertrouwen.

2.4. Hoe worden communicatievaardigheden ontwikkeld ?

Belangrijk is te realiseren dat je de mogelijkheid hebt te communiceren en dat je deze mogelijkheid continu gebruikt wanneer je contact hebt met mensen. Aanleren van communicatievaardigheden is dus verschillend van bijvoorbeeld het leren nemen van de bloeddruk, wat je allicht vóór de opleiding tot arts nog niet hebt gedaan. Training in communicatievaardigheden moet toelaten enerzijds de reeds verworven vaardigheden te identificeren, aan te scherpen en anderzijds specifieke vaardigheden te ontwikkelen die toelaten effectief te communiceren met de patiënten. Dit is belangrijk om een ziektegeschiedenis te leren afnemen, meer nog voor het aanpakken van omstandigheden waarbij de communicatie tussen arts/student en patiënt zeer moeilijk kan zijn, zoals bijvoorbeeld bij het afnemen van de seksuele geschiedenis of bij het vertellen aan de patiënt dat hij/zij kanker heeft.

AANDACHTSPUNTEN :

- * **Het vermogen effectief en gevoelig te communiceren staat centraal bij alle medische activiteiten en bij alle medische specialismen.**
- * **Goede communicatie leidt tot :**
 - **accurate afname van de ziektegeschiedenis en accurate diagnose ;**
 - **“compliance” van de patiënt ;**
 - **tevredenheid van de patiënt.**
- * **Communicatievaardigheden kunnen aangeleerd worden. Na training behoudt men deze vaardigheden.**

3. Basis communicatievaardigheden.

In wat volgt worden de communicatievaardigheden meer in detail besproken. Hierbij wordt ingegaan op factoren die de communicatie en voornamelijk de patiënt-arts/student communicatie beïnvloeden : patiëntafhankelijke factoren, artsafhankelijke factoren en de omstandigheden van het interview.

3.1. Patiëntafhankelijke factoren welke de communicatie beïnvloeden

Mensen bieden het hoofd aan ziekten op verschillende manieren, afhankelijk van hun persoonlijkheid, opvoeding, sociale klasse, etnische en culturele achtergrond en hun levenservaringen. Deze factoren beïnvloeden hoe ze communiceren.

Reacties op ziekte omvatten ontkenning, boosheid, angst en depressie. Deze reacties bepalen of en wanneer een persoon de arts raadpleegt en beïnvloeden het gedrag van de patiënt bij de verzorging.

De meeste patiënten ondervinden angst en ongerustheid wanneer ze een arts raadplegen en zeker wanneer ze opgenomen worden in het ziekenhuis. De niet-familiale omgeving, het verlies van persoonlijke ruimte, scheiding van familie en vrienden, verlies van onafhankelijkheid en privacy, en onzekerheid betreffende diagnose en behandeling dragen bij tot de angst.

Dus zowel de lichamelijke toestand van de patiënt als psychologische factoren met betrekking tot ziekte en verzorging beïnvloeden de communicatie. Het is belangrijk deze patiëntafhankelijke factoren op te sporen en op te vangen. Andere factoren waarmee men dient rekening te houden zijn :

- de opvatting van de patiënt betreffende ziekte en gezondheid ;
- de problemen die de patiënt wenst te bespreken ;
- de verwachting van wat de arts zal doen (vaak gebaseerd op vroegere ervaringen) ;
- hoe de patiënt de rol van de arts ziet.

3.2. Artsafhankelijke factoren die de communicatie beïnvloeden

Sommige artsen/studenten kunnen gemakkelijker empathie tonen en communiceren. Training is voor deze attributen, zoals reeds gesteld, noodzakelijk.

Als student is het vaak moeilijk patiënten te ondervragen die ouder zijn dan jezelf bent, vooral wanneer het gaat om gevoelige onderwerpen, zoals bijvoorbeeld seksueel gedrag. Met onder andere examens in het vooruitzicht, na een lange wacht of na het zien van een groot aantal patiënten op relatief korte tijd is het mogelijk dat een welbepaalde patiënt minder aandacht krijgt. Vermoeidheid, angst en in beslaggenomen zijn door andere zorgen kunnen de communicatie verstoren. Eigen vooroordelen kunnen ook interfereren met de communicatie, bijvoorbeeld wanneer het gaat om een patiënt wiens persisterende klachten niet gebaseerd zijn op lichamelijke gronden.

3.3. De omstandigheden van het interview

Raadpleging grijpt plaats bij de patiënt thuis, vaak in de raadplegingsruimte van de arts, de Spoedgevallendienst of de verpleegeenheid. Men dient er zorg voor te dragen dat de omstandigheden van het gesprek de communicatie bevorderen. Privacy is hierbij essentieel. Bijvoorbeeld een patiënt in een ziekenhuis zal moeilijk gevoelige informatie doorgeven aan de arts als hij/zij weet dat de patiënt in het bed ernaast meeluistert. Maak daarom, indien mogelijk, gebruik van een ruimte/kamer die de privacy garandeert. Vermijd onderbrekingen, zet licht en temperatuur zo comfortabel mogelijk.

Ook de schikking van de stoelen kan de communicatie en de wijze waarop mensen zich ten opzichte van elkaar voelen beïnvloeden. Wanneer de arts/student en patiënt tegenover

elkaar zitten voelt de patiënt zich wellicht niet op zijn/haar gemak terwijl de arts de indruk heeft het interview onder controle te hebben. Meer informele schikkingen bevorderen de communicatie wellicht.

Ook de afstand tussen de arts/student en de patiënt is belangrijk. Als de stoelen te dicht bij elkaar staan voelt de patiënt zich mogelijk ongemakkelijk/bedreigd, staan ze te ver van elkaar lijkt het of de arts/student niet geïnteresseerd is ; om geruststelling te geven kan de arts/student de stoel wat dichterschuiven.

Het interview van de patiënt in het hospitaalbed vraagt bijzondere aandacht. Boven de patiënt staan verhoogt het gevoel van kwetsbaarheid van de patiënt en dient dus vermeden te worden. Best is een stoel te nemen zodat je op gelijke hoogte van de patiënt zit.

AANDACHTSPUNTEN

Factoren die de patiënt-arts/student communicatie beïnvloeden.

*** Patiëntafhankelijke factoren :**

- **fysieke symptomen ;**
- **psychologische factoren in verband met de ziekte en/of de verzorging (angst, depressie, woede, ontkenning) ;**
- **vroegere ervaringen met de medische verzorging ;**
- **de actuele ervaring met de medische verzorging.**

*** Arts/studentafhankelijke factoren :**

- **training in communicatievaardigheden ;**
- **zelfvertrouwen in het communicatievermogen ;**
- **persoonlijkheid ;**
- **fysieke factoren (bvb. vermoeidheid) ;**
- **psychologische factoren (bvb. angst).**

*** De omstandigheden van het interview - vereisten :**

- **privacy ;**
- **comfortabele omgeving ;**
- **aangepaste schikking der stoelen.**

4. Het voeren van een interview

Hierbij zal ingegaan worden op het aanvatten van het interview, het voornaamste deel van het interview en het beëindigen van het interview.

4.1. Het aanvatten van het interview

De wijze waarop en de omstandigheden waarin een gesprek begint, kunnen een diepgaand effect hebben op wat volgt. De bedoeling moet zijn de geïnterviewde patiënt op een beleefde manier gerust te stellen.

Factoren waardoor de patiënt zich op zijn gemak voelt zijn :

- een comfortabele omgeving ;
- bij de naam aangesproken te worden en een handdruk te krijgen ;
- aangeboden worden te zitten ;
- de interviewer die zichzelf voorstelt en de procedure van tewerkgaan uitlegt ;
- een eenvoudige eerste vraag ;
- de interviewer die interesse toont voor de opmerkingen van de patiënt.

Het toepassen van dergelijke eenvoudige regels laat een patiënt-arts/student relatie toe die de patiënten ertoe aanzet hun ziektegeschiedenis aan de arts mee te delen. Een interview aanvatten betekent dus de patiënten begroeten, jezelf als arts/student te introduceren en de patiënt te oriënteren. Ook al is er tijdsgebrek toch nog zal men beleefd en met gezond verstand de patiënt benaderen.

AANDACHTSPUNTEN

Het aanvatten van het interview :

- begroet de patiënt met zijn naam en, indien mogelijk, geef een handdruk ;
- vraag de patiënt plaats te nemen en toon waar ;
- stel jezelf voor (naam, arts/student) ;
- leg de reden van het interview uit ;
- leg uit waarom het nodig is nota te nemen en vraag of dit aanvaardbaar is.

4.2. Het voornaamste deel van het interview

In de hoofdbrok van het interview wordt de patiënt geholpen zijn verhaal (ziektegeschiedenis) verder uiteen te zetten door :

- de gepaste vragen te stellen ;
- aandachtig te luisteren en interesse te vertonen ;
- even vooruit te helpen wanneer het gesprek stilvalt (faciliteren).

Vragen stellen, luisteren en faciliteren zijn de 3 voornaamste vaardigheden die ons toelaten effectief te communiceren.

a. vragen stellen

Eén der redenen van het interview is informatie te vergaren over de lichamelijke/psychische conditie waarvoor de patiënt hulp zoekt. Deze informatie dient accuraat, volledig en zo relevant mogelijk te zijn. De meest directe weg om informatie te bekomen is vragen te stellen. Het stellen van vragen is een waardevolle vaardigheid die dient aangeleerd en getraind te worden. Daarbij dient men er op te letten :

- niet te veel vragen te stellen ;
- de patiënt toe te laten zijn verhaal te vertellen in zijn eigen woorden ;
- geen verwarrende, ingewikkelde en te lange vragen te stellen ;
- de vragen niet op zulke wijze te stellen dat ze het antwoord beïnvloeden ;
- rekening te houden met de vragen die de patiënt zelf stelt.

Het stellen van open vragen laat toe heel wat informatie te vergaren en stelt de patiënt in de mogelijkheid zijn eigen verhaal te vertellen. Open vragen worden dan ook zoveel mogelijk gebruikt, zeker bij het aanvatten van het interview. Bijvoorbeeld : “Kunt U mij vertellen hoe U zich tijdens de laatste dagen voelde ?” of “Wat kan ik voor U doen ?”.

Specifieke (gesloten) vragen stellen geeft de patiënt daarentegen weinig keuze en lokt gewoonlijk “ja” of “neen” uit als antwoord. Bijvoorbeeld : “Hebt U zich vandaag onwel gevoeld ?”.

Het stellen van open vragen laat aldus toe aanzienlijk meer informatie te vergaren in een bepaald tijdsbestek, de patiënt meer te betrekken in het interview, de patiënt de kans te geven zorgen en angsten over zijn problemen uit te drukken.

Nochtans heeft het stellen van open vragen ook nadelen :

- het interview kan langer duren en wordt moeilijker te controleren ;
- sommige informatie die de patiënt geeft is mogelijks niet relevant ;
- het noteren van de antwoorden kan moeilijker zijn ;

De beperkingen van specifieke (gesloten) vragen zijn :

- de informatie is beperkt tot de gestelde vraag. Bijvoorbeeld : “Hebt U borstpijn ?”. “Ja”. “Hebt U nog pijn ?”. “Neen” ;
- het interview wordt gecontroleerd door de arts/student die beslist over de inhoud der vragen ;
- de patiënt krijgt weinig kans zijn zorgen en gevoelens te uiten, wat hem een gevoel van frustratie kan geven.

Specifieke vragen zijn echter wel nuttig wanneer het nodig is specifieke informatie te krijgen die de patiënt niet heeft gegeven, of als de patiënt gesloten, verlegen is en niet spontaan informatie loslaat. Specifieke vragen zijn ook gepast als men op een beperkte tijdspanne een beperkte en welomschreven informatie wenst in te winnen. Bijvoorbeeld : als de patiënt na een val een pijnlijk been heeft wens je te weten waar de pijn gelocaliseerd is en of het been kan bewogen worden.

Diepgaande (peilende) vragen stellen laat de patiënt toe na te denken over de antwoorden die hij geeft. Dergelijke vragen worden gebruikt om :

- te verklaren : “Wat bedoelt U hiermee ?” ;
- te verantwoorden : “Waarom denkt U dat ?” ;
- de accuraatheid te controleren : “Nam U inderdaad 3 tabletten per dag ?”.

Te vermijden vragen zijn ingewikkelde vragen en vragen die het antwoord van de patiënt beïnvloeden en leiden. Het stellen van ingewikkelde vragen waarbij verschillende zaken tegelijkertijd gevraagd worden, werkt verwarrend én voor de patiënt én voor de arts/student. Bijvoorbeeld : “Begon U gisteren of vandaag hoofdpijn te hebben en hebt U evenwichtsstoornissen ?”.

Het stellen van leidende vragen laat de patiënt toe die antwoorden te geven die de arts/student verwacht.

Er zijn 3 types leidende vragen :

- omgangsvragen : kunnen gebruikt worden om een gesprek aan te vatten, ze laten toenadering toe. Bijvoorbeeld : “Wat vindt U van het weer vandaag ?” ;
- eenvoudige vragen : beïnvloeden de patiënt in te stemmen met het standpunt van de arts/student en worden daarom best niet gebruikt. Bijvoorbeeld. : “U slaapt niet goed, hé ?” ;
- subtiele vragen : de woordkeuze bij deze vragen wordt gebruikt om de patiënt te beïnvloeden. Ze worden daarom best niet gebruikt. Bijvoorbeeld : “Hebt U vaak hoofdpijn en hoe dikwijls ?” of “Hebt U af en toe hoofdpijn en hoe dikwijls ?”.

b. *Luisteren*

De patiënt apprecieert het en reageert positief wanneer de arts/student aandachtig luistert. Luisteren is een evidente component van het communicatieproces, doch aandachtig en effectief luisteren is een moeilijk te verwerven vaardigheid. Het komt erop aan de boodschap van een ander persoon te ontvangen. Bij het luisteren trachten we de informatie te rationaliseren zodat ze in onze eigen ervaring past. Om bij het luisteren de informatie te registreren en accuraat op te nemen kan men :

- nota's nemen ;
- de patiënt vragen te herhalen of wat niet duidelijk is verder te verklaren ;
- nakijken of de ontvangen informatie correct is door ze te herhalen en/of samen te vatten.

Luisteren betekent niet alleen informatie ontvangen, het betekent ook op dezelfde golflengte te zijn met de patiënt en aangepast te reageren en te antwoorden. Dit actief en effectief luisteren vergt inspanning en concentratie. De aandachtspunten bij actief luisteren zijn :

- informatie accuraat verzamelen en vasthouden ;
- de implicaties voor de patiënt begrijpen van datgene wat gezegd is ;

- antwoorden op verbale en niet-verbale signalen en hinten ;
- aantonen dat je aandachtig bent en proberen te begrijpen.

Hinten opvangen

Soms is de patiënt niet in staat of wil hij niet zijn ware bezorgdheid en gevoelens weergeven. Wellicht laat hij daaromtrent tijdens het interview toch iets los aan de hand van verbale of niet-verbale hinten. Het opvangen van deze hinten is belangrijk.

Verbale hinten :

De wijze waarop de patiënt zijn probleem uitlegt laat toe hinten over onderliggende bezorgdheid op te vangen. De patiënt zal daar verder op ingaan wanneer er door de art/student omzichtig wordt op aangedrongen.

Niet-verbale hinten :

Mensen geven heelwat informatie over zichzelf en over hun gevoelens door hun lichaamstaal, o.a. door kledij, houding, gebaren, gelaatsuitdrukking. Het goed observeren van de patiënt bij het binnenkomen in de raadplegingsruimte kan ons dan ook al heel veel leren. Men zal dus gevoelig zijn voor de lichaamstaal tijdens het interview.

- oogcontact : moeilijk te onderhouden oogcontact kan wijzen op depressie, gebrek aan interesse voor de conversatie, verveld zitten met de inhoud van het gesprek. Excessief oogcontact kan daarentegen wijzen op woede en agressie ;
- houding : een zelfverzekerd persoon zit recht ; een depressief persoon zit afgezaakt met hangend hoofd.
- gebaren : de woedende patiënt maakt een vuist, de angstige / zenuwachtige patiënt wrijft in de handen of trapt continu met de voeten.
- gelaatsuitdrukking : woede, geluk, droefheid.
- stemgebruik : intonatie, timing, benadrukken van sommige woorden, de manier van uitspreken van andere woorden.

Tonen dat men actief luistert

Het is essentieel de patiënt te tonen dat je aandachtig luistert. Dit kan gebeuren door gepast oogcontact, houding (licht voorwaarts buigen en de patiënt aankijken), knikken met het hoofd

“hmm” en “ga verder” zeggen. Ook door het stellen van specifieke vragen met betrekking tot wat de patiënt vertelt, kan men tonen aandachtig te zijn.

c. Faciliteren

Faciliteren is een belangrijk deel van het effectief luisteren. Het helpt de patiënt zijn verhaal zo volledig mogelijk te vertellen. Faciliteren kan op verbale en op niet verbale wijze. Een voorbeeld van verbale facilitatie is : “vertel me alstublieft meer over Uw hoofdpijn”. Vergeet hierbij niet de patiënt tijd te geven nadat je zelf hebt gesproken. Niet verbale facilitatie gebeurt onder andere door licht voorover te buigen naar de patiënt, oogcontact, op gepaste tijdstippen te knikken.

Hierbij aansluitend is het soms nodig de patiënt te vragen bepaalde zaken te verduidelijken / verklaren. Ook het terug reflecteren naar de patiënt toe van wat hij / zij net gezegd heeft kan hem / haar helpen verder te vertellen, voornamelijk bij het uiten van gevoelens.

Verder is het nuttig, om geen tijd te verliezen, de patiënt te helpen relevant te zijn en niet af te wijken van het onderwerp. Hiertoe is het soms nodig het gesprek op bepaalde momenten te onderbreken en te heroriënteren.

Periodes van stilte kunnen een oncomfortabel gevoel geven en de patiënt verleiden in een andere richting af te dwalen. Daarom worden ze best vermeden. Korte stilte kan evenwel waardevol zijn daar de patiënt aldus de kans krijgt na te denken over wat gezegd is. Men kan ze dan ook zelf inbouwen in het gesprek.

Wees ook niet bang samen te vatten wat de patiënt je verteld heeft :

- het helpt de accuraatheid van het verhaal van de patiënt na te gaan en laat de patiënt toe te corrigeren waar nodig is ;
- het helpt de arts / student de ziektegeschiedenis te herhalen en af te leiden wat nog dient geëxploreerd te worden tijdens het verdere gesprek. Het laat ook toe tijd te winnen als je zelf strop zit in het gesprek en zoekt naar nieuwe vragen ;
- het is ook een wijze van facilitatie die de patiënt toelaat verder in te gaan op zijn problemen ;
- het helpt de patiënt het juiste “spoor” te volgen ;
- het toont de patiënt dat je aandachtig hebt geluisterd ;
- het is een gepaste manier om het interview af te sluiten.

AANDACHTSPUNTEN

Het voornaamste deel van het interview :

- **behoud een positieve, warme sfeer en oogcontact ;**
- **gebruik aanvankelijk open vragen ;**
- **luister aandachtig ;**
- **wees alert voor en responsief op verbale en niet-verbale hinten ;**
- **faciliteer de patiënt verbaal en niet-verbaal ;**
- **gebruik op gepaste momenten specifieke vragen ;**
- **verduidelijk wat de patiënt je heeft verteld ;**
- **spoor de patiënt aan relevant te zijn.**

4.3. Het beëindigen van het interview

Het is belangrijk voldoende tijd over te laten om het gesprek te beëindigen.

AANDACHTSPUNTEN :

- **het samenvatten van wat de patiënt heeft verteld ;**
- **de patiënt te vragen de accuraatheid van wat je hebt gezegd te bevestigen ;**
- **de patiënt te vragen of je bepaalde, voor hem belangrijke informatie, hebt achterwege gelaten ;**
- **te peilen of de patiënt nog bepaalde informatie wenst toe te voegen ;**
- **de patiënt te bedanken.**

Tenslotte nog een woordje over empathie, aanraken van patiënten en communicatie tijdens het lichamelijk onderzoek.

Empathie betekent zichzelf in de plaats van de patiënt te stellen. De arts kan empathie tonen door de patiënt aan te kijken en een gepaste houding aan te nemen, door aan de patiënt te tonen dat hij / zij begrepen wordt. Dit wordt door de patiënt geapprecieerd.

Aanraken is een krachtig communicatiemiddel dat toelaat een hele reeks emoties uit te drukken : tederheid, liefde, woede, ... Binnen de patiënt - arts / student relatie kan aanraken wijzen op betrokkenheid en empathie. Aanrakingen dienen evenwel gepast gebruikt te worden en met de nodige achting voor de gevoeligheden van de patiënt en de professionele code. Er zijn geen duidelijke regels om te stellen wanneer aanraken kan gebruikt worden in de patiënt - arts / student relatie. De hand van de patiënt drukken bij het begin van het gesprek is sociaal aanvaard. De arm troostend rond de schouder van de bedroefde of bezorgde patiënt leggen, de hand plaatsen op de arm van de patiënt die het moeilijk heeft gedachten en emoties te uiten, drukt empathie uit en kan de patiënt helpen verder te vertellen. Wanneer men patiënten aanraakt zal men er steeds op letten :

- de respons van de patiënt op het aanraken aan te voelen. Hiertoe worden hintjes gegeven door het verloop van het verhaal, de houding en andere aspecten van de lichaamstaal van de patiënt ;
- vermijden de patiënt aan te raken als men er zelf niet comfortabel bij is, want anders kan men zijn eigen gevoelens (angst) aan de patiënt communiceren.

Communicatie tijdens het lichamelijk onderzoek

Denk eraan dat de patiënt zich bewust is van zijn kwetsbaarheid en van de “macht” van de arts / student wanneer hij ligt te wachten om onderzocht te worden. De patiënt kan van zijn stuk gebracht zijn en angstig zijn over wat eventueel zal worden gevonden. Tracht daarom de patiënt op zijn gemak te stellen door :

- altijd de gevoeligheid en de eerbaarheid van de patiënt te respecteren. Zorg dan ook dat er een laken of handdoek aanwezig is om de patiënt te bedekken vóór, gedurende en na het onderzoek ;
- de patiënt uit te leggen wat je gaat doen en aan te voelen of hij er last of moeite mee heeft ;
- te vermijden angst bij de patiënt uit te lokken door gelaatsuitdrukkingen of door zonder uitleg lange tijd te besteden aan een bepaald deel van het lichamelijk onderzoek ;
- ongemak te vermijden door de gelaatsuitdrukking van de patiënt te volgen of door de patiënt te vragen aan te geven wanneer hij / zij pijn ondervindt.

5. Samenvatting en besluit

- effectieve communicatie met patiënten impliceert de vaardigheden van vragen te stellen, actief te luisteren en te faciliteren ;
- deze vaardigheden kunnen aangeleerd en geoefend worden ;
- vragen stellen :
 - . gebruik bij voorkeur open vragen, zeker bij het begin van het gesprek ;
 - . bekom specifieke informatie door gerichte en specifieke (gesloten) vragen te stellen ;
 - . gebruik peilende vragen om te verklaren, de accuraatheid na te gaan en de patiënt te laten uitwijden over wat hij heeft gezegd ;
 - . vermijd leidende vragen ;
 - . vermijd verschillende vragen tegelijkertijd te stellen, dit werkt verwarrend ;
 - . geef de patiënt tijd om jouw vraag te beantwoorden ;
 - . herhaal de vraag op eenvoudige en / of duidelijke manier als de patiënt je niet verstaat of als hij / zij een onduidelijk antwoord geeft.
- luisteren :
 - . luisteren is een der voornaamste vaardigheden bij de goede communicatie ;
 - . laat de patiënt zonder onderbreken uitspreken ;
 - . effectief luisteren betekent zich concentreren op wat de patiënt zegt en trachten te begrijpen wat de patiënt voelt terwijl hij / zij spreekt
 - . wees aandachtig voor verbale en niet-verbale hintes ;
 - . gebruik gepaste lichaamstaal en faciliterende commentaren om jouw aandacht te tonen ;
 - . laat korte pauzes of stiltes toe.
- laat op het einde van het interview voldoende tijd om samen te vatten wat de patiënt heeft gezegd en vraag hem / haar of hij / zij nog iets wenst toe te voegen ;
- te vermijden valstrikken zijn :
 - . te veel vragen te stellen ;
 - . de patiënt niet toe te laten zijn verhaal te vertellen in zijn eigen woorden ;

- . de patiënt onnodig te onderbreken ;**
- . falen verbale en niet-verbale hinten op te vangen.**

HOOFDSTUK II : COMMUNICATIE MET PATIENTEN VAN VERSCHILLENDE CULTURELE ACHTERGROND

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens ingegaan worden op het belang van interculturele en raciale aangelegenheden, de rol van cultuur in de arts-patiëntrelatie, wie de interculturele aangelegenheden dient aan te brengen, waarom het voor artsen moeilijk is interculturele aangelegenheden aan te brengen, barrières bij interculturele communicatie en richtlijnen voor het bespreken van interculturele aangelegenheden.

2. Het belang van interculturele en raciale aangelegenheden

Interculturele arts-patiëntcommunicatie brengt andere moeilijkheden mee dan deze ontmoet wanneer men werkt met patiënten van dezelfde cultuur. Patiënten van een andere cultuur bevinden zich niet alleen in een vreemd en niet vertrouwd land, doch eveneens in een niet vertrouwde ziekenhuisomgeving : het ziekenhuis kan een verschillend geheel van culturele waarden en verwachtingen vertegenwoordigen en ook de voertaal kan verschillend zijn. Te maken hebben met ziekte in deze omgeving kan de gehele ervaring - voornamelijk wanneer men de taal niet machtig is - zeer ontvreemdend maken.

Intercultureel contact is niet alleen moeilijk voor de patiënten, doch kan ook veeleisend zijn voor de arts. Aldus kan de arts tijdens zijn raadpleging te maken krijgen met niet vertrouwde raciale en culturele factoren waarvan het begrijpen tijd in beslag neemt en geduld vergt. Verder kan er onzekerheid bestaan over wat cultuurgebonden is en wat de eigen ideeën en verwachtingen van de patiënt zelf zijn.

3. De rol van cultuur in de arts-patiëntrelatie

Bij elk medisch contact is het nodig de cultuur van de patiënt te begrijpen om effectieve communicatie aan te vatten. Cultuur kan gedefinieerd worden als ideeën, waarden, overtuigingen, gewoonten en gedragingen gebaseerd op opvoeding en persoonlijke ervaring. Bij de communicatie met patiënten van andere culturele achtergrond treden onder andere

verschillen in kledij, taal, relatie tussen de geslachten, familiebanden en houding ten opzichte van ziekte op de voorgrond.

De arts kan een verschillend cultureel perspectief en een verschillend denkbeeld over gezondheidszorg hebben dan de patiënt. Hij dient daarom rekening te houden met het standpunt van de patiënt, doch zonder zich te baseren op te veel veronderstellingen over de achtergrond van de patiënt : het is niet omdat de patiënt de gangbare taal niet goed spreekt dat hij/zij niet vertrouwd is met de cultuur van het gastland. Uiterlijke verschillen, zoals kledij en taal, reflecteren dus niet noodzakelijk verschillen in ideeën en waarden. De arts dient daarom na te gaan welke de verwachtingen, de ideeën en de overtuigingen van de patiënt zijn zonder zich te beroepen op het uiterlijke en de taal van de patiënt.

Wanneer interculturele aangelegenheden aan bod komen in een ziekenhuis is het belangrijk dat de staff zich comfortabel voelt bij het bediscussiëren van wat de patiënt bezighoudt en de standpunten van de patiënt tracht te begrijpen. Dit kan soms moeilijk zijn, o.a. wanneer onze eigen culturele gewoonten door patiënten van andere culturen in vraag worden gesteld.

We zullen nu ingaan op een aantal specifieke praktijken, welke relevant kunnen zijn bij de medische raadpleging. Dit betekent niet dat men alles dient te weten betreffende de andere cultuur, doch wel dat het nuttig is te weten dat er verschillen in inzicht en in sociale praktijk bestaan. Achtereenvolgens zullen de naamgeving van de patiënt, de personen die voor de patiënt belangrijk zijn, voedings- en dieetgewoonten, religie, hygiëne en verzorging en kledij besproken worden.

3.1. Naamgeving van de patiënt

- tracht de volledige naam van de patiënt te kennen ;
- vraag of de patiënt een familienaam heeft die verschillend is van de naam die gewoonlijk gebruikt wordt ;
- de namen van andere familieleden kunnen verschillend zijn, gebruik dus niet de familienaam van de man om de vrouw aan te spreken en vice versa ;
- spreek de personen aan met hun familienaam, tenzij er een vertrouwelijke band ontwikkeld is met de persoon. Houd er rekening mee dat in bepaalde culturen oudere personen verwachten dat ze als teken van respect op vormelijke wijze worden benaderd.

3.2. Personen die voor de patiënt belangrijk zijn

- vraag welke de voor de patiënt belangrijke personen zijn die hem/haar vergezeld hebben naar het ziekenhuis ;
- zoek uit of het wenselijk is dat deze personen bij de patiënt aanwezig zijn tijdens het medisch interview : bvb. de man kan het als hoofd van het huishouden belangrijk vinden aanwezig te zijn tijdens het interview om het probleem van zijn vrouw uit te leggen aan de arts en om onmiddellijk geïnformeerd te worden over haar gezondheidstoestand. Ga ook na wat realistisch mogelijk is en hoeveel personen de patiënt kunnen vervoegen tijdens het medisch interview.

3.3. Voedings- en dieetgewoonten

- zijn er dieetregels welke de patiënt wenst te volgen ? Bvb. : een moslimpatiënt wenst geen varkensvlees te eten, daar dit als onzuiver beschouwd wordt ;
- is de patiënt vegetariër of veganist (strikt vegetariër) ;
- heeft de patiënt een bepaalde voorkeur voor de wijze waarop het voedsel wordt opgediend ? Bvb. : moslimpatiënten eten geen voedsel dat aangeboden wordt met de linkerhand omdat ze enkel de rechterhand als zuiver en proper beschouwen ;
- bespreek eveneens of het al dan niet mogelijk is dat familieleden voedsel meebrengen voor de patiënt.

3.4. Religie

- vraag de patiënt of hij een religie heeft en of hij praktiserend is ;
- vraag de patiënt of hij een eredienst wenst bij te wonen tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis ;
- indien van toepassing, vraag de patiënt omtrent de religieuze overtuiging betreffende bloedtransfusie, abortus en dergelijke.

3.5. Hygiëne en verzorging

- heeft de patiënt specifieke wensen wat betreft het baden ? Bvb. : in sommige culturen dient een overleden persoon gewassen te worden door iemand van hetzelfde geslacht ;
- hoe ervaart de patiënt het om naakt of ongekleed voor een dokter of een verpleegkundige van het andere geslacht te staan ?
- heeft de patiënt bezwaar tegen het scheren van baard, hoofdhaar of lichaamshaar ?

3.6. Kledij

- zijn er bepaalde lichaamsdelen die volgens de patiënt bedekt dienen te blijven ? Bvb. : bij orthodoxe moslimvrouwen is het vitaal dat alle delen van hun lichaam, op uitzondering van hun handen bedekt blijven ;
- hebben juwelen en hoofddeksels een religieuze betekenis ?
- zijn er bepaalde kledingstukken die een specifiek belang hebben ?

4. Wie dient de interculturele aangelegenheden aan te brengen ?

Het is niet altijd duidelijk of het de patiënt dan wel de arts is die aangelegenheden betreffende cultuur of ras in het medisch interview dient aan te brengen. Bijgevolg worden deze aangelegenheden soms verwaarloosd in het gesprek. Indien ze belangrijk zijn in de ontmoeting/relatie zullen ze evenwel op een bepaald moment naar voor komen, hetzij direct, hetzij indirect.

Bvb. : indien de patiënt zich gefrustreerd voelt, omdat zijn/haar culturele noden niet in beschouwing genomen worden, kan hij/zij de behandeling niet correct opvolgen of eventueel afspraken voor raadpleging missen. Dit is een indirecte manier om de arts te laten weten dat iets belangrijks naar de patiënt toe moet worden aangebracht. Ook zal de arts bijvoorbeeld moeten nagaan of het voor een patiënte van een vreemde cultuur meer aanvaardbaar is dat ze vergezeld wordt van haar echtgenoot of eerder alleen gezien wordt door een mannelijke arts ; het is evenwel ook mogelijk dat de patiënte in kwestie aarzelt om alleen gezien te worden door een mannelijke arts om andere redenen die geen verband houden met haar cultuur. De arts kan in dit geval eventueel beiden, de patiënte en haar partner, uitnodigen om te bespreken of de partner bij het interview en het medisch onderzoek zal aanwezig zijn.

Tijdens het medisch interview kunnen culturele aangelegenheden van bij het begin aanwezig zijn, doch wanneer de patiënt hintten geeft omtrent deze culturele aangelegenheden en ze zelf niet direct kan aanbrenge, is het de opdracht van de arts aan te zetten tot een meer open discussie. Indien de arts toelaat de culturele aangelegenheden uit te drukken als een deel van het medisch interview is het inderdaad minder waarschijnlijk dat deze culturele aangelegenheden zullen interfereren met het medisch proces. Er zijn meerdere redenen waarom patiënten interculturele aangelegenheden niet aanbrenge of ze enkel aanbrenge op een bedekte manier of ze zelfs vermijden :

- ze kunnen vrezen dat de arts bevooroordeeld zal zijn of kwaad, of niet wil begrijpen welk het belang is van de culturele aangelegenheden ;
- ze weten niet wat de arts eigenlijk kent van hun cultuur en of de arts hun cultuur voor serieus neemt. Ze kunnen vrezen dat het vertonen van voorkeur voor hun eigen manier van doen de arts beledigt in verband met zijn eigen cultuur en zijn opleiding. Ze kunnen dan bezorgd zijn dat deze eventuele belediging kan interfereren met hun behandeling ;
- in sommige culturen heeft de arts een zeer hoge status waarvan de autoriteit niet wordt betwijfeld/tegensproken of in het gedrang wordt gebracht ;
- sommige patiënten kunnen verbolgen zijn omdat ze van hun land naar het buitenland moeten reizen om een behandeling te krijgen in een voor hen vreemde cultuur en ze kunnen bevreesd zijn deze woede aan de arts te tonen.

5. Waarom is het voor artsen moeilijk om interculturele aangelegenheden aan te brengen ?

- angst om racistisch en bevooroordeeld ten opzichte van culturele aangelegenheden over te komen ;
- zich ongeschikt en onervaren voelen om interculturele aangelegenheden te bespreken ;
- onvoldoende kennis hebben betreffende de cultuur van de patiënt ;
- angst voor misverstanden ;
- angst voor afwijzing wanneer bepaalde suggesties van de arts voor de patiënt cultureel onaanvaardbaar blijken te zijn ;
- onzekerheid betreffende de particuliere culturele achtergrond van de patiënt, d.w.z. niet met zekerheid weten of de patiënt immigrant is ofwel reeds geboren werd in de cultuur van de arts en welke aspecten van de cultuur van de arts door de patiënt reeds worden aangekleefd.

6. Barrières in interculturele communicatie

Onder deze hoofding zullen we achtereenvolgens ingaan op de culturele waarden, de menselijke ontwikkeling, de perceptie van ziekte, de verzorging en behandeling, de taal en tenslotte de culturele achtergrond van de arts.

6.1. De culturele waarden

De patiënt kan afkomstig zijn uit een cultureel systeem binnen hetwelke de waarden, de normen, de overtuiging en de gedragingen verschillend zijn dan deze van de medische staff. Culturele overeenkomsten in opvattingen, praktijken en rituelen helpen ons te communiceren met andere groepen in onze gemeenschap. Wanneer er geen overeenkomst is kunnen deze zaken evenwel barrières vormen met personen van verschillende culturen. Culturen verschillen in houding t.o.v. familiestructuur, huwelijk of partnership, kinderen krijgen en opvoeden en in het algemeen in de manier waarop het individu wordt beschouwd in relatie tot de gemeenschap. Sommige culturen hechten meer belang aan de individuele identiteit dan aan de gemeenschappelijke identiteit, terwijl andere culturen het tegenovergestelde doen. Onze vermoedens betreffende andere culturen kunnen zodanig gefixeerd zijn dat wij verwachten dat alle patiënten van een particuliere cultuur op eenzelfde wijze denken en zich op eenzelfde manier gedragen. Bvb. : we kunnen gaan vermoeden dat alle vrouwelijke patiënten van een bepaalde vreemde cultuur dienen aangesproken te worden via hun partner of via een mannelijk familielid. Alhoewel dit voor vele vrouwen van deze welbepaalde cultuur het geval kan zijn, kunnen er toch anderen zijn die er een verschillende opinie op nahouden. Een ander aspect is dat ouderlingen in bepaalde culturen beschouwd worden als de voornaamste leden van de gemeenschap en bijgevolg dienen gerespecteerd te worden. Er kunnen in dat geval duidelijke regels bestaan omtrent de manier waarop verschillende personen binnen deze culturen door jongeren worden aangesproken. Zulke attitude zal onvermijdelijk de arts-patiëntrelatie beïnvloeden omdat, wanneer de patiënt niet gewoon is autoritaire figuren tegen te spreken, hij/zij volledig akkoord zal gaan met alles wat door de arts wordt voorgesteld.

Een volgende aspect i.v.m. het belang van de culturele context van de patiënt betreft het werken met Japanse families. Gedurende de raadpleging kan de arts te horen krijgen dat de patiënt, in dit geval een 4 jaar oud kindje nog steeds in de slaapkamer van de ouders slaapt. De eerste opdracht van de arts is dan, vooraleer dit als een problematisch gedrag te beschouwen, na te gaan of dit een gewoonte is in Japan.

Indien cultuurgebonden informatie naar voor dient gebracht te worden tijdens de raadpleging kan de arts de patiënt vragen duidelijkheid te verschaffen omtrent zijn/haar culturele praktijken. Bvb. : worden in Uw familie de huwelijken geregeld ? Bij deze manier van vragen stellen wordt de patiënt behandeld als een individu. Hij/zij kan inderdaad bepaalde culturele ideeën geadopteerd hebben en andere verworpen hebben. Het is dus misleidend uit te gaan van de veronderstelling dat zijn/haar gedrag volledig zal bepaald worden door

zijn/haar cultuur. Bvb. : chinese moslims, chinese boeddhisten en moderne chinezen hebben, niettegenstaande het feit dat ze bepaalde basisideeën gemeenschappelijk hebben, toch een significant verschillende houding ten opzichte van de manier waarop het lichaam van een overleden persoon dient behandeld te worden.

6.2. De menselijke ontwikkeling

Elke periode van de menselijke ontwikkeling wordt gedefinieerd door culturele ideeën en praktijken. Bvb. : in onze gemeenschap refereert de adolescentie naar een particulier ontwikkelingsstadium, geïdentificeerd door welbepaalde ervaringen, conflicten, vooringenomenheden en doelen. In andere culturen daarentegen kan de adolescentie beginnen op een ander tijdstip van de ontwikkeling en andere karakteristieken vertonen. Bvb. : het is niet correct te veronderstellen dat een Italiaans meisje tijdens haar adolescentie identieke leeftijdsgebonden conflicten meemaakt als een Belgisch meisje van dezelfde leeftijd. Omdat de stadia van het leven verschillen naargelang de cultuur is het dus nodig dat de arts informatie opdoet betreffende de ervaring van de patiënt zelf.

6.3. De perceptie van ziekte, verzorging en behandeling

Elke cultuur heeft verschillende standpunten betreffende aanvaardbare en effectieve vormen van medische behandeling, gezondheid en verzorging. Alle patiënten zullen een welbepaalde idee hebben over de manier waarop zij hun ziekte hebben verworven, en over de verzorging en behandeling die zij nodig hebben. Het is zinvol na te gaan welke deze gedachten zijn vooraleer verder te gaan met de medische raadpleging. Als arts dient men na te gaan of er overeenkomst bestaat tussen de ideeën van de patiënten en de eigen ideeën. Indien men dit niet doet kan de patiënt zich onbegrepen of gefrustreerd voelen omdat de arts nagelaten heeft te informeren over persoonlijke en culturele overtuigingen.

Ziekte kan toegeschreven worden aan verschillende oorzaken. Een patiënt die vanuit Afrika naar Europa reist kan geshockeerd zijn wanneer hij/zij HIV-positief wordt bevonden omdat hij/zij kan denken dat dit een ziekte is die enkel bij blanke personen voorkomt. Na het stellen van de diagnose kan hij/zij aanvoelen dat de ziekte een straf van God is en bijgevolg geen reden zien om zich te laten behandelen daar het Gods wil is dat hij/zij zal sterven. In dit geval zal de arts het moeilijk vinden de overtuiging van de patiënt te verzoenen met zijn eigen kennis. Het is evenwel noodzakelijk de religieuze overtuiging van de patiënt te respecteren en met hem/haar te bespreken hoe hij/zij het best kan worden verzorgd of gesteund. Het kan

zinnig zijn op dat ogenblik iemand met dezelfde culturele achtergrond als de patiënt te vinden die inzicht heeft in de ziekte (HIV) en die de patiënt psychologische steun kan geven.

6.4. De taal

Taal is één van de meest op de voorgrond tredende problemen in geval van interculturele communicatie. Zelfs wanneer de vreemde patiënt vertrouwd is met de taal van de arts, dan nog zijn er nuances, metaforen, uitdrukkingen, niet-verbale hintjes en dergelijke die misverstanden of verwarring kunnen veroorzaken. Dergelijke misverstanden kunnen de arts-patiëntrelatie bedreigen en eveneens belangrijke implicaties hebben voor de verzorging van de patiënt.

Voor de behandeling van patiënten met geringe kennis van de taal van de arts gebruiken sommige artsen kaarten met sleutelwoorden in verschillende talen en de vertaling ervan in de taal van de arts. De patiënt toont de woorden van zijn/haar eigen taal en de arts leest het equivalent woord in zijn eigen taal. Bvb. : de arts kan trachten uit te maken of de patiënt ongelukkig, depressief of boos is door de patiënt het gepaste woord te laten aanduiden op de kaart. Dergelijk systeem kan gebruikt worden wanneer het moeilijk is te beschikken over een tolk of zelfs om de communicatie te bevorderen wanneer een tolk aanwezig is. Dergelijk kaartstelsel laat arts en patiënt ook toe direct te communiceren, zonder tussenkomst van een derde persoon.

6.5. De culturele achtergrond van de arts

Belangrijke aspecten betreffende het werken met patiënten van een andere culturele achtergrond zijn :

- het is niet nodig culturele of raciale aangelegenheden aan te brengen, tenzij ze belangrijk zijn voor de patiënt of indien een misverstand kan ontstaan wanneer ze niet worden aangebracht ;
- soms bestaat de verkeerde opvatting dat de patiënt dient verzorgd te worden door een arts met dezelfde culturele of raciale achtergrond om de communicatie te bevorderen en de verzorging te verbeteren. Dit kan inderdaad wenselijk zijn voor sommige patiënten, doch voor anderen zullen verschillen in achtergrond geen barrière vormen of zullen ze niet relevant zijn voor de behandeling. De patiënt dient dus de mogelijkheid te krijgen om te kiezen welke arts hij wenst te raadplegen en aan te duiden hoe hij wenst behandeld te

- worden. Bvb. : de arts kan de patiënt vragen of hij/zij liever behandeld wordt door een arts met zijn/haar eigen culturele achtergrond ;
- de arts kan beseffen dat er communicatieproblemen zijn en deze trachten uit te werken met de patiënt. Bvb. : de arts kan de patiënt duidelijk maken dat hij begrijpt hoe frustrerend het voor de patiënt moet zijn om te spreken met iemand die niet van zijn cultuur is, doch dat hij bereid is aspecten van de cultuur van de patiënt welke belangrijk zijn voor het begrijpen en het opvolgen van de patiënt te leren kennen. Anderzijds zullen sommige patiënten een arts met een andere culturele achtergrond kiezen daar zij hun ziekte niet wensen kenbaar te maken aan iemand van hun eigen achtergrond, omdat ze de ziekte bvb. opliepen door een activiteit die voor hen cultureel onaanvaardbaar is. Voor andere patiënten zal een arts van hetzelfde geslacht belangrijker zijn dan een arts van dezelfde cultuur. Wanneer een patiënt in contact wordt gebracht met een arts van dezelfde culturele achtergrond kan hij/zij veronderstellen dat deze arts zijn/haar waarden deelt ; dit kan de desbetreffende arts welke getraind is in een ander cultureel systeem in een moeilijke positie brengen ;
 - patiënten en artsen kunnen effectief communiceren ook al behoren ze tot verschillende culturen. Vaak denkt men dat arts en patiënt niet in de mogelijkheid verkeren effectief te communiceren wanneer ze cultureel teveel verschillen van elkaar. Dit kan ertoe leiden dat de ziekenhuisstaff patiënten behorend tot een etnische minderheid vermijdt, omdat men niet zeker is over de manier waarop men met deze patiënten dient te communiceren. In feite dienen verschillen niet altijd barrières te vormen. Men kan manieren ontwikkelen om informatie te verzamelen over de cultuur van de patiënt en de aldus bekomen informatie kan op een constructieve wijze gebruikt worden om de verzorging van de patiënt te realiseren. Het kan ook zijn dat de patiënt goed geïnformeerd is over de culturele praktijken van het gastland en bereid is zijn/haar eigen culturele standpunten te overschrijden wanneer hij/zij medische hulp zoekt.

Tabel 1. Adviezen in verband met interculturele communicatie met patiënten

- **Wees bewust van je eigen waarden, zodat je ze niet oplegt aan de patiënt.**
- **Doe kennis op betreffende de culturele achtergrond van je patiënten, voornamelijk wanneer deze patiënten een redelijk grote groep vormen in jouw leefgemeenschap.**
- **Tracht te weten te komen welke culturele verschillen de behandeling kunnen beïnvloeden.**

- **Toon de patiënt dat je respect hebt voor de verschillen tussen hem/haar en jezelf.**
- **Tracht uit te maken of er overeenkomsten bestaan betreffende ideeën en verwachtingen en bouw hierop voort telkens het mogelijk is.**
- **Sta open voor culturele praktijken die jou niet vertrouwd voorkomen.**
- **Betrek culturele gedachten/ideeën bij de behandeling zonder de kwaliteit van de verzorging die aan de patiënt verleend wordt in het gedrang te brengen.**
- **Leg de patiënt uit dat je zult trachten de best mogelijke medische verzorging te geven, doch dat je geen expert bent van zijn/haar cultuur.**

Tabel 2. Te doen en te vermijden bij interculturele communicatie

Te doen :

- **Gebruik open vragen.**
- **Exploreer de raciale en culturele achtergrond enkel wanneer het nodig is.**
- **Wees eerlijk over alles wat betreffende de culturele en raciale achtergrond van de patiënt onduidelijk is voor jou.**
- **Toon respect voor de culturele verschillen.**

Te vermijden :

- **Voorwenden culturele patronen te begrijpen, welke onduidelijk zijn voor jou.**
- **Bevooroordeeld zijn over culturele patronen.**
- **Veronderstellingen maken over de manier waarop de culturele patronen van de patiënt gerelateerd kunnen zijn tot het ontstaan van de ziekte of tot de afloop van de behandeling.**
- **Veronderstellen dat culturele aangelegenheden niet belangrijk zijn wanneer zij niet op de voorgrond treden bij het initiële medisch interview (ze kunnen pertinent worden op elk stadium van de arts-patiëntrelatie en de medische ontmoeting).**

7. Richtlijnen voor het bespreken van interculturele aangelegenheden

Deze betreffen de omstandigheden, de introductie, het bekomen van relevante psychologische informatie, het exploreren van de ideeën van de patiënt over de ziekte, het exploreren van de verwachtingen van de patiënt betreffende de behandeling, het vinden van een compromis tussen de medische behandeling en de culturele waarden, het raadplegen van familieleden van de patiënt, het gebruik van een tolk, het raadplegen van collega's en het gebruik van andere sociale netwerken.

7.1. De omstandigheden

De niet-vertrouwde sfeer en de aanwezigheid van vreemde personen in een ziekenhuis en in andere medische omstandigheden kunnen de patiënt angstig maken. Het is belangrijk dat men hiermee rekening houdt en de patiënt niet in de aanwezigheid van vreemde personen of in het publiek aanspreekt over zijn/haar problemen.

Patiënten hebben eigen verwachtingen betreffende hun behandeling, afhankelijk van de omstandigheden, bvb. : bij een gehospitaliseerde patiënt bestaan andere verwachtingen dan bij een patiënt die op raadpleging gaat bij een huisarts.

Men zal er ook op letten uitgebreide informatie te geven over de te verrichten procedures zodanig dat de patiënt hieromtrent geen angst dient te hebben.

7.2. De introductie

Artsen blijken op een andere manier te communiceren met patiënten van andere culturen of etnische minderheden. Omdat deze patiënten de taal van de arts niet spreken of onvoldoende spreken kunnen ze soms beschouwd worden als minder intelligent. Ook gebeurt het dat in die omstandigheden de arts meer directieve informatie geeft aan de patiënt dan bij patiënten die zijn taal wel spreken en bijgevolg hun angsten en vragen gemakkelijker kunnen uitdrukken. Het is belangrijk de patiënt aan te spreken met de naam die hij/zij verkiest en niet naar hem/haar te refereren in de derde persoon (bvb. : “de chinese mijnheer”). Dit leidt tot depersonalisering van de patiënt. Houd er ook rekening mee dat in bepaalde culturen het gebruik van de voornaam beledigend overkomt. De arts kan dit opvangen door bvb. te vragen : “Zo, U bent mevrouw?”, “Spreek ik Uw naam correct uit?”, “Hoe wenst U aangesproken te worden?”.

Ga ook na of de naam van de patiënt op een correcte wijze gespeld is in het dossier en streef naar een correcte uitspraak ervan. Vreemdklinkende namen zijn evenwel soms zeer moeilijk, zometer onmogelijk uit te spreken ; wanneer men zelf niet tracht deze namen uit te spreken getuigt dit echter naar de patiënt toe van een gebrek aan interesse voor al wat vreemd is. Wanneer men werkzaam is in een gebied waar een groot aantal patiënten deel uitmaken van etnische minderheden kan het interessant zijn ter hoogte van de verpleegeenheden of ter hoogte van de consultatieruimte te beschikken over een kopie van de benamingssystemen van de verschillende culturen. Bvb. : de benamingssystemen gebruikt door Moslims en Hindoes zijn verschillend van deze gebruikt in West-Europa en kunnen verwarring veroorzaken voor de patiënt en betreffende hun dossiers. In de moslimculturen krijgt de patiënt meerdere namen. Zo kan de man een andere naam hebben dan zijn vrouw. Hij kan bvb. “Mohamed Ishak” genoemd worden. De eerste naam verwijst naar zijn religie en de tweede is zijn persoonlijke naam ; ze worden in deze volgorde aangeduid. Vaak is er geen familienaam. Vrouwelijke moslimpatiënten hebben ook twee namen, doch de structuur is verschillend van deze voor mannen. Bvb. : “Fatima Bibi”, de eerste naam is de persoonlijke naam en de

tweede naam is het equivalent van “mevrouw” of “echtgenote”. Wanneer men dit vertaalt als mevrouw “Bibi” betekent het letterlijk mevrouw “echtgenote”. Het kan ook gebeuren dat de moslimpatiënten hun laatste naam toch opgeven als familienaam alhoewel het hun persoonlijke naam is en dit maakt de communicatie gemakkelijker.

Communicatie met patiënten van een andere cultuur dient ook vaak meer indirect te verlopen, waarbij men vermijdt de directe vraag- en antwoordmethode die karakteristiek is voor de Westerse beschaving te gebruiken. Alhoewel patiënten van de Westerse beschaving deze stijl vertrouwd en zakelijk vinden, kunnen patiënten van andere culturen en vreemde landen verwachten dat er meer details gevraagd worden over hun familie en kunnen ze het vreemd vinden dat de arts onmiddellijk begint met het medisch interview. Om deze redenen is het belangrijk dat de arts op een expliciete wijze aan de patiënt van een andere cultuur uitlegt hoe hij hem/haar zal benaderen. Bvb. : “Ik moet om mijn werk goed te doen een aantal vragen kunnen stellen over Uw gezondheid. Ik zal U die vragen één na één stellen en ik zou graag hebben dat U met ja of nee antwoord op deze vragen. Nadien kunnen wij bespreken hoe U zich voelt met Uw behandeling en kunnen wij ingaan op bepaalde zorgen en bepaalde vragen die U zelf hebt”.

7.3. Het bekomen van relevante psychologische informatie

Basisbiografische informatie kan aanwijzingen geven voor verdere vragen over de culturele achtergrond van de patiënt. Bvb. : Is de patiënt geboren in het land waar hij nu woont ? Is hij opgevoed in dit land ? Of is hij pas aangekomen ? Verblijft de patiënt tijdelijk of permanent in het land van de arts ? Dus, in plaats van uit te gaan van de gedachte dat de patiënt immigrant is of een tijdelijk resident met een vreemde nationaliteit zal de arts vragen : “Kunt U mij zeggen waar U geboren bent ?”.

De arts zal verkeerde ideeën over de cultuur der patiënt vermijden door open te staan en vragen te stellen over culturele aspecten waar hijzelf/zijzelf niet mee vertrouwd is. Bvb. : wanneer bij een routine-onderzoek een zwangere Grieks-Cypriotische vrouw kenbaar maakt dat ze vast, zal de arts eerst trachten te begrijpen welke de redenen zijn waarom deze patiënte geen evenwichtig dieet volgt, vooraleer een medisch advies te geven. De reden hiertoe kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënte het Griekse paasfeest viert.

De arts zal dus trachten op de hoogte te zijn van culturele gegevens in verband met het probleem waarmee de patiënt zich aanmeldt. In het voorbeeld van de vastende Grieks-

Cypriotische vrouw zal de arts trachten te weten te komen hoelang ze wenst verder te vasten om dan een aantal voedingsbestanddelen te suggereren die voor de patiënte op een aanvaardbare manier in haar dieet kunnen opgenomen worden zonder haar vasten echt te onderbreken.

Eens de patiënt de informatie over culturele voorkeuren gegeven heeft zal de arts het belang van deze factoren naar de patiënt toe bevestigen, vooral dan wanneer deze dient gehospitaliseerd te worden. De arts kan hiervoor algemene vragen stellen, zoals : “Zijn er nog andere zaken die U wenst te weten over de behandeling of over wat er zal gebeuren tijdens Uw verblijf in het ziekenhuis?”. “Ik ben soms niet zeker of ik vragen moet stellen over specifieke culturele verschillen, U zult me daarin dan moeten helpen en mij laten weten of er (nog) iets is dat nuttig kan zijn voor U”.

Er kunnen natuurlijk situaties bestaan waarin een particuliere culturele praktijk te omslachtig is om uitgevoerd te worden in een druk ziekenhuis, dan kan het nodig zijn de patiënt te vragen omtrent deze particuliere praktijken verder te beraadslagen met de medische en/of verpleegkundige staff. Wanneer bepaalde culturele praktijken niet tot uitvoer kunnen gebracht worden in het ziekenhuis is het belangrijk dat dit aan de patiënt wordt uitgelegd, zodanig dat er geen misverstanden ontstaan.

7.4. Het exploreren van de ideeën van de patiënt over de ziekte

Patiënten kunnen eigen ideeën hebben over de oorzaak van hun ziekte. De arts kan trachten te begrijpen welke die ideeën zijn door er vragen over te stellen. De antwoorden van de patiënt kunnen de arts inzicht geven in het probleem van de patiënt en kunnen hem helpen geschikte suggesties te maken in verband met de behandeling.

Tabel 3. Richtlijnen voor het exploreren van de opvatting van de patiënt over ziekte, verzorging en behandeling.

Richtlijnen	Vragen
Exploreer individuele inzichten vd patiënt omtrent ziekte, verzorging en behandeling.	Kunt U mij beschrijven hoe U zich voelt ? Welke type van behandeling denkt U dat nuttig kan zijn om U te helpen ? Hoe denkt U dat wij de behandeling moeten plannen ?
Ga na of de patiënt zijn medisch probleem toeschrijft aan interne (biologische en psychologische) factoren of eerder aan externe (religieuze of bovennatuurlijke) oorzaken.	Welk is volgens Uzelf de oorzaak van Uw ziekte ?
Ga na of de ziekte psychologisch of fysiologisch uitgedrukt wordt.	Kunt U me zeggen waar U de ziekte voelt ? Kunt U me zeggen welke ziekte tekens of symptomen U hebt vertoond ? Wanneer en hoe realiseerde U zich dat U ziek bent geworden ?
Ga na of de patiënt meent of gelooft zelf enige controle te hebben over ziekte, verzorging en behandeling ?	Wat hebt U gedaan sinds U tot de constatacie gekomen bent dat U ziek bent ?
Ga na of er familieleden of vrienden zijn die een impact hebben op het leven van de patiënt en ga ook na welke de perceptie van deze mensen is over de ziekte.	Wie raadde U aan met deze welbepaalde behandeling te beginnen ? En aan het familielid kan gevraagd worden : “Waarom denkt U dat deze patiënt, Uw familielid, ziek is geworden ?”.
Ga na bij de patiënt welke de algemene culturele ideeën zijn over ziekte.	Hoe worden in Uw cultuur patiënten met kanker of AIDS beschouwd ?
Ga na of er gemeenschappelijke punten bestaan tussen het cultureel model van de arts en dat van de patiënt.	Ik stel voor dat U de geneesmiddelen nog enkele dagen neemt, ook al voelt U zich nu al beter. Kunt U daarmee akkoord gaan ?

7.5. Het exploreren van de verwachtingen van de patiënt betreffende de behandeling

De arts kan beginnen met vragen te stellen, zoals : “Welke soort behandeling denkt U nodig te hebben ?”, “Wat hoopt U dat deze behandeling voor U zal opbrengen ?”.

Ziekten en de behandeling ervan dienen dus uitgelegd te worden op een manier die strookt zowel met de overtuigingen van de patiënt als met de expertise van de arts. Wanneer de culturele verschillen niet verenigbaar zijn, zal de arts hiermee rekening houden om aldus duidelijk te maken dat de visie van de patiënt niet minderwaardig is. Patiënten zijn inderdaad vrij te kiezen welke behandeling zij aanvaarden. Bvb. : een Moslimpatiënt kan tijdens de Ramadan vragen dat zijn behandeling uitgesteld wordt tot wanneer de religieuze evenementen achter de rug zijn. Indien dit niet mogelijk is, omdat het onmiddellijk starten van de behandeling van cruciaal belang is voor de patiënt, moet de arts aan de patiënt zeer duidelijk uitleggen waarom de behandeling toch onmiddellijk dient te beginnen en dat het onmiddellijk opstarten van de behandeling in het voordeel van de patiënt zelf is en niet gebeurt uit gebrek aan respect voor zijn religieuze praktijken. De meeste religies laten bepaalde flexibiliteit toe betreffende medische behandelingen wanneer deze urgent of in levensbedreigende gevallen dienen te gebeuren.

7.6. Het vinden van een compromis tussen de medische behandeling en de culturele waarden

De arts en de patiënt kunnen verschillende wereldvisies hebben of verschillende houdingen betreffende de volgende onderwerpen :

- spirituele overtuigingen en praktijken ;
- socioculturele ideeën ;
- familiale ervaringen en waarden ;
- overtuigingen betreffende gezondheid, ziekte en behandeling ;
- overtuigingen en stereotype gedachten over de culturele minderheden.

Sommige aspecten van de levensstijl van de patiënt kunnen bij de arts exotisch of bizar overkomen. De arts dient er evenwel rekening mee te houden dat deze deel kunnen uitmaken van de culturele waarden van de patiënt. Bvb. : het kan moeilijk te verstaan zijn waarom een patiënte wenst dat er bij elke raadpleging familieleden aanwezig zijn, daar men in de Westerse cultuur eerder belang hecht aan persoonlijkheid en privacy. Op dezelfde manier kunnen de waarden van de dokter abnormaal overkomen naar de patiënt toe. In geval van

interculturele communicatie zal de arts dus beginnen met verstandhouding te zoeken met de patiënt vooraleer over te gaan tot de aspecten van de behandeling. De bedoeling moet zijn dat de arts de culturele afstand tussen het wereldbeeld van de patiënt en zijn eigen wereldbeeld vermindert. De arts zal dus zijn eigen culturele attitudes niet aan de patiënt opleggen of opdringen, doch zal ernaar streven een gemeenschappelijke basis in verband met de behandeling te bereiken.

7.7. Het raadplegen van familieleden van de patiënt

Op bepaalde ogenblikken kan het zinvol zijn familieleden van de patiënt te consulteren om aldus meer informatie te bekomen over de gewoonten binnen de familie in verband met de aanpak van de ziekte. Wanneer het gaat om emotionele situaties zoals een overlijden in de familie dient men de nabestaanden en de familieleden te consulteren omtrent de aangepaste culturele praktijken. Bvb. : volgens de Joodse leer dient een overledene zo snel mogelijk begraven te worden, gewoonlijk binnen de 24 uren. Mutilatie van het lichaam (bvb. : door een autopsie) is niet toegestaan, tenzij er wettelijk een post mortem onderzoek wordt opgelegd. Bij Hindoes wordt de stervende patiënt meestal voorgelezen uit het Heilig Boek en eens de patiënt werkelijk overleden is, dient het lichaam onbedekt gelaten te worden. De rituelen omtrent de dood zijn emotionele momenten voor de nabestaanden en de familie en indien men dan beslissingen neemt zonder hen te raadplegen kan dit overkomen als een gebrek aan respect of als afvallend of beledigend.

7.8. Het gebruik van een tolk

Vaak wordt er in de gezondheidszorg gebruik gemaakt van een tolk. Indien de patiënt en/of de familie van de patiënt de taal van de arts niet spreekt, is het best beroep te doen op een tolk, zodanig dat zowel de patiënt als zijn nabestaanden begrijpen welke de aard van de aandoening is en welke behandeling er voorzien wordt. Ze dienen op dat ogenblik ook de mogelijkheid te krijgen vragen te stellen. Ook voor patiënten die de taal van de arts onvolledig spreken, kan het gebruik van een tolk nuttig zijn, daar het voor de patiënt een opluchting kan zijn problemen in de eigen taal te verwoorden. Daarbij komt nog dat de tolk als vertegenwoordiger van de cultuur van de patiënt een aantal cultureel cruciale aangelegenheden kan identificeren en de patiënt comfort en ondersteuning kan geven. In aanwezigheid van een tolk zal de arts trachten een contact te ontwikkelen zowel met de tolk als met de patiënt zelf.

Het gebruik van een tolk bij een medische raadpleging kan eventueel echter ook problemen met zich meebrengen :

- er bestaat mogelijkheid tot beïnvloeding wanneer communicatie afhankelijk is van een derde persoon ;
- meningen kunnen veranderd worden gedurende het proces van de vertaling ;
- vertalers zijn meestal leken in het vak en zijn niet echt vertrouwd met de terminologie, aldus wordt duidelijke communicatie toch afgeremd ;
- de aanwezigheid van de vertaler kan de patiënt in verlegenheid brengen, wanneer het onderwerp van een gesprek als taboe beschouwd wordt (bvb. : seksuele problemen), dit is vooral het geval wanneer de vertaler van dezelfde culturele achtergrond en nationaliteit is ;
- de vertaler kan de gedachten, de ideeën van de patiënt anders interpreteren of de antwoorden inkorten. Dit druist dan in tegen de bedoeling van de arts die wenst te komen tot een open communicatie en meer wenst te weten over de culturele achtergrond van de patiënt. De tolk kan dus een hulp zijn, maar ook een hinderende factor.

7.9. Het raadplegen van collega's

Soms is het zinvol collega's te raadplegen om een efficiënte manier te ontwikkelen om culturele praktijken met ziekenhuisgewoonten te verzoenen. Collega's-artsen met dezelfde culturele achtergrond als de patiënt kunnen zeer behulpzaam zijn door het suggereren van manieren waarop men de patiënt het gevoel kan geven dat hij/zij ondersteund wordt (ze kunnen er bvb. voor instaan dat iemand die de taal van de patiënt spreekt aanwezig is).

7.10. Het gebruik van andere sociale netwerken

Het is ook nuttig dat de patiënt op de hoogte gebracht wordt van het bestaan van structuren die beschikbaar zijn voor personen van andere culturen, zoals de interculturele bemiddelaar, raadplegingsbureaus, etnische centra, culturele centra en dergelijke. Deze structuren kunnen zeer hulpzaam zijn als ondersteuning van de patiënt en de nabestaanden. Men moet er ook rekening mee houden dat in vele landen het biomedisch model dat wij kennen niet het meest voor de hand liggende gezondheidssysteem is en dat andere systemen eventueel kunnen geraadpleegd worden, zoals kruidendokters en traditionele helers. Wanneer de patiënt deel uitmaakt van bepaalde religieuze groepen kan het mogelijk zijn dat hij de aanwezigheid vraagt van een bedienaar van zijn religie om bepaalde rites uit te voeren.

Details over zulke structuren kan men best bijhouden ter hoogte van de verpleegeenheid en aan de patiënt overmaken wanneer hij/zij er naar vraagt. Het is inderdaad ook belangrijk dat de patiënt tijd krijgt om te discussiëren en te spreken over andere kwesties en over andere zorgen dan wel over zijn ziekte toestand zelf.

AANDACHTSPUNTEN

- **Het is belangrijk dat de patiënt zijn/haar culturele achtergrond, waarden, overtuigingen en verwachtingen kan uitleggen wanneer dit relevant is voor de raadpleging.**
- **Verhoogde aandacht voor culturele aangelegenheden helpt het gedrag van de patiënt accuraat te beoordelen, bevordert de therapeutische relatie (arts-patiënt relatie), en komt de behandeling ten goede.**
- **De arts dient de culturele en raciale ideeën van andere personen/volkeren te aanvaarden als verschillend doch als evenwaardig.**
- **Belangrijke aangelegenheden kunnen over het hoofd gezien worden wanneer ofwel de arts ofwel de patiënt angst hebben verkeerd begrepen te worden of vrezen verdacht te worden van het afwijzen van culturele waarden.**
- **De patiënt kan behoren tot een particuliere cultuur, doch bepaalde aspecten ervan aanvaard hebben en andere aspecten ervan verworpen hebben. De arts dient daarom zorgvuldig bij elke patiënt de persoonlijke en culturele noden te beoordelen vooraleer tot een welbepaalde behandeling te beslissen.**
- **Het samenbrengen van artsen en patiënten van dezelfde cultuur en/of hetzelfde ras is niet altijd wenselijk.**

HOOFDSTUK III : COMMUNICATIE MET PATIENTEN EN COLLEGA'S - HOE BEINVLOEDEN PERSOONLIJKE AANGELEGENHEDEN DE PROFESSIONELE RELATIES ?

1. Inleiding

De meeste studenten vragen zich op een of ander ogenblik af hoe relevant bepaalde delen van de cursus en de manier waarop ze onderwezen worden zijn voor de medische carrière die ze hebben gekozen. Dit is vooral waar voor studenten in de preklinische jaren, toch is ook van toepassing voor studenten in de klinische jaren. Bvb. : men leert de student handschoenen aan te trekken vooraleer bloed af te nemen om aldus beschermd te zijn tegen HIV, Hepatitis B, e.d., doch de student kan tijdens de stage tot de constatacie komen dat een aantal van de medische en verpleegkundige staffleden nooit handschoenen aantrekken. Studenten kunnen soms ook weinig gemotiveerd worden om te lezen over de medische conditie van hun patiënten wanneer wat ze vertellen of neerschrijven over deze patiënten door de superviserende artsen altijd als onvolledig aangeduid wordt en zij geen aanmoediging krijgen. Wij hopen natuurlijk dat het grootste deel van de cursus stimulerend en aanmoedigend werkt en gelegenheden tot discussie met collega's-studenten, lesgevers en artsen biedt. In dit hoofdstuk komen een aantal communicatieprocessen aan bod die voor medische studenten van toepassing kunnen zijn. Het is de bedoeling een ruimer begrip van communicatie in verband met context, rollen en relaties te ontwikkelen. Achtereenvolgens zal ingegaan worden op de persoonlijke ontwikkeling, assertiviteit, de relaties met patiënten en de relaties met professionelen/collega's.

2. De persoonlijke ontwikkeling

Tijdens ons leven veranderen we. De persoonlijke ontwikkeling wordt gekenmerkt door een reeks van levensstadia : geboorte, de peuter- en kleuterleeftijd, de kinderjaren, de adolescentie, enz. Onze mogelijkheid tot communiceren ontwikkelt verder met elk stadium. We leren communiceren dankzij sociale interactie en voornamelijk, dankzij het familiale leven. Sociale ontwikkeling, met inbegrip van het verwerven en ontwikkelen van een taal, is nauw verbonden met familiale ontwikkeling, rollen, relaties en generatiegebonden patronen. Hoe je omgaat met mensen en communiceert met mensen wordt in grote mate beïnvloed door

de interactieve patronen die in jouw familie aanwezig zijn. Meerdere factoren zijn in dit verband relevant :

- jouw positie in de familie (alleenstaand kind ; het oudste kind ; het jongste kind ; enz) ;
- familiale regels of overtuigingen betreffende communicatie (bvb. : men dient volwassen te zijn om als serieus beschouwd te worden ; kinderen mogen wel gezien worden, doch niet gehoord worden) ;
- generatiegebonden patronen (bvb. : enkel met de ideeën van de mannelijke familieleden wordt rekening gehouden ; opinies gelden enkel wanneer je volwassen geworden bent en het huis hebt verlaten ; niemand spreekt over gevoelens omdat dit beschouwd wordt als een teken van zwakheid) ;
- de structuur van de familie (bvb. : men is thuis met zovelen dat het moeilijk is om gehoord te worden) ;
- gevolgen van vroegere familiale gebeurtenissen (bvb. : niemand durft de ideeën van mijn vader nog in twijfel trekken sedert ik met hem een discussie heb gehad die uitmondde in een dik pak slaag ; nadat mijn broer een aantal jaren geleden overleed ten gevolge van een verkeersongeval sprak enkel mijn moeder openlijk haar gevoelens uit en zij werd nadien depressief ; aldus bestaat binnen de familie de idee dat het verzwijgen van gevoelens voorkomt dat men depressief wordt).

Door in jouw eigen familie 1 of 2 generaties terug te gaan kan je begrip krijgen over relationele patronen in je familie, kan je meer te weten komen over ziektepatronen in jouw familie, kan je eventuele aanwijzingen vinden waarom jij verkoos geneeskunde te studeren. In wat volgt zal achtereenvolgens worden ingegaan op indicatoren van de wijze waarop men communiceert, vragen die men zelf dient te stellen over communicatie en hintes voor zelfhulp.

2.1. Indicatoren van de wijze waarop men communiceert

Vertrouwen in relaties en hoe je communiceert met familie en vrienden beïnvloedt ook de interactie met gelijken, met lesgevers en patiënten. De wijze waarop je communiceert kan door volgende factoren beïnvloed worden :

- je taalvaardigheid ;
- de toon die je aanslaat ;
- de snelheid waarmee je spreekt ;
- de mogelijkheid de landstaal te spreken en te begrijpen (in ons geval het Nederlands) ;

- of je interactieve stijl rigiditeit of flexibiliteit in gedachtenprocessen reflecteert ;
- of er overeenstemming en relevantie bestaat tussen gedachteninhoud en gedachtenprocessen ;
- of je anderen op hun gemak kunt stellen bij een interview ;
- emotionele maturiteit, de mogelijkheid om te gaan met uitdagende en beladen situaties ;
- of je al dan niet een gevoel voor humor hebt.

De context is cruciaal voor het begrijpen van communicatie : de verwachtingen van de mensen worden gedefinieerd door de context binnen dewelke ze communiceren. Jouw gedrag en jouw taalgebruik verschilt waarschijnlijk naargelang de situatie waarin je je bevindt : een conversatie met een vriend tussen pot en pint zal meer relax en vriendelijker verlopen dan een conversatie tijdens een interview.

Context is nochtans slechts één marker van communicatie. Andere markers zijn persoonlijke en sociale ontwikkeling : deze impliceert veranderingen in de wijze waarop we communiceren en in wat betrokken is bij onze communicatie wanneer we evolueren doorheen de verschillende stadia van het leven. De overgang van de schoolleeftijd naar de universiteit is voor veel jonge mensen het meest belangrijke stadium in het proces van thuis weg te gaan. Twee belangrijke veranderingen treden dan op de voorgrond. De eerste verandering betreft jezelf : je wordt zelfstandiger en autonoom. De tweede verandering betreft de familie : de familiestructuur hoeft niet noodzakelijk te veranderen, doch patronen in verhouding kunnen veranderen en nieuwe rollen kunnen gedefinieerd worden ; nieuwe verhoudingen komen tot stand en nieuwe patronen van verstandhouding ontplooiën. Het thuis weggaan om naar de universiteit te gaan betekent evenwel niet het einde van de verandering in de verhoudingen. Je zult veranderingen identificeren die optreden wanneer je eerst thuis weggaat om aan de universiteit te studeren en deze onderscheiden van veranderingen die optreden wanneer je ouder zult zijn, laten we zeggen, twintig tot vijfentwintig jaar. Wellicht zul je op dat ogenblik meer vertrouwen gekregen hebben, nieuwe vrienden verworven hebben, eventueel romantische relaties beëindigd hebben en gestart zijn met het omlijnen van jouw carrière in de geneeskunde.

Veranderingen in je relatie met gelijken en vrienden zijn ook een signaal voor veranderingen in hoe je omgaat met patiënten en collega's en vice versa. Misschien zullen sommige ideeën in deze cursus, samen met de training die je in communicatievaardigheden zult opdoen je eveneens beïnvloeden. Communicatiepatronen ontwikkelen overigens voor een deel ook als

resultaat van gebeurtenissen die zich afspelen in je persoonlijk leven, bvb. : je kan het moeilijk hebben om slecht nieuws te melden aan een patiënt wanneer iemand in jouw familie recent overleden is. Medische complicaties veroorzaakt door de levenswijze van de patiënt, bvb. : alcoholabusus, kunnen je eigen frustratie en afkeuring oproepen wanneer je opgroeide in een omgeving die alcoholgebruik afkeurt. Hoe we zelf voelen en denken over onze patiënten kan ertoe leiden dat we met hen communiceren op ongepaste en onbehelpzame wijze. Soms kun je bij jezelf een betuttelende of autoritaire toon terugvinden, voornamelijk bij communicatie met patiënten waarbij je zelf niet op je gemak bent.

Identificatie van situaties waarbij er een impasse in de communicatie met een patiënt optreedt of waarbij het benaderen van het probleem van een patiënt bijzonder moeilijk wordt is belangrijk.

Tabel 1. Patronen van onbehelpzaam gedrag ten opzichte van patiënten.

Gedrag	Voorbeeld van de oorzaak van het gedrag
Overidentificatie (te emotioneel betrokken raken).	Je geraakt te veel verbonden met een jonge patiënt met een probleem van drugverslaving, omdat je eigen broer een gelijkaardig probleem heeft.
Onderidentificatie (emotioneel te afstandelijk blijven).	Omdat je zelf moe en gestresseerd bent, kom je er niet toe warm en empatisch om te gaan met de gestresseerde nabestaanden van een patiënt.
Bevooroordeeld worden t.o.v. patiënten en hun levensstijl.	Wanneer je zelf uit een familie van artsen afkomstig bent, kun je het moeilijk begrijpen waarom sommige patiënten een behandeling niet wensen te volgen.
Didactisch worden tijdens de raadpleging en de patiënt de les spellen.	Tijdens je eigen opvoeding werd je aangebracht mensen te gehoorzamen wanneer ze een autoriteitsfunctie bekleeden.
Het probleem van de patiënt behandelen zonder rekening te houden met de emotionele noden van de patiënt.	Hoewel je een goed wetenschapper bent, vind je het moeilijk rekening te houden met de gevoelens van de patiënt omdat in je eigen familie niemand bekommerd scheen te zijn om de gevoelens van de anderen.
De patiënt valse hoop geven over het waarschijnlijke resultaat van de behandeling.	Je vindt het moeilijk met patiënten te spreken over hun angsten en over sterven omdat deze aangelegenheden op dit ogenblik door jezelf te sterk ervaren worden of omdat je er niet ernstig over nagedacht hebt.
Elk probleem willen oplossen, definitieve antwoorden willen geven op vragen en creëren van gevoelens van zekerheid.	Een van de redenen waarom je verkoos geneeskunde te studeren is jouw interesse om problemen op te lossen. In de praktijk beschouw je het als je taak om patiënten te verlossen van pijn, onzekerheid en gevoelens van verlies.

Wanneer we ons in onze relatie met de patiënt herhaaldelijk gedragen op een van de manieren aangegeven in tabel 1 hebben we een probleem in onze communicatie met de patiënt.

2.2. Vragen die men zichzelf dient te stellen over communicatie

De volgende vragen kunnen je helpen om de aanwezigheid en de mogelijke oorzaken van communicatieproblemen in de medische praktijk te identificeren :

- neem je eigen “emotionele temperatuur” : ben je overgevoelig, te emotioneel, koud of afstandelijk ;
- heb je een communicatiepatroon ontwikkeld dat behulpzaam is in jouw communicatie met patiënten (bvb. : ben je voortdurend twistziek of afschepend) ?
- ben je vaak vermoeid en irritabel (bvb. : omdat je te veel werk hebt, of omdat je persoonlijke problemen heb) ?
- zijn de grenzen tussen je persoonlijk en je professioneel leven soms onduidelijk ? Neem je te veel werk mee naar huis, of kom je naar het werk wanneer het niet echt nodig is ?
- is er een aantoonbare verandering in jouw manier van ontspannen (bvb. : te veel drinken en te weinig lichamelijke activiteit) ?
- zijn er significante veranderingen in je familiale en je persoonlijke relaties ?
- doe je je werk niet graag meer en kijk je altijd uit naar het einde van de dag ?
- heb je een gevoel van succes in je werk (ook wanneer je bezig bent met zeer zieke patiënten), of vraagt het constante ondervinden van verlies zijn tol bij jou ?
- hebben je collega’s en patiënten je verteld dat je er vermoeid en gestresseerd uitziet ?
- interfereert de spanning van het examen met persoonlijke en professionele verhoudingen ?
- ben je je eigen noden en interesses aan het verwaarlozen ?

2.3. Hinten voor zelfhulp

Strategies welke je kunnen helpen om de uitdagingen van de medische praktijk het hoofd te bieden zijn onder andere :

- het herkennen van de gebeurtenissen welke je gestresseerd, uitgedaagd of depressief maken ;
- in je eigen gedrag en in je werkregeling de patronen herkennen welke deze stressors uitlokken of bevorderen ;

- tracht de stress te verminderen door persoonlijke en (indien nodig) organisatorische maatregelen ;
- herevalueer je levensstijl en je werkpatroon om het opnieuw optreden van te stressvolle episodes te vermijden ;
- betracht je ervaringen en vaardigheden te verbeteren, zodat uitdagingen gezien worden als gunstige gelegenheden en niet als bedreigingen ;
- indien nodig wordt meer assertief ;
- spreek met anderen. Discussie met een sympatieke lesgevers, met een arts, met een lekenhulp of een andere raadgever of met gelijken kan zeer gunstig uitvallen.

3. Assertiviteit

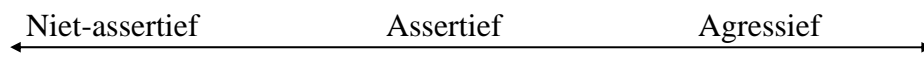
Assertiviteit is een belangrijk onderdeel van effectieve communicatie. Alhoewel sommige mensen van nature uit meer assertief zijn dan anderen, is het toch mogelijk je eigen assertiviteit te ontwikkelen.

3.1. Wat is assertiviteit ?

We herkennen allen aan de ene kant de passieve individuen die anderen toelaten over hen heen te walsen en aan de andere kant de agressieve individuen die ertegen aanboksen en onmiddellijk het laatste woord wensen te hebben. Tussen deze extremen in situeert zich de persoon met geschikte assertiviteit. Over het algemeen wordt aangenomen dat assertief zijn een persoon toelaat om :

- in zijn eigen (gezond) voordeel te kunnen werken ;
- voor zijn eigen rechten te kunnen opkomen zonder de rechten van de andere te ontkennen ;
- voor zichzelf op te komen zonder onnodige angst ;
- op een comfortabele wijze eerlijke gevoelens te uiten.

In het merendeel van de situaties is assertiviteit geschikt. Daarbij helpt het ons zeker om te gaan met de stress van student-arts of arts te zijn. We moeten er evenwel steeds aan denken dat alhoewel assertiviteit het uitdrukken en ondersteunen van zijn eigen visie inhoudt het ook het respecteren van de visie van anderen betekent. Men heeft kunnen aantonen dat assertiviteit specifiek is naargelang de situatie, m.a.w. : we zijn meer assertief op het werk dan thuis en vice versa.



Waar kun je jezelf plaatsen op deze lijn ?

Welke situaties zorgen ervoor dat je op deze lijn beweegt naar rechts of naar links ?

3.2. Kenmerken van assertiviteit

De niet-assertieve persoon neigt zichzelf minder waard te achten dan de anderen en toont dit door veronderschuldigend en verdedigend te zijn, door ten allen koste conflicten te vermijden, door een zachte stem te gebruiken en oogcontact te vermijden. Assertieve personen daarentegen trachten :

- op te komen voor zichzelf, doch respect te hebben voor de visie van anderen ;
- niet bevreesd te zijn persoonlijke gevoelens en opinies te uiten ;
- tijdens een conversatie de belangrijkste onderwerpen onder discussie aan te pakken ;
- een vaste toon in hun stem te hebben ;
- gepaste lichaamstaal ten toon te spreiden (bvb. : goed oogcontact, rechte houding, e.d.).

De hierboven aangehaalde punten kunnen je helpen om je eigen niveau van assertiviteit te beoordelen en geven een aantal wenken, voor het geval je ze nodig hebt, om je meer assertief op te stellen.

4. Relaties met patiënten

Elke student-arts komt weleens in de netelige positie te staan waar gevraagd wordt een patiënt informatie te geven over zijn medische conditie terwijl men ofwel het antwoord niet kent ofwel voelt dat men niet gekwalificeerd is om de nodige informatie te geven. We kunnen ons terecht de vraag stellen waarom patiënten verkiezen informatie te vragen aan een student terwijl ze dat eveneens kunnen vragen aan de verpleegkundige of aan de arts. Misschien hebben ze reeds informatie gekregen, maar zijn ze deze vergeten ; of misschien willen ze van iemand anders een andere visie horen waardoor ze dan eventueel meer hoop kunnen krijgen. Deze netelige situatie kan de student voor een dilemma plaatsen ; niet ingaan op de vraag naar informatie van de patiënt kan resulteren in weigering van de patiënt om jou te helpen bij het verder management van zijn ziekte en/of behandeling. De patiënt kan bvb. weigeren dat je hem verder onderzoekt. Aan de andere kant kun je jezelf in moeilijkheden brengen wanneer je informatie geeft welke incorrect is of welke tegenspreekt wat de arts heeft verteld. Stel daarom aan de patiënt voor de gestelde vragen aan de gekwalificeerde arts over te maken en spreek erover met de verpleegkundige of medische staff.

De rol van de student die een klinische training krijgt is niet gemakkelijk, en de meeste gekwalificeerde staffleden, evenals sommige patiënten, bevestigen dit. Veel studenten voelen het als kleinerend en verlagend aan om zichzelf als student voor te stellen aan de

patiënt. Inderdaad, welk voordeel zullen de patiënten halen uit hun contact met de student ? En waarom zouden ze dan samenwerken met de student ? Niet elke patiënt laat de student toe hem/haar lichamelijk te onderzoeken. Dit reflecteert vaak eerder de persoonlijkheid van de patiënt en/of de ernst van de ziekte van de patiënt dan de persoonlijke mogelijkheden of beperkingen van de student.

Het is niettegenstaande alles belangrijk jezelf correct voor te stellen aan de patiënt : je dient je dus inderdaad voor te stellen als student-arts. Let er op dat je aan de patiënt duidelijk uitlegt welke de reden van jouw contact met hem/haar is, wat van dit contact kan verwacht worden en hoelang de procedure en/of het interview kan duren. Leg de patiënt eveneens uit hoe dit contact jouw training ten goede kan komen. En natuurlijk, bied de patiënt aan dat je hem/haar op elke mogelijke manier en in zover het in je eigen mogelijkheden ligt zult helpen. Bvb. : help de patiënt rechtop zitten in het bed, help de patiënt naar het WC te gaan. Wees evenmin bang om de patiënt te onderbreken wanneer je begonnen bent met het afnemen van de ziektegeschiedenis : sommige patiënten hebben het idee dat ze jou dienen te onderwijzen en menen dat ze dit het best kunnen doen door jou een extensieve medische voorgeschiedenis van al wat tot op dat ogenblik met hen gebeurde te vertellen. Denk er ook steeds aan, op het einde van het contact, de patiënt te bedanken en kort te vertellen wat voor jezelf nuttig was. Het betreft hier niet alleen een elementaire vorm van beleefdheid, doch het kan ook de collega-student die de patiënt nadien ziet het werk vergemakkelijken.

5. Relaties met professionelen / collega's

Veel van de belangrijke persoonlijke aangelegenheden welke de communicatie met patiënten beïnvloeden zijn eveneens relevant voor wat betreft de communicatie met professionelen/collega's en voor wat betreft de verhouding student-lesgever. Het is duidelijk dat er een groot verschil bestaat tussen het onderwijzen van kinderen en adolescenten en het doceren aan student-artsen. De universiteiten stimuleren het onafhankelijk leren : de hoorcolleges worden ingericht om nieuw materiaal te introduceren, en de seminaries en werkcolleges geven de gelegenheid aspecten van het aangeboden materiaal te verhelderen, te bediscussiëren, evenals vaardigheden te ontwikkelen. Van jou, student, wordt vooral verwacht dat je zeer veel en gretig leest en de hiaten invult welke niet aangebracht worden tijdens het formele onderwijs. Niettegenstaande de recente belangrijke evolutie in de onderwijsmethoden voor het hoger onderwijs blijven een aantal beroepen waaronder ook de geneeskunde, deels beroep doen op

het model van “in de leer gaan” om kennis op te doen. Tijdens de klinische jaren en de klinische stages zul je werken als “leerjongen” onder de voogdij van een arts-assistent en een arts-supervisor. Wat je als kennis zult opdoen, hoe vlug je deze kennis zult opdoen en hoeveel plezier je zult hebben aan het verwerven van deze kennis hangt in zekere mate af van de verhouding tussen jou en de arts of lesgever waarmee je samenwerkt. Alhoewel de verhouding tussen student en arts noodzakelijkerwijs hiërarchisch is, wordt de afstand tussen beide kleiner, naarmate de student vooruitgang boekt doorheen de klinische stages en vertrouwd raakt met de taal en de manier van medische praktijkvoering. Buitenstaanders merken in dit verband vaak terecht op dat het medisch jargon een grens afbakt tussen artsen en leken.

5.1. Effectief leren en onderwijzen

Effectief leren en onderwijzen hangt af van de communicatievaardigheden. Denk eens terug aan een recent hoorcollege : werden de studenten betrokken in het leersproces ? Indien ja, op welke wijze ? Studenten zelf geven de voorkeur aan hoorcolleges en seminaries tijdens dewelke ze zichzelf betrokken voelen als actieve deelnemers. Ze kunnen evenwel pas dan actief deelnemen in het leerproces wanneer ze constructieve en positieve feedback krijgen. Wanneer de lesgever de bijdrage van de student ridiculiseert en bekritiseert zal dit de aantrekkingskracht van de leerkracht en van het onderwezen onderwerp negatief beïnvloeden. Een aantal negatieve processen kunnen interfereren met de manier waarop studenten communiceren met lesgevers en bijgevolg met de manier waarop studenten leren. Deze negatieve processen dienen onderscheiden te worden van de normale gevoelens van twijfel en onzekerheid welke verbonden zijn aan het leren. Aanhoudende negatieve gevoelens geassocieerd met het leren - en gekarakteriseerd door een teleoorgaande verhouding tussen student en lesgever - dienen als dusdanig herkend te worden en bediscussieerd te worden als een eerste stap in de richting van een oplossing. Hier ook kan de hulp van een mentor, een gelijke, een andere lesgever en dergelijke dit proces bevorderen.

Hieronder volgt een lijst van negatieve gevoelens welke onze aandacht kunnen trekken :

- het gevoel niet vaardig te zijn : als gevolg van het constant in vraag stellen van hun ideeën en vaardigheden kunnen studenten twijfels hebben over hun mogelijkheden. Ze kunnen gebrek aan vertrouwen hebben omtrent de manier waarop ze hun ideeën uiteenzetten en omtrent de verhouding met gelijken en met lesgevers ;

- het gevoel verward te zijn : het opdoen van nieuwe ideeën kan leiden tot een periode van verwarring en onzekerheid, waarbij de ideeën geassimileerd worden. Dit kan leiden tot een verlies van zelfvertrouwen of tot gevoelens van frustratie ;
- het gevoel hebben geen contact te krijgen met de lesgever : gevestigde verhoudingen tussen studenten en lesgevers kunnen wijzigen naarmate je verder gaat in de medische studies. Supportieve verhoudingen kunnen stoppen en nieuwe verstandhoudingen kunnen tot stand komen wat angst, onzekerheid, hoop en verwachtingen met zich kan meebrengen. Geringe verstandhouding tussen student en lesgever kan wijzen op persoonlijke moeilijkheden of ontevredenheid met de cursus of ontevredenheid met de gekozen studie of verveling ;
- het gevoel te hebben niet geïnteresseerd te zijn. Jouw persoonlijk leven kan natuurlijk interfereren met je mogelijkheid tot concentratie en tot studeren. Sommige onderwerpen kunnen onderwezen worden of aangebracht worden op een niet interessante manier, wat bij jou kan leiden tot apathie en verveling ;
- het gevoel vernederd te zijn of woedend te zijn : soms zal een lesgever een student in de aanwezigheid van andere studenten of patiënten terecht wijzen of bekritisieren. Dit kan de student kwaad maken en leiden tot een verlies van zelfvertrouwen.

5.2. Omgaan met moeilijke student-lesgever verhoudingen

Omwille van de hiërarchische structuur van de student-lesgever verhouding kan de student het moeilijk vinden de desbetreffende lesgever direct aan te spreken uit angst dat dergelijke aanpak de situatie nog kan verslechteren. Het is aangeraden om met een mentor of met een andere lesgever de zaak op discrete wijze te bespreken met de bedoeling jouw zelfvertrouwen te herstellen. Denk eraan dat mensen die geen goede lesgevers zijn misschien niet geleerd hebben hoe ze dienen te onderwijzen (misschien zijn ze goede wetenschapsmensen of goede clinici, maar hebben ze weinig didactische kwaliteiten) ofwel misschien zelf op een slechte manier onderwezen werden, d.w.z. onderwezen werden op een manier welke niet toeliet vragen te stellen en niet toeliet actief deel te nemen aan het leer- en onderwijsproces.

Een ervaring met niet goed gegeven onderwijs kan jou helpen na te denken over de manier waarop je zelf onderwijs zou geven aan studenten en aan jonge artsen. Onderwijs- en communicatievaardigheden zijn gelijklopend, aldus kun je uit de manier waarop een arts communiceert met een patiënt ook opmaken hoe die arts communiceert met zijn studenten. Komt de lesgever betrokken over en betreft hij de studenten bij de leerstof, is de lesgever sympathiek, beantwoordt de lesgever de noden en de zaken welke de studenten bezighouden ?

Onderwijst de lesgever aan het juiste ritme, niet te snel en niet te traag ? Lukt de lesgever vragen uit ? Geeft hij feedback op de gestelde vragen ? Laat hij samenwerking toe ? Is de lesgever voldoende voorbereid, doch ook voldoende soepel om in te gaan op onverwachte gebeurtenissen en probleemstellingen ?

Er wordt op een constante wijze vooruitgang gemaakt in de onderwijsmethodes in de geneeskunde en het moet de bedoeling zijn deze vooruitgang te gebruiken om je eigen communicatievaardigheden met collega's en patiënten te evalueren.

AANDACHTSPUNTEN

- **Ervaringen binnen onze eigen familie en tijdens onze eigen opvoeding beïnvloeden hoe wij omgaan met anderen en communiceren met anderen.**
- **We ervaren verschillende verhoudingen en gaan met anderen op een verschillende manier om naarmate we doorheen de verschillende stadia van ons leven evolueren.**
- **Rigiede patronen van interactie tijdens verhoudingen (bvb. : te emotioneel, te nauw verbonden aan de patiënt of te afstandelijk zijn) dienen geïdentificeerd te worden en aangepakt te worden.**
- **Er zijn emotionele processen in het leren en in het onderwijzen welke de communicatie en de verhouding tussen studenten en lesgevers beïnvloeden.**
- **Medische studenten zitten vaak gevangen tussen de patiënt en de arts in, en kunnen aldus rolverwarring ervaren.**

HOOFDSTUK IV : HET GEVEN VAN INFORMATIE

1. Inleiding

De informatie verkregen tijdens het interview en tijdens het afnemen van de ziektegeschiedenis zal, samen met de informatie bekomen bij het lichamelijk onderzoek en d.m.v. de bijkomende onderzoeken, toelaten bij de meeste patiënten de diagnose te stellen en een managementplan op te stellen. Op een bepaald ogenblik, hetzij tijdens hetzelfde interview hetzij tijdens een latere ontmoeting, zal het nodig zijn aan de patiënt uit te leggen wat werd gevonden en welke verdere investigaties en behandelingen kunnen voorzien worden. Het is belangrijk hier voor ogen te houden dat de meeste behandelingen de medewerking van de patiënt veronderstellen, op voorwaarde natuurlijk dat de patiënt in staat is medewerking te verlenen.

De manier waarop deze informatie aan de patiënt gegeven wordt, heeft een belangrijk effect op meerdere aspecten van de verzorging, zoals :

- De mate van angst en stress die de patiënt ondervindt

Men heeft aangetoond dat angst en stress afnemen wanneer de patiënt adequaat geïnformeerd wordt voorafgaandelijk aan bijkomende investigaties en heelkundige procedures.

- Het resultaat van de procedures

Patiënten die op volledige wijze geïnformeerd worden over de heelkundige interventie die ze dienen te ondergaan blijken minder lang in het ziekenhuis te verblijven en minder pijnstillende medicatie nodig te hebben dan patiënten die niet volledig geïnformeerd worden.

- De tevredenheid van de patiënt over de verzorging

Patiënten die een volledige en begrijpbare uitleg krijgen over hun probleem en over het managementplan blijken meer tevreden te zijn over hun verzorging. Dit is op zichzelf al voordelig, maar daarbovenop komt nog dat tevreden patiënten gemakkelijker het gegeven advies opvolgen dan ontevredenen.

- Het naleven van de voorgeschreven behandeling

Patiënten zullen gemakkelijker de voorgeschreven behandeling naleven wanneer ze tevreden zijn over de raadpleging bij de arts en wanneer ze begrijpen waarom ze de behandeling dienen te volgen.

Spijtig genoeg zijn artsen meestal niet erg goed in het geven van informatie aan de patiënt. Falen bij het geven van informatie of bij het geven van adequate uitleg is dan ook de voornaamste oorzaak van ontevredenheid bij de patiënten.

Denk zelf eens na over de mogelijke redenen waarom patiënten niet de informatie krijgen die ze wensen te krijgen.

Een aantal studies hebben aangetoond dat de wijze waarop artsen informatie geven aan patiënten inadequaat is. In de eerste plaats herinneren de patiënten zich vaak de informatie niet meer die ze gekregen hebben. Een studie bij ambulante patiënten, bvb., toonde dat 40% van de patiënten de medegedeelde informatie vergeten waren binnen de 2 uur na de raadpleging ; 54% waren de informatie vergeten wanneer er naar gevraagd werd 1 tot 4 weken na de raadpleging. In de tweede plaats volgen de patiënten het gegeven advies vaak niet op ; 30 tot 50% van de patiënten nemen de geneesmiddelen niet zoals voorgeschreven. Artsen die tijdens hun vorming opgeleid zijn in communicatievaardigheden en in het afnemen van het interview behouden tijdens hun professionele loopbaan een grote vaardigheid in het bekomen van informatie van de patiënt, doch hebben daarentegen geen vaardigheid in het geven van informatie. Welk zijn de mogelijke verklaringen hiervoor ?

De uitleg betreft de processen die betrokken zijn bij de uitwisseling van informatie, namelijk :

1.1. De persoon die informatie geeft

Om informatie op een effectieve wijze te geven is het nodig :

- de informatie zelf te begrijpen en in staat te zijn om ze op een accurate manier mede te delen ;
- begrip en taal te gebruiken die begrijpbaar zijn voor degene die de informatie ontvangt ;
- voorbereid te zijn om te antwoorden op de vragen en de emotionele reacties van degene die de informatie krijgt.

1.2. De persoon die de informatie krijgt

Deze zal :

- luisteren en zich concentreren op hetgene gezegd wordt. We zijn minder geneigd te luisteren naar en ons te herinneren wat er gezegd wordt, wanneer we vermoeid of angstig zijn of wanneer we bvb. pijn hebben of braakneigingen ;

- de informatie gemakkelijker herinneren wanneer ze gelinkt wordt aan de bestaande kennis, wanneer ze verder uitgelegd wordt tijdens het interview en wanneer gevraagd wordt te herhalen en samen te vatten wat gezegd werd.

Er zijn vaardigheden betrokken bij het geven van informatie waarvan de artsen zich niet bewust zijn. Ten eerste is informatie meer dan eenvoudigweg vertellen aan de patiënt wat verkeerd gaat en wat dient te gebeuren. Ten tweede wordt er vaak verkeerdelijk verondersteld dat de patiënten niet in staat zijn de verklaring van hun medische problemen te begrijpen omwille van gebrek aan kennis. Ten derde wordt er vaak verondersteld dat patiënten angstiger zullen gemaakt worden wanneer details van hun medische problemen en van het management ervan uitgelegd worden. Er bestaat geen evidentie dat dit zo is. Integendeel, gebrek aan informatie en onzekerheid omtrent diagnose en behandeling zullen de angst van de patiënt doen toenemen. Het is duidelijk dat de meeste patiënten wensen te weten wat er verkeerd gaat, zelfs al betreft het geen goed nieuws. Het geven van deze informatie heeft een positief effect op de patiënt, op voorwaarde evenwel dat de informatie op een gevoelige manier en rekening houdend met de noden van de patiënt aangebracht wordt.

2. Hoe wordt informatie gegeven ?

Over welke vaardigheden dient men te beschikken om informatie te geven aan patiënten ?

Denk in de eerste plaats aan het doel dat je met het geven van informatie wenst te bereiken :

- de patiënt helpen te begrijpen wat er gebeurt ;
- de angst en de onzekerheid van de patiënt zo sterk mogelijk te verminderen ;
- de samenwerking van de patiënt te bekomen voor het management van de problemen.

Om dit te bereiken zal men eerst nagaan wat de patiënten begrijpen over de problemen en hoe ze zelf denken geholpen te kunnen worden. Vervolgens dien je de te geven informatie hieraan aan te passen.

2.1. Richtlijnen om informatie aan patiënten te geven

Deze richtlijnen worden samengevat in tabel 1.

Tabel 1. Het geven van informatie aan patiënten

- Beschrijf de informatie die je wenst te geven ;
- Vat samen wat je zelf begrijpt over de problemen van de patiënt ;
- Ga na wat de patiënt begrijpt over de problemen ;

- Schets de structuur van het vervolg van het interview ;
- Gebruik gepaste en duidelijke taal ;
- Indien nodig, gebruik tekeningen om de informatie te verduidelijken ;
- Geef het belangrijkste deel van de informatie eerst ;
- Ga na welke visie de patiënt heeft op de gegeven informatie ;
- Overleg/negocieer het management ;
- Ga na in welke mate de patiënt hetgene gezegd werd begrepen heeft.

We zullen in wat volgt hierop verder ingaan.

Beschrijf de informatie die je wenst te geven

Maak voor jezelf duidelijk welke informatie je gaat geven. Deze valt wellicht in de volgende categorieën :

- resultaten van het lichamelijk onderzoek ;
- resultaten van testen ;
- diagnose of vooropgestelde diagnose ;
- de oorzaken van de problemen ;
- de noodzakelijke verdere investigaties ;
- de planning van de behandeling ;
- de prognose ;
- advies in verband met de wijze van leven.

Vat de problemen van de patiënt samen

Begin het interview met de problemen van de patiënt samen te vatten, dit wil zeggen : geef een samenvatting van de informatie die tot op dat ogenblik verzameld werd.

Ga na wat de patiënt begrijpt over de problemen

Ga na in welke mate de patiënt begrijpt wat er gebeurt door te vragen wat voor hem/haar de oorzaak van de klachten kan zijn.

Schets de structuur van het interview

Leg vast hoe je de structuur van de rest van het interview wenst te plannen. Je kan voorzien te praten over de diagnose, de behandeling, de bijkomende investigaties, enz. Men heeft

aangetoond dat het structureren van het interview en het verklaren van wat men plant te bespreken het herinneren van de gegeven informatie door de patiënt ten goede komt.

Gebruik gepaste taal

Beschrijf en leg elk deel van de informatie uit. Daarbij is het belangrijk :

- de meest belangrijke informatie eerst te geven ;
- korte woorden en zinnen te gebruiken ;
- medisch jargon te vermijden ;
- specifiek te zijn, daar vage informatie de angst enkel verhoogt.

Het is al te gemakkelijk woorden en medische benamingen, waarmee je zelf vertrouwd bent doch welke de patiënt niet zal begrijpen, te gebruiken. Wanneer je ze toch gebruikt, vraag dan aan de patiënt of hij/zij ze begrijpt.

Gebruik tekeningen

Indien nodig, maak gebruik van tekeningen om de informatie te verduidelijken. Bvb. : bij het uitleggen aan de patiënt dat de problemen te wijten zijn aan een maagbreuk wordt alles veel duidelijker door een tekening te maken.

Geef belangrijke informatie eerst

Bvb. : bij een patiënt die een maagbreuk heeft, zal men aanraden gewicht te verliezen, op regelmatige tijdstippen kleinere maaltijden te gebruiken, met 2 of 3 kussens onder het bovenlichaam te slapen en medicatie die de maagzuurproductie afremt te nemen.

Ga na welke visie de patiënt heeft op de problemen/de informatie

Moedig de patiënten aan hun eigen visie op hun problemen kenbaar te maken door hen vragen te stellen.

Overleg/negocieer het management met de patiënt

Het bespreken en negocieren van het management met de patiënt kan duidelijk maken welke therapeutische opties de patiënt bereid is te volgen en kan de patiënten helpen hierbij keuzes te maken. Bvb. : Wanneer de patiënt de voorgeschreven medicatie niet wenst in te nemen, kan men door vragen te stellen te weten komen waarom dit het geval is. Ook voor- en nadelen van het volgen van een dieet kunnen afgewogen en bediscussieerd worden.

Dergelijke negociatie geeft de patiënt ook de mogelijkheid tot dan toe niet uitgesproken bezorgdheden naar voor te brengen. Bvb. : een onuitgesproken vrees voor maagkanker. Tevens laat een dergelijk overleg het opstellen van een behandelingsplan toe dat zowel voor de patiënt als voor de arts aanvaardbaar is.

Ga na of de patiënt de gegeven informatie begrijpt

Hierbij is het nuttig de patiënt te vragen de gegeven informatie samen te vatten en te verwoorden met eigen woorden.

3. Het geven van advies in verband met de wijze van leven

Meer en meer dienen artsen de patiënten te helpen bij het wijzigen van bepaalde aspecten van hun levenswijze, die gevaarlijk zijn voor de gezondheid : roken, overvloedig alcoholgebruik, gebrek aan beweging, vetrijk dieet en onveilige seks zijn voorbeelden van gedragingen die een gezondheidsrisico inhouden. In de algemene praktijk is het de bedoeling de patiënten te helpen het risico op ontwikkelen van ziekten te reduceren, bvb. : de patiënt helpen bij het stoppen met roken. In het ziekenhuis ligt de nadruk vaak meer op het helpen van patiënten met welbepaalde aandoeningen ; aanpassing van de levenswijze van de patiënt kan de arbeidsongeschiktheid reduceren en de kans op hervallen verminderen.

De patiënt kan aan de arts/student bvb. vragen : “Hoe kan ik stoppen met roken ?”. Denken dat het geven van informatie over de gevaren van het roken en hoe met roken kan gestopt worden de kennis van de patiënt over het roken zal vermeerderen en bijgevolg zal leiden tot verandering in attitude ten opzichte van roken en rookgedrag is onvoldoende. Wij moeten ons realiseren dat patiënten helpen hun wijze van leven te veranderen meer inhoudt dan enkel informatie geven. Bvb. : het verschil tussen aanraden aan en overtuigen van een patiënt met astma bronchiale te stoppen met roken.

3.1. Hoe wordt advies in verband met de wijze van leven gegeven ?

Dit proces kan onderverdeeld worden in 4 stadia. We zullen het voorbeeld van het aanraden te stoppen met roken verder gebruiken.

Stadium 1 : Win informatie in over de houding van de patiënt ten opzichte van gezondheid

Dit zal je helpen te begrijpen waarom patiënten roken en zal je toelaten jouw advies daaraan aan te passen. Een in de literatuur voorgesteld model van attitude t.o.v. gezondheid kan samengevat worden als “de 3S”.

- *Susceptibility (gevoeligheid)*

Hoe ervaart de patiënt de kwetsbaarheid door een welbepaalde ziekte ? Een patiënt met een familiale voorgeschiedenis van roken en vroegtijdig overlijden ten gevolge van cardiovasculaire aandoeningen heeft een andere gevoeligheid en kan eventueel gemakkelijker gemotiveerd worden te stoppen met roken dan een patiënt wiens grootouders en ouders zwaar rookten en toch oud werden.

- *Seriousness (ernst)*

Hoe ervaart de patiënt de ernst van de consequenties van het ontwikkelen van een bepaalde ziekte of van een opstoot van een bepaalde ziekte ? Bvb. : in welke mate gelooft een patiënt dat roken opstoten van astma bronchiale bevordert.

- *Solutions (oplossingen)*

Hoe weegt de patiënt de voor- en nadelen van een aanpassing van de wijze van leven, bvb. in verband met roken, af ? Sommige mensen wensen de financiële kosten en potentiële gevaren voor de gezondheid verbonden aan het roken te aanvaarden omdat ze genieten van het roken en ervaren dat het hun stress vermindert.

Stadium II : Informatie geven

Wanneer je beter inzicht hebt gekregen in de attitude van de patiënt ten opzichte van zijn/haar problemen ben je in een betere positie om de patiënt informatie te geven over deze problemen, bvb. over roken en over de manier van stoppen met roken.

Herinner je bij het geven van informatie de volgende basisregels :

- organiseer de informatie in categories en leg uit welke deze zijn ;
- geef vroegtijdig in het interview instructies en advies ;
- maak het advies specifiek ;
- gebruik korte woorden en korte zinnen ;
- vermijd medisch jargon ;
- herhaal het advies gedurende het verloop van het interview.

Stadium III : Negociëren

Het is belangrijk een actieplan te negociëren en te bespreken met de patiënt. Ga na of de patiënt nog steeds sterk gemotiveerd is om te stoppen met roken ; indien dat zo is, wat is dan een realistisch aanvaardbaar doel ? Dit dient met de patiënt besproken te worden en er dient overeengekomen te worden omtrent een actieplan. Denk eraan de patiënt te vragen samen te vatten wat tussen U en hem/haar overeengekomen is, zodat je het begrijpen van het actieplan kan controleren.

Stadium IV : De patiënt ondersteunen

Het veranderen van de wijze van leven - zoals bvb. : het opgeven van een levenslange gewoonte van roken of drinken - is niet eenvoudig, en continue ondersteuning is dan ook

wenselijk. Het genegocieerde actieplan dient dan ook herzien te worden en eventueel opnieuw genegocieerd te worden op regelmatige intervallen.

4. Het gebruik van geschreven informatie

Een aantal studies hebben aangetoond dat patiënten informatie wensen onder vorm van pamfletten of folders en dat ze voordeel halen uit geschreven informatie. Zulk materiaal kan als supplement gebruikt worden voor verbale verklaringen en adviezen, doet dienst als permanent naslagwerk en bevat alle belangrijke punten die door de patiënt in acht moeten genomen worden. Geschreven informatie, op een geschikte manier voorgesteld, bevordert het begrijpen van de patiënt en de herinnering van de patiënt. Geschreven informatie dient :

- gemakkelijk te lezen te zijn ;
- korte woorden en korte zinnen te gebruiken ;
- eerder actief dan wel passief uitgedrukt te worden ;
- eerder positief dan wel negatief uitgedrukt te worden ;
- aantrekkelijk voorgesteld te worden.

Ook elektronische middelen om informatie mede te delen dienen in beschouwing genomen te worden. Sommige huisartsen gebruiken video's in de wachtzaal om patiënten informatie te geven. Interactieve video's kunnen gebruikt worden niet alleen om de patiënt informatie te geven, doch ook om de patiënt te betrekken in het nemen van beslissingen. Bvb. : mannelijke patiënten met benigne prostaathypertrofie kunnen geholpen worden bij de beslissing al dan niet een heelkundige interventie te ondergaan door middel van een interactieve video.

5. Bekomen van “informed consent” (toestemming na informatie)

Eén van de taken van de (ziekenhuis-)arts is het bekomen van geschreven “informed consent” vooraleer de patiënt een heelkundige interventie of een invasief onderzoek ondergaat. Hierin wordt vermeld dat de patiënt duidelijke uitleg heeft gekregen over de aard en het doel van de interventie. Dit document kan eventueel getekend worden door de arts en de patiënt tekent om te bevestigen dat de aard en het doel van de interventie door de arts werden uitgelegd. De bekommernis is evenwel of de toestemming van de patiënt werkelijk na informatie gebeurt. Hierbij dient aandacht besteed te worden aan de aard van de informatie die aan de patiënt gegeven werd, aan de wijze waarop de informatie gegeven werd en aan de wijze

waarop de toestemming bekomen werd. Een aantal richtlijnen voor het bekomen van “informed consent” zijn :

- de patiënt dient informatie te krijgen over de procedure, de voordelen en de risico's ervan. De aard van de interventie dient duidelijk uitgelegd te worden, eventueel met behulp van een tekening. Vervolgens dienen de voordelen en de mogelijke risico's besproken en bediscussieerd te worden. Een hierbij op de voorgrond tredend dilemma is hoeveel informatie over de risico's dient gegeven te worden. Enerzijds wensen we de patiënt niet nodeloos te alarmeren door het opsommen van alle mogelijke risico's (waarvan sommigen zeer zeldzaam kunnen zijn), anderzijds dient de patiënt volledig geïnformeerd te zijn. Het is moeilijk hieromtrent vaste en duidelijke regels te geven. Wel is het duidelijk van belang de patiënt aan te moedigen vragen te stellen en zelf duidelijke en oprechte antwoorden op deze vragen te geven ;
- het is van essentieel belang dat de patiënt de gegeven informatie begrijpt. Dit omvat de volgende regels betreffende het geven van informatie :
 - . leg uit hoe je de informatie gaat structureren, bvb. : “Eerst en vooral ga ik U uitleggen wat de chirurg gaat doen. Vervolgens zal ik met U bespreken hoe U volgens ons hierdoor geholpen zult zijn. Tenslotte zal ik U over de mogelijke problemen die kunnen optreden spreken” ;
 - . gebruik korte woorden en gebruik korte zinnen ;
 - . vermijd medisch jargon ;
 - . ga na of de patiënt begrepen heeft wat je hebt gezegd ;
 - . vraag de patiënt of er nog vragen zijn ;
 - . vraag de patiënt of hij/zij instemt met de procedure.Hiervoor dient voldoende tijd genomen te worden. Het gaat hier inderdaad niet om een snel af te werken formaliteit op het einde van een raadpleging of een gesprek met de patiënt. Los van de wettelijke aspecten werd het aangetoond dat patiënten die volledig geïnformeerd zijn meer tevreden zijn en een beter postoperatief herstel doormaken ;
- de patiënt dient toe te stemmen op vrijwillige basis en er mag geenszins dwang uitgeoefend worden. Bedenk hierbij dat er subtiele manieren bestaan om iemand onder druk te zetten bij het nemen van een beslissing ;
- de patiënt dient competent geacht te worden om het “informed consent”-document te ondertekenen. Dit betekent dat je de patiënt in staat acht de gegeven informatie te begrijpen,

dat de patiënt in staat is een keuze/beslissing te maken en dat de patiënt in staat is deze keuze/beslissing aan jou mede te delen.

“Informed consent” kan gevraagd worden in verband met een heelkundige interventie of in verband met een interventieel onderzoek. Er zijn eveneens andere omstandigheden waarin het nodig kan zijn de toestemming van de patiënt te bekomen, bvb. : wanneer de patiënt dient geïncorporeerd te worden in een klinische studie. Dezelfde richtlijnen kunnen op dat ogenblik gevolgd worden.

Het bekomen van een “informed consent” is belangrijk, zowel voor de patiënt als voor de arts. Het is een opdracht die niet licht mag opgenomen worden en het is een goede test van jouw vaardigheid om informatie effectief en gevoelig over te brengen en te melden.

AANDACHTSPUNTEN

- **De manier waarop informatie gegeven wordt, beïnvloedt de tevredenheid van de patiënt en het naleven van de behandeling ;**
- **Vooraleer informatie te geven dien je na te gaan wat de patiënt reeds weet over het medisch probleem en over de mogelijke behandeling. Hou hiermee rekening bij het geven van verdere informatie ;**
- **Schets de verschillende stadia van het geven van informatie (diagnose, behandeling, enz.) ;**
- **Let erop bij het geven van informatie :**
 - . **de voornaamste informatie eerst te geven**
 - . **korte woorden en korte zinnen te gebruiken**
 - . **medisch jargon te vermijden**
 - . **te vermijden vaag te zijn en ervoor te zorgen specifieke informatie te geven ;**
- **Wanneer een behandelingsplan samen met de patiënt beslist wordt dient men :**
 - . **de overtuigingen en de bezorgdheden van de patiënt over het medisch probleem en de behandeling ervan te identificeren en naar de patiënt toe te bevestigen**
 - . **na te gaan welke behandeling de voorkeur geniet van de patiënt**
 - . **het behandelingsplan met de patiënt te negociëren ;**
- **Vraag de patiënt bij het einde van het interview samen te vatten wat met hem/haar overeengekomen is.**

HOOFDSTUK V : MELDING VAN SLECHT NIEUWS

1. Inleiding

Het melden van slecht nieuws maakt onvermijdbaar deel uit van de medische praktijk. Vele artsen zijn bezorgd over hun mogelijkheden om op een gevoelige en eventueel geruststellende manier nieuws te melden aan patiënten en hun familie. Dit is niet verwonderlijk vermits het melden van slecht nieuws niet steeds aangeleerd wordt in de artsenopleiding en slechts zelden beschreven wordt als een apart onderwerp in medische, chirurgische of psychiatrische tekstboeken. Ook de navorsing heeft eerder aandacht besteed aan hoe patiënten en hun familieleden omgaan met de melding van slecht nieuws, dan aan het proces zelf van het melden van slecht nieuws. Er is meer geweten over de psychologische gevolgen van slecht nieuws dan over de beste wijze om slecht nieuws te melden. We weten nochtans dat “datgene wat” aan de patiënt verteld wordt en “hoe” nieuws gemeld wordt bepalend is voor het vertrouwen van de patiënt in de arts, evenals voor de wijze waarop hij/zij zal omgaan met het nieuws en er zich in de toekomst zal aan aanpassen.

De tendens tot toenemende openheid in de relatie arts-patiënt maakt het belangrijk aandacht te besteden aan de training van communicatievaardigheden (procedures en hintjes) welke behulpzaam kunnen zijn bij het melden van slecht nieuws. De meeste patiënten zijn heden ten dage niet tevreden met het verbloemen van de waarheid of het ontwijken ervan.

Anderzijds kan het melden van slecht nieuws op een directe en abrupte manier, zonder rekening te houden met de reële nood aan informatie van de patiënt, schadelijk zijn. Men is er zich meer en meer van bewust dat slecht nieuws op een tactvolle manier kan gemeld worden en dat het proces de patiënt en de familieleden kan beginnen voor te bereiden op wat hen te wachten staat.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat slecht nieuws eigenlijk inhoudt, waarom het vaak moeilijk is slecht nieuws te melden en de wijze waarop de melding van slecht nieuws kan aangepast worden aan verschillende omstandigheden, bij verschillende patiënten en in verband met een uiteenlopende waaier van aflopen der aandoeningen.

2. Wat houdt slecht nieuws in ?

Wat betekent in jouw leven slecht nieuws ? Vernemen dat je niet geslaagd bent voor een examen ? Het niet krijgen van de job die je wou hebben ? Vernemen dat een familielid of een vriend ziek is of overleden is ? Geen lening krijgen bij de bank ?

Hoe werd dit slecht nieuws aan jou gemeld ? Direct, of afwijkend aan de hand van een brief of over de telefoon ?

Wat was jouw eerste reactie ? Hoe ging je ermee om ? Stond je anders tegenover het slechte nieuws enkele uren later ? De volgende dag ?

Kon de melding van het slecht nieuws op een andere manier gebeurd zijn, waardoor de slag minder zwaar aankwam ?

De dood van een patiënt of de diagnose van een ernstige aandoening, een progressief verergerende ziekte of een handicap wordt gewoonlijk beschouwd als slecht nieuws. Aan de patiënt moeten vertellen dat er geen bed beschikbaar is in een ziekenhuis, dat zijn/haar medisch dossier verloren is geraakt, of dat een heelkundige interventie niet kan doorgaan, kan eveneens als slecht nieuws beschouwd worden. Conventioneel heeft het concept van slecht nieuws betrekking op omstandigheden waarbij er ofwel een gevoel van hopeloosheid is, ofwel een gevaar voor het mentale en fysieke welzijn van het individu, ofwel een risico voor het overhoopgooien van een verworven levensstijl, ofwel een boodschap gegeven wordt welke inhoudt dat de persoon minder keuzes in zijn leven krijgt. Men kan ertoe geneigd zijn te overwegen of nieuws goed is of slecht is voor een bepaald individu. Inderdaad, sommige patiënten, die op de hoogte gesteld worden van de diagnose van een terminale ziekte, verwerken dit nieuws goed. Voor anderen kunnen minder zware en behandelbare aandoeningen zorgwekkend zijn en geïnterpreteerd worden als slecht nieuws. Nieuws, onder welke vorm ook, betekent informatie, terwijl het idee dat nieuws ofwel goed ofwel slecht is overeenkomt met een geloof, een waardeoordeel of een affectieve respons van degene die informatie geeft of van degene die informatie krijgt.

Vaak gaat een arts vooraleer nieuws te melden dit laten voorafgaan door “Het spijt me U te moeten vertellen dat ...”, of “Ik ben blij U te kunnen vertellen dat ...”. Dit illustreert hoe waardeoordeel en betekenis van bij de aanvang verbonden zijn aan informatie. Deze vooropgezette visie kan evenwel de emotionele respons van de patiënt ten opzichte van de informatie direct beïnvloeden. Bvb. : een patiënt die zagezegd goed nieuws krijgt door de melding dat de HIV-test negatief is, kan beschaamd zijn om te wenen of om nieuwe problemen aan te halen. Voor deze patiënt kan de melding van dit goede nieuws inderdaad elementen van slecht nieuws inhouden, daar hij bvb. hierdoor meent geen excuses meer te hebben voor het falen in een sexuele relatie, terwijl zijn vrees voor HIV hem voordien beschermde tegen het ontmoeten van nieuwe partners. Zo ook kan een patiënt die de

diagnose van AIDS redelijk goed verwerkt, bezorgd zijn omdat de arts deze houding kan beschouwen als ontkenning, emotionele afbotting, of suggestief voor een psychiatrische aandoening.

Slecht nieuws is bijgevolg een relatief concept en zal afhangen van de interpretatie van informatie en van de reactie erop door de patiënt. Wanneer de patiënt voelt dat het nieuws zijn toekomst nadelig beïnvloedt, kan het beschouwd worden als slecht nieuws. Meestal kunnen we voorspellen wat beschouwd zal worden als slecht nieuws, doch niet met volledige zekerheid. De klinische ervaring leert dat het soms nuttig is te wachten tot de patiënt een eigen/nieuwe betekenis geeft aan de informatie vooraleer ze aan te duiden als goed of slecht nieuws. Dit betekent geenszins dat we niet bekommerd zijn om de gevoelens en de responsen van de patiënt, doch dat we trachten veronderstellingen hieromtrent te vermijden om de reacties van de patiënt niet te inhiberen door onze eigen reacties.

3. Wat maakt het melden van slecht nieuws moeilijk ?

Er zijn persoonlijke, professionele en sociale redenen welke het melden van slecht nieuws moeilijk maken. Deze worden samengevat in tabel 1.

Tabel 1. Waarom is het moeilijk slecht nieuws te melden ?

- De “boodschapper” kan zichzelf verantwoordelijk voelen en vreest de schuld te krijgen ;
- Men weet niet welke de beste manier is om het nieuws te melden ;
- Men wordt geïnhibeerd door persoonlijk verlies of persoonlijke ervaring ;
- Men ziet er tegenop de bestaande relatie arts-patiënt te veranderen ;
- Men vreest de bestaande familiale rol en familiale structuur van de patiënt overhoop te gooien ;
- Men kent de patiënt, zijn hulpbronnen en zijn beperkingen onvoldoende ;
- Men vreest de gevolgen voor de patiënt, bvb. : misvorming, pijn, sociaal en financieel verlies ;
- Men vreest de emotionele reactie van de patiënt ;
- Men is onzeker over wat er gaat volgen en men heeft geen antwoord op bepaalde vragen ;
- Men heeft geen duidelijkheid over zijn eigen rol als zorgverstreker.

De opleiding in geneeskunde omvat behandeling, genezen en verminderen van lijden. Ernstige ziekte, het progressief achteruitgaan van de patiënt, handicap, ongeschiktheid of

dood, confronteren ons met de beperkingen van de moderne geneeskunde. In bepaalde omstandigheden voelen we ons verantwoordelijk voor het uitlokken van emotionele pijn of lijden bij de patiënt en de familieleden. In de rol van “boodschapper” kunnen we bang zijn de schuld te krijgen en persoonlijk falen te ervaren. Slecht nieuws houdt vaak het verlies van welzijn, jeugd, hoop, gezondheid en relaties in. We markeren een overgang in het leven van de patiënt en de familieleden, welke voorbarig en/of onwelkom kan zijn. Het nieuws kan aanleiding geven tot nieuwe familierollen : misschien wordt de partner een verzorger of een weduwe/weduwenaar, een generatie kan eindigen en alle anderen kunnen opschuiven in de familiestructuur. Voor de zieke patiënt zelf is er de rol als zieke en de eraan geassocieerde sociale merktekens. Misschien bestaat er in de geest van de meeste mensen een vrees voor misvorming, fysieke pijn, eenzaamheid, besmettelijkheid, evenals vragen over emotioneel, sociaal en financieel welzijn.

Artsen en zorgverstrekkers zijn zelf niet vrij van ervaringen van persoonlijk verlies. Een recente ervaring van verlies of ziekte in de eigen familie of bij vrienden kan het ons moeilijk maken slecht nieuws te melden aan de patiënt en daarbij ondersteuning te geven. Het kan ook moeilijk zijn in te schatten hoe de patiënt of de familieleden op het nieuws zullen reageren, en deze onvoorspelbaarheid kan er ons van weerhouden slecht nieuws te melden. Sommige artsen zijn bekommerd dat hun eigen emotionele reactie, zoals de neiging tot wenen, hen niet professioneel laat overkomen in de ogen van de patiënt. Een andere reden waarom het moeilijk is slecht nieuws te melden is de angst voor extreme reacties zoals woedeaanvallen, emotionele uitvallen en zelfmoordgedachten.

Andere redenen om weerhoudend te zijn tegen het geven van slecht nieuws zijn meer subtiel. Uitleggen aan een patiënt dat hij lijdt aan een chronische aandoening zoals diabetes of hemofilie houdt in dat deze patiënt een levenslange relatie dient te hebben met het gezondheidssysteem. Bij sommige patiënten kan het moeilijk zijn dergelijke relatie aan te moedigen en daarom kunnen wij de opdracht tot het uitleggen van de diagnose delegeren naar een andere arts, zoals de huisarts of een ziekenhuisarts. Anderzijds kan het melden van slecht nieuws het einde betekenen van een nauwe professionele relatie met de patiënt en kan het voor ons moeilijk zijn tegen dit persoonlijk verlies aan te zien.

De angst “verkeerd” te doen of onjuiste informatie te geven kan ons ook weerhouden.

Tenslotte kan het voorbeeld van senior-collega's of onze eigen positie als tijdelijke zorgverstrekker het ons moeilijk maken juist te weten hoe om te gaan met de patiënt. Bvb. : sommige artsen zijn nog steeds van oordeel dat de patiënt niet op de hoogte dient gebracht te

worden van het feit dat hij/zij gaat overlijden. Dit maakt het voor een jonge arts moeilijk om openlijk om te gaan met de bezorgdheden en de angsten welke door de patiënt geuit worden. Zo ook gebeurt het dat patiënten aan student-artsen vragen de diagnose te bevestigen omdat de medische en verpleegkundige staff deze niet openlijk met hen hebben besproken. Dit creëert vaak een dilemma voor de student-arts die inderdaad betrokken is bij belangrijke informatie, doch niet de autoriteit heeft om openlijk over deze informatie met de patiënt te spreken.

4. Opties voor het management van moeilijke omstandigheden

Vooraleer richtlijnen te geven voor het melden van slecht nieuws moeten wij de opties welke beschikbaar zijn voor het management van moeilijke klinische omstandigheden in beschouwing nemen. We zullen hieronder ingaan op 4 belangrijke overwegingen.

4.1. Aan wie zal men slecht nieuws melden ?

Legale en ethische richtlijnen maken het voor een arts in de klinische praktijk moeilijk belangrijke en persoonlijke informatie niet door te geven aan de patiënt. Het is vrijwel onmogelijk en ondenkbaar informatie te weerhouden om “de patiënt te beschermen” of “omdat de informatie de patiënt zal schaden”. Nochtans zijn er bepaalde omstandigheden waarin specifieke factoren dienen in beschouwing genomen te worden vooraleer over te gaan tot de melding van slecht nieuws. Het getuigt van goede praktijk deze omstandigheden vooraf te bespreken met een collega of met een multidisciplinair team van zorgverstrekkers. Er zijn inderdaad sommige specifieke omstandigheden waarin de melding van slecht nieuws beter niet gebeurt. Bvb. : wanneer de patiënt psychotisch is en niet verstaat wat er gebeurt. Bij kinderen zal men eerst overleg plegen met de ouders of de voogd vooraleer slecht nieuws te melden.

4.2. Wie zal het slecht nieuws melden ?

Om uiteenlopende redenen kan het gepast zijn dat een andere arts het slecht nieuws meldt. Bvb. : een patiënt naar het ziekenhuis gezonden voor een bijkomend onderzoek verwacht dat de huisarts de resultaten zal meedelen. De huisarts heeft inderdaad vaak een gevestigde relatie met de patiënt en kan hierdoor een aantal van de problemen die zich kunnen voordoen anticiperen. Het melden van slecht nieuws vraagt tijd, zodat het ongepast is dit te doen op het einde van de werkshift. Het is dan verkieslijk de melding van slecht nieuws te laten doen

door een andere collega, op voorwaarde dat deze volledig op de hoogte is van het probleem en duidelijk ingelicht werd. Het getuigt evenwel van slechte praktijk de melding van slecht nieuws naar een collega te delegeren, omdat men er zelf tegenopziet geconfronteerd te worden met de patiënt.

4.3. Wanneer zal men slecht nieuws melden ?

Wanneer bij patiënten de diagnose van een chronische of degeneratieve aandoening gesteld wordt of wanneer een kind geboren wordt met een handicap dat niet onmiddellijk duidelijk is, bestaat de optie de melding van slecht nieuws uit te stellen tot een later stadium. Een voordeel hiervan is dat men kan trachten geleidelijk aan het slecht nieuws te melden. Dit geeft de patiënt en de familieleden de tijd om zich aan te passen en het nieuws te verwerken. Anderzijds verhindert het niet melden van slecht nieuws de patiënt en de familie de waarheid onder ogen te zien en aanvang te maken met de noodzakelijke aanpassingen in hun persoonlijk leven.

In sommige gevallen kan het zelfs gevaarlijk zijn de melding van slecht nieuws uit te stellen tot een later stadium. Wanneer de patiënt een infectieziekte heeft (bvb. : HIV-infectie) kan hij/zij ongewild andere personen besmetten of ontgriefd worden van vroegtijdige behandeling. Een bijkomend nadeel van het niet vroegtijdig melden van slecht nieuws is dat, wanneer de patiënt fysiek beperkt wordt, hij/zij minder beschikt over emotionele en praktische hulpbronnen om de noodzakelijke aanpassingen te realiseren (bvb. : afscheid nemen van kinderen of financiële maatregelen treffen).

Uiteraard zijn er omstandigheden waarin men geen keuze heeft en slecht nieuws onmiddellijk dient gemeld te worden (bvb. : de familieleden inlichten over de dood van de patiënt).

4.4. Zal men bij het melden van slecht nieuws ook hoop en geruststelling geven ?

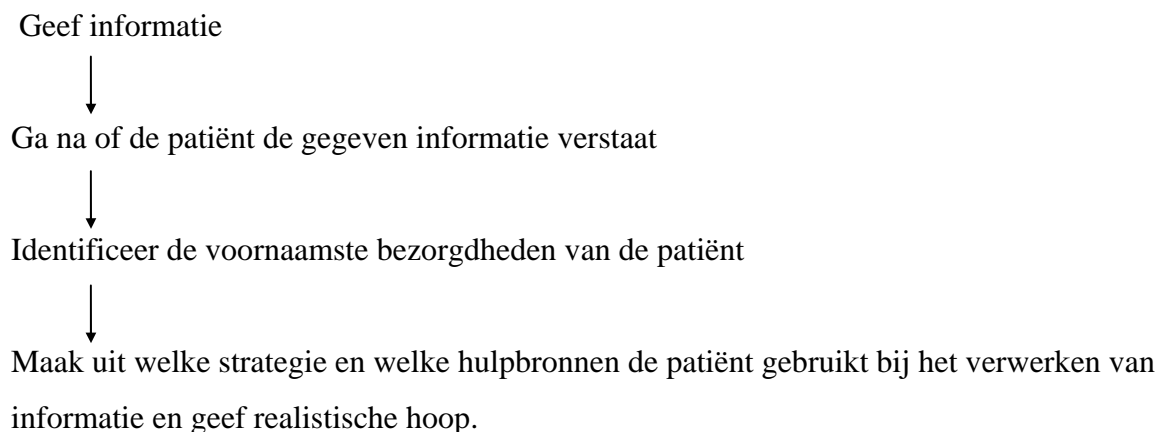
Men kan de patiënten geruststellen dat hun vrees voor de toekomst wellicht erger is dan wat er in de realiteit zal gebeuren. Het is moeilijk aan deze optie te weerstaan, omdat het geven van hoop kan resulteren in een onmiddellijke vermindering van de angsten en de ongerustheid van de patiënt. Het is een vorm van emotionele eerste hulp welke geïndiceerd kan zijn wanneer de patiënt geïsoleerd is en extreem ongerust is. Geruststellen kan evenwel soms ongepast zijn en er enkel toe leiden dat de angst van de patiënt nadien zelfs groter wordt. Wanneer artsen patiënten herhaaldelijk geruststellen kunnen ze sommige angsten van de patiënten op zich nemen en zich verantwoordelijk voelen voor sommige beslissingen die anders konden gedeeld worden. Dit kan leiden tot gevoelens van burn-out en stress ; de arts

loopt hier ook het risico samen te spannen met de ontkenning van de ernst van de problemen door de patiënt wanneer valse hoop wordt gegeven.

5. Hoe wordt slecht nieuws gemeld ?

Er zijn verschillende praktische en logische stappen die kunnen gevolgd worden bij de melding van slecht nieuws. Tabel 2 geeft een samenvatting van deze stappen.

Tabel 2. Het proces van de melding van slecht nieuws



Alhoewel deze stappen als richtlijnen dienen, zijn ze zeker geen vaste regels voor wat één van de meest uitdagende aspecten van de medische praktijk betreft. De wijze waarop slecht nieuws dient gemeld te worden is altijd een kwestie van klinisch oordeel en professionele ervaring en elke situatie dient anders aangepakt te worden. Er zijn wel 5 belangrijke overwegingen :

- de persoonlijke voorbereiding ;
- het kader ;
- met de patiënt praten en antwoorden op de bezorgdheden ;
- het organiseren van opvolging en verwijzing ;
- de feed-back en overdracht naar collega's.

5.1. De persoonlijke voorbereiding

Het neemt tijd in beslag om slecht nieuws op een behoorlijke manier te melden en vertrouwen en steun te geven door beschikbaar te zijn voor het beantwoorden van vragen. Om die reden is het meestal niet gepast slecht nieuws te melden temidden van een drukke klinische activiteit of tijdens de toer op zaal. Vooraleer met de patiënt te spreken is het nuttig

gedurende enkele ogenblikken te overwegen welke informatie reeds gekend is en welke zaken aangebracht dienen te worden. De volgende punten dienen in overweging genomen te worden :

- verwacht de patiënt slecht nieuws, of gaat hij door het nieuws overrompeld worden ?
- is het nuttig dat er iemand anders aanwezig is (verpleegkundige, familielid) ?
- wat weet de patiënt reeds over de aandoening of over hetgeen zich heeft voorgedaan ?
- over welke persoonlijke hulpbronnen beschikt de patiënt ?
- beschikt men over voldoende tijd om te spenderen aan de patiënt ?
- kan iemand anders de zoemer beantwoorden gedurende bvb. 1 uur ?
- zijn er bepaalde vragen, zoals “wat indien ...” die vooraf dienen voorbereid te worden (bvb. : wat indien de patiënt zelf zijn ontslag eist ? ; wat indien de patiënt woedend wordt op mij ?)

Neem even de tijd om na te denken en moeilijkheden te anticiperen vooraleer de patiënt op te zoeken. Bij het melden van slecht nieuws zijn meer moeilijkheden te wijten aan niet duidelijk na te denken over hetgeen men gaat doen en hoe dit het best kan verwezenlijkt worden dan aan het niet kunnen beantwoorden van sommige vragen van de patiënt.

5.2. Het kader

Het ideale kader wordt gevormd door een vrij comfortabele en rustige kamer waar men niet onderbroken wordt. Dit kader is evenwel niet altijd beschikbaar en vaak dient men slecht nieuws te melden in open verpleegeenheden, twee- of meerpersoonskamers of patiëntenhomes. In deze omstandigheden zal men toch trachten privacy en comfort te garanderen. In geval van twee- of meerpersoonskamers zal men de patiënt afschermen van de andere patiënten door het dichttrekken van een gordijn ofwel zal men zich samen met de patiënt naar een éénpersoonskamer begeven. In een drukke omgeving kan het nuttig zijn een “niet storen” teken op de deur aan te brengen.

De fysieke positie van de arts tov. de patiënt is belangrijk. Als je gaat zitten houdt dit in dat je van plan bent te blijven en dat de ontmoeting niet op een draffje dient afgehandeld te worden. Wanneer de patiënt bedlegerig is, is het wel moeilijker zich op het zelfde niveau van de patiënt te bevinden. Het is dan een kwestie van persoonlijke keuze waar men gaat zitten. Sommige artsen verkiezen op de rand van het bed te zitten, doch dit kan overkomen als opdringerig en als te dicht bij de patiënt. Op een stoel zitten naast het bed is verkiesbaar ; achteroverleunen in een comfortabele houding op deze stoel dient vermeden te worden.

Sommige artsen verkiezen een defensieve houding aan te nemen door tegen een muur dicht bij de patiënt te leunen. Dit geeft de indruk van een relaxe houding en van de bedoeling in de kamer te blijven.

Er zijn sommige zaken die men zeker niet zal doen :

- meld geen slecht nieuws aan het einde van het fysiek onderzoek terwijl de patiënt nog ongekleed is ;
- geef geen slecht nieuws in gangen of over de telefoon (ten minste indien het kan vermeden worden) ;
- ijsbeer niet heen en weer, blijf niet uit het raam staren en word niet afgeleid door activiteiten in de omgeving ;
- soms moeten we beroep doen op steuntjes in moeilijke omstandigheden ; indien mogelijk vermijd doorheen het dossier te bladeren of papierklemmen te fixeren terwijl men praat met de patiënt. Het is belangrijk oogcontact te behouden met de patiënt. Indien je wenst, doe je jas uit of hang je witte schort even over de stoelleuning ; dit creëert een meer persoonlijke en vriendelijke ambiance en wijst de patiënt ook op de bijzonderheid van de situatie. Het is verkieslijk de stetoscoop niet rond de hals te laten bengelen en de personenzoeker of zoemer buiten het zicht van de patiënt te houden. Bronnen van afleiding zoals telefoon, radio of televisie dienen vermeden te worden.

5.3. Met de patiënt praten en antwoorden op de bezorgdheden

Wat je ook aan de patiënt vertelt, het is essentieel dat je het traag doet of ten minste op een ritme dat door de patiënt bepaald wordt. De conversatie wordt meestal formeel en opgesmukt of overdreven wanneer men slecht nieuws meldt. Monosyllabische antwoorden dienen vermeden te worden. Wanneer een familielid vraagt of de patiënt een heelkundige interventie overleefd heeft, is het zeker onvoldoende te antwoorden met “Ja” of “Neen”. Daarentegen kan men het volgende zeggen : “Zoals U weet was Uw oom reeds erg ziek vóór de heelkundige interventie. We deden alles wat mogelijk was, maar ik ben bang dat dit niet voldoende is geweest. Hij kwam nooit opnieuw tot bewustzijn en het spijt me U te moeten vertellen dat hij kort na de heelkundige interventie overleden is”.

Ingewikkelde informatie zal aan de patiënt gegeven worden met een minimum van medisch jargon en de arts zal empathie vertonen in verband met de noden en de bezorgdheden van de patiënt. Wanneer men faalt aan deze punten aandacht te besteden, kan de ontmoeting

ineffectief, niet behulpzaam of destructief zijn voor de patiënt. Het melden van slecht nieuws vereist :

- empathie ;
- te beginnen met wat de patiënt of het familielid van de patiënt reeds weet en/of begrijpt ;
- uit te zoeken wat de patiënt en/of het familielid van de patiënt nog wenst te weten ;
- actief te luisteren en informatie te geven ;
- actief na te gaan welke de eigen hulpbronnen van de patiënt zijn om de informatie te verwerken ;
- realistische hoop te geven.

We zullen op elk van deze punten nu even dieper ingaan.

Empathie

Empathie wordt duidelijk gemaakt op twee verschillende wijzen. Aandachtig luisteren naar de patiënten en trachten hun hachelijke situatie beter te begrijpen is één beschrijving van empathie. Men is als arts ook empathisch door nieuwe informatie niet te snel te introduceren, door de eigen visie niet op te dringen en door geen loze veronderstelling te maken.

Warmte en bezorgdheid dienen overgebracht te worden naar de patiënt toe. De manier waarop het onderwerp van slecht nieuws geïntroduceerd wordt naar de patiënt toe zal, in zekere mate, beïnvloeden hoe de patiënt zal reageren. Soms is het nuttig wat te talmen, of wat aan te dikken en een inleiding te gebruiken als : “Ik vraag me af of U er al eens over nagedacht hebt wat het betekent dat deze infectie niet even gemakkelijk opklaart als de vorige keer ?”. Zichzelf eerst wat laten komen zal ook de patiënt aansporen om meer vrijuit te spreken. Bvb. : “U kan denken dat sommige van mijn vragen misschien wat vreemd zijn, doch ik kan het niet nalaten mij af te vragen of ...”. Aan de patiënten tonen dat men niet bang is over hun bezorgdheden te praten, welke deze ook mogen zijn, is een manier om empathie te tonen.

Beginnen met wat de patiënt reeds weet

Vooraleer slecht nieuws te melden is het nuttig een actuele indruk te hebben van wat de patiënt begrijpt en gelooft over zijn aandoening. Dit zal op een rechtstreekse manier de wijze van het melden van het nieuws beïnvloeden. Wanneer de patiënt overdreven optimistisch is of duidelijk de ernst van de aandoening niet inziet, zal het slecht nieuws meer gradueel

moeten aangebracht worden. Er zijn een aantal vragen die gesteld kunnen worden om na te gaan wat de patiënt reeds weet en wat hij/zij verwacht.

Bvb. : “Heeft Uw huisarts met U besproken waaraan hij dacht toen hij U naar het ziekenhuis verwees ?”.

“Hoe zijn de zaken voor U de laatste tijd verlopen ?”

“Wat betekent dit allemaal voor U ?”

“Hebt U enig gedacht waar het hier allemaal om gaat ?”

“Waaraan dacht U in de eerste plaats toen U deze massa voelde ?”

Om uit te maken of de patiënt inzicht heeft in de prognose en dus in de ernst van de aandoening kan men het volgende vragen :

“Kent U iemand in Uw omgeving die hetzelfde probleem heeft ?”

“Kent U iemand in Uw omgeving die hetzelfde probleem heeft meegemaakt ?”

“Wat is er met hem/haar gebeurd ?”

“Bent U op de hoogte van de mogelijke behandelingen voor deze aandoening ?”

“In welke mate bent U bezorgd over Uw aandoening ?”

In sommige gevallen geven de patiënten de indruk zeer weinig te weten over hun aandoening niettegenstaande voorafgaandelijke raadplegingen. Mogelijks hopen deze patiënten dat nieuwe informatie naar voor gebracht zal worden, welke voorafgaande hints van slecht nieuws tegensprekt of mogelijks wensen ze geen slecht nieuws te horen. Beide wijzen op het ontkennen van de ernst van de ziekte en kunnen het noodzakelijk maken dat men vooraf op voorzichtige wijze de patiënt herinnert aan de eerder gevoerde gesprekken. Ook zal men nauwe aandacht besteden aan de antwoorden van de patiënt op vragen, aan de emotionele toestand en het intellectueel niveau van de patiënt, daar dezen rechtstreeks meebepalen wat in meer detail dient uitgelegd te worden en hoe dit het best kan gebeuren. Het is belangrijk na te gaan of de patiënt de gebruikte termen verstaat. Sommige patiënten, bijvoorbeeld, kunnen denken dat “tumor” betekent dat ze geen kanker hebben of ze kunnen verkeerdelijk veronderstellen dat vaak voorkomende symptomen, zoals nausea en gewichtsverlies met evenveel succes kunnen behandeld en genezen worden als wanneer ze geen kanker zouden hebben.

Tracht na te gaan wat de patiënt wenst te weten

Nadat je hebt nagegaan wat de patiënt reeds weet, kun je beginnen met zijn/haar kennis en begrip van de situatie bij te werken. Eerst dien je evenwel een klare kijk te krijgen op wat de

patiënt wenst te weten en wanneer hij/zij dit wenst te vernemen ; dit kun je doen door de volgende vragen te stellen : “Wat wilt U dat ik U nog meer uitleg ?”, “Is er iets dat U liever helemaal niet wenst te horen ?”. Eens deze regels van de communicatie vastgelegd zijn, zul je het minder moeilijk hebben om te oordelen wat al dan niet mag gezegd worden. Aldus vermijd je de schuld te krijgen van de zaken of je ongemakkelijk te voelen. De patiënt krijgt een gevoel van controle over het management. Vele problemen die later in de relatie arts-patiënt optreden worden bepaald door een gebrek aan duidelijkheid omtrent datgene waarover de patiënt wenst ingelicht te worden. De volgende vragen kunnen helpen de conversatie open te trekken in verband met deze belangrijke aangelegenheid :

“Het kan ons, artsen, helpen van U te vernemen welke informatie U wenst te krijgen over Uw aandoening. Is er iets waarover U liever niet wenst te spreken ?”

“Welke informatie wil U wel graag krijgen over de diagnose die bij U gesteld werd ?”

“Hoe en op welke manier kunnen wij van U vernemen welke informatie wij U kunnen geven ?”

“Wenst U alle details van de diagnose, de bijkomende onderzoeken en de behandeling te kennen of wenst U alleen maar een eerder beperkt overzicht te krijgen van hetgene plaatsgrijpt ?”

“U laat ons weten dat U enkel wenst ingelicht te worden wanneer het gaat om goed nieuws. Wat zullen we dan doen wanneer we daarentegen slecht nieuws te melden hebben ?”

Actief luisteren, informatie geven, mogelijkheid geven tot feedback en het aankaarten van bezorgdheden

Tracht eerst een verstandhouding tot stand te brengen en vertrouwen te wekken. Actief luisteren betekent ook te antwoorden op de vragen en de bezorgdheden terwijl men tegelijkertijd het gesprek leidt. Dit kan gefaciliteerd worden door het gebruik van vragen tijdens het gesprek, bvb. :

“Is er nu iets wat U mij wenst te vragen ?”

“Zijn er nog andere zorgen die U bezighouden ?”

“Is er iemand anders wiens advies U wenst in te winnen of wiens opinie U wenst te kennen vooraleer een beslissing te nemen ?”.

Een voordeel van ervoor te zorgen dat de patiënt de mogelijkheid krijgt zijn bezorgdheden te uiten in een vroegtijdig stadium is dat problemen en praktische aspecten eveneens kunnen aan

bod komen, waardoor de angst van de patiënt kan verminderen. Patiënten kunnen ook geholpen worden door vooraf te plannen en vooraf te denken aan problemen en aan de manier waarop ze kunnen verwerkt worden. Andere patiënten daarentegen wensen niet naar de toekomst te kijken, daar ze het gevoel hebben dat zulk gesprek overeenkomt met het tarten van het lot. Nog anderen kunnen verward en onstandvastig worden, zodat ze geen discussie dienen opgedrongen te krijgen over hun toekomst.

De informatie dient geleidelijk aan meer uitgebreid te worden. Begin met de door de patiënt reeds gekende feiten, voeg hieraan geleidelijk andere feiten toe en besluit met een opinie omtrent de betekenis van al de informatie. Eens de patiënt deze details begrepen heeft, kan men opties voor behandeling en verzorging introduceren.

Denk eraan dat een patiënt helpen te begrijpen welke de implicaties zijn van de slechtnieuwsmelding niet hetzelfde is als een psychotherapeutische sessie. Nochtans is het belangrijk tenminste de gevoelens en de bezorgdheden die de patiënt bezighouden tot uiting te laten komen, bvb. :

“Welk is Uw voornaamste bezorgdheid nu ik U heb verteld wat er kan gebeuren ?”

“Ik kan Uw bezorgdheid begrijpen en ik wil er graag met U een gesprek over voeren”.

Het onthullen van de hulpbronnen van de patiënt om zijn aandoening te verwerken en het geven van realistische hoop

Je kan met de patiënt bespreken hoe hij/zij voorheen persoonlijke problemen wist aan te pakken. Dit helpt duidelijk te maken welke hulpbronnen ter beschikking zijn en welke bijkomende steun nodig kan zijn. Het natuurlijke netwerk van steun voor de patiënt dient goed geïdentificeerd te worden. Hiervoor kan men de volgende vragen stellen :

“Hebt U in het verleden al nieuws gekregen dat U beangstigde en waarop U niet goed wist te reageren ?”

“Hoe hebt U dit nieuws dan aangepakt ?”

“Hoe kan deze ervaring uit het verleden U helpen bij wat we vandaag besproken hebben ?”

Informatie over de behandeling laat de patiënt toe de mogelijke aflopen van de aandoening in beschouwing te nemen. Dit helpt om enige hoop te stellen in de toekomst.

5.4. Het organiseren van opvolging en verwijzing

Nadat de patiënt het slecht nieuws gekregen heeft worden de laatste momenten van het gesprek erg belangrijk, daar de voornaamste bezorgdheden van de patiënt onvermijdelijk nu

naar boven zullen komen indien ze nog niet besproken zijn geweest. Het is verleidelijk te veronderstellen dat de patiënt onthouden heeft en verstaan heeft wat hem/haar verteld werd. Aan de patiënt vragen samen te vatten wat hij/zij zich herinnert, is één manier om na te gaan wat is bijgebleven. Indien je de misverstanden nu niet direct corrigeert is het mogelijk dat de patiënt zich enkel de positieve of de negatieve aspecten van het gemelde nieuws blijft herinneren wat het risico verhoogt op hetzij reactieve depressie, hetzij ontkenning, hetzij angst en zelfs zelfmoord. Een planning dient nu opgesteld te worden om de volgende contacten te organiseren met de bedoeling de angsten van de patiënten in toom te houden en de mogelijkheid te bieden de bezorgdheden van de patiënt verder te bespreken. Soms is het hierbij nuttig te verwijzen naar andere zorgverstrekkers, zoals een psycholoog of een raadsman of adviseur, voor specialistische hulp in verband met overlijden, angst en depressie, en persoonlijke en relationele moeilijkheden.

5.5. De feedback en de overdracht naar collega's

Het getuigt van goede praktijk collega's in te lichten over het gesprek met de patiënt, samen te vatten wat aan de patiënt en aan anderen werd medegedeeld en wat deze hebben begrepen van hetgene werd medegedeeld, evenals aan te geven welke mogelijke problemen of reacties kunnen verwacht worden. Dit helpt de collega's die eveneens zorg dragen voor de patiënt om te weten wat te zeggen zonder de patiënt verward te maken of ongerust te maken met verschillende informatie over prognose en behandeling. Discussie en consultatie met collega's kan de taak van het melden van slecht nieuws gemakkelijker maken door professionele steun en door na te gaan en te bespreken hoe de benadering van de patiënt anders had kunnen verlopen en gemanaged worden.

6. Wat te doen als ...

Student-artsen en artsen vragen zich vaak af : “Wat moet ik doen wanneer de patiënt weent, of woedend wordt, of dreigt met zelfmoord ?”.

Alhoewel deze reacties vaak voorkomen, is het vrijwel onmogelijk te voorspellen hoe de patiënt zal reageren op de melding van slecht nieuws, zelfs wanneer we hem/haar goed kennen. Het is daarom belangrijk te handelen op een supportieve en professionele manier. Welk advies ook gepast moge zijn voor een specifieke situatie, handel enkel op een wijze die in overeenstemming is met jouw eigen gevoelens en binnen de grenzen ligt van professioneel gedrag. Bvb. : indien je jezelf niet comfortabel voelt met het vasthouden van de hand van de

patiënt terwijl deze huilt, doe dat dan niet. Het kan anders overkomen als onnatuurlijk en onbeholpen.

6.1. De patiënt weent

Gewoonlijk zal men de wenende patiënt een zakdoek of een papieren doek geven, of even pauzeren of zeggen : “Ik zie dat U erg aangedaan bent”. Sommige artsen raden aan de hand en de schouder van de patiënt aan te raken, let er evenwel op niet opdringerig over te komen. Het is meestal ongepast, bvb., de patiënt te knuffelen of te kussen. Na enkele ogenblikken gewacht te hebben zul je verder gaan met het gesprek, ook al blijft de patiënt wenen. Slechts weinig patiënten zullen zich hiertegen verzetten of zich misnoegd voelen, op voorwaarde dat de arts sympathiek blijft. Zeg bvb. : “Het spijt me U dit nieuws te moeten melden. Het is niet gemakkelijk voor mij. Verwachtte U dit te moeten horen ?” Daarentegen zal het ongepast zijn te zeggen “Kop op. Het had erger kunnen zijn”.

Hoe zou je zelf reageren wanneer een hechte vriend recent gemeld slecht nieuws met jou deelt en begint te huilen ? Wat denk je dat deze vriend van jou verwacht ? Hoe kun je weten wat te doen ?

6.2. De patiënt wordt woedend of agressief

Denk nu aan een situatie waarbij iemand jouw parkingruimte tracht in te nemen en je met deze persoon een ruzie begint. Wat zal de situatie doen oplaaien en mogelijk tot geweld leiden ?

Wanneer je geconfronteerd werd met een woedende patiënt, sta dan op. De patiënt zal meestal intussen opgestaan zijn en het is daarom belangrijk dat je op dezelfde ooghoogte bent om je bereidheid te tonen. Je dient beleefd te blijven en vastberaden te zijn. Het dreigen met geweld dient altijd ernstig genomen te worden en de situatie van de melding van slecht nieuws is hierop geen uitzondering. Op een verontschuldigende, doch vastberaden en overtuigende toon kun je zeggen : “Het spijt me U dit nieuws te moeten melden. Ik realiseer me dat U niet verwachtte dit nieuws te moeten horen. Indien U ook met iemand anders wenst te spreken en hun opinie omtrent Uw situatie wenst te kennen is dat mogelijk”. Soms is het nuttig hieraan toe te voegen : “Ik zie dat U kwaad en geërgerd bent. Ik wil trachten elke vraag die U hebt te beantwoorden”. Als een laatste hulpmiddel, wanneer je vreest voor je eigen veiligheid, open de deur en verlaat de kamer. Wanneer er een collega in de omgeving is, zal dit de situatie verzachten.

6.3. De patiënt dreigt met zelfmoord

Meestal kan men de patiënt afraden zichzelf schade toe te brengen of zelfmoord te plegen. Dit vraagt evenwel geduld, zorg en het geven van geruststelling en vertrouwen. Wanneer de patiënt hintten geeft tot zelfmoord maak dan jouw bezorgdheid duidelijk. Bvb. : “Ik vraag me af waar U van hier heen gaat?”. Open discussie over zelfmoordgevoelens kan de patiënt in toom houden en de patiënt duidelijk maken dat je niet bevreesd bent geconfronteerd te worden met gevoelige onderwerpen. Een patiënt welke hintten geeft over zelfmoord of welke dreigt met zelfmoord zal niet ontslagen worden en aan zijn lot overgelaten worden. Het advies van een psychiater of een psycholoog dient gevraagd te worden wanneer de patiënt suicidaal blijft.

7. Melden aan ouders dat ze een abnormale baby hebben

Zwangerschap en geboorte zijn emotionele ervaringen en hierboven op kan de angst bestaan van ouders dat hun kind doodgeboren wordt of geboren wordt met een lichamelijke ongeschiktheid. Zowat 1 op 40 baby's worden geboren met een handicap of een afwijking.

In de volgende situaties dient men slecht nieuws te melden aan de ouders en de familie :

- de foetus overlijdt gedurende de zwangerschap of de arbeid ;
- de foetus heeft een aantoonbare abnormaliteit voor dewelke een onderbreking van de zwangerschap geïndiceerd kan zijn ;
- de foetus heeft een aantoonbare abnormaliteit welke geen onderbreking van de zwangerschap vereist ;
- een abnormaliteit wordt pas aangetoond nadat de baby geboren is ;
- een congenitale aandoening welke pas gedetecteerd wordt tijdens de eerste levensweken van de pasgeborene.

Verschillende testen maken het gemakkelijker een aantal condities te diagnosticeren in een vroegtijdig stadium en bijgevolg verwachten de ouders vroeg in het verloop van de zwangerschap op de hoogte gebracht te worden van eventuele problemen.

De volgende richtlijnen kunnen gevolgd worden bij het vertellen aan de ouders dat hun kind een afwijking heeft :

1. De ouders zullen zo snel mogelijk van het probleem op de hoogte gesteld worden. Ze zullen bij voorkeur samen op de hoogte gesteld worden. Een alleenstaande moeder zal gevraagd worden of ze de aanwezigheid wenst van een naast familielid, een hechte vriend of één van haar ouders. Ze krijgen meestal al hints dat er iets misloopt door de gelaatsuitdrukking van de zorgverstrekker. Het slecht nieuws vroegtijdig melden helpt hen zelf ermee om te gaan, vooraleer ze geconfronteerd worden met eventueel opgehitste en hoopvolle vrienden of familieleden.
2. De senior-arts dient het slecht nieuws te melden aan de ouders. De pediater en de verloskundige kunnen nauw samenwerken om dit te doen.
3. Het kan nuttig zijn een tekening te maken van de afwijkingen. Zeg bvb. : “De afwijking ziet eruit als volgt, doch niet zo groot”. De uitleg dient kort en eenvoudig te zijn. Er dient gewezen te worden op karakteristieken en kenmerken welke de ouders erop zullen wijzen dat het gaat om een afwijking. Vermijd het geven van te veel details in dit stadium.

4. Ouders zijn vaak bang over hetgeen ze zullen zien. Moedig hen aan de baby eerst vast te houden. De baby dient in een doek of een laken gewikkeld te zijn dat enkel het gelaat zichtbaar houdt. Dit laat het koppel toe geleidelijk aan geïntroduceerd te worden tot de baby en de afwijking. Het koppel zal ook overtuigd worden de baby een naam te geven en deze naam zal gebruikt worden door de arts en de collega's. Bvb. : "Kleine Jan heeft een sterke handgreep", of "Lisa heeft een lieve glimlach".
5. Positieve kenmerken zullen benadrukt worden, doch een gebalanceerde en realistische kijk op de zaak dient voorgesteld te worden. Bvb. : "Uw kindje ziet er heel gezond uit, nochtans zult U wellicht vinden dat het moeilijk is hem borstvoeding te geven omwille van het probleem met zijn lip. Het zal nodig zijn dat we U hieromtrent advies geven".
6. De ouders hebben vaak een gemengde respons op het kind. Aan de ene kant wensen ze het te knuffelen, te beschermen en te koesteren. Aan de andere kant kunnen ze zich ontgriefd, schuldig, triest en verloren voelen of kunnen ze de neiging hebben het kind af te stoten. Eerst dient men de ouders ervan te overtuigen dat deze reactie normaal is, vervolgens dient men hen ervan te overtuigen dat ze niet verantwoordelijk zijn voor de afwijking.
7. Sommige ouders kunnen niet geloven wat hen verteld wordt en zullen het probleem miskennen of van zich afzetten. De onmogelijkheid voorspoedig te groeien en het verlies van mijlpalen in de ontwikkeling kan evident worden in de toekomst (zoals bij kinderen geboren met een HIV-infectie) ; de ouders zullen bijgevolg afspraken krijgen voor follow-up zodat het kind kan gemonitord worden op regelmatige tijdstippen.
8. Psychologische raad en advies kan de ouders helpen hun verwarring en verlegenheid omtrent de situatie te boven te komen en hun tegenzin om familieleden en vrienden te informeren te overwinnen. Het kan hen ook helpen zich nauwer verbonden te voelen met de baby wanneer ze er ambivalente gevoelens tegenover hebben.
9. Wanneer de ouders en de baby het ziekenhuis verlaten verliezen ze de ondersteunende omgeving. Verschillende nieuwe problemen treden pas op dat ogenblik op de voorgrond. Men zal er dus voor zorgen de ouders de nodige details omtrent de organisatie mee te geven welke verdere informatie en steun kunnen waarborgen.
10. Indien de baby gestorven is, zijn er praktische overwegingen (zoals het onderdrukken van de lactatie voor de moeder en het maken van de afspraken voor de begrafenis). De ouders dienen in de mogelijkheid gesteld te worden afscheid te nemen van de baby en op dat ogenblik kan het wenselijk zijn dat ze de baby mogen vasthouden en knuffelen in een

rustige kamer met gewaarborgde privacy. Sommige ouders wensen een herinnering aan de baby te behouden, zoals een haarlok of een dekentje.

11. Zoals in elke klinische situatie waarin slecht nieuws dient gemeld te worden is het belangrijk dat de gevoelens van de zorgverstrekkers (bvb. : vroedvrouwen, verpleegkundigen, ...) aan bod kunnen komen door discussie en ondersteuning.

AANDACHTSPUNTEN

- **Het melden van slecht nieuws behoort tot de meest uitdagingsvormende opdrachten in de medische praktijk ;**
- **De wijze waarop slecht nieuws gemeld wordt, bepaalt hoe de patiënten het nieuws verwerken en zich eraan aanpassen ;**
- **Behoud zelf een open geest over wat beschouwd wordt als “slecht nieuws”. Sommige patiënten zijn erg geschrokken door wat op het eerste zicht goed nieuws lijkt, terwijl anderen enige opluchting ervaren bij het horen van slecht nieuws ;**
- **Vooraleer slecht nieuws te melden, neem goed in beschouwing aan wie het nieuws gemeld wordt, wie het nieuws zal melden, wanneer het nieuws zal gemeld worden en welke de mogelijke consequenties van de melding zullen zijn ;**
- **Het is behulpzaam uit te maken wat de patiënt reeds weet en wat de patiënt verwacht te horen als nieuws. Vooropgestelde meningen of vermoedens over beide kunnen leiden tot ernstige problemen in het management ;**
- **Het melden van slecht nieuws vereist tijd, een kader vrij van afleidingen of onderbreking, empathie, actief luisteren en bescheidenheid om te zeggen dat je het antwoord hebt op sommige vragen, doch niet op alle vragen ;**
- **Tracht uit te maken welke de hulpbronnen van de patiënt zijn om het slecht nieuws te verwerken en geef realistische hoop ;**
- **Zorg ervoor dat de collega's weten wat aan de patiënt werd verteld ;**
- **Voorzie steun voor de familieleden van de patiënt en voor de collega's-zorgverstrekkers.**

HOOFDSTUK VI : COMMUNICATIE MET DE FAMILIE VAN DE PATIËNT

1. Inleiding

Medische problemen en ziekte hebben een impact op de omgeving van de patiënt en wellicht voornamelijk op de familie. In het traditioneel medisch model van diagnose en behandeling wordt ons geleerd de problemen op te zoeken binnen de patiënt en de behandeling exclusief te richten op de persoon van de patiënt. Wij weten evenwel dat de familie eveneens een belangrijke rol kan spelen in de ontwikkeling en het management van de ziekte van de patiënt.

Goede medische verzorging hangt gedeeltelijk af van onze vaardigheid tot effectief communiceren met patiënten. In vrijwel alle gevallen dienen wij ook te communiceren met de familie van de patiënten en soms met nabestaanden of vrienden. We kunnen er voordeel bij hebben hun inzichten en overtuigingen te kennen daar ze deze van de patiënt kunnen beïnvloeden. Aspecten die bij het omgaan met de familie van de patiënt aan bod kunnen komen zijn : het beoordelen van de sociale steun voor de patiënt ; het effect van familiale overtuigingen/opvattingen op ziekte en behandeling (bvb. : het niet naleven van de behandeling) ; het omgaan met confidentiele informatie en problemen van geheimhouding (figuur 1).

Sommige artsen zijn geremd in het omgaan met de familie en de nabestaanden van de patiënt. Het vraagt extra tijd en leidt hen af van andere verplichtingen. Ze ervaren het betrekken van de familie bij de behandeling en de verzorging van de patiënt als niet nuttig. Ze zien in dat het praten met een kleine groep mensen andere vaardigheden vergt dan het praten met een individuele patiënt. Onvermijdelijk dreigen moeilijkheden op te treden wanneer er geheimen bestaan tussen de verschillende familieleden of wanneer de familie vraagt confidentiële informatie te geven. Het is ook niet verwonderlijk dat de verpleegkundigen soms het gevoel hebben aan hun lot overgelaten te worden i.v.m. de noden aan informatie van de familie.

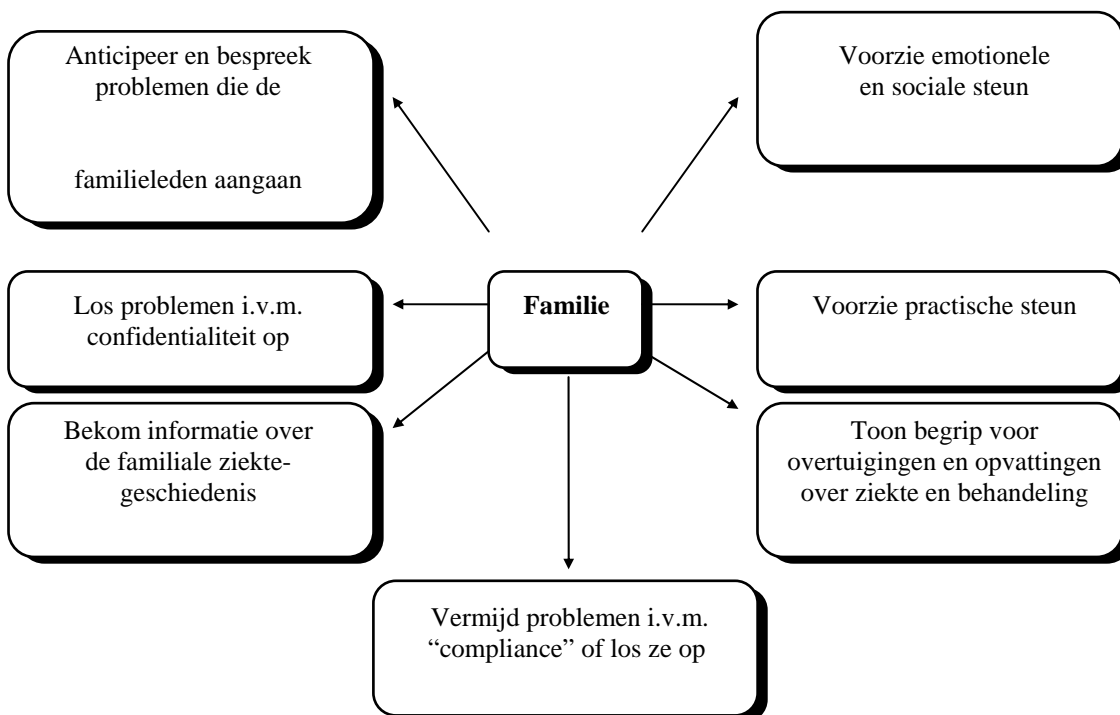
Toen iemand van jouw familie ziek werd, had je waarschijnlijk veel vragen over wat er gebeurde en wat de afloop zou zijn ; zonder informatie of antwoord op de vragen wordt men angstig en lastig. Denk eens na hoe jij als arts zou antwoorden op de vragen van de nabestaanden van de patiënt :

. Hoe weet je dat je inderdaad met een nabestaande van de patiënt spreekt ?

. Hoe kan je te weten komen wat de nabestaande reeds weet over de toestand van de patiënt ?

. Wanneer nabestaanden telefoneren, is er dan informatie die je niet over de telefoon geeft ?

Figuur 1. Hoe de familie kan bijdragen tot de diagnose, de behandeling en de verzorging



. Is er iets wat je wel aan de nabestaanden, doch niet aan de patiënt wenst te vertellen (en vice versa) ?

Op momenten van ziekte zoekt men steun bij anderen en hangt men meer af van naaste familie en vrienden. Sociale steun betreft evenwel niet alleen praktische problemen, zoals het transport van en naar het ziekenhuis en het verzorgen van de huisdieren wanneer de patiënt gehospitaliseerd is. Het betreft ook emotionele steun en comfort op een moment dat hoop en zelfvertrouwen wegwijnen. Men heeft aangetoond dat sociale steun kan werken als buffer voor psychologische stress. Er bestaat eveneens evidentie dat ons lichaam fysiologische veranderingen ondergaat op stresserende momenten zoals het verlies van een partner, een goeie vriend of een nabestaande. Voornamelijk het immuunsysteem is aangetast. Sociale steun kan bijgevolg een impact hebben op zowel psychologische als lichamelijke gezondheid. Om die redenen moeten wij onze patiënten helpen belangrijke banden te bewaren op momenten van ziekte, en hen aanmoedigen de steun van anderen aan te halen. Wij kunnen hierin helpen door te praten over de familie, door vragen te stellen over wie de patiënt als naaste familie beschouwt en door voor te stellen raad te geven wanneer het nodig of gewenst is.

2. Observatie van de hulpbronnen van de patient

Gewoonlijk kan men een voorlopig oordeel vormen over de hulpbronnen van de patiënt, zelfs vooraleer de patiënt daaromtrent direct vragen te stellen. Men kan de volgende observaties maken :

. Kwam de patiënt alleen naar de raadpleging ?

. Werd de patiënt vergezeld door 1 nabestaande of door een groot deel van de familie ? Wat verduidelijkt dit over de opvatting van de patiënt en de familie over ziekte en medische raadpleging ?

. Kreeg de patiënt bezoek op de verpleegeenheid ?

. Kreeg de patiënt kaartjes, bloemen, fruit ... ?

. Heeft iemand de patiënt persoonlijke gebruiksmiddelen, zoals een tandenborstel en een haarkam gebracht ?

. Heeft de patiënt contact met de anderen op de verplegingseenheid of houdt hij/zij zich afzijdig ?

Deze informatie leert ons natuurlijk niet of de patiënt verkiest de steun van anderen aan te halen of de situatie beter aankan zonder die anderen. Dit kan alleen beoordeeld worden door met de patiënt te praten en navraag te doen over de sociale steun.

3. Identificeren van de familie van de patiënt

Alhoewel het nodig is feitelijke informatie te bekomen over de familie van de patiënt om de medische ziektegeschiedenis te vervolledigen, is het eveneens belangrijk navraag te doen naar familie en vrienden om de personen te identificeren die het gemakkelijkst praktische en emotionele steun kunnen geven. Let er wel op geen veronderstellingen te maken over wie de patiënt identificeert als “familie” (een patiënt kan een nabestaande aangeven die niet echt een bloedverwant is, of een partner van hetzelfde geslacht of een naaste vriend). De volgende vragen zijn nuttig :

- . *“Wie beschouwt U als naaste familie ?”*
- . *“Hebt U momenteel een nauwe relatie met iemand ?”*
- . *“Weet iemand anders dat U vandaag hier bent ?”*
- . *“U vermeldde een partner ; hebt U nog andere familieleden zoals broers, zusters of ouders ?”*

Eens de informatie over de familieleden bekomen is, kan men eigenlijk een stamboom opstellen. Dit helpt informatie over familiale relaties/familiebanden van de patiënt grafisch voor te stellen, wat van belang kan zijn bij bvb. patiënten met coronaire insufficiëntie. Zulk een stamboom bevat details over geslacht, leeftijd en relatie met de patiënt, en kan ook een ziektegeschiedenis bevatten.

Nadat men details over de familie bekomen heeft, kan men aan de stamboom de mening van de patiënt over de kwaliteit van deze relaties toevoegen en nagaan of hier problemen bestaan die de patiënt en het management beïnvloeden. Om dit na te gaan kan men bvb. de volgende vragen stellen :

- . *“Is er iemand die moet verwittigd worden over Uw aanwezigheid hier ?”*
- . *“Is er iemand die U liefst niet op de hoogte stelt van Uw aanwezigheid hier ?”*
- . *“Hoe dikwijls ontmoet U Uw ouders ?”*
- . *“Aan wie kan U hulp vragen bij het winkelen ?”*
- . *“U noemde Uw zuster, is er een reden waarom U geen hulp kunt vragen aan Uw broers ?”*
- . *“Hoe is de verstandhouding met Uw schoonzoon ?”*
- . *“Wie is er om U bekommerd ?”*
- . *“Hoe tonen deze personen hun bekommernis ?”*

Bespreek vervolgens meer gevoelige aspecten betreffende de familie zoals wijzigingen in relaties/familiebanden en identificatie van bloedverwanten :

- . *“Wat denken andere familieleden over Uw ziekte ?”*
- . *“Hoe is de relatie met andere familieleden sedert U op de hoogte gesteld werd van de diagnose ?”*
- . *“Van wie krijgt U het meest steun ? Van wie het minst ?”*
- . *“Welke steun vindt U het belangrijkste ? Wie geeft U deze steun ?”*
- . *“Hebt U een idee hoe andere familieleden Uw behandeling beoordelen ?”*
- . *“Indien er met U iets ernstig zou gebeuren, wie moet dan verwittigd worden ?”*

4. De invloed van de familie op verzorging en behandeling

De bezorgdheden van de patiënt over het verloop en de afloop van de ziekte worden gewoonlijk beïnvloed door eigen vroeger opgedane ervaringen met ziekte, door ervaringen met ziekte bij familieleden en vrienden, en door algemeen geldende opvattingen over een specifieke ziekte. Bvb. : hoe iemand een bepaalde aandoening heeft opgelopen kan onze ideeën en vooroordelen over deze persoon beïnvloeden. Sommige mensen, zelfs artsen, zijn bevooroordeeld tegenover personen die roken en nadien behandeld moeten worden voor hart- of longklachten. Zo ook verandert de publieke opinie over niet-vruchtbare koppels, wanneer bekend wordt dat ze geïnfecteerd zijn met HIV. Nabestaanden van een man met HIV kunnen de ziekte beschouwen als een terechte straf voor zijn homosexualiteit.

Daarentegen kan een hemofiliepatiënt met HIV rekenen op de sympathie van zijn nabestaanden die weten dat de infectie het resultaat is van een bloedtransfusie en niet in verband staat met zijn sexueel gedrag. Opvattingen over ziekte worden ook beïnvloed door de aard van de aandoening - of het een chronische, of een acute, of een degeneratieve, of een besmettelijke aandoening is. De aard van de aandoening zal ook het niveau van de verzorging, de noodzakelijke duur van de verzorging, en het eerder plots dan wel progressief optreden van problemen bepalen.

Sociologen beschrijven de “rol van ziekte” i.v.m. de relatie van de patiënt met zorgverstrekkers en met nabestaanden. We worden meer afhankelijk van anderen wanneer we ziek zijn en ziekte kan onrechtstreeks onze relaties beïnvloeden : nabestaanden voelen zich verplicht op bezoek te komen ; artsen zien er tegen op slecht nieuws te melden omdat ze bang zijn het moreel van de patiënt te ondermijnen ; de psychiater wordt er bijgeroepen wanneer de patiënt depressief wordt, bvb. na een woordenwisseling met de partner. Zelfs

nabestaanden die gezond zijn kunnen lijden ten gevolge van een ziekte in de familie. Bvb. : de broer van een jongen met een aanslepende ziekte (bvb. sikkelcelanemie) kan bedwateren of winkeldiefstallen plegen of spijbelen wanneer de jongen is gehospitaliseerd. Het gedrag van de broer kan de andere familieleden afleiden van hun bezorgdheid omtrent de opgenomen jongen, of kan de aandacht op hemzelf vestigen op een ogenblik waarop de opgenomen jongen meer aandacht krijgt.

Communicatie binnen de familie is wederzijds. Relaties/banden binnen elke familie, hoe rigide ze ook mogen lijken, zijn dynamisch en complex. Voornamelijk in geval van ziekte wordt ieders capaciteit tot aanpassing aan nieuwe behoeften en omstandigheden getest. Dit verklaart waarom familiebanden gewoonlijk meer gespannen en onzeker worden op deze momenten. Onze respons als arts of als nabestaande is, ofwel ons afzijdig te houden, ofwel betrokken te worden bij een familiale crisis.

Op bepaalde momenten is het belangrijk de opvatting over en de ervaring met ziekte van andere familieleden te kennen. Dit kan men doen door de volgende vragen aan de familieleden of aan de patiënt en de familieleden te stellen :

- . *“Heeft iemand anders in de familie een gelijkaardige aandoening gehad ?”*
- . *“Hoe zijn de familieleden in het verleden omgegaan met ziekte of overlijden ?”*
- . *“Wie heeft het binnen de familie het moeilijkst om met ziekte of overlijden om te gaan ?”*
- . *“Welke veranderingen zijn er in de familiebanden opgetreden sedert dit medisch probleem aan het licht kwam ?”*
- . *“Welke opvatting hebben de familieleden over deze aandoening ?”*
- . *“Wiens opvattingen over gezondheid en behandeling hebben de grootste invloed in Uw familie ?”*

5. Het naleven van de voorgeschreven behandeling en de rol van de familie

Het is belangrijk opvattingen en overtuigingen over ziekte en verzorging ter sprake te brengen. Niet alleen omdat dit familieleden kan helpen om te gaan met de ziekte en zich aan te passen aan veranderende omstandigheden en relaties, doch ook omdat het rechtstreeks het naleven van de behandeling door de patiënt kan beïnvloeden. Omdat men veronderstelt dat de kennis van de arts over ziekte en behandeling groter is dan deze van de patiënt, wordt ook algemeen aangenomen dat de patiënt automatisch instemt met de medische benaderingswijze en het behandelingsplan. Een patstelling kan evenwel optreden wanneer de patiënt op een subtiele of directe wijze de behandeling verwerpt, maar toch een relatie met de

zorgverstrekkers blijft behouden. Bvb. : een dame met diabetes wil haar dieet niet aanpassen, maar blijft de arts regelmatig raadplegen. Veel patiënten nemen de voorgeschreven medicatie niet, terwijl een deel van dezen die ze wel nemen de instructies niet nauwgezet opvolgen.

Een patiënt met depressie, bvb., neemt enkel anti-depressiva wanneer hij/zij zich depressief voelt, i.p.v. regelmatig, hierbij “vergetend” dat de behandeling gedurende meer dan een week dient genomen te worden om enig effect te hebben.

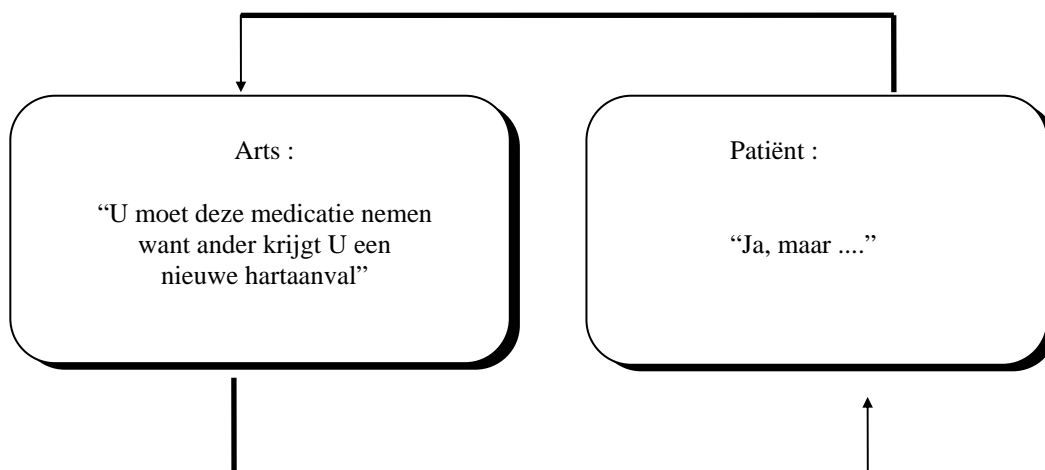
Een patstelling wordt gekenmerkt door een “het is weer hetzelfde”-situatie, waarbij een advies van de arts resulteert in “geen verandering” bij de patiënt. De relatie tussen arts en patiënt wordt hier gekarakteriseerd door een meer en meer hopeloze en autoritaire arts die een meer en meer rigide patiënt tracht te overtuigen de behandeling te volgen. Het resultaat is een spel zonder einde, een bron van frustratie en ergernis voor de arts. De interactie wordt repetitief en rigide, soms onderhouden door misverstanden aan de kant van de patiënt of aan de kant van de arts, die de opvatting van de patiënt en zijn nabestaanden over de aandoening niet volledig inziet. Er kan bvb. de overtuiging bestaan dat behandeling het probleem enkel erger maakt (“Ik ken iemand die overleden is nadat hij deze pillen genomen had”), of dat het medische advies niet mag vertrouwd worden (“Mijn moeder zegt dat je dit kan behandelen door veel look te eten”), of dat behandeling niet nodig of niet effectief is (“Het is enkel een kleine kneuzing, het zal snel overgaan”) (figuur 2).

Om een potentiële patstelling te vermijden dien je na te gaan of de patiënt het doel van de behandeling en de rol van de medicatie begrijpt. Geef daarom de gelegenheid vragen te stellen en bezorgdheden te uiten. Dit laat U ook toe te oordelen of de patiënt van plan is de behandeling te volgen. Tenslotte, vraag of de nabestaanden bezorgdheden hebben, opdat je hiermee kunt rekening houden bij het geven van advies omtrent de behandeling.

6. Het antwoorden op en het omgaan met de bezorgdheden en de angsten van de familieleden

Elk familielid zal op een andere manier omgaan met de ziekte van een nabestaande, afhankelijk van het heersend rollenpatroon in de familie. Sommige familieleden kunnen gemakkelijker praktische, dan wel emotionele steun geven. Anderen staan afwijzend tegenover ziekte en bezoeken de patiënt zeer onregelmatig of telefoneren alleen om informatie in te winnen over de toestand van de patiënt. Daartegenover staat dat sommige families een

Figuur 2. Een patiënt die de behandeling niet naleeft en een autoritaire arts creëren een patstelling



24-uur wake organiseren en ombeurten bij de patiënt blijven opdat deze nooit alleen zou zijn. De meeste kinderziekenhuizen bieden bvb. de mogelijkheid om de ouders te laten overnachten. Wanneer nabestaanden angstig zijn, zullen ze natuurlijk een arts zoeken om informatie te bekomen over onder andere de diagnose en de vooropgestelde prognose. Soms kan deze tussenkomst een aantal moeilijkheden opleveren :

- de familieleden kunnen verschillende leden van het verzorgingsteam benaderen om informatie te krijgen, en speciaal de meest “vulnerabele”, zoals student-artsen en jonge artsen. Dit gebeurt voornamelijk wanneer de senior-artsen geen duidelijke uitleg hebben gegeven over de ziekte, de prognose en de behandeling. Student-artsen kunnen hierdoor in een moeilijke positie geplaatst worden omdat ze, alhoewel ze beschikken over de informatie, niet gemachtigd zijn deze te geven ;
- de familieleden kunnen ook verschillende artsen die de patiënt verzorgen opzoeken in de hoop de “waarheid” of een woord van hoop i.g.v. een uitzichtloze situatie te bekomen. Het dilemma voor jou als arts of student-arts is dan valse geruststelling te geven (en eventueel tijdelijke troost), of te herhalen wat voordien gemeld werd (en het risico te lopen dat ze verder op zoek gaan naar meer aangenaam nieuws) ;
- een familielid kan trachten het geven van informatie aan anderen (inclusief de patiënt) te controleren, zich hierbij beroepend op het feit dat de waarheid de persoon in kwestie zal schaden.

Alhoewel iemand beschermen kan gezien worden als bezorgd zijn om, leidt het ook tot geheimhouding en verbintenissen en maakt het de relaties complexer. Hier rijst ook de vraag over de grenzen van de confidentialiteit en over wiens belangen het best gediend worden.

De wijze waarop de familie reageert op de ziekte kan ook leiden tot problemen bij de communicatie en het management. Familieleden kunnen :

- ontkennen dat er een probleem bestaat en daarom niet de nodige actie ondernemen. Bvb. : de ouders van een teenager op dieet die veel gewicht verliest, kunnen suggesties i.v.m. anorexie naast zich neerleggen. Ze kunnen nalaten het meisje hiermee te confronteren en zich verzetten tegen het zoeken naar hulp ;
- geloven dat alle problemen kunnen opgelost worden en actie ondernemen wanneer dit niet nodig is of niet gepast is. Bvb. : de ouders van een kind dat betrokken is bij een ernstig verkeersongeval worden op de hoogte gesteld van het feit dat het kind hersendood is en

enkel blijft ademen met de steun van mechanische ventilatie. Ze staan erop het kind te blijven ventileren, niettegenstaande het professioneel advies ;

- een probleem verkeerd aanpakken door de verkeerde oplossing aan te bieden. Bvb. : een man wordt sterk gestresseerd door zijn werk en ontwikkelt een “irritable bowel syndrome”. Zijn vrouw moedigt hem aan alcohol te drinken om zijn zenuwen te kalmeren. Dit leidt tot een exacerbatie van de symptomen en de aangeboden oplossing wordt een nieuw probleem wanneer de patiënt ook een leverziekte ontwikkelt.

Vaardigheid en tact zijn nodig om elk van deze moeilijke situaties aan te pakken. De arts moet er zorg voor dragen het vertrouwen en de bevoegdheid van de nabestaanden niet te ondermijnen. Tegelijkertijd moet hij/zij advies geven en nieuwe opvattingen aanbrengen die bij de patiënt en zijn familie vreemd kunnen overkomen (onafhankelijk van hun achtergrond en nationaliteit). De opdracht van de arts is verklaringen te geven en niet te verwachten dat de mensen zich onmiddellijk hieraan aanpassen. Vooraleer de patiënt en de nabestaanden de schuld te geven van misverstanden of van het ontstaan van een patstelling dien je eerst na te gaan of je het probleem niet zelf hebt gecreëerd.

7. Richtlijnen voor het omgaan met de familie van de patiënt

De volgende richtlijnen kunnen ons helpen om te gaan met de nabestaanden van de patiënt en verminderen het risico op moeilijkheden bij het omgaan met deze mensen :

- bevestig hun steun ;
- spreek met hen en geef hen tijd om bezorgdheden te uiten ;
- indien mogelijk, zorg voor een ruimte waar ze alleen kunnen zijn ;
- identificeer een persoon (bvb. : een arts) met wie ze steeds contact kunnen nemen. Vertel hen eveneens op welke wijze ze zullen gecontacteerd worden wanneer de toestand van de patiënt achteruitgaat ;
- vooraleer informatie te geven aan de nabestaanden, geef de informatie eerst aan de patiënt en ga na of de patiënt ermee instemt dat deze informatie met zijn familie besproken wordt ;
- vraag de patiënt een persoon/familielid aan te duiden aan wie informatie mag gegeven worden ;
- noteer in het dossier van de patiënt een samenvatting van de belangrijke gesprekken met familieleden, zodat jouw collega's weten wat er hen werd verteld ;
- wanneer het probleem van de confidentialiteit zich stelt, bespreek dan met collega's hoe ermee dient omgegaan te worden. Denk eraan, als algemene regel, dat de patiënt beslist

- welke informatie aan anderen kan doorgegeven worden. In geval van twijfel, stel nabestaanden voor de informatie aan de patiënt zelf te vragen ;
- moedig de nabestaanden aan frequent en kortstondig op bezoek te komen wanneer de patiënt erg ziek is ;
 - onderzoek de patiënt niet (tenzij het een kind is) in aanwezigheid van nabestaanden ;
 - voer geen procedures (zoals bloedafname) uit in aanwezigheid van de nabestaanden. Vraag hen de kamer te verlaten ;
 - bespreek geen familie-aangelegenheden tijdens de patiëntentoeer.

8. Omgaan met problemen in verband met geheimhouding

De eed van Hippocrates stelt dat het de plicht van de arts is aan niemand behalve de patiënt zelf informatie te onthullen tijdens het verloop van de behandeling. Deze optie is evenwel niet zonder uitzondering of beperking, voornamelijk wanneer schade aan anderen opweegt tegen confidentialiteit, zoals in het geval van een ernstige infectieziekte. Vaker zijn problemen het gevolg van geheimen tussen familieleden, zoals nabestaanden die de diagnose niet wensen te vertellen aan de patiënt of de patiënt die de diagnose niet wenst te vertellen aan de nabestaanden. Er bestaat een verschil tussen geheimen en confidentiële informatie. Geheimhouding betekent informatie onthouden aan anderen, terwijl confidentiële informatie een gedeeld geheim is, bvb. van de patiënt met een zorgverstrekker. Problemen treden gewoonlijk op de voorgrond wanneer degenen die menen recht te hebben op informatie vermoeden dat bepaalde informatie achterwege gelaten wordt. Er zijn 3 belangrijke vormen van geheimen :

- individuele geheimen : een persoon houdt iets voor zichzelf, bvb. : een man is bezorgd om een luchtweginfectie en recent gewichtsverlies, doch weigert naar de huisarts te gaan uit vrees dat hij dient opgenomen te worden in het ziekenhuis ;
- interne geheimen : 2 personen delen informatie die niet onthuld wordt aan anderen, bvb. : een patiënt wordt door zijn huisarts behandeld voor een sexueel overdraagbare aandoening ; dit wordt niet onthuld aan de partner van de patiënt, daar deze eveneens een patiënt is van de huisarts ;
- gedeelde geheimen : informatie is bekend binnen een beperkte kring van nabestaanden, doch wordt niet medegedeeld aan anderen, bvb. : de naaste familie van een jonge patiënt beslist andere nabestaanden niet te vertellen dat het kind geboren is met een congenitale afwijking.

Grenzen en verbintenissen tussen mensen kunnen gecreëerd, verstevigd of vernietigd worden door geheimen. Ze kunnen angst opwekken binnen relaties. Iets geheim houden heeft gewoonlijk zowel positieve als negatieve kanten : een geheim kan gespreksonderwerpen geassocieerd met uitsluiting en oneerlijkheid aanbrengen ; tegelijkertijd dienen alle geheimen om iemand of iets te beschermen. Artsen zijn niet vrij van de effecten van geheimen, die aanzienlijke stress kunnen creëren en kunnen leiden tot een gevoel van immobilisatie. Soms kunnen we het als onze taak beschouwen een kant te kiezen, de patiënt te adviseren het geheim prijs te geven, of het geheim zelf kenbaar te maken. Soms kunnen we er ook toe bijdragen geheimen te creëren, bvb. : nadat een diagnose of de resultaten van een laboratoriumtest bekendgemaakt werden aan een patiënt, creëren sommige artsen geheimhouding door de patiënt te suggereren de resultaten aan niemand te vertellen, uit vrees voor sterke emotionele reacties of afkeuring. Artsen kunnen evenwel een aantal stappen ondernemen om de soms schadelijke effecten, of stress, ervaren i.v.m. geheimhouding te minimaliseren. Deze stappen worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Het management van problemen gerelateerd aan geheimhouding

- Ga na of er al dan niet een geheim bestaat. Verhelder jouw eigen rol in verband hiermee (bvb. : vraagt men jou confidentiële informatie te delen ?).
- Zijn wettelijke of ethische aspecten van toepassing ? (bvb. : de eed van Hippocrates, de plicht anderen te verwittigen over levensbedreigende aandoeningen, publieke wetten).
- Verduidelijk de dilemma's betrokken bij het geheimhouden en bespreek ze met het klinisch team, en wanneer relevant, met de patiënt. Soms is een algemene discussie voldoende om het probleem op te lossen.
- Weeg de voor- en nadelen van de geheimhouding tegen elkaar af. Bespreek de verschillende mogelijke aflopen met de patiënt.
- Wat onthulling verhindert is de vrees voor de consequenties ervan. Stel hypothetische vragen om de mensen te helpen deze consequenties voor de stellen, bvb. : “Wat zou de reactie van Uw zoon zijn wanneer hij wist dat U dient geopereerd te worden ?”.
- Je kan ook steeds hypothetische mogelijkheden met de nabestaanden bespreken zonder confidentiële informatie te onthullen, bvb. : “Ik kan U de informatie die U mij vraagt niet geven. U moet ze aan de patiënt zelf vragen. Maar indien hij kanker zou hebben, wat zou dat dan voor U betekenen ? En hoe verklaart U zijn tegenzin om over zijn ziekte te spreken ?”.

- Spreek met de patiënt duidelijk af wie informatie mag krijgen over zijn aandoening. Dit vermindert de druk op jezelf en op jouw collega's. Praat met de patiënt wanneer de nabestaanden informatie blijven vragen. Bevestig de patiënt dat je de confidentialiteit niet zal verbreken, doch vertel dat je de nabestaanden zult voorstellen de patiënt zelf aan te spreken wanneer ze jou de volgende maal benaderen.

Problemen gerelateerd aan geheimhouding zijn herhaaldelijk terugkerende aspecten van klinisch management en kunnen optreden tussen artsen en patiënten, tussen patiënten en hun familie, en tussen zorgverstrekkers onderling. Vaak worden de grenzen van de confidentialiteit op de proef gesteld. Wanneer je aan de patiënt de dilemma's verbonden aan geheimhouding uitlegt, kun je een bron van stress binnen de arts-patiëntrelatie wegnemen. Je kunt ook de patiënt de verantwoordelijkheid geven de problemen op te lossen. Het stellen van toekomstgerichte en hypothetische vragen is een middel dat sommige patiënten zal helpen ideeën te beschouwen die zij anders niet durven onder ogen te zien. Leren hoe om te gaan met geheimen kan ook leiden tot meer open communicatie, niet alleen tussen arts en patiënt, doch ook tussen patiënt en familieleden. Dit helpt anderen te betrekken bij praktische en emotionele verzorging en steun, en om problemen in verband met het naleven van de behandeling aan te pakken.

AANDACHTSPUNTEN

- **Ziekte heeft niet alleen een impact op het individu, doch raakt ook de naaste familie en de nabestaanden.**
- **Familieleden bieden meestal praktische en emotionele steun, daarom is het belangrijk hun persoonlijke bezorgdheden en hun rol in de zorgverstrekking te bespreken.**
- **Maak geen veronderstellingen over wie de patiënt definieert als "familie".**
- **Het tekenen van een stamboom bezorgt een grafische voorstelling van de relaties, evenals hintes i.v.m. ziektepatronen over de generaties heen.**
- **De familie van de patiënt kan het naleven van de behandeling beïnvloeden.**
- **Geheimen kunnen een patstelling in de verzorging van de patiënt creëren en interfereren met persoonlijke en professionele relaties.**
- **Het gebruik van hypothetische en toekomstgerichte vragen helpt een patstelling te boven te komen.**

