

GEZOND COMMUNICEREN

Winnaar Spinozapremie laat patiëntenpanels oordelen over consulten



BEELD: DE BEELDREDACTIE, CHRISTIAAN KROUWELS

Als patiënten kritiek hebben op artsen, ligt dat bijna altijd in de communicatieve sfeer. Dat concludeert Jozien Bensing, hoogleraar gezondheidspsychologie en directeur van het Nivel. Sinds 1975 analyseert ze video-opnamen van arts-patiëntcontacten. 'Een empathische houding helpt, maar moet ook weer geen trucje worden.'

HENK MAASSEN

In de gezondheidszorg zijn goede communicatieve vaardigheden geen luxe. Ze zijn harde noodzaak.' Als er iets is wat voor prof. dr. Jozien Bensing als een paal boven water staat, dan is het dat. Jozien Bensing is directeur van het Nivel en hoogleraar gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Ze kreeg op 29 november een van de prestigieuze Spinozaprijzen, jaarlijks uitgereikt door NWO, voor haar onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg. Aan de prijs is een geldbedrag verbonden van 1,5 miljoen euro. Ze voelt zich zichtbaar vereerd. 'Het is heerlijk! Het is het leukste dat je als onderzoeker kan overkomen. Ik denk ook dat NWO wel blij is met mij als prijswinnaar, omdat die de laatste tijd de maatschappelijke

relevantie in het onderzoek probeert te stimuleren. En daar ben ik natuurlijk een goed voorbeeld van.' Kennelijk is ze er ook in geslaagd de juryleden van de Spinozapremie te overtuigen dat, zoals ze zelf zegt, de zachte kanten van de geneeskunde voorwerp van hard wetenschappelijk onderzoek kunnen zijn.

TRIVIALITEITEN

Bensing is opgeleid als klinisch psycholoog en doet al sinds het begin van haar wetenschappelijke loopbaan, in 1974, onderzoek naar de communicatie tussen arts en patiënt. 'Ik moet iets van een voyeur hebben,' zegt ze zacht. Ze maakte haar eerste video-opname in 1975 en moet een van de eersten zijn geweest die deze techniek voor dit doel gebruikte: 'Je moest de banden met de hand oprollen.'

Ze kwam destijds 'vrij toevallig' terecht bij het toenmalige Nederlandse

Huisartsen Instituut (NHI) en vond huisartsgeneeskunde van meet af aan een fascinerend onderzoeksterrein. Bensing, terugkijkend: 'Ik was meteen diep onder de indruk van de huisartsen: het werktempo, de afwisseling, het volle leven dat zich voor je ogen afspeelt: van trivialiteiten tot de meest vreselijke ziekten.'

Sinds die begintagen bouwde ze een zeer omvangrijke collectie video-opnamen van medische en verpleegkundige consulten op: 16.000 ervan zijn inmiddels gecodeerd en gearchiveerd. Analyse van dat materiaal leverde tot dusver zo'n 200 wetenschappelijke publicaties en een hele reeks dissertaties op.

Een deel van haar Spinoza-geld zal Bensing gebruiken om het videoarchief te digitaliseren. De onderzoeksmogelijkheden zijn intussen alleen maar gegroeid. 'We kunnen nu naar historische trends kijken. Vergeet niet: toen ik begon, had-

den huisartsen nog witte jassen aan en een stethoscoop om hun nek?

Overigens, erkent ze, is communicatie in de Nederlandse zorg veel minder een ondergeschoven kindje dan elders in de westerse wereld. 'Dankzij de huisartsgeneeskunde, vermoed ik. Ook in andere landen met een sterke huisartsgeneeskunde, zoals Engeland en Canada, is er veel aandacht voor communicatieve vaardigheden. In Frankrijk is er bijvoorbeeld absoluut niks.'

U heeft ooit gezegd dat geneeskunde een delicaat evenwicht is tussen kunst, kunde en communicatie.

'Dat citaat is niet van mij, maar van de voorzitter van de Canadese Medical Association. Het is door de Gezondheidsraad gebruikt als motto bij haar rapport 'Geneeskunde op een tweesprong'. Maar ik heb de uitdrukking al eerder geciteerd. Communicatie slaat een brug tussen de kunde en de kunst van de geneeskunde. De meeste dokters zullen zeggen dat ze communicatie erg belangrijk vinden. Dat het hun voorname instrument is. Tegelijkertijd vallen ze op spannende momenten of onder tijdsdruk terug op veilig gedrag, medisch specialisten wat meer dan huisartsen.'

Pas dus op voor al te veel richtlijnen en protocollen. Dat belemmert een goede communicatie met de patiënt.

'Ja, dat is mijn stelling. Bij richtlijnen gaat het om het routinematig maken van het medisch handelen. Bij communicatie gaat het juist om de *patient centered*-benadering: wat heeft deze patiënt op dit moment nodig? Dat blijft een spanningsveld. Kortgeleden heb ik een artikel gepubliceerd waarin ik laat zien dat patiënten momenteel minder bijdragen aan het verloop van een consult dan vijftien jaar geleden. Verklaring is dat in de wapenwedloop tussen de arts, die doelen taakgerichter, zakelijker en volgens richtlijnen evidence-based werkt, en de mondiger geworden patiënt, de dokter toch heeft gewonnen. Kijk naar de tijd die opgaat aan computerwerk. Vroeger zaten artsen te schrijven en keken ze af en toe op, nu voeren ze ruim twee minuten onafgebroken gegevens in de computer in. De patiënt valt dan stil of beperkt zich tot strikt biomedische onderwerpen. Angsten, zorgen en andere psychosociale vraagstukken komen dan veel minder of zelfs niet aan bod.'

Misschien zitten patiënten zelf tegenwoordig ook wel meer op dat biomedische spoor.

'Dat zou natuurlijk kunnen. Ik wil de Spinozapremie onder andere gebruiken om patiëntenpanels te laten oordelen over wat er gebeurt tijdens een consult. Tot nu toe heb ik alleen artsenpanels naar consulten laten kijken. Misschien is de samenleving gemiddeld genomen wel wat zakelijker geworden. Via dergelijke beoordelingen kan dat boven water komen. Maar nog steeds geldt: als patiënten kritiek hebben op artsen, ligt dat bijna altijd in de communicatieve sfeer. Ze voelden zich dan niet serieus genomen, ze konden hun vragen niet kwijt, ze begrepen de informatie niet. Artsen zijn heel goed in het overdragen van informatie zonder al te veel jargon. Maar ontvankelijk zijn voor het verhaal van de patiënt, merken dat de patiënt probeert de medisch inhoudelijke boodschap te verwerken en dus even rust nemen in het consult, is een heel andere zaak. Tweerichtingsverkeer is het eerste dat sneuvelt in de communicatie. Vaak zie je op video-opnamen dat een patiënt een cue geeft, bijvoorbeeld een lichte bezorgdheid formuleert, en afwacht hoe de arts reageert. Die pikt de cue niet op en gaat verder met zijn biomedische vertoog. Wat vinden die patiëntenpanels daarvan, dat is mijn vraag.'

Geldt die kritiek alle typen artsen?

'Ja, maar het meest voor de genetische counselors. Die zenden uitsluitend informatie, zo hebben we ontdekt. Huis-

Wetenschappelijke lof

De NWO-Spinozapremie is de hoogste Nederlandse wetenschappelijke onderscheiding. De universiteiten en enkele wetenschappelijke organisaties

dragen kandidaten aan. De belangrijkste criteria zijn internationaal wetenschappelijk aanzien en een voorbeeldfunctie voor jonge onderzoekers.

Elk jaar mogen vier laureaten 1,5 miljoen euro besteden aan onderzoek naar keuze. Naast *Jozien Bensing* zijn de winnaars dit jaar de Nijmegense hoogleraar experimentele immunologie *Carl Figdor* (zie blz. 1928), moleculair geneticus *prof. Ben Scheres* (Universiteit Utrecht) voor zijn stamcelonderzoek bij planten, en natuurkundige *prof. Jan Zaanen* (Universiteit Leiden), expert in supergeleiding bij hoge temperaturen. De NWO-jurypapporten vindt u via www.medischcontact.nl/dezewEEK. << EJP



BEELD: NWO, NINA VAN DEN BOSCH

alleen een zakelijk consult. De 'empathische' artsen bereikten met hun '40 seconds of compassion' bij hun patiënten een veel grotere angstreductie dan de dokters uit de andere groep. Ik zou

Arts kan communicatie niet verwaarlozen

artsen doen het vrij goed: ik denk dat goede communicatie een kwaliteitskenmerk van hen is. Specialisten neigen wat meer naar de counselors.

Ik vind dat geen enkele arts het zich kan veroorloven om communicatie te verwaarlozen. Onlangs las ik een prachtig artikel, waarin onderzoekers artsen in twee groepen hadden verdeeld. In de ene groep handelden ze hun consult af volgens een 'script' waarin ruimte was voor twee korte momenten van empathie van in totaal niet meer dan veertig seconden. De andere groep artsen deed

graag willen weten of het nu de empathie zelf is die een dergelijk effect bewerkstelligt, of dat empathie een randvoorwaarde is, noodzakelijk om andere meer cognitieve interventies als kennisoverdracht beter te laten verlopen.

Meer in het algemeen wil ik de komende jaren onderzoeken wat de werkzame elementen in de communicatie zijn. Die wil ik systematisch variëren om te kunnen nagaan welke effecten ze precies hebben. Ik denk vooral aan het placebo-effect. Dat zie je niet alleen bij psychiatrische en psychosomatische >>

<< aandoeningen, maar ook bij 'harde' ziekten, zoals de ziekte van Parkinson of astma. Normaal proberen we in de geneeskunde via dubbelblinde, gerandomiseerde klinische trials het placebo-effect weg te redeneren. Ik wil het juist tot centrum van mijn onderzoek maken. Ik wil begrijpen hoe het precies werkt, zodat artsen het bewust kunnen inbrengen in hun interventies. Momenteel zijn er drie gangbare verklaringen voor het placebo-effect. Waarschijnlijk is elk van de drie theorieën waar en is het afhankelijk van de situatie welk placebo-mechanisme domineert.

Jozien Bensing: 'Ik wil begrijpen hoe het placebo-effect precies werkt.'



De eerste gaat uit van conditioning: als een patiënt positieve of negatieve ervaringen met de dokter heeft gehad, dan werken die later door in gelijksoortige arts-patiëntcontacten. Een tweede verklaring is dat placebowerking berust op stressreductie. De naar mijn mening belangrijkste theorie wijst op het belang van positieve verwachtingen. Als een arts zelf denkt dat een pijnstillert zal helpen en de patiënt die suggestie kan meegeven, dan zal dat inderdaad bijdragen aan het effect. Dat is ook aangetoond bij pijnpatiënten. Als je zoiets weet, moet je dus bij het voorschrijven van een medi-

cijn niet zeggen: ik weet niet zeker of het bij u werkt, kom over een week of twee maar weer eens terug. Zelfs de prachtigste therapie kan averechts werken als die op een botte manier wordt besproken. Communicatie kan anders gezegd ook nocebo-effecten hebben (negatieve bijwerkingen zonder oorzaak, *red.*) Daarom wil ik graag zoveel mogelijk evidence. Dan beseffen dokters vanzelf dat communicatieve vaardigheden geen luxe zijn.'

Epidemioloog Iain Chalmers zei onlangs in MC dat artsen juist veel eerlijker moeten zijn over hun onzekerheden.

'Ik beweer ook niet dat een arts alleen maar positieve verwachtingen moet wekken. Authenticiteit en integriteit zijn ook belangrijke kenmerken. Die helpen mee een basis van vertrouwen tussen arts en patiënt te leggen. Zo'n positieve houding moet ook zeker geen trucje worden.'

Stel u komt met een fraai handboek over communicatieve vaardigheden, bestaat dan niet het gevaar dat artsen uw boek als een verzameling handzame trucs zullen opvatten?

Jozien Bensing lacht: 'Dat boek ga ik in het laatste jaar van mijn Spinoza-programma schrijven! Voor klinisch

'Soms moet je ophouden met empathisch zijn'

werkende artsen en verpleegkundigen.' Dan vervolgt ze: 'In de huisartsgeneeskunde is nu een debat gaande over de waarde van communicatietrainingen. Een debat dat naar mijn mening vooral te maken heeft met het feit dat die trainingen vaak veel te oppervlakkig zijn. Men bekwaamt zich alleen in algemene vaardigheden, los van de specifieke inhoudelijke context van een consult. Ik bedoel: communicatie wordt te veel in generieke zin aangeleerd. De vernieuwende stap zou dan ook moeten zijn om in een training te laten zien hoe communicatie een instrument is om een bepaald doel te bereiken. Als je bijvoorbeeld wilt dat een patiënt therapietrouw wordt, moet je iets anders doen dan wanneer je hem zijn

verhaal wilt laten vertellen. Soms moet je ophouden met empathisch zijn.'

Hoe zit het met de ggz? Je zou zeggen dat goede communicatieve vaardigheden voor psychiaters essentieel zijn. Maken ze dezelfde fouten als andere dokters?

'Dat weet ik niet. Je raakt hier een gevoelig punt. Ik heb al jarenlang geen communicatieonderzoek gedaan in de ggz. Maar ik heb het wel geprobeerd. We maakten indertijd opnamen bij een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, een psycholoog, een psychiater en een maatschappelijk werker. De opnamen zijn op een merkwaardige wijze allemaal mislukt.' Met ironie in haar stem: 'In mijn ogen was dat niet toevallig. Misschien kom je zorgverleners in de ggz te dicht op de huid met zo'n camera. Ik zou er niettemin dolgraag onderzoek doen, op dezelfde manier als in de huisarts-geneeskunde.'

Wat is de leidende theorie bij uw communicatieonderzoek?

'Dat zijn er twee. De ene is het bekende biopsychosociale model van ziekten en ziek zijn, dat George Engel eind jaren zeventig publiceerde in Science. De andere is de stress-copingtheorie uit de psychologie. Die zegt dat patiënten steeds langs twee lijnen trachten hun problemen de baas te worden: *the need to know and understand*, zoals George Engel dat ook heeft omschreven, en de andere, naar mijn smaak bijna poëtisch verwoorde passieve variant daarvan: *the need to feel known and understood*: behoefte aan erkenning en begrip. Artsen moeten zich altijd bewust zijn van die dubbele behoefte. De affectieve kant wordt helaas nogal eens verwaarloosd ten gunste van *the need to know and understand*.'

Die biopsychosociale benadering klinkt fraai, maar dokters doen er goed aan vooral te focussen op het lichamelijke.

Jozien Bensing schudt haar hoofd. Ze is het daar niet mee eens: 'Descartes heeft er met het loskoppelen van lichaam

en geest voor gezorgd dat de geneeskunde zich kon gaan ontwikkelen. De geest was om zo te zeggen voor de kerk, het lichaam voor de wetenschap. Dat heeft tot grote vooruitgang in de medische wetenschap geleid. Dat staat vast. Maar hij had het wel helemaal mis. De neuroloog Antonio Damasio schreef niet voor niets over *De vergissing van Descartes* en *Het gelijk van Spinoza*. Het is nu tijd voor Spinoza, zou je kunnen zeggen: hij maakte geen onderscheid tussen lichaam en geest. Wat dat betreft vind ik het erg passend dat ik de Spinozapremie gekregen heb. Eerder kreeg ik de George Engel Research Award: beide kunnen symbool staan voor hoe ik tegen mijn werk aankijk.' ■



Een uiteenzetting over Nivel-onderzoek naar communicatie en het artikel '40 seconds of compassion' vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

PRAKTIJKPERIKEL

Total Body Check



De 56-jarige mevrouw M meldt zich op de polikliniek algemene Interne Geneeskunde. Zij heeft recentelijk op eigen initiatief in Duitsland een total body check laten verrichten. Deze grondige check-up bestaat uit een MRI cerebrum,

MRI carotiden, CT cor, CT thorax en MRI van het abdomen. Immers: 'Waarom laat u wel uw auto APK keuren en uw lichaam niet?', zoals de website van het Nederlandse bemiddelingsbureau uitnodigend vraagt. Kosten: 1.290 euro.

De uitvoerige Duitse verslaglegging meldt een laesie pleuraal en in de lever, alsmede bijnierhypertrofie beiderzijds. Verdere diagnostiek naar de aard van de afwijkingen wordt geadviseerd.

Bij het polikliniekbezoek zijn anamnese en lichamelijk onderzoek in het geheel niet afwijkend. De vraag rijst: hoe om te gaan met specifieke uitslagen van niet-geïndiceerde,

beeldvormende diagnostiek? Mevrouw zelf wil verder onderzoek: immers, er zijn toch echt afwijkingen gevonden?

De radioloog vindt beeldvorming zonder specifieke vraagstelling niet geïndiceerd en feitelijk niet te beoordelen. De beeldvorming wordt onder protest opnieuw beoordeeld. De leverlaesie is niet te reproduceren, de pleurale laesie is zeer klein en niet-suggestief voor specifieke pathologie, de bijnier links laat een 'incidentaalom' zien. De vervolgvraag is dan of endocrinologische evaluatie geïndiceerd is. De vuistregel dat de hormonale afwijkingen aangetoond dienen te zijn alvorens tot beeldvorming te besluiten, wordt hiermee tenietgedaan.

Zoals verwacht laat het aanvullende onderzoek geen afwijkingen zien. Mevrouw M is nu eindelijk 'echt' gezond. Het zijn mooie plaatjes, die CT's en MRI's die bij de total body check zijn gemaakt. Maar gezond verstand kun je er helaas niet op vinden. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.