

Jet Bussemaker

hoogleraar beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg, Universiteit Leiden/LUMC en voorzitter RVS

Andrea Evers

hoogleraar gezondheidspsychologie, Universiteit Leiden

Ionica Smeets

hoogleraar wetenschapscommunicatie, Universiteit Leiden

STATE-OF-THE-ARTINZICHTEN IN HET CONTACT MET DE PATIËNT MAKEN EEN BEHANDELING VEEL EFFECTIEVER

Goede communicatie kan de zorg een boost geven

Het effect van veel medische behandelingen hangt niet alleen af van de actieve ingrediënten van de behandeling zelf. Ook bijvoorbeeld de communicatie met de patiënt doet een ding in het zakje. Jet Bussemaker, Andrea Evers en Ionica Smeets willen langs die weg de zorg verbeteren.

Het effect van reguliere behandelingen wordt in grote mate bepaald door contextfactoren, zoals datgene wat de arts of andere behandelaars over de behandelingen vertellen of het vertrouwen dat de patiënt heeft in de behandeling.

Communicatie en eerdere ervaringen spelen bij elke behandeling of ingreep een cruciale rol. Zo kan een enkele suggestie dat een behandeling pijnverminderend werkt, tot minder pijn leiden. Veel kennis hierover komt voort uit onderzoek naar placebo-effecten. Deze effecten zijn niet alleen het resultaat van de communicatie in de specifieke situatie, maar bouwen voort op eerdere ervaringen van de patiënt. Zo ervaart een patiënt bijvoorbeeld vaak al minder pijn als hij enkel weet dat hij een bekende pijnstiller zal krijgen die in het verleden vaak effectief is gebleken.

Nocebo

Het nocebo-effect, het tegenovergestelde van het placebo-effect, is minstens zo klinisch relevant. Alleen al de suggestie dat een ingreep of procedure pijnlijk kan zijn, kan resulteren in meer pijnervaringen. Uitleg over mogelijke risico's bij procedures en bijwerkingen moet dus met de grootst mogelijke zorgvuldigheid worden gegeven. Zo kan bijvoorbeeld een goedbedoeld advies om iemand te waarschuwen voor bepaalde bijwerkingen juist resulteren in het versterken van diezelfde bijwerkingen. Ook bleek een deel van de patiënten met borstkanker die geïnformeerd werden over bepaalde bijwerkingen van bijvoorbeeld concentratieverlies tijdens een chemokuur, juist een grotere kans te hebben om deze bijwerkingen te ervaren. Bekende voorbeelden zijn ook overgevoeligheden voor bijwerkingen bij kinderen met juveniele artritis

Wat de arts het liefst vertelt, is niet per se waar de patiënt het meest aan heeft

die één dag voor de inname van hun medicijnen met bijvoorbeeld methotrexaat al misselijk worden. Het is dan ook belangrijk om patiënten over deze mogelijke onbedoelde effecten te informeren en bij overmatige zorgen of angsten voor bijwerkingen mogelijk extra begeleiding in te schakelen.

Het succes van een behandeling wordt dus níét alleen bepaald door de actieve ingrediënten van een behandeling, maar ook door de communicatie over die behandeling en het vertrouwen dat de patiënt erin heeft. Optimale communicatie over behandelingen en hieraan gerelateerde factoren die het vertrouwen en de verwachtingen van patiënten in de effectiviteit versterken, bieden dan ook veel mogelijkheden om de zorg te optimaliseren.

'Misschien'

In de sociale en de geesteswetenschappen bestaat al veel kennis over wat goede communicatie is. Die kennis zou nog meer gebruikt kunnen worden. Zo weten we dat wat de arts het liefst vertelt niet per se dat is waar de patiënt het meest aan heeft. Dokters beschrijven bijvoorbeeld kansen graag in woorden als



‘misschien’ en ‘waarschijnlijk’, omdat ze weten dat er een onzekerheid in hun cijfers zit. Maar patiënten die een keuze moeten maken op basis van deze informatie, horen liever een percentage zodat ze verschillende opties beter met elkaar kunnen vergelijken.

Spraakverwarring tussen arts en patiënt komt in allerlei vormen voor. Artsen blijken in consulten ongemerkt allerlei jargon te gebruiken en ook voorlichtingscampagnes kiezen soms de verkeerde woorden. Zo bleek uit een studie van The Wellcome Trust dat ronkende feiten als ‘antibioticaresistentie kost naar schatting 700 duizend levens wereldwijd’ weinig indruk maakten. Mensen vroegen zich af waar die cijfers vandaan kwamen en wat dit met henzelf te maken had. Uiteindelijk kwamen focusgroepen met een boodschap over antibioticaresistentie die hen wel alarmeerde: ‘Bacteriën worden sterker. Jij kunt doodgaan.’

Informereren of overtuigen

Voor patiënten is ook niet altijd duidelijk of hun arts hen wil informeren of overtuigen. Zo is er het beruchte voorbeeld van vrouwen die een folder kregen over de voor- en nadelen van borstkankerscreening. De folder was bedoeld om hen te helpen om een geïnformeerde beslissing te nemen – er werd benadrukt dat ze zelf konden kiezen of ze deelnamen aan de screening. Maar die folder zat bij een brief waarin de datum van hun afspraak voor de screening stond. Dus dan lijkt de keuze ineens iets minder vrij. Om mensen te overtuigen is veel meer nodig dan domweg informatie geven. Er is geen sprake van een deficitmodel waarbij de bevolking te weinig kennis heeft en het allemaal goed komt als artsen alles netjes uitleggen. We zien in het vaccinatiedebat hoe ongelooflijk gecompliceerd dit is. Daarbij is het soms contra-intuïtief wat wel en wat niet werkt qua communicatie. Zo riepen

Artsen zijn vooral gewend om te zenden bij het stellen van een diagnose

vorig jaar sommige artsen de media op om bij berichten over vaccinatie geen foto's meer te plaatsen van huilende kinderen die een prik kregen. In plaats daarvan zouden ze foto's moeten gebruiken van een doodziek ongevaccineerd kind met de mazelen. Maar onderzoek laat zien dat dit soort foto's van zieke kinderen er juist voor zorgt dat ouders denken dat inenten zelf nare bijwerkingen heeft.

Om te zorgen dat dingen écht beter worden, moet er gebouwd worden aan vertrouwen, moeten emoties van patiënten serieus genomen worden en moet er meer worden samengewerkt met communicatiewetenschappers en gezondheidspsychologen die kennis hebben over effectieve communicatie en gedragsverandering.

Homo rationalis

Het deficitmodel domineert nog altijd de beroepspraktijk en het overheidsbeleid. Artsen zijn vooral gewend om te zenden bij het stellen van een diagnose, het in kaart brengen van mogelijke behandelingen en het bespreken van het proces. Weliswaar is er steeds meer sprake van 'shared decision making', maar van een gelijk speelveld is geen sprake, omdat een patiënt kwetsbaar en onzeker is, hoe goed voorbereid ook. De patiënt is geen homo rationalis; hij heeft angsten, verwachtingen en hoop die van invloed zijn op de wijze waarop hij informatie verwerkt. Lang niet iedereen kan op dezelfde manier informatie tot zich nemen en onthouden. Laaggeletterden bijvoorbeeld, met zo'n drie miljoen een omvangrijke populatie, zijn vaak goed in staat te maskeren dat ze informatie moeilijk of niet vatten. De beschikbare mogelijkheden om communicatie onder laaggeletterden te vergemakkelijken zijn absoluut nuttig, behalve dat het te vaak als iets 'extra's' wordt gezien in plaats van integraal onderdeel van het medisch gesprek. Verdieping van het medisch gesprek, met oog voor de maatschappelijke context en de denkwereld van de patiënt (ook bij hoogopgeleiden, zie het vaccinatiedebat!), en het ontwikkelen van vaardigheden voor een effectief gesprek (inclusief luisteren!) zouden meer dan nu nog een plek in de opleiding van zorgprofessionals en artsen in het bijzonder moeten krijgen.

Illusie van zekerheid

Maar er is meer nodig dan vaardigheden toevoegen aan het curriculum; het probleem ligt dieper. De medische standaarden, zoals die vorm krijgen in richtlijnen en protocollen, worden gedomineerd door evidencebased onderzoek en randomized

controlled trials waarin de individuele kenmerken, de pluriformiteit en de sociale context van patiënten (en dus hun denkwereld en het kader waarin ze informatie opnemen) gemakkelijk uit zicht verdwijnen. Zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in zijn advies 'Zonder context geen bewijs' stelt, verschilt de wijze waarop gezamenlijke besluitvorming tussen zorgprofessional en patiënt vorm krijgt per situatie en per patiënt, en kan de inbreng van patiënten onder druk komen te staan als besluitvorming gedomineerd wordt door datgene wat als bewezen zorg wordt beschouwd. In plaats van de illusie van zekerheid zou de onzekerheid over wat goede zorg is meer omarmd mogen worden in de beroepspraktijk.

Ook de overheid heeft een rol, in het bijzonder door haar eigen veronderstellingen kritisch te bezien. Veel overheidsbeleid – van preventie tot welzijn en zorg – gaat uit van een gemiddelde burger, en dat is een burger die zelfredzaam is, goed van begrip en zo nodig voor zichzelf kan opkomen. Dit beeld correspondeert niet met de werkelijkheid: veel burgers kunnen simpelweg niet aan het ideaalbeeld voldoen. Ook de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) schetst in 'Weten is nog geen doen – Een realistisch perspectief op redzaamheid' een verschil tussen wat van burgers wordt verwacht en wat zij aankunnen; er zijn niet alleen verschillen in inkomen of intelligentie, maar ook in het beroep dat kan worden gedaan op bijvoorbeeld het vermogen om in actie te komen en vast te houden aan goede vooremens. Beleid houdt onvoldoende rekening met deze verschillen.

Wederkerig proces

Er ligt een opdracht bij de overheid, bij de medische beroepsgroepen, bij het onderwijs én bij individuele zorgprofessionals om tot een optimale communicatie te komen. Het begint ermee te onderkennen dat communicatie een wederkerig proces is, waarin naast kennis zowel emoties, overtuigingen en ervaringen alsook de sociale context en maatschappelijke posities een rol spelen. Dat vraagt van de arts intensieve samenwerking met andere disciplines, alsmede bescheidenheid over de impact van de eigen (medische) kennis.

Wij willen de komende jaren vanuit onze verschillende vakgebieden samenwerken met medici om hieraan bij te dragen. Want communicatie in de zorg kán niet alleen beter, het móét ook beter. ■

contact

m.bussemaker@lumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.