



# Hoe kom ik verder met deze patiënt?

Iedere huisarts kent ze: patiënten die heel regelmatig terugkomen op het spreekuur, vaak met vage klachten en aan wie je als huisarts wel zo'n beetje iedere vraag hebt gesteld die je kunt bedenken. Is het mogelijk zo'n vastgelopen patiëntencontact vlot te trekken? Huisartsen Indra Wamelink en Karel Bos ontwikkelden er elk hun eigen methode voor, die ze met succes inzetten. Ze kunnen hun patiënten beter helpen en halen zelf meer voldoening uit hun werk.

TEKST: BERBER BIJMA

Indra Wamelink is huisarts in Amsterdam. Al snel na haar opleiding realiseerde ze zich dat haar werkplezier onder druk kwam te staan door vluchtige contacten met patiënten.

**T**oen ik van waarnemer praktijkhouder werd, maakte dat een groot verschil, want je ziet dezelfde patiënten regelmatig terug. Toch hield ik een onbevredigend gevoel over de manier van consultvoering. Wat er werkelijk speelt, krijgen we vaak niet goed boven tafel.' De afgelopen jaren heb ik daarom de methode Anders Luisteren ontwikkeld en daarover een boek geschreven: *Huisarts in de knoop*. Anders Luisteren is gebaseerd op de modellen van *Geweldloze Communicatie* van Marshall Rosenberg en *De Zeven eigenschappen van Effectief Leiderschap* van Stephen Covey. Kernpunt van geweldloze communicatie is dat je je realiseert dat behoeftes de basis zijn van alle menselijk handelen en ook de drijfveer om in actie te komen. Achter de vraag waarmee een patiënt zich presenteert, zit een behoefte waar de patiënt zich lang niet altijd van bewust is. Als je als dokter bij de vraag blijft – in plaats van naar de behoefte gaat – kun je vastlopen. Als ik bij de patiënt én bij mezelf merk dat we beiden onszelf blijven herhalen, zie ik dat als een teken dat ik een spade dieper moet. Anders Luisteren draait erom dat je je focust op de gevoelens die je tussen de regels door hoort. Die gevoelens geven een aanwijzing van wat de behoefte van de patiënt is. Ik benoem de gevoelens die ik hoor expliciet en check dat bij de patiënt, bijvoorbeeld: klopt het dat u gefrustreerd bent omdat u zich niet gehoord voelt? En dan hoor je soms dat een patiënt al jarenlang niet zelf de regie heeft, maar dat besluiten voor of over hem of haar zijn genomen. Als je gewoon luistert, hoor je enkel de triggers van gevoelens. Bij Anders Luisteren richt je de aandacht op de onvervulde behoeftes die achter negatieve gevoelens schuilgaan. Iemand die over de diagnose van de buurvrouw begint, is misschien bang zelf erg ziek te zijn. Ik ga in het gesprek voortdurend op zoek naar: wat wil de patiënt,

wat zoekt de patiënt, welke behoefte staat onder druk?

#### ■ OMMEZWAAI

Voor de patiënt kan het heel veel betekenen als het lukt om de echte behoefte boven tafel te krijgen. In de woorden van Stephen Covey: de patiënt gaat van de cirkel van betrokkenheid naar de cirkel van invloed. Iemand die er bijvoorbeeld al jarenlang last van heeft geen erkenning van haar moeder te krijgen, kan op zoek gaan naar erkenning bij bijvoorbeeld haar vriend, of bij zichzelf. Als je patiënten helpt om hun werkelijke behoefte boven tafel te krijgen, stel je ze in staat daar iets mee te doen. Ik vind het fantastisch om zo'n ommezwaai te zien. Door te verwoorden wat iemand anders probeert te zeggen – misschien zonder het zich bewust te zijn – kun je van grote betekenis zijn in iemands leven. Mensen voelen zich begrepen. Dat geeft ook een vertrouwensbasis voor verdere samenwerking.

Mijn ervaring is dat Anders Luisteren vooral kan helpen bij patiënten die je regelmatig ziet zonder ermee verder te komen en bij patiënten met wie je verschil van inzicht hebt. Een patiënt die per se 'eens goed nagekeken' wil worden, vraag ik bijvoorbeeld wat zijn of haar grootste zorg is. Vaak komt dan de

angst en de behoefte daarachter wel boven en blijkt het niet altijd nodig om de patiënt te verwijzen. Er zijn patiënten die van de ene naar de andere specialist gaan en met veel boosheid of angst blijven rondlopen. Voor de patiënt is het schadelijk om steeds maar op zoek te blijven naar de bevestiging van de eigen gezondheid. Bovendien kom je als huisarts dan tegenover in plaats van naast de patiënt te staan. Je verliest het contact.

#### ■ OPLUCHTING

Meestal lukt het prima om Anders Luisteren in te zetten in een consult van 10 tot 15 minuten. Het hoeft natuurlijk niet bij ieder consult. Ik denk dat ik het ongeveer in de helft van de gevallen gebruik. Ik heb op een gegeven moment de assistente gevraagd om een uitdraai te maken van alle patiënten die het meest frequent langskomen en hen in te plannen voor een consult van 20 minuten. Voor deze groep is het een enorme opluchting dat iemand écht naar hen luistert en met hen meedenkt. Ik kreeg scherp wat ze echt nodig hebben, en kan daardoor beter meedenken over een effectieve strategie. Ik onderbreek patiënten gerust als ze met een hele serie voorbeelden komen. Dan snij ik meteen naar de kern toe: 'Ik hoor dat u gefrustreerd bent'. Dat vinden patiënten niet vervelend, want ze merken dat ik oprecht wil weten wat hen bezighoudt.

Anders Luisteren heeft mijzelf veel werkplezier gebracht. Ik heb gemerkt hoe ontroerd en verbonden ik me voel als het lukt om écht contact te maken – dat is dan weer de vervulling van mijn behoefte. En voor patiënten het verschil maken, dat is toch waar je als huisarts je bed voor uitkomt?'

**Het boek 'Huisarts in de knoop' van Indra Wamelink is gratis te downloaden via [huisartsindeknoop.nl](#)**

'Als het lukt écht contact te maken, voel ik me ontroerd en verbonden'



FOTO: ROB TER BEKKE

## ‘Op “de vraag” kan bijna iedereen direct een antwoord geven’

‘We hebben allemaal patiënten van wie we denken: ik zou u graag willen helpen, maar ik weet niet hoe’, zegt Karel Bos. Hij is huisarts, huisartsopleider en leefstijlhuisarts in Amersfoort. ‘Ook na tien keer geruststellen komen ze terug. Op een gegeven moment ga je je ergeren aan jezelf en aan de patiënt. En als ik me erger, kan ik geen goede dokter zijn.

**T**ien jaar geleden ben ik begonnen aan deze patiënten de vraag te stellen: “Wat is het meest schokkende dat u ooit hebt meegemaakt?” Bijna iedereen kan daar direct een antwoord op geven. Inmiddels stellen collega’s en aiossen die ik opleid deze vraag ook regelmatig aan een patiënt met wie ze niet verder komen. Zo hebben we in de loop van de jaren heel wat ervaring opgebouwd met “De Vraag”, vaak met goed resultaat.

Ik ben me er steeds meer van bewust dat we in de gezondheidszorg relatief veel mensen tegenkomen die een traumatische ervaring achter de rug hebben. Juist door die ervaring loopt deze groep extra risico op bijvoorbeeld verslavingsproblemen, onbegrepen lichamelijke klachten of een ongezonde leefstijl. Daardoor is deze groep oververtegenwoordigd in de zorg, ook in onze spreekkamer. Ik zie dat regelmatig bevestigd worden. Sinds ik mensen vraag naar de meest schokkende gebeurtenis die ze ooit hebben meegemaakt, hoor ik regelmatig verhalen over traumatische gebeurtenissen. Dat kan misbruik zijn of een verblijf in een Jappenkamp. Soms kende ik patiënten al jarenlang en wist ik dit nog niet van hen. Het maakt een groot verschil om het wel te weten: ik erger me nooit meer aan iemand die in een Jappen-

kamp heeft gezeten of die misbruikt is.

### ■ VERBAND

Ik heb bijvoorbeeld veel beter contact met een patiënte van wie ik pas na vele jaren een heel ingrijpend misbruikverhaal hoorde. Zij had al jaren onbegrepen buikklachten. In zo’n situatie moet je natuurlijk niet zeggen: “Aha, nú begrijp ik waarom u buikpijn heeft!” Dat roept meteen weerstand op en dan verlies je het contact. Wat ik wel doe als ik zoiets hoor, is vertellen dat er bij sommige mensen een verband is tussen zo’n traumatische gebeurtenis en klachten die vergelijkbaar zijn met die van haar. En dan vraag ik hoe zij denkt over een mogelijk verband in haar situatie. Mensen zien vaak zelf het verband wel en dan praten we door over de eenheid van lichaam en geest. Als ik denk dat er mogelijk een lichamelijke ziekte speelt, stuur ik mensen uiteraard door. Maar door deze vraag te stellen kan het patiënten toch best vaak bespaard blijven om naar het ziekenhuis te gaan. Ze kunnen zelf een klacht ook beter loslaten als ze de relatie zien met een eerdere ingrijpende gebeurtenis.

Een collega, die ik deze tip aan de hand deed, vertelde later dat dit hem enorm had geholpen in het contact met een oudere patiënt

die steeds veel stress kreeg bij lichamelijk onderzoek. Deze patiënt bleek een traumatische beleving te hebben overgehouden aan bezoeken van jaren geleden aan de kinderarts.

#### ■ MOOIE VERHALEN

Als opleider raad ik ook aiossen aan om deze vraag aan patiënten te stellen bij onbegrepen klachten. Het duurt soms even voordat ze eraan denken, maar ook van hen hoor ik regelmatig mooie verhalen terug. Bijvoorbeeld over een jonge vrouw met pijn op de borst waarvoor geen oorzaak te vinden was. Bij een tweede gesprek bleek dat haar broer een jaar eerder aan een hartprobleem was overleden. Ze had zelf het verband nog niet gelegd, maar kreeg dat inzicht tijdens het gesprek. Mijn vrouw, die internist is, heeft er ook vaak baat bij te vragen naar de meest schokkende gebeurtenis, met name als een patiënt met onbegrepen klachten komt. Hierdoor kan zij haar patiënten helpen om op een andere manier naar hun klachten te kijken.

Een consult hoeft niet uit te lopen als een patiënt vertelt wat zijn of haar meest schokkende gebeurtenis is geweest. Ik maak eigenlijk nooit mee dat een patiënt totaal van slag raakt. Mensen hebben een trauma soms vijftig jaar lang onder de oppervlakte gehouden, dan is het al heel wat om die gebeurtenis even te benoemen. Ik bied ze meestal aan om er eventueel later in een langer consult nog eens over door te praten.

Deze vraag is niet de enige die ik gebruik om verder te komen met patiënten die vaak langskomen of vage klachten hebben. Soms werkt het beter om te vragen of iemand zich zorgen maakt. Bij leefstijlinterventies werkt het juist weer goed om te vragen wat iemands doel of drijfveer is. Dat is vaak een goede motivator om bijvoorbeeld te stoppen met roken of iedere dag een stukje te gaan wandelen.

Als ik vraag naar de meest schokkende gebeurtenis, moet ik exact bij de letterlijke vraag blijven, heb ik in de loop van de jaren geleerd. De gesloten vraag "Hebt u weleens iets schokkends meegemaakt?" werkt lang niet zo goed. En één keer vroeg ik aan een patiënt: "Wat is het meest indrukwekkende dat u ooit hebt meegemaakt?" waarop hij antwoordde: "De Rocky Mountains".



**Sandra van Dulmen, bijzonder hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg**

## Huisartsen onderbreken hun patiënten snel, maar vaak op een helpende manier

**P**atiënten hebben er baat bij dat ze hun verhaal en hun emotie bij de huisarts kwijt kunnen, dus lijkt het logisch om te denken: laat ze even uitpraten. Uit een recent onderzoek van Nivel, Radboud Universiteit en Radboudumc blijkt dat huisartsen hun patiënt gemiddeld na 36 seconden onderbreken.

Fout? Nee, helemaal niet, zegt Sandra van Dulmen, bijzonder hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg, die het onderzoek begeleidde. 'Uit eerdere onderzoeken is al vaker gebleken dat huisartsen hun patiënten vrij snel onderbreken – meestal kwam er zelfs minder dan 36 seconden uit. Daar heeft altijd een negatieve sfeer omheen gehangen, alsof de huisarts meteen van onderwerp verandert. Uit dit nieuwste onderzoek blijkt dat we er veel genuanceerder naar moeten kijken. Er zijn coöperatieve en versturende onderbrekingen. Een versturende onderbreking is bijvoorbeeld dat je van onderwerp verandert. De patiënt vertelt bijvoorbeeld dat ze slecht slaapt en de huisarts komt ertussen met: "Hoe gaat het met de medicatie?" Er is misschien wel een verband tussen die twee, maar de patiënt heeft haar zorgen nog niet geuit en de huisarts heeft niet doorgevraagd op de klacht.'

'Bij coöperatieve onderbrekingen gaat het er bijvoorbeeld om dat de huisarts instemt met iets wat de patiënt zegt, begrip toont of verduidelijking vraagt. De huisarts gaat dan mee in het onderwerp van de patiënt. Het doel

van een coöperatieve onderbreking is om te laten zien dat je als huisarts de patiënt hoort of op zoek bent naar verheldering van de klacht.'

De onderzoekers bekeken 84 op video opgenomen consulten van huisartsen. Daaruit blijkt dat maar liefst 82 procent van de onderbrekingen coöperatief van aard zijn. 'Dat heeft mij blij verrast', zegt Van Dulmen. 'De negatieve connotatie die onderbreken heeft, is dus niet terecht. Huisartsen doen het heel goed. Ik vind het mooi dat ons onderzoek leidt tot die positieve conclusie.'

De onderzoekers constateerden nog een paar opvallende zaken. Patiënten zorgen in een consult iets vaker voor een versturende onderbreking dan huisartsen. Vrouwelijke patiënten doen dat bovendien vaker dan mannelijke patiënten. Bij de huisartsen is het net andersom: mannelijke huisartsen breken vaker op een versturende manier in dan vrouwelijke huisartsen. Het onderzoek richtte zich niet op de achtergronden van deze verschillen. Van Dulmen: 'Vrouwelijke patiënten roepen misschien harder omdat ze zich wellicht minder gehoord voelen. En mannelijke huisartsen houden wellicht meer dan hun vrouwelijke collega's graag de regie. Maar gelukkig blijkt dat zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen in verreweg de meeste gevallen op een opbouwende manier onderbreken. Huisartsen doen duidelijk veel moeite om het gesprek met een patiënt gaande te houden op geleide van wat de patiënt zegt.'