

## **Abstract**

*Prof. dr. (Hanneke) J.C.J.M. de Haes, afdeling Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam*

### **Communicatie: een rode draad**

Communicatie is het voertuig van medisch handelen, zei Willem Erkelens in zijn Gezondheidsraad lezing in 1997. Inderdaad kunnen we ons geen medisch handelen bij de arts voorstellen zonder dat interactie met de patiënt daarvan onderdeel uitmaakt. Die communicatie kan bovendien veel goedmaken en bijdragen aan een betere kwaliteit van leven. Maar het kan ook kwaad doen; daarvan is iedereen wel eens getuige geweest op verjaardagsfeestjes.

Medisch psychologen trachten op systematische wijze het begrip communicatie in kaart te brengen en te concretiseren. Op basis daarvan kunnen we onderzoeken of verschillende vormen daarvan effectief zijn. Om de communicatie binnen het medisch handelen te ordenen gaan we er in de eerste plaats van uit dat communicatie, net als medisch handelen in het algemeen, doelgericht is. De medische problemen en het oplossen daarvan staan centraal. Op basis hiervan kunnen we onderscheiden welke verschillende functies de communicatie vervult. Daarvan worden er zes onderscheiden (de Haes & Bensing, 2009). De eerste is het leggen en onderhouden van een goede relatie. Zonder zo'n relatie kunnen arts en patiënt niet tot goede samenwerking komen. Vertrouwen speelt daarin een belangrijke rol. Recent onderzoek laat zien dat vertrouwen kan worden bevorderd door een aantal specifieke communicatieve handelingen (Hillen et al., 2014). De tweede functie betreft het vergaren van informatie om de klacht of het probleem van de patiënt te achterhalen. Dat goeddoen is immers nodig om de over de aanpak ervan te beslissen. De derde functie van communicatie is het informeren van de patiënt. Dat helpt die patiënt en soms diens naaste om met de gezondheidsproblemen om te gaan. Hoe reageert een patiënt die hoort dat hij een ongeneeslijke ziekte heeft. Hoe zorgt de arts ervoor dat die boodschap zo gegeven wordt dat de patiënt niet extra angstig wordt maar juist zo goed mogelijk een laatste periode van zijn of haar leven kan doorbrengen. Hoop is daarbij een belangrijk aandachtspunt en inderdaad blijkt uit onderzoek dat het geven van hoop combineren met realisme de beste garantie geeft voor de patiënt (van Vliet et al., 2013). Helder en voldoende informeren is ook belangrijk om te kunnen voldoen aan de vierde functie, als die aan de orde is: het samen beslissen. Toenemend worden beslissingen inderdaad niet meer door de arts alleen maar samen met de patiënt genomen. Voor het goed voeren van een gesprek waarin arts en patiënt samen tot een gedragen beslissing komen, zijn specifieke gespreksvaardigheden aan de orde. Dan wordt als vijfde functie genoemd, om i overleg te bevorderen dat de patiënt de genezing of het optimaliseren van diens gezondheid zo goed mogelijk ter hand neemt. Dit is niet altijd eenvoudig en te meer lastig als het gaat om gedrag dat de patiënt onaangenaam vindt. Last but not least, gaat het als zesde erom, in alle fasen van het ziekteproces maar ook bij alle andere functies, de emoties van de patiënt zodanig tegemoet te treden in het contact dat van adequate verwerking en van goede samenwerking sprake kan zijn.

Zo geformuleerd lijkt de arts en zeker de oncoloog voor een majeure opgave te staan, communicatie loopt als een rode draad door het medisch handelen. Gelukkig zijn vele van hen van nature betrokken en bekwaam. Waar dat niet vanzelf gaat, kunnen zij leren hun communicatie te optimaliseren en daarmee hun patiënt en zichzelf het beste te gunnen.

*Referenties: de Haes & Bensing, Patient Education and Counseling, 2009; Hillen et al., Annals of Oncology, 2014; Van Vliet et al., Journal of Clinical Oncology, 2013*