

# Patiëntgericht communiceren bij claimend gedrag

## INLEIDING

**A**ls u haar naam op de afsprakenlijst ziet staan, zakt de moed u in de schoenen. U slaakt een diepe zucht: wat nú weer?

Iedere huisarts ergert zich wel eens aan een bepaalde patiënt, voelt zich in het contact machteloos gemaakt of krijgt het gevoel te worden 'leeggezogen' terwijl zichtbaar resultaat uitblijft. Claimend gedrag is een subjectief gevoel. Indien een patiënt een dwingend beroep doet op de huisarts terwijl de huisarts dit oneigenlijk, overdreven of onnodig vindt, dan kan deze dat gedrag als claimend ervaren. De patiënt neemt onevenredig veel tijd en aandacht in beslag, blijft aandringen op een bepaald onderzoek of behandeling en neemt geen, of slechts tijdelijk, genoegen met geruststelling of tegenargumenten van de huisarts.

Leren omgaan met claimend gedrag is belangrijk. Claimend gedrag is in de eerste plaats schadelijk voor de patiënt zelf, want het is een inadequate copingstijl: het leidt niet tot een betere (ervaren) gezondheid en tast uiteindelijk het zelfbeeld van de patiënt aan. Ook voor de arts is claimend gedrag van patiënten schadelijk: het is een van de belangrijkste oorzaken van burn-out onder huisartsen.<sup>1,2</sup> Claimend gedrag van patiënten kan aanleiding geven tot lastige interactiepatronen tussen arts en patiënt, en tot een onrechtvaardige verdeling van mensen en middelen in de gezondheidszorg – met name op huisartsenposten en SEH-afdelingen.

Er zijn vele oorzaken voor claimend gedrag. 'De' claimende patiënt bestaat niet. Een patiënt kan zich claimend gaan gedragen wanneer hij, vanwege zijn persoonlijke geschiedenis of zijn persoonlijkheid, fundamenteel onzeker is en meer dan een ander behoefte heeft aan structuur en houvast.<sup>3</sup> Maar ook patiënten die (irreëel) angstig zijn of overspannen verwach-

tingen hebben van wat de gezondheidszorg hen te bieden heeft, kunnen zich claimend gaan opstellen.

Dit artikel beschrijft hoe u op patiëntgerichte wijze met claimend gedrag kunt omgaan. Onderzoek wijst uit dat patiëntgericht communiceren een gunstig effect heeft op zorguitkomsten, zoals de tevredenheid en therapietrouw van de patiënt, maar ook op zijn gezondheid. Daarnaast leidt patiëntgericht communiceren tot minder conflicten en een lagere medische consumptie.<sup>4</sup> Patiëntgerichtheid houdt in dat de arts moeite doet om niet alleen de ziekte, maar ook de zieke zelf te begrijpen. De patiëntgerichte arts komt zoveel mogelijk tegemoet aan de behoefte van de patiënt om te weten en te begrijpen wat er met hem aan de hand is (geruststelling) en aan de behoefte zich gekend en begrepen te voelen (erkenning).<sup>5</sup> Patiëntgerichte geneeskunde is gebaseerd op een attitude van respect, acceptatie, echtheid en betrokkenheid, waarbij de patiënt in principe wordt beschouwd als verantwoordelijk en competent.<sup>6,7</sup> Deze principes gelden ook bij claimend gedrag.

## DE OPENINGSZET

Meestal begint de huisarts het consult met een openingsvraag. Vaak is dit een klachtgerichte vraag, zoals: 'Wat is het probleem?' of: 'Wat is er aan de hand?', of een taakgerichte vraag zoals: 'Wat kan ik voor u doen?' of: 'Waarmee kan ik u helpen?' De openingsvraag beïnvloedt de interactie. Met een klacht- of een taakgerichte vraag impliceert u dat u, als arts, de problemen gaat oplossen. Daar is op zich niets mis mee. Maar als u, bijvoorbeeld op grond van eerdere ervaringen, verwacht dat de patiënt in kwestie zich claimend zal gaan opstellen, kan het zin hebben een meer neutrale, patiëntgerichte openingsvraag te stellen: 'Wat brengt u hier?', 'Vertel eens ...', of een uitnodigend: 'En?'<sup>8</sup> Een patiëntgerichte openingsvraag laat de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de patiënt en helpt valse verwachtingen en lastige interactiepatronen voorkomen.

## ERKENNING GEVEN

Een patiënt die zich claimend opstelt, zal vaak zelf al een openingsvraag hebben gesteld, al dan niet onder toevoeging van het dramatische appel: 'U móet me helpen, dokter!' Onderdruk de neiging het gezegde onmiddellijk te weerleggen

## Samenvatting

Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren bij claimend gedrag. Huisarts Wet 2011;54(5):...-...

Claimend gedrag is schadelijk voor de patiënt, voor de huisarts en voor de onderlinge relatie. Dit nascholingsartikel beschrijft hoe u op patiëntgerichte wijze met claimend gedrag kunt omgaan. Patiëntgericht communiceren is gebaseerd op een attitude van respect, acceptatie, echtheid en betrokkenheid, waarbij de arts de patiënt in principe beschouwt als verantwoordelijk en competent. Veel claimende patiënten zijn gebaat bij een niet-directieve, 'coachende' aanpak van de huisarts, een enkeling juist bij regelmatige, gestructureerde contacten.

## De kern

- Patiëntgericht communiceren heeft een gunstig effect op de gezondheid van de patiënt en op zorguitkomsten zoals de tevredenheid en therapietrouw. Het leidt ook tot minder conflicten en een lagere medische consumptie.
- Claimende patiënten zijn vaak meer gebaat bij een niet-directieve, 'coachende' aanpak van de huisarts, een enkeling bij regelmatige, gestructureerde contacten.

MoleMann Mental Health, Zielhorsterweg 59-61, 3813 ZX Amersfoort: R. van Staveren, psychiater. • Correspondentie: remke@quicknet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

met een ontkennend 'ja, maar...'; een bagatelliserend 'kom, kom, dat valt toch wel mee...' of een op dat moment nietszeggend 'dat begrijp ik'.<sup>9</sup> Geef de patiënt eerst erkenning. U komt hiermee tegemoet aan een belangrijke behoefte van de claimende patiënt, namelijk de behoefte zich gekend en begrepen te voelen. Geef een gevoelsreflectie, maar laat de verantwoordelijkheid subtiel bij de ander: 'Dat lijkt me moeilijk voor u.' Of laat de patiënt met een goed gekozen vraag zijn eigen competenties benadrukken: 'Hoe hebt u het al die tijd gered?'<sup>10</sup> U kunt het lijden van de patiënt erkennen, maar ook zijn sterke kanten, goede bedoelingen en inspanningen benadrukken: 'Zo te horen bent u een echte doorzetter.' Vaak helpt het om er een schepje bovenop te doen: 'U hebt het ongelooflijk moeilijk!' Dat zorgt ervoor dat de patiënt niet de neiging krijgt een steeds dramatischer appel op u te doen om gehoord te worden. Deze technieken staan of vallen bij de gebruikte toonzetting. U moet natuurlijk echt menen wat u zegt.

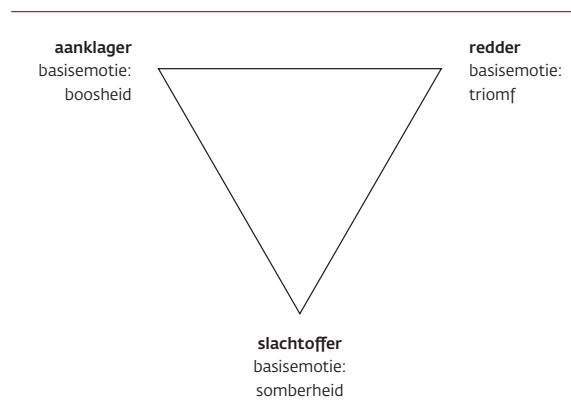
#### VOORKOMEN EN DOORBREKEN VAN LASTIGE INTERACTIEPATRONEN

Claimend gedrag kan tot zeer lastige interactiepatronen tussen arts en patiënt leiden. Wanneer de patiënt zich hulpeloos of zelfs wanhopig presenteert: 'Help me!', kunt u op twee manieren reageren. Ten eerste kunt u de (als claim ervaren) vraag van de patiënt naast u neerleggen. De kans is dan groot dat de patiënt een steeds dwingend beroep op u doet om toch erkenning te krijgen. Immers, wie zich niet gehoord voelt gaat vanzelf harder schreeuwen. Als u vervolgens de hakken in het zand zet, ontstaat er een vruchteloos touwtrekken, een machtsstrijd.

Een andere mogelijkheid is dat u zich in reactie op het appel van de patiënt als deskundige gaat opstellen. De meeste artsen zullen geneigd zijn dat te doen en de rol van 'redder-expert' op zich te nemen: u, als dokter, kunt de patiënt helpen, maar die moet dan wel uw diagnose en adviezen overnemen. Een deskundige houding is noodzakelijk bij biomedische hulpvragen, spoedeisende situaties of ernstige ziektes, maar bij claimend gedrag ondermijnt een 'redder-expert'-opstelling onbedoeld de autonomie van de patiënt. Dat kan leiden tot een lastig interactiepatroon, de zogeheten 'reddingsdriehoek' (zie de **figuur**).

De term 'reddingsdriehoek' is afkomstig uit de transactionele analyse van Eric Berne. Er zijn drie hoofdrolspelers, redder, slachtoffer en aanklager, die telkens in een ander complementair paar optreden.<sup>11</sup> De patiënt deelt de arts, geheel overeenkomstig de aard van de hulpverlenersrelatie, aanvankelijk de rol van redder-expert toe en zet zichzelf neer als hulpeloos slachtoffer: 'Help me!' De patiënt zegt van zijn klachten af te willen, maar klampt zich er ook aan vast, en zendt dus een verborgen, paradoxale boodschap uit: 'U moet mij helpen, maar ik zal het niet toelaten.' Als vervolgens concrete resultaten uitblijven, doet de patiënt een dringend appel op de arts voor verder onderzoek en verwijzing, terwijl de arts dit al lang niet meer zinvol vindt. Nu klaagt de patiënt de arts aan: 'U kunt mij ook al niet helpen!' De arts kan daarop teleurgesteld

**Figuur** De reddingsdriehoek van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)



raken (slachtoffer worden) of boos worden en onbedoeld zelf de rol van aanklager innemen: 'U láát zich ook niet helpen!', waarmee de patiënt opnieuw in de slachtofferrol terechtkomt.<sup>12,13</sup>

Om lastige interactiepatronen zoals een machtsstrijd of reddingsdriehoek te voorkomen of te doorbreken moet u als huisarts bereid zijn een andere rol aan te nemen. Patiëntgericht zijn betekent dat u vertrouwen heeft in en gebruik maakt van het oplossingsvermogen en de zelfredzaamheid van de patiënt. Door bij claimend gedrag minder de actieve, probleemoplossende, verantwoordelijke dokter te zijn en meer een ondersteunende, begeleidende 'coach' te worden, geeft u de patiënt de verantwoordelijkheid voor zijn eigen welzijn weer terug.<sup>13</sup>

#### COPINGVRAGEN STELLEN

Moedig de claimende patiënt door middel van copingvragen aan zoveel mogelijk gebruik te maken van zijn eigen mogelijkheden en meer verantwoordelijkheid te nemen. Informeer naar wat de patiënt er zelf al aan heeft gedaan. U geeft daarmee impliciet aan dat u ervan uitgaat dat de patiënt er al iets aan gedaan heeft (al heeft dat kennelijk niet afdoende geholpen). De bekende repliek: 'Als ik de oplossing wist, zat ik hier

#### Abstract

Van Staveren R. Patient-focused communication for demanding behaviour. Huisarts Wet 2011;54(5):...-...

Demanding behaviour is harmful to the patient, the general practitioner, and their relationship. This article describes how to manage demanding behaviour in a patient-focused manner. Patient-focused communication is based on an attitude of respect, acceptance, sincerity, and involvement, in which the general practitioner considers the patient, in principle, to be responsible and competent. Many demanding patients benefit from a non-directive, 'coaching' approach, while some may benefit from regular, structured contact.

niet, dokter!' vermijdt u indien u met uw formulering de patiënt alvast erkenning geeft: 'U hebt vast al het een en ander geprobeerd. Wat heeft u tot nu toe geholpen, al is het maar een beetje?' Andere (erkennende) copingvragen zijn: 'Vertel eens, hoe zou ik u daarbij kunnen helpen?'; 'Hoe denkt u dat aan te pakken?' en: 'Zijn er nog andere opties?'<sup>8</sup>

#### INDIRECT ADVISEREN

Als gids of coach gebruikt u bij het adviseren een niet-directieve, indirecte stijl. U gebruikt woorden als 'misschien ...' en 'het zou kunnen dat ...' U oppert ideeën, doet eens een suggestie of haalt herinneringen op over wat anderen met een soortgelijk probleem hebben gedaan, maar u geeft geen advies.<sup>14</sup> Daarmee moedigt u de patiënt aan een eigen oplossing te bedenken en zelf een beslissing te nemen. Pas als dat écht niet lukt, geeft u vrijblijvend advies, eventueel onder de toevoeging: 'Waarschijnlijk zult u zelf op iets beters komen, maar misschien is dit het proberen waard.'<sup>15</sup>

#### STOPPEN MET INEFFECTIEF GERUSTSTELLEN

Wanneer u merkt dat u de claimende patiënt telkens weer gerust moet stellen, dan is dit blijkbaar weinig effectief en kunt u er beter mee stoppen. Voor de patiënt is dit slecht nieuws. Gebruik om die reden een duidelijke, niet mis te verstane ik-boodschap zoals: 'Ik merk dat u vaak komt voor zaken die achteraf onschuldig blijken. Ik probeer u telkens gerust te stellen en merk dat ik daar niet, of maar gedeeltelijk, in slaag. Het heeft dus geen zin, ik kan er beter mee stoppen.' Bied daarnaast erkenning: 'Ik kan me voorstellen dat dit heel vervelend voor u is', en geruststelling: 'U hebt gelijk: er kán een keer echt iets ernstigs aan de hand zijn. Om die reden blijf ik natuurlijk goed opletten.' Geef vervolgens aan wat u wél te bieden hebt: 'Ik stel voor samen op zoek te gaan naar een manier waarop u met uw ongerustheid kunt omgaan. Vindt u dat goed?'<sup>9</sup>

#### STRUCTUUR EN HOUVAST BIEDEN

Als bovenstaande adviezen geen effect sorteren, kan het nodig zijn de claimende patiënt niet *minder*, maar juist *meer* structuur en houvast te bieden door regelmatige, gestructureerde afspraken te maken. In het traditionele patroon gaat aan een contact met de huisarts steeds een klacht vooraf, en besteedt de arts meer tijd en aandacht aan de patiënt naarmate die meer of ergere klachten heeft. Bij claimende patiënten leidt dit patroon echter tot problemen. De leertheorie stelt dat ziektegedrag bekrachtigd wordt door een langere duur of hogere frequentie van het contact. Bij patiënten die gevoelig zijn voor deze bekrachtiging kan het traditionele contact-volgt-op-klacht-patroon er onbedoeld toe leiden dat zij meer en ernstiger klachten gaan presenteren. Bij deze patiënten helpt het aanbieden van regelmatige, gestructureerde contacten: 'Komt u iedere tweede dinsdag van de maand aan het einde van de middag. Dan kunnen we in alle rust bespreken hoe het de afgelopen periode met u gegaan is.'

#### TOT SLOT

Patiëntgericht communiceren draagt bij tot doelmatige communicatie tussen arts en patiënt. Het kan helpen (alsnog) een effectieve behandelrelatie op te bouwen, ook met claimende patiënten en ook wanneer er lastige interactiepatronen zijn ontstaan. Claimende patiënten zijn meestal meer gebaat bij een niet-directieve, 'coachende' aanpak van de huisarts, bij een enkeling heeft het zin regelmatige, gestructureerde contacten af te spreken. ■

#### Tips

- Vermijd de redder-expertpositie, tenzij dat medisch noodzakelijk is.
- Stel een neutrale, patiëntgerichte openingsvraag.
- Geef de patiënt altijd erkenning.
- Wanneer u advies geeft, doe dit dan liefst indirect.
- Stop met ineffectief geruststellen.
- Bied desnoods regelmatige, gestructureerde afspraken.

#### LITERATUUR

- 1 Hoogduin CAL, Schaufeli WB, Schaap CPDR, Bakker AB, redactie. Behandelingsstrategieën bij burnout. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- 2 Van der Jagt EJ. Eisend gedrag en agressie van zorgverleners. In Centrum voor Ethiek en Gezondheid, redactie. Rapport signalering ethiek en gezondheid. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003.
- 3 Schuur G, De Vries D. Conflicten en agressie in de medische praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- 4 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2006.
- 5 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 6 Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol 1957;21:95-103.
- 7 Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
- 8 Bannink F. Oplossingsgerichte vragen. Amsterdam: Pearson, 2009.
- 9 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren. Utrecht: De Tijdstroom, 2010.
- 10 De Jong P, Kim Berg I. De kracht van oplossingen. Amsterdam: Harcourt, 2004.
- 11 Berne E. Games people play. London: Penguin Books, 1968.
- 12 Gabbard GO. Management of counter transference with borderline patients. Washington/London: American Psychiatric Press, 1994.
- 13 Witman Y, Krol LJ. Paradoxe benadering bij chronisch klaaggedrag. In De Haes JCJM, Hoos AM, Van Everdingen JJE, redactie. Communiceren met patiënten. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 14 Lange A. Gedragsverandering in gezinnen. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2006.
- 15 Lundberg GB, Saunders Lundberg J. Problemen laten bij wie ze horen. Utrecht: Het Spectrum, 1999.

Deze nascholing is de eerste aflevering van de serie 'Communicatie'. De serie verschijnt eens per kwartaal.