

**Maximale toenadering met behoud van distantie**  
voorlichting aan patiënten op afstand

Prof.dr. Harry B.M. van de Wiel  
Dr. Jan C. Wouda

Groningen, juni 2020

## Inhoud

0.	Inleiding .....	2
1.	Aanleiding .....	2
2.	Communicatiekanalen .....	2
3.	Communicatieniveaus .....	3
4.	Communicatie op afstand .....	4
5.	De voorbereiding van voorlichting op afstand .....	5
6.	De communicatieve uitdagingen van voorlichting op afstand .....	6
6.1	Regie en verstandhouding op afstand .....	6
6.2	Uitleg op afstand .....	6
6.3	Luisteren op afstand .....	7
6.4	Overleg op afstand .....	8
6.5	Enkele voorbeelden van overleg op afstand .....	8
7.	Tot slot .....	9
8.	Literatuur .....	9
Bijlage:	Het RULO voorlichtingsmodel .....	10
B.1	Voorlichting: doelen en vaardigheden .....	10
B.2	Openstaan .....	11
B.3	Begrijpen en onthouden .....	11
B.4	Verwerken en beoordelen .....	12
B.5	Besluiten en gedrag(sverandering) .....	13

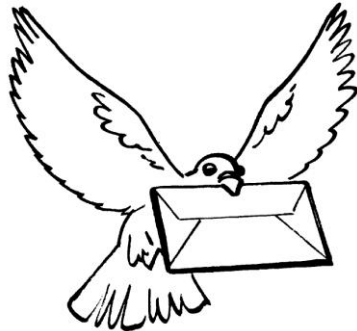
© Stichting Ahmas, Groningen  
Illustraties: Martin van den Berg

Alle rechten voorbehouden. Deze uitgave is ter beschikking gesteld aan de firma Takeda Nederland voor eenmalige gebruik op de website [Behandelenopafstand.nl](http://Behandelenopafstand.nl). Niets in deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Ahmas.



## 0. Inleiding

De oude wijsheid ‘Maximale toenadering met behoud van distantie’ (Rümke, 1954) heeft in deze coronatijden niets aan betekenis verloren, waarbij de bedoelde balans nu niet alleen op het oorspronkelijk-beoogde mentale vlak, maar ook in fysieke zin moet worden gedacht. Nu de anderhalvemeter maatschappij haar intrede heeft gedaan, moeten artsen een deel van hun gebruikelijke face-to-face contacten vervangen door teleconsulten. Deze hulpverlening op afstand doet een extra appèl op hun voorlichtingsvaardigheden. In deze bijdrage bespreken we de uitdagingen in de voorlichting aan patiënten op afstand waarmee artsen worden geconfronteerd.



## 1. Aanleiding

Teleconsultatie is geen nieuw fenomeen. Veel uitslaggesprekken en andere vormen van voorlichting vinden al op afstand plaats. Dat was in het begin even wennen, zeker voor de wat oudere patiënten. Echter, vooral voor patiënten met beperkte mobiliteit bleek teleconsultatie een uitkomst. Ook patiënten met ernstige verminkingen of andere stigmata lijken enthousiast over deze vervanging van mobiliteit door connectiviteit. Lijken want de empirische onderbouwing van dit optimisme ontbreekt vooralsnog. Technologisch zijn de ontwikkelingen echter onmiskenbaar snel gegaan, recent nog extra door de Covid19-crisis. Inmiddels is het contact via een internet-videoverbinding voor velen in de zorg beschikbaar en vertrouwd.

Zoals velen inmiddels uit eigen ervaring kunnen bevestigen, kent teleconsultatie ook de nodige beperkingen. Er treedt immers altijd enig informatieverlies op bij communicatie via een hulpmiddel, zoals een videoverbinding via internet. In deze bijdrage bespreken we de uitdagingen waar voorlichting via dit soort videoverbindingen artsen voor plaatst. We gaan daartoe eerst in op enkele principes van communicatie en de reductie van informatie ten gevolge van het gebruik van een videoverbinding. Vervolgens kijken we naar het effect van teleconsultatie op uw voorlichting en geven we u enkele aanwijzingen om ondanks de beperkingen uw voorlichting op afstand succesvol te laten verlopen. In deze bijdrage gaan we er van uit dat de voorlichting op afstand plaatsvindt in een vervolgsconsult, waarbij u de patiënt al eerder in den lijve heeft gezien.

## 2. Communicatiekanalen

Door middel van communicatie wisselen mensen onderling informatie uit. Nu heeft de uitgewisselde informatie de eigenschap dat ze staat voor iets anders. Het is symbolische informatie. Als een arts met een patiënt een behandeling bespreekt, dan zijn de woorden waarmee hij de gang van zaken uitlegt, niet de behandeling zelf maar slechts een beeld daarvan. Op grond van dit opgeroepen beeld maakt de patiënt zich een eigen voorstelling van de gang van zaken. Dit beeld zal in meer of mindere mate

afwijken van het beeld dat de arts zelf heeft, omdat de arts en de patiënt de symbolische informatie interpreteren vanuit hun eigen referentiekader. In het algemeen gaan we er echter van uit dat de betekenis van de symbolische informatie voor iedereen min of meer hetzelfde is. Zo niet, dan zou de onderlinge communicatie erg moeizaam verlopen. U zou dan bij alles wat u zegt, uitvoerig moeten uitleggen wat u precies bedoelt. Communicatie wordt daarom ook wel gedefinieerd als het scheppen van gemeenschappelijke betekenis.

De symbolische informatie kan worden overgedragen via verschillende communicatiekanalen. In een gesprek communiceert u direct met iemand en gebruikt u zowel visuele als auditieve informatieoverdracht. Smaak, geur en aanraking kunnen eveneens als communicatiekanaal worden gebruikt. In een gesprek is de communicatie over het algemeen ook tweezijdig en interactief. De gesprekspartners reageren op elkaar, ze hebben ieder hun inbreng en ze vervullen om en om de rol van zender en ontvanger.

Veel van onze communicatie vindt inmiddels plaats met behulp van hulpmiddelen (media). We gebruiken smartphones en computers met internetaansluiting, we lezen boeken en kranten en we kijken naar de televisie. Deze indirecte communicatie met behulp van media beperkt zich tot één of twee communicatiekanalen (visueel en/of auditief). Bij lezen is er alleen visuele informatieoverdracht, bij telefoneren is er alleen auditieve informatieoverdracht en in een gesprek via een videoverbinding is er zowel visuele als auditieve informatieoverdracht.

### 3. Communicatieniveaus

Met communicatie brengen we elkaar boodschappen over. Een boodschap is een afgeronde hoeveelheid informatie die van een zender naar een ontvanger gaat. De informatie in een boodschap kan betrekking hebben op:

1. feiten, inzichten, ervaringen en gebeurtenissen. Dit is de *feitelijke informatie*;
2. gevoelens, opvattingen, wensen en verwachtingen. Dit is de *expressieve of gevoelsinformatie*;
3. het beroep dat men doet op een ander om iets te doen of juist te laten. Vaak is dit beroep geformuleerd als een verzoek, een advies of een bevel. We noemen dit de *appellerende of beïnvloedende informatie*;
4. het definiëren en regelen van de onderlinge betrekkingen. We spreken dan van *relationele informatie*.

Deze vier niveaus staan in een hiërarchische relatie tot elkaar, waarbij het relatieniveau de toppositie bekleedt. Immers, als de boodschapper niet deugt, doen zijn opvattingen, appel of feitelijke inhoud er weinig meer toe. Dat lijkt onhandig, maar mede door die niveaus en de bijbehorende hiërarchie kunnen we heel veel informatie in één boodschap verpakken. Stel bijvoorbeeld dat een patiënt tegen zijn arts zegt: "Dokter, die pil van u heeft volstrekt niet geholpen!" In deze zin zitten verpakt:

1. de feitelijke informatie dat het geneesmiddel de patiënt niet van de klacht heeft afgeholpen;
2. de teleurstelling of zelfs boosheid van de patiënt (gevoelsinformatie);
3. het appèl om een geneesmiddel te krijgen dat wel helpt;
4. de relationele informatie dat de patiënt vindt dat de arts is tekortgeschoten in zijn hulpverlening en deskundigheid.

Feitelijk zegt de patiënt alleen maar dat het geneesmiddel niet heeft gewerkt. Deze betekenis is het *inhoudsniveau* van de boodschap en wordt met woorden (*verbaal*) overgebracht. De andere uitingen (gevoel, appèl en relatie) zijn grotendeels verpakt in

de manier waarop de boodschap naar voren wordt gebracht. Deze aanvullende betekenis (*onderstroom*) blijkt deels uit de woordkeuze, maar blijkt vooral uit de *non-verbale* uitingen, zoals de stemklank, gezichtsuitdrukking, bewegingen en lichaamshouding. De onderstroom bevat vaak informatie over gevoelens die niet expliciet worden verwoord, en bevat daarnaast een 'gebruiksaanwijzing' hoe de inhoudelijke boodschap moet worden opgevat. We noemen deze gebruiksaanwijzing het *betrekkingsniveau* of de *metabetekenis* van de boodschap. Omdat communicatie altijd een bedoeling heeft, wordt er bij ieder bericht ook altijd zo'n gebruiksaanwijzing meegezonden. Ook als u alleen een feitelijke uitleg geeft aan een patiënt, dan wilt u daarmee iets bereiken. U wilt bijvoorbeeld dat de patiënt begrijpt hoe zijn klachten zijn ontstaan, wat er aan de klachten is te doen en welke keuzes de patiënt hierin kan maken. Soms wordt de metabetekenis wel expliciet uitgesproken, zoals het appèl om iets te doen in uitspraken als: "Ik wil dat u... ", "U moet... ", "Probeer u eens... ", enzovoort.



De samenwerking in het gesprek zelf wordt grotendeels gecontroleerd en bijgestuurd door non-verbale uitingen, zoals oogcontact en gezichtsuitdrukking. De gesprekspartners laten elkaar zo weten wie er aan het woord mag zijn en waarover ze wel of niet willen spreken. Als de belangen sterk uiteenlopen en/of als de emoties hoog oplopen, kan deze impliciete gespreksregeling mislopen. De gespreksregeling wordt dan vaak expliciet onder woorden gebracht met een appelerende boodschap, zoals: "Nu moet u eens goed naar me luisteren!" of "Laat me nou eens uitpraten!" of "Daar wil ik het nu niet met u over hebben." Deze expliciet uitgesproken gespreksregeling noemen we *metacommunicatie*. Het inhoudelijke gesprek gaat dan over het gespreksverloop zelf. Metacommunicatie is het middel bij uitstek om een gesprek weer in goede banen te leiden.

#### **4. Communicatie op afstand**

Bij het gebruik van een medium zoals een videoverbinding via internet, treedt onvermijdelijk verlies van informatie in de boodschap op. De verbale informatie blijft meestal wel intact, maar zachte (stem)geluiden en nuances in de stemklank en in de gezichtsuitdrukking vallen weg, veranderingen in de blik (ogen) zijn moeilijk te zien en te duiden en de bewegingen van de handen en andere lichaamsdelen zijn meestal helemaal niet te zien. Daardoor verdwijnt een groot deel van de non-verbale informatie en daarmee de onderstroom en het betrekkingsniveau van de boodschap.

In de volgende paragrafen bespreken we de gevolgen hiervan voor uw voorlichting op afstand. Eerst staan we stil bij de voorbereiding die voorlichting op afstand vereist. Vervolgens bespreken we de aanpak van voorlichting op afstand aan de hand van een

model van voorlichting dat onderscheid maakt in vier *communicatieve deelcompetenties* waarover een arts moet beschikken om met zijn voorlichting het beoogde resultaat te bereiken:

**R** = regie in het consult houden en zorgen voor een goede verstandhouding

**U** = uitleg geven

**L** = actief luisteren

**O** = overleggen, adviseren, houvast bieden

De bijlage bij dit artikel bevat een korte beschrijving van het voorlichtingsmodel, de vier deelcompetenties en de gespreksvaardigheden die behoren tot ieder van deze deelcompetenties.

## 5. De voorbereiding van voorlichting op afstand

In een spreekkamer kunt u vrijwel altijd ongehinderd en ongestoord met uw patiënten spreken; bij voorlichting via een videoverbinding is dat zeker niet vanzelfsprekend. In de eerste plaats kan de techniek u in de steek laten, u niet leveren wat u nodig heeft of bent u er onvoldoende bedreven in. Kunt u bijvoorbeeld een videogesprek voeren met een patiënt en tegelijk het EPD van deze patiënt op uw beeldscherm zien? Kunt u dan bovendien een website met patiëntinformatie op uw beeldscherm openen? Kortom, test vooraf wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van uw apparatuur en software en zorg er voor dat u hier moeiteloos mee kunt omgaan. Schakel zo nodig de hulp (op afstand) van ICT deskundigen in teneinde mogelijke haperingen en teleurstellingen te voorkomen.



In de tweede plaats hebben veel patiënten geen of weinig ervaring met teleconsultatie en staan ze er wellicht argwanend tegenover. Ga daarom vooraf na of uw patiënt beschikt over de vereiste apparatuur, overweg kan met een videoverbinding en zo nodig weet hoe te werken met een 'split-screen' zodat hij tijdens het videogesprek tevens de informatie op internet waarnaar u verwijst, kan bekijken. Mocht een patiënt hierin onvoldoende bedreven zijn, dan is ondersteuning vanuit uw instelling gewenst.

Een derde punt van aandacht is de setting van het gesprek en de aanwezigheid. In een gesprek op afstand heeft u geen controle over eventuele afleidingen rondom de patiënt. Vraag daarom aan uw patiënt om zich af te zonderen in een ruimte zonder afleiding, zodat hij ongestoord met u kan spreken. Zorg er uiteraard ook voor dat uzelf niet wordt gestoord tijdens het gesprek. Overleg met uw patiënt of anderen het gesprek kunnen en mogen volgen. Overweeg om van het gesprek een videoconferentie te maken

waar naasten, mantelzorgers en/of een andere zorgverlener, zoals een verpleegkundige, al of niet actief aan meedoen. Deze anderen zijn dan direct geïnformeerd en kunnen na het gesprek de patiënt de benodigde steun bieden bij het nemen van beslissingen, de zelfzorg of het aanpassen van zijn leefwijze. Een actieve deelname van anderen aan het consult op afstand heeft echter als nadeel dat de communicatie moeizamer verloopt, het consult langer duurt en u als ‘voorzitter’ van het overleg meer wordt belast dan in een één-op-één gesprek.

## **6. De communicatieve uitdagingen van voorlichting op afstand**

Zoals gezegd, is er bij voorlichting op afstand in het algemeen weinig verlies aan inhoudelijke informatie, maar wel verlies aan informatie in de onderstroom en op het betrekkningsniveau. Dit informatieverlies werkt naar twee kanten. U moet er enerzijds rekening mee houden in de wijze waarop u iets vertelt of voorstelt, en u moet er anderzijds op bedacht zijn dat u belangrijke informatie in de onderstroom van hetgeen de patiënt u vertelt, en dan met name informatie over zijn emoties en opvattingen, kunt missen. De algemene regel om dit gemis aan informatie te compenseren is om de onderstroom tot onderwerp van gesprek te maken. Anders gezegd: in het gesprek op afstand expliciteert u wat u in een regulier gesprek meestal onbesproken laat. In deze paragraaf geven we per deelcompetentie aan hoe u daarmee kunt omgaan.

### 6.1 Regie en verstandhouding op afstand

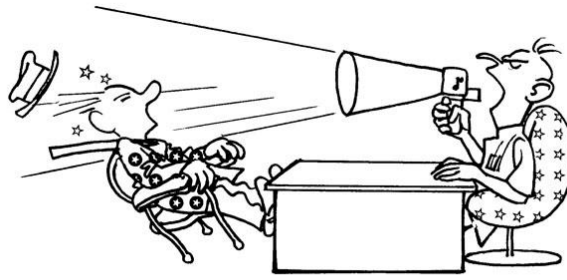
In een consult op afstand is er niet alleen fysieke afstand, maar ontbreken ook de gebruikelijke ‘rituelen’ die de verstandhouding met uw patiënt bestendigen, zoals een hand geven, uitnodigen in de spreekkamer, uitnodigen om te gaan zitten, enzovoort. Als vervanging voor deze relatieversterkende handelingen, kunt u het consult op afstand beginnen met te vragen naar de ervaringen van de patiënt met gesprekken via een videoverbinding en naar zijn ideeën en verwachtingen over het consult. Gebruik uw luistervaardigheden om eventuele twijfels over het consult te benoemen en te erkennen. Besteed ook enige aandacht aan de thuissituatie van de patiënt en erken dat het consult op afstand daarop een ongebruikelijke inbreuk is.

Na deze introductie kunt u het doel, de gespreksonderwerpen en de duur van het consult aan de orde stellen. In de meeste vervolggconsulten geeft u pas voorlichting na een korte inventarisatie van de huidige gezondheidstoestand, het beloop sinds het vorige contact en eventuele nieuwe problemen. Soms kunt u deze inventarisatie achterwege laten, zoals in een vervolggconsult waarin u de resultaten van aanvullend onderzoek en het verdere beleid direct wilt bespreken. Wees daarom duidelijk over hoe u wilt dat het consult verloopt en wat er aan de orde komt en vraag uw patiënt naar zijn wensen hierover. Wellicht heeft uw patiënt een ander idee over het doel, het verloop en de gespreksonderwerpen. Daarover zult u het dan eerst eens moeten worden.

Vanwege het ontbreken van de non-verbale gespreksregulerende signalen, zult u tijdens het consult het verloop goed moeten bewaken. Schakel over op metacommunicatie als u afdwalingen of haperingen in het consult signaleert. Benoem wat er gebeurt, toon daar begrip voor, maar geef ook de ongewenste gevolgen aan, zoals niet toekomen aan belangrijkere zaken, en doe een procedurevoorstel om het gespreksverloop te corrigeren.

### 6.2 Uitleg op afstand

In het consult op afstand ontbreekt een groot deel van de non-verbale interactie tussen u en uw patiënt en merkt u minder goed of uw patiënt uw uitleg kan volgen. Daardoor bent u wellicht geneigd om van uw uitleg een monoloog te maken en om in herhalingen te vervallen, wanneer u (ogenschijnlijk) weinig respons krijgt. In een



consult op afstand is het daarom nog meer dan in een regulier consult van belang dat uw patiënt uw uitleg in ‘hapklare brokken’ gepresenteerd krijgt. Structureer uw uitleg met een inleiding, een opbouw in overzichtelijke gedeelten en een samenvatting. Doseer de informatie die u geeft, en breng een duidelijke markering aan als u in uw uitleg een nieuw onderwerp aansnijdt. Maak uw uitleg ook zo veel mogelijk interactief. Nodig uw patiënt telkens uit om op de afzonderlijke delen in uw uitleg te reageren. Mocht u er ook maar enigszins aan twijfelen of uw uitleg is begrepen, vraag uw patiënt dan om in eigen woorden uw uitleg samen te vatten. U kunt daarna zo nodig aanvullen of corrigeren en uw patiënt blijft bij de ‘les’.

Bij voorlichting op afstand kunt u goed gebruik maken van ondersteunend materiaal. U kunt een tekening of schema voor de camera houden en daarbij met een pen of stift de punten aanwijzen die op dat moment in uw uitleg aan de orde zijn. U kunt ook aan uw patiënt vragen om een website te openen waarop relevante informatie staat. Daarvoor moet de patiënt wel in staat zijn om te werken met een ‘split-screen’, zodat het videocontact niet hoeft te worden verbroken. Om er zeker van te zijn dat uw patiënt tijdens het consult toegang heeft tot de betreffende website kunt u voorafgaande aan het consult een link naar de website e-mailen naar uw patiënt met het verzoek om de website tijdens het consult open te laten staan op de achtergrond. Na het consult kunt u tevens links naar relevante andere websites e-mailen naar uw patiënt, zodat hij alle informatie nog eens rustig kan doornemen.

### 6.3 Luisteren op afstand



Omdat in een consult op afstand de non-verbale aanwijzingen over de gevoelens van uw patiënt wegvallen, is het voor u lastig om in te schatten wat er in uw patiënt omgaat. Bovendien, is een consult op afstand niet alleen fysiek, maar ook gevoelsmatig afstandelijker. Hierdoor is uw patiënt waarschijnlijk terughoudender in het tonen van zijn gevoelens. Dat betekent dat u vaker expliciet moet vragen naar de gevoelens en opvattingen van uw patiënt over hetgeen u heeft verteld of voorgesteld. Zeker als u inschat dat uw uitleg of voorstel een teleurstelling betekent of andere emoties oproept, moet u ruimschoots de tijd nemen om door actief te luisteren uw patiënt te helpen deze emoties (enigszins) te verwerken. Zo niet, dan zal zonder dat u dat in de gaten heeft, uw patiënt geen aandacht meer kunnen opbrengen voor uw verdere uitleg.



#### 6.4 Overleg op afstand

Zoals aangegeven, heeft de voorlichting aan patiënten steeds meer het karakter gekregen van een overleg tussen min of meer gelijkwaardige partners. Een groot aantal gespreksvormen en -technieken kunnen deel uitmaken van dit overleg, zoals instructies en gerichte adviezen geven, probleemverheldering, counseling, gezamenlijke besluitvorming, motiverende technieken en conflicthantering (Wouda, 2014). Bij het overleg op afstand kunnen zowel de fysieke afstand als het wegvallen van veel non-verbale informatie de effectiviteit van deze gespreksvormen en -technieken nadelig beïnvloeden. Het zou te ver voeren om deze invloed op alle onderdelen van het overleg en hun mogelijke oplossingen de revue te laten passeren. We volstaan met enkele voorbeelden.

#### 6.5 Enkele voorbeelden van overleg op afstand

Een goede instructie bevat een praktische demonstratie gevolgd door het zelf uitvoeren van de handeling(en) door de patiënt. De fysieke afstand vereist dat uzelf en de patiënt beiden beschikken over de vereiste materialen, bijvoorbeeld verband- of injectiemateriaal. Bovendien is het lastig om op afstand de patiënt te corrigeren als deze een bepaalde handeling onjuist uitvoert. Bouw daarom uw instructie nog meer dan anders op in kleine stappen met voldoende tijd voor feedback en correctie;

Voor de effectiviteit van uw adviezen is het van belang dat uw adviezen bruikbaar, uitvoerbaar en aanvaardbaar zijn voor uw patiënt. Bij het overleg op afstand kunt u de signalen van twijfel over en bezwaren en weerstand tegen uw adviezen missen. Wees daarop bedacht en bouw voldoende pauzemomenten in waarin u met gerichte vragen nagaat in hoeverre uw patiënt uw adviezen kan en wil uitvoeren.

Als onderdeel van een gezamenlijke besluitvorming is het vaak handig als u samen met uw patiënt alle voor- en nadelen van diverse (behandel)opties op papier zet. In een overleg op afstand kunt u het papier vervangen door een digitaal lijstje dat u beiden in een tekstprogramma op het beeldscherm kunt zien en aanvullen. Deze digitale inventarisatie dient uiteraard technisch mogelijk en voor u beiden ook hanteerbaar te zijn.

Motiverende gespreksvoering en conflicthantering zijn op afstand aanzienlijk lastiger uit te voeren dan in een regulier consult, omdat bij deze gespreksvormen de non-verbale signalen een belangrijke invloed hebben op het gespreksverloop en op de aanvaarding van uw voorstellen. Door de communicatie op afstand verminderen uw geloofwaardigheid en overtuigingskracht, herkent u minder snel de tekenen van twijfel en weerstand bij uw patiënt en kunt u bij oplopende emoties het gespreksverloop moeilijker bijsturen. Motiverende gespreksvoering en conflicthantering op afstand vragen daarom om extra zorgvuldigheid in procedurele en relationele zin, veel aandacht voor en reflectie van de gevoelens en opvattingen van uw patiënt en fasering. Met fasering bedoelen we dat u stap-voor-stap toewerkt naar een oplossing of afspraak die voor uw patiënt aanvaardbaar en uitvoerbaar is. Zo nodig gebruikt u hiervoor een aantal contacten (op afstand) zodat uw patiënt tussentijds de gelegenheid heeft om uw voorstellen te laten bezinken.

Om te bereiken dat uw patiënt de gemaakte afspraken nakomt en eventuele aanpassingen in zijn leefwijze volhoudt, dient u voldoende steun en houvast te bieden. Bij voorlichting op afstand kunt u dan denken aan digitale gedragsschema's, websites met aanvullende informatie, websites en contactadressen van lotgenoten en vooral ook aan e-mails o.i.d. van uzelf met belonende, aan- en bemoedigende boodschappen. Schakel tevens de sociale omgeving van de patiënt (digitaal) in om hem te helpen bij het invoeren en volhouden van de aanpassingen in zijn leefwijze.

## **7. Tot slot**

De voorlichting aan patiënten met digitale hulpmiddelen zoals een videoverbinding, is in de afgelopen jaren sterk ontwikkeld. De coronacrisis en anderhalvemeter maatschappij hebben deze ontwikkeling nog verder gestimuleerd. De voorlichting op afstand kent echter communicatieve beperkingen. In deze bijdrage hebben wij u aan de hand van een voorlichtingsmodel laten zien hoe u bij uw voorlichting op afstand rekening kunt houden met deze beperkingen. Wij hopen dat u onze adviezen hierover kunt gebruiken in uw voorlichting aan patiënten op afstand.

## **8. Literatuur**

- Rümke HC. Psychiatrie. Deel I. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1954.
- Wouda JC, Zandbelt LC, Smets EMA, Van de Wiel HBM. Assessment of physician competency in patient education: reliability and validity of a model-based instrument. *Patient Educ Couns* 2011;85:92-8
- Wouda JC, Van de Wiel HBM, Van de Wiel FS. Voorlichting en begeleiding. Van Gorcum, Assen 2014

## Bijlage: Het RULO voorlichtingsmodel

### B.1 Voorlichting: doelen en vaardigheden

Onder invloed van diverse maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen is de arts-patiënt relatie in de afgelopen decennia sterk veranderd. Werd voorheen de arts nog gezien als een autoriteit die besliste over wat goed was voor de patiënt, tegenwoordig is er sprake van een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie waarbij de patiënt een actieve inbreng heeft in de beslissingen over zijn behandelingen en zorg. Deze veranderde arts-patiënt relatie heeft grote gevolgen gehad voor de voorlichting die artsen (behoren te) geven aan hun patiënten. Het eenrichtingsverkeer in de informatieverstrekking en directieve advisering hebben plaats gemaakt voor interactieve uitleg en overleg, gezamenlijke besluitvorming (*shared-decision-making*) en ondersteuning bij medicatiegebruik, zelfzorg en leefstijlverandering.

De voorlichting aan patiënten kent aldus een breed scala aan mogelijke doelen. De voorlichting is in de eerste plaats bedoeld om de patiënt inzicht te geven in zijn gezondheidsprobleem en in de hulpverleningsmogelijkheden. Daarnaast heeft de voorlichting tot doel de patiënt te helpen om te komen tot weloverwogen keuze over de verdere zorg en over zijn eigen aandeel hierin (*informed consent*). Vaak heeft de voorlichting ook tot doel om de patiënt te helpen zijn gedrag te veranderen of zijn leefstijl aan te passen. Om in een gesprek met een patiënt deze voorlichtingsdoelen te bereiken moet er rekening worden gehouden met de informatieverwerking door de patiënt. Deze verwerkingsprocessen zijn:

- op aandachtsniveau: openstaan
- op cognitief niveau: begrijpen en onthouden
- op emotioneel niveau: verwerken en beoordelen
- op gedragsniveau: besluiten en gedragsverandering

Het onderstaande voorlichtingsmodel toont deze verwerkingsprocessen bij de patiënt. Het model toont tevens de vier *communicatieve deelcompetenties* waarover een arts moet beschikken om deze processen te bevorderen:

**R** = regie in het consult houden en zorgen voor een goede verstandhouding

**U** = uitleg geven

**L** = actief luisteren

**O** = overleggen, adviseren, houvast bieden

### Voorlichtingscompetenties



De volgende paragrafen geven een korte toelichting op de verwerkingsprocessen en de deelcompetenties. Voor een uitgebreide toelichting op het voorlichtingsmodel, de

voorlichtingscompetenties en de bijbehorende vaardigheden verwijzen we u naar Wouda e.a., 2011 en Wouda e.a., 2014.

## B.2 Openstaan

Om effect te kunnen hebben, moet uw voorlichting uw patiënt bereiken en uw patiënt moet er voor openstaan. Het voorlichtingsgesprek moet daarom ongehinderd en ongestoord kunnen plaatsvinden. Daarnaast moet uw patiënt weten waarom het gesprek plaatsvindt en wat hij ervan kan verwachten. Ook moet hij tijdens het gesprek niet worden afgeleid door prikkels van buitenaf of door eigen emoties en gedachten. Bovendien moet er een goede verstandhouding zijn tussen u en uw patiënt. Uw patiënt moet zich zo veel mogelijk op zijn gemak voelen tijdens het gesprek, zich gehoord en serieus genomen voelen en vertrouwen in u hebben.



U realiseert deze voorwaarden door te zorgen voor een geschikte situatie om het gesprek te voeren, door de regie over het gesprek te houden en door een goede uitvoering van de drie andere deelcompetenties. De regie over het gesprek bestaat uit twee onderdelen: (1) controle over het verloop van het gesprek en (2) het bewaken en bevorderen van de verstandhouding.

De controle over het gespreksverloop houdt onder meer in dat u:

- aansluit bij het voorgaande contact;
- het doel en de structuur van het gesprek voor ogen houdt en zo nodig bijstuurt;
- overgangen in het gesprek duidelijk markeert.

Het bewaken en bevorderen van de verstandhouding houdt onder meer in dat u:

- zorgt voor een vriendelijke begroeting en afscheid;
- contact houdt met de patiënt terwijl u andere werkzaamheden verricht, zoals typen of schrijven;
- laat merken dat u betrokken, zorgvuldig en deskundig bent.

## B.3 Begrijpen en onthouden

De patiënt moet de gegeven informatie verstandelijk kunnen begrijpen en onthouden. U bereikt dit door bij het geven van een uitleg ervoor te zorgen dat:

- uw uitleg aansluit bij hetgeen de patiënt al weet en nog meer wil weten;
- uw taalgebruik, zinsbouw en denkstappen aansluiten bij de taal, het denkniveau en het referentiekader van de patiënt;

- de patiënt de informatie overzichtelijk en met begripsbevorderende aanwijzingen krijgt gepresenteerd;
- de patiënt voldoende gelegenheid krijgt om de informatie in zich op te nemen en daarop te reageren;
- u nagaat in hoeverre de patiënt uw uitleg heeft begrepen en u zo nodig correcties en/of aanvullingen geeft;
- u voorlichtingsmateriaal aanbiedt aan de patiënt als geheugensteuntje en houvast.



#### B.4 Verwerken en beoordelen

De patiënt moet de gegeven informatie op waarde kunnen inschatten door middel van emotionele verwerking en oordeelsvorming. De patiënt moet daarvoor de gelegenheid krijgen om de informatie te beoordelen en zijn vragen en twijfels te uiten om er uiteindelijk houvast aan te kunnen ontleen. U ondersteunt deze verwerking door actief te luisteren naar de opvattingen, wensen en gevoelens die de patiënt openlijk of verhuuld laat blijken. De belangrijkste vaardigheden hiervoor zijn:

- stellen van de juiste (open) vragen;
- laten merken dat u de opvattingen, wensen en gevoelens van de patiënt heeft gehoord en serieus neemt (parafraze, gevoelsreflectie);
- korte samenvattingen maken van hetgeen de patiënt u vertelt.



Indien uw uitleg veel emoties oproept, dan helpt u door actief te luisteren de patiënt tevens om emotioneel 'tot bedaren' te komen, zodat de patiënt openstaat voor uw verdere uitleg. Bovendien bevordert actief luisteren de verstandhouding, omdat de patiënt zich door u begrepen en gesteund voelt.

### B.5 Besluiten en gedrag(sverandering)

Wellicht het belangrijkste onderdeel van de voorlichting is het overleg dat u voert met uw patiënt over de aanpak van zijn gezondheidsprobleem. Instructies en adviezen kunnen daar deel van uitmaken, maar uiteindelijk gaat het er om dat u samen met uw patiënt komt tot een besluit over een aanpak waar uw patiënt achter staat en zich voor wil inzetten.

Soms heeft de patiënt meer tijd nodig dan het consult toelaat, om de gegeven informatie te verwerken, om de consequenties ervan te overzien en om te komen tot een weloverwogen beslissing. U kunt de patiënt dan helpen bij deze verdere verwerking door het bieden van houvast na het gesprek.

De belangrijkste aandachtspunten voor het overleg met de patiënt en voor het geven van adviezen en houvast zijn:

- aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt;
- keuzes bieden, de patiënt zo veel mogelijk zelf laten beslissen;
- de patiënt helpen bij het maken van afwegingen;
- de patiënt de tijd geven om tot een besluit te komen;
- instemming bereiken en ook controleren;
- duidelijke afspraken maken en zo nodig ondersteuning bieden.

