

# Specifieke consultvaardigheden bij zorgmijders

Sicco Steenhuisen

**Een standaardbejegening kan bij zorgmijders tot ongewilde resultaten leiden, zoals miscommunicatie, conflicten of relatiebreuken. Als huisarts blijft u echter verantwoordelijk voor passende zorg. Dit vraagt om een flexibele houding, waarbij u zich aan de zorgmijder aanpast. Maar hoe doet u dat? In dit artikel komen enkele consultvaardigheden aan de orde die nuttig zijn bij zorgmijders.**

## SLECHTE GEZONDHEID EN GEEN ZORGVRAGEN

Alfred uit de casus is een zorgmijder. Dit begrip omvat meer dan de *low attender*, die vaak gezond is. Kenmerkend zijn de weinige of afgebroken contacten met artsen, ernstige psychische en sociale problematiek, zoals verwaarlozing of overlast, een gebrekkig sociaal netwerk en medische problemen. Het zijn mensen die zich ongemakkelijk voelen in het contact met anderen. Hun wantrouwen kan zijn versterkt door negatieve ervaringen met zorgverleners. Ook kan paranoia de oorzaak zijn van hun oordeel over zorgverleners. Ze noemen zichzelf liever 'zorgmissers' of 'zorgvuldige zorgkiezers'. Deze termen benadrukken dat het om eigenschappen gaat van zowel de zorgmijder zelf als het zorgsysteem, en dat ze de term 'zorgmijder' als een stigmatiserend begrip kunnen beleven.<sup>1</sup> Zorgmijders beleven het zorgsysteem als ontoegankelijk. Ze leven vaak geïsoleerd en worden als excentriek ervaren. Dikwijls komen '(drie)dubbele diagnoses' voor.<sup>2,3</sup>

### CASUS

De 60-jarige Alfred wil me geen hand geven omdat hij dat 'niet nodig' vindt. Hij heeft lang haar, onverzorgde kleren en ruikt onfris. Hij is al jaren niet bij een huisarts geweest, want zijn vrouw 'is overleden door fouten van artsen'. Sinds haar overlijden gaat het bergafwaarts met hem. Hij pulkt aan zijn gezicht en zegt dat zijn littekens hem mensenschuw maken. Hij woont op een boot naast een industrieterrein en er gaan dagen voorbij zonder dat hij iemand spreekt. Zijn zeer ernstige COPD veroorzaakt angst en woede. Het kost veel geduld om hem te kalmeren en te overtuigen van een bezoek aan de longarts. Om beter zicht te krijgen op de problematiek dring ik aan op een visite op zijn boot. Opruimen en schoonmaken lukt hem niet meer en hij blijkt geen bijstand te ontvangen. Hij is slechts een kwartier per dagdeel in staat tot lichamelijke activiteit. Desgevraagd blijkt zijn sociale netwerk te bestaan uit een kennis en zijn zus. Met intervallen bezoek ik hem op zijn boot. Hij heeft conflicten met de longarts, de wijkagent en het maatschappelijk werk. Zijn leven ervaart hij als mislukt en hij wil zo niet meer verder leven.

## STANDAARDBEJEGENING IS NIET EFFECTIEF

Herkennen van de zorgmijder is essentieel. Pas dan kan je als huisarts anders naar de patiënt gaan kijken en de vele problemen zien waar deze patiënten mee worstelen, maar waarvoor zij geen hulp vragen.

Wanneer u gewoontegetrouw direct op de hulpvraag focust, veronderstelt dit dat er al sprake is van een vertrouwensrelatie. Zonder vertrouwen kan de patiënt een hulpaanbod afwijzen. En juist dat vertrouwen ontbreekt bij zorgmijders. Daarom is het van belang om bij deze patiënten zo vroeg mogelijk de relatie(vorming) centraal te stellen.<sup>1</sup> Door u in te leven en daar uiting aan te geven kunt u de basis van een vertrouwensrelatie

## U zult soms het puntje van uw tong moeten afbijten

leggen. Waardeer ook de genomen moeite: 'U bent heel lang niet bij een huisarts geweest, dan zal het wel heel belangrijk voor u zijn.' Erken de stress: 'Misschien is het wel wat onwennig voor u' en biedt structuur: 'We hebben 20 minuten, zo nodig plannen we een nieuwe afspraak.' Ga ervan uit dat de patiënt geen kennis heeft van uw praktijkvoering en wees flexibel. Ook non-verbaal kunt u uw open houding laten blijken door uw lichaam naar de patiënt gericht te houden en zo min mogelijk op het scherm te kijken. Blijf geduldig en wees uzelf. Een niet bij u passende stijl wordt direct opgemerkt. Onderdruk in deze beginfase van het consult de neiging om alles op te lossen, de zogenoemde reparatiereflex. Het eerstvolgende doel is het terugkomen van de patiënt en hierbij kan een *common ground*, een gemeenschappelijke interesse, soms wonderen verrichten.

Het bespreken van positieve en negatieve verwachtingen brengt de ambivalentie van de patiënt in beeld. Daardoor kunt u valkuilen of *no go areas* vermijden. Die verwachtingen betreffen zowel de rol als hulpvrager ('Zullen we samen kijken wat er aan de longen gedaan kan worden?'), als de therapeutische relatie ('Wordt u boos als ik dit zeg? Hebt u nog vertrouwen in me?').<sup>4</sup>



Het succes van de hulpverlening staat of valt met de communicatie.

Foto: Marius van Dokkum - Mannenhuishouding

### VERSTERK DE ARTS-PATIËNTRELATIE

Een behandelrelatie ontstaat gemakkelijker wanneer de patiënt voelt dat hij gerespecteerd wordt en erkenning krijgt van zijn ideeën en gevoelens. Zorgmijders hebben soms bizarre overtuigingen en toch laat u merken dat uw samenwerking hier niet onder hoeft te lijden.

De erkenningsrespons omvat drie componenten. Verwoord uw gedachten: 'U geeft me liever geen hand bij binnenkomst.' Erken het belang voor de patiënt en neem hem daarmee serieus: 'Ik begrijp dat dit voor u fijner is.' En laat vervolgens een stilte vallen in combinatie met een uitnodigende non-verbale houding.

Wanneer u een empathische houding aanneemt krijgt de patiënt het gevoel dat u hem serieus neemt. Veel patiënten uiten hun emoties zelden op directe wijze, maar zenden wel signalen uit. Het is aan u om deze signalen op te pikken en er positief op te reageren. Ook dat gebeurt in drie stappen. Via parafrasering of herhaling benoemt u de gevoelens: 'U bent heel boos op mijn voorganger, hoor ik.' Ga verder met een erkennende bevestiging van de gevoelens waarmee u de situatie accepteert: 'Ik vind het belangrijk te weten waarom u zo boos bent. Als ik u beter begrijp kan ik u beter helpen.' Laat dan een uitnodigende stilte vallen. Door deze evidence based-technieken zal de zorgmijder merken dat zijn stress veroorzakende cognities en gevoelens geen belemmering hoeven te zijn voor de relatie.<sup>5</sup>

### INVENTARISATIE VAN DE PROBLEMEN

Vervolgens kunt u via open vragen een inventarisatie maken van de onderwerpen waar de patiënt hulp bij wenst. Meestal noemen patiënten een veelvoud aan ernstige problemen. De ervaring leert dat u zo veel zinvolle achtergrondinformatie krijgt en dat de hiervoor benodigde tijdsinvestering zich ruimschoots terugverdient. De patiënt vertelt u niet alleen over de problemen, maar u hoort ook delen uit zijn verhaal en krijgt inzicht in de onderliggende hulpvragen. Dit kan goed van pas komen wanneer u samen op zoek gaat naar de juiste behandeling. Eventueel kunt u problemen tijdelijk parkeren met een open opmerking als: 'Daar zullen we later op terugkomen, als u dat wilt.'

#### DE KERN

- Zorgmijders behoeven een specifieke communicatie.
- Bouw allereerst aan een vertrouwensrelatie – het belangrijkste doel is een vervolgspraak.
- Vermijd de reflex om alles direct op te lossen.
- Erkenning geven van bepaalde opvattingen en gevoelens kan behulpzaam zijn.
- Achter de genoemde hulpvraag gaan veel verborgen problemen schuil.

## INVOEGEN, TOESTEMMING VRAGEN EN UITLEGGEN

Stel de speciële anamnese uit en probeer eerst te vragen naar en aan te sluiten bij de verwachtingen van de patiënt.<sup>6</sup> Wanneer de anamnese het karakter van een geïnteresseerd gesprek heeft, zal de patiënt minder snel afhaken. Probeer conclusies in de vraagvorm te stellen en peil hoe dit overkomt. ‘Klopt het dat het niet meer lukt om de boot te verwarmen en op te ruimen?’ De anamnese en het lichamelijk onderzoek kunnen angst oproepen. Vraag daarom steeds toestemming voor alles wat inbreuk kan maken op de persoonlijke ruimte van de zorgmijder. ‘Vindt u het goed dat ik uw longen ga beluisteren?’ Vertel dat uw notities binnen de geheimhouding vallen, leg uit waarom u iets vraagt en denk hardop. Hierdoor anticipeert u op eventueel aanwezig wantrouwen. Soms zal uw handelen onbegrip of emoties oproepen. Beantwoord deze dan op een neutraliserende toon: ‘Ik wil graag voor u klaarstaan.’

## VERBALE EN PRAKTISCHE STEUN

Met verbale steun, zoals ‘Goed dat u hiervoor komt’, kunt u de samenwerking bekrachtigen. Het aanbieden van feitelijke hulp versterkt de relatie nog meer.<sup>7</sup> Onze patiënt kreeg steun bij zijn communicatie met de specialist en de politie. Er werd outreachende hulp ingezet voor zijn financiële situatie en ik heb hem geholpen bij het invullen van formulieren. Pas daardoor, en door mijn afspraken na te komen, kreeg hij langzamerhand vertrouwen.

## STEL DE PATIËNT CENTRAAL

Veel van de bovenstaande vuistregels houden in dat u anders moet optreden dan u gewend bent, en u zich wellicht moet inhouden. Laat de zorgmijder zijn zinnen afmaken en interrompeer niet, vooral niet in de eerste gespreksfase. U zult soms echt het puntje van uw tong moeten afbijten. Slechts 23% van de patiënten blijkt in de praktijk een openingsstatement af te kunnen maken. Onderzoek laat zien dat artsen hun patiënten gemiddeld al na 18 seconden interromperen.<sup>6</sup> Houd er rekening mee dat 29% van de daklozen verstandelijk beperkt is.<sup>8</sup> Gebruik dus eenvoudige woorden en korte zinnen, en controleer of de patiënt u begrijpt.

Een zorgmijder behoort tot de groep patiënten die moeite hebben met het formuleren van een hulpvraag. Hij test u met zijn openingsvraag, en het hangt van uw antwoord af of hij terugkomt. Met wat geduld kan er een vraag achter de vraag verschijnen. Is er enig vertrouwen en komt de patiënt terug, dan kunt u zeggen: ‘U hebt heel veel problemen en we kunnen niet alles in één keer oplossen. Zullen we samen eens kijken wat het eerste aandacht nodig heeft?’

Soms kunt u naast de patiënt gaan staan en van zijn ‘levens-

boek’ een paar pagina’s delen. Dat kan u een narratief begrip opleveren: u hoort feiten over en duidingen van de situatie waarin hij terecht is gekomen, en van zijn eigen rol daarin.<sup>9</sup> Het succes van de hulpverlening aan een zorgmijder staat of valt met de communicatie. Het bouwen aan een behandelrelatie staat daarbij centraal. Pas dan is er sprake van contactgroei en kunt u vervolgspraken maken waarbinnen u hulp kunt bieden. ■

## DANKWOORD

Mijn dank gaat uit naar Marian Oud voor het kritisch lezen en geven van adviezen.

## LITERATUUR

1. Klop H, Onwuteaka-Philipsen B, Gootjes J, Kirsten K. Zorgmijding onder dak- en thuislozen: lessen uit de werkwijze van straatpastors en geestelijk verzorgers. Amsterdam: VUmc, 2018.
2. Sloekers M, Van Laere I, Van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts Wet 2017;60:360-2.
3. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries. Systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med 2008;5:e225. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050225.
4. Koekkoek B, Van Meijel B, Van Ommen J, Pennings R, Kaasbrood A, Hutschemaekers G, et al. Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as ‘difficult’ by professionals. BMC Psychiatry 2010;10:96.
5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering. Den Haag: Lemma, 2006.
6. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101:692-6.
7. Tielens J, Verster M. Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 2010.
8. Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JR, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. PLoS One 2014;9:e86112.
9. Roeg D, Van de Lindt S, Lohuis G, Van Doorn L (red.). Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende zorg. Amsterdam: SWP, 2015.

Steenhuisen SF. Specifieke consultvaardigheden bij zorgmijders. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0290-1.  
PoZoB, Veldhoven: S.F. Steenhuisen, kaderhuisarts ggz en huisarts van een huis voor daklozen, sfsteehuisen@gmail.com.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.