

## Gesprekstraining voor artsen\*

DOOR DRS. H. J. BRAND, OPVOEDKUNDIGE TE ROSMALEN

„Verschillende onderzoeken hebben aange-  
toond dat in het werk van de huisarts het spreken  
met de patiënt een zeer grote plaats inneemt. Naast  
het instrumentele handelen komt het verbale con-  
tact meer op de voorgrond dan vroeger het geval  
was. In zijn opleiding heeft de huisarts echter  
nooit geleerd op welke wijze hij het beste met zijn  
patiënten kan spreken en, wat nog belangrijker is,  
op welke wijze hij het beste naar zijn patiënten kan  
luisteren. Ook is hij zich nog onvoldoende bewust  
welke invloed eigen spreken, houding en gedrag  
op de relatie met de patiënt kunnen hebben.”

Deze opmerkingen worden gemaakt door Van  
Es in zijn voorwoord van een boek gewijd aan het  
„Praten met patiënten” (*Brouwer en Dijkhuis*). Dit  
voorwoord, evenals genoemd boek en vele andere  
studies getuigen van een toenemende aandacht  
voor de professionele betekenis van het gesprek  
voor de arts.

Het gesprek kan een rol spelen als diagnostisch  
medium; dit kan met het volgende spreekkamer-  
gesprek worden aangetoond (*Brouwer en Dijkhuis*).

Een 35-jarige vrouw bezoekt het spreekuur voor prenatale  
zorg; zij is ruim vijf maanden gravida.

Arts: „Zo, mevrouw dat is... laat eens kijken... drie we-  
ken geleden dat ik u gezien heb... hoe gaat het ermee,  
vindt u?”

Patiënt: „O... wel goed, geloof ik... ik heb eigenlijk geen  
bijzondere klachten”.

Oppervlakkig beschouwd deelt de patiënt mede  
dat er geen bijzonderheden zijn te melden. Zoals  
uit het vervolg van het gesprek blijkt, bevat het  
antwoord echter verborgen informatie.

Arts: „U zegt zo... geloof ik... twijfelt u misschien toch  
een beetje?”

Patiënt: „Nou ja, weet u... als ik 's avonds op bed lig, dan  
heb ik zo'n raar gevoel in de buik... zo doods... ik weet  
niet hoe ik het zeggen moet...”

Arts: „Een doods gevoel zegt u?”

Patiënt: „Nou ja, doods... dat komt misschien omdat ik  
nog geen leven voel en bij de andere kinderen had ik na  
vier maanden al duidelijk leven en daarom denk ik wel  
eens, zou het allemaal wel goed zijn?”

Het hangt af van de kundigheid van de arts in  
de gespreksvoering of hij — zoals in dit gesprek —  
toegang verkrijgt tot de verborgen informatie die  
van belang kan zijn voor de diagnose-stelling.  
Daarnaast kan het gesprek een rol spelen bij het  
geven van informatie aan en het begeleiden van  
patiënten. In beide gevallen kan het gesprek als be-  
invloedingsmedium processen induceren, resulte-

rend in een lichamelijk en/of geestelijk gezonde  
leefwijze. Men kan hierbij denken aan het advise-  
ren bij het gebruik van anticonceptionele middelen,  
maar evenzeer aan het hulp bieden aan patiënten  
bij het aanvaarden van een ongeneeslijke ziekte of  
van de dood.

Sinds het baanbrekende werk van C. R. Rogers,  
de geestelijke vader van de „Client centered  
therapy”, is het gesprek een voorwerp van weten-  
schappelijke reflectie en onderzoek geworden; het  
behoeft nu niet meer uitsluitend op intuïtieve —  
dit is voorwetenschappelijke — wijze te worden  
gevoerd door degenen, die het gesprek als profes-  
sioneel instrument hanteren zoals psychotherapeu-  
ten, artsen, opvoeders en maatschappelijke werkers.  
Men is zich duidelijker bewust geworden dat het  
gesprek een interactieproces is, dat wil zeggen een  
proces tussen mensen, waardoor zij elkander be-  
invloeden.

Concreet wil dit voor de arts zeggen dat niet  
slechts de inhoud, maar ook de wijze waarop het  
gesprek wordt gevoerd, bij de patiënt iets in gang  
zet en wát dat is, zal hij zoveel mogelijk onder  
controle willen hebben. Daartoe zal men bijvoor-  
beeld onder ogen moeten zien of een snelvuur van  
vragen die tot een diagnose moeten leiden, ook de  
verborgen informatie naar boven brengt die nodig  
is om een juist beeld te verkrijgen van de werkelijke  
problematiek van de patiënt. Wij weten nu immers,  
dat de informatiestroom die ons in het gesprek be-  
reikt, wordt gevormd door een bovenstroom en  
een onderstroom. Ontgaat ons de onderstroom,  
dan zullen wij niet in staat zijn de werkelijke bete-  
kenis van de informatie uit de bovenstroom te be-  
palen. De onderstroom wordt voor een belangrijk  
deel gevormd door emotionele elementen, die  
slechts door een geofend oor zijn op te vangen.  
Dit betekent, dat men voor een adequate gespreks-  
voering niet alleen gevoelig moet zijn voor de min-  
der voor de hand liggende betekenis van de verbale  
elementen van het gesprek, maar ook voor de non-  
verbale elementen zoals mimiek en pantomimiek.

Leerprocessen, die leiden tot vaardigheid in het  
methodisch hanteren van het gesprek hebben een  
complex karakter. Daarom is louter informatie-  
overdracht ontoereikend. Voor alles gaat het om  
een te verwerven vaardigheid. Er moet dus sprake  
zijn van een oefensituatie, gecombineerd met een  
stelselmatige reflectie. Aldus komt men ertoe  
spreekkamer-gesprekken van de arts met een patiënt  
op de band op te nemen — eventueel op een beeld-  
— en een geluidsband — om achteraf daarop te

\* Voordracht, gehouden tijdens de demonstraties in nascho-  
lingsmethodieken op het N.H.G.-Congres 1970, R.A.I. Con-  
grescentrum te Amsterdam.

reflecteren met een groep collega's onder deskundige leiding. Een van de bezwaren van deze methode is — afgezien van praktische en ethische implicaties — dat men geen expliciete „feed-back” van de gesprekspartner verkrijgt en dat het moeilijk is wat te krijgen op de emotionele component van het gesprek.

Hieruit blijkt, dat het verwerven van vaardigheid moet samengaan met het verhogen van de sensitiviteit. Daarom wordt doorgaans gebruik gemaakt van de „rollenspel-methode”, waarmee de realiteit van de spreekkamer wordt gesimuleerd (*Dijkhuis en Van Lennep*). Twee of meer personen nemen een bepaalde rol op zich, bijvoorbeeld die van respectievelijk arts en ongehuwde moeder, waarbij laatstgenoemde komt vragen om abortus provocatus. Zij pogen het gesprek te voeren vanuit een zekere inleving in de gekozen rol. Het gesprek wordt opgenomen op de band en na afloop gezamenlijk teruggeluisterd, geanalyseerd en geëvalueerd. Deze methode, die verwantschap vertoont met psychotherapeutische methoden, ontwikkeld door Moreno en medewerkers, bevordert een sterke inleving in de situatie van degene, die men in de dagelijkse praktijk als gesprekspartner ontmoet. Daardoor wordt het gemakkelijker de aard van de gevoelens te onderkennen, die een rol spelen zowel bij zichzelf als bij de ander. Door een systematisch gebruik van „feed-back”, namelijk door na afloop van het gesprek aan de gesprekspartner te toetsen hoe hij het gehele gesprek of bepaalde passages heeft ervaren, is men in staat de doelmatigheid van eigen gedrag en van bepaalde interventies in het gesprek te evalueren. Dit scheidt de mogelijkheid in volgende gesprekken te oefenen met het eigen gedrag. Men kan systematisch nagaan, welke manier van informatie-overdracht effectief is, hoe men weerstanden kan opheffen, hoe men eigen gevoelens kan hantieren enzovoort.

Naast deze trainingsmethode bestaan verwante methoden, zoals de „sensitivity-training”, gericht op het werken met groepsrelaties. Deze heeft een wat ruimere doelstelling dan de gesprekstraining en zal hier onbesproken blijven.

In het najaar van 1968 vond in het Nederlands Huisartsen Genootschap centrum Noord-Oost-Brabant een gesprekstraining plaats in een groep van elf huisartsen, waarbij schrijver dezes als trainer optrad. Daarbij werd overwegend gewerkt met de rollenspel-methode. Na de eerste zitting werden twee niet-artsen uitgenodigd aan de training deel te nemen, om de mogelijkheid in te bouwen van „feed-back” van personen met een ander referentiekader dan dat van de arts. Daardoor kon de arts-patiënt-relatie realistisch worden benaderd, dan in een trainingsgroep van uitsluitend artsen.

Het is vermeldenswaard, dat het voorstel daartoe aanvankelijk op vrij sterke weerstanden stuitte. Uiteindelijk besloot de groep bij wijze van proef ertoe over te gaan. Nu dezelfde groep artsen twee

jaar later om voortzetting van de gesprekstraining vraagt, wordt door hen als eis gesteld, dat weer enige niet-artsen aan de training deelnemen. De training als geheel werd aan het slot van de eerste cyclus van tien avonden op een zevenpuntsschaal gemiddeld gewaardeerd op 5,8 met de volgende spreiding:

1	2	3	4	5	6	7
waarde-				7x	1x	5x
loos			gaat			zeer
			wel			waardevol

Een dergelijke trainingsopzet is mogelijk in een groep van acht tot twaalf personen. Blijkens onze ervaringen kan met een reeks van tien zittingen met een duur van twee tot drie uur in tien opeenvolgende weken een bevredigend begin worden gemaakt. Als equivalent kan men ook een opzet van drie tot vijf aaneengesloten dagen als aanvangstraining kiezen. Dit moet als een minimum worden gezien; voor een meer intensieve training is een groter aantal zittingen nodig. Daar het om een leerproces gaat dat een langdurige integratieperiode vereist, is in alle gevallen een „follow-up training” van belang, hetzij na een aantal weken of maanden, hetzij na één of twee jaar.

Men moet beschikken over een rustige ruimte, waar de deelnemers niet worden gestoord. Er moet voldoende gelegenheid zijn voor het werken in pleno-zittingen (aan een nagenoeg vierkante of ronde tafel) en voor activiteiten van subgroepen van drie tot vier personen. Men moet beschikken over een bandrecorder met opname-mogelijkheid, voorzien van een telwerk. Voorts is een schrijfwand of „flip-over” nodig.

Wat de rol van de trainer betreft, men moet zich deze niet voorstellen als docent. Hij dient de groep te helpen een proces van zelftraining op gang te brengen. Het inbrengen van een zekere dosis mondelinge informatie kan daarvoor op bepaalde tijdstippen bevorderlijk zijn, het speelt echter een ondergeschikte rol. Zijn voornaamste taak is de groep te leren zichzelf te helpen en haar daarvoor de „tools” aan te reiken.

Het aantal gekwalificeerde trainers is in ons land helaas nog vrij beperkt.

#### *Literatuur ter oriëntatie*

Brouwer W. en J. H. Dijkhuis. Praten met patiënten. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1967.

Hier wordt de praktijk van de gespreksvoering van de huisarts behandeld. Men gaat aan de hand van concrete voorbeelden in op een aantal praktische vraagstukken. Het ontbreken van een theoretisch referentiekader kan als een gemis worden ervaren. Er worden evenwel vele goede en praktische literatuurverwijzingen verstrekt.

Schoot E. van der. In gesprek met de ander, praktische psychologie van het gesprek. C. F. Callenbach n.v., Nijkerk, zonder jaartal.

In kort bestek wordt op praktische wijze het

helpende gesprek toegelicht. Hoewel niet toegespitst op de praktijk van de huisarts, worden ook hem belangrijke aanwijzingen gegeven.

Faber H. en E. van der Schoot. Het pastoraal gesprek. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1962.

In een beknopte, heldere vorm wordt de conceptie van Rogers als theoretisch kader voor de gespreksvoering weergegeven. Tevens worden een

aantal praktische aanwijzingen en enig oefenmateriaal verstrekt, in eerste instantie voor pastorale werkers, maar voor een belangrijk deel ook van toepassing op de praktijk van de arts.

Dijkhuis, J. H. en D. J. van Lennep. De betekenis en de functie van het rollenspel. (1962) *Wijsgerig Perspectief op Maatschappij en Wetenschap* 3, september.  
Rogers, C. *Client centered therapy*. Boston, 1951.

## VAN DE COMMISSIE PRAKTIJKVOERING

### *Het waarnemings/keuringsbericht*

In een streven naar betere communicatie tussen huisartsen en door verschillende N.H.G.-leden hierop attent gemaakt, beproefden leden van de Commissie Praktijkvoering gedurende een half jaar een waarnemings/keuringsbericht, volgens het hierbij afgedrukte formuliertje in de praktijk. De hierop ontvangen commentaren waren zeer positief.

Het kleine formaat (A-6 = receptenformaat) waarborgt gemakkelijk meenemen tijdens het visiteren (weekend-, nacht- en vakantiewaarneming). Dit heeft het voordeel dat men slechts eenmaal ter plaatse de gegevens behoeft te noteren. De voorgedrukte tekst bespaart tijd. Ook tijdens het spreekuur kunnen de gegevens van in waarneming behandelde patiënten op het formulier worden genoteerd. Door een kringetje om de desbetreffende letter kan de wijze van verzekering worden aangegeven, respectievelijk consult of visite. Bij terugkomst van de betrokken collega behoeft het stapeltje formuliertjes slechts in een envelop te worden gedaan en opgestuurd.

Bij een keuring is het gewenst de huisarts op de hoogte te stellen van de eventueel gevonden afwijkingen. Ook hiervoor kan men het formuliertje gebruiken. Tijdens de proef was hiervoor een groter formulier (A-5) ter beschikking gesteld. Hieraan bleek echter weinig behoefte te bestaan in tegenstelling tot het receptenformaat: deze „vlogen er door”.

Het N.H.G.-bestuur heeft besloten het kleine formaat uit te geven. Dit formulier kan worden besteld in eenheden van duizend stuks bij het N.H.G.-bureau, Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht; telefoon 030-516741. De prijzen bedragen: Niet bedrukt met naam en adres: f 12,— / 1 000 voor N.H.G.-leden en f 13,— / 1 000 voor niet N.H.G.-leden.

\* Werkgroep Praktijkvoering: B. J. van Vianen, rapporteur.

Bedrukt met naam en adres (levertijd 4-5 weken):  
f 25,— / 1 000 voor N.H.G.-leden en f 27,50 / 1 000 voor niet N.H.G.-leden.

De prijzen zijn inclusief verzendkosten, doch exclusief 14% BTW.

*Het waarnemings/Keuringsbericht (ware grootte)*

datum:

Aan:

Zeer geachte Collega,

Heden zag ik Uw patiënt(e):.....

wonende: .....

Wegens: waarneming/keuring.  $\frac{F}{P} \mid \frac{C}{V}$

Bij onderzoek werd gevonden:

Ik adviseerde:

Met collegiale hoogachting,