

JOLIEN SMET & ANDREA COOLS



ZEG HET MET ZORG

Kwaliteitsvolle zorg door empathische
en effectieve communicatie

TWEEDE
HERWERKTE
EDITIE 2026

| OWL PRESS |

VOORWOORD	11		
DEEL I. DE BASIS	15		
HOOFDSTUK 1: DE TIEN GEBODEN EEN COMMUNICATIEF KADER ALS HOUVAST	17 17		
1. Weet wie je bent	19		
1.1. Ik	19		
1.2. Wij	22		
2. Weet wie de ander is	26		
2.1. Referentiekader	27		
2.2. Visie	28		
2.3. Voorkennis	31		
3. Weet wat je wilt bereiken	33		
4. Weet wat je wilt zeggen	36		
5. Weet de juiste vragen te stellen	39		
5.1. Onderzoek	39		
5.2. Ziekte	41		
5.3. Therapie	42		
6. Weet welk medium in te zetten	44		
7. Weet de juiste toon aan te slaan	46		
8. Weet dat je met je lichaam praat	48		
9. Weet de reactie te interpreteren	51		
10. Weet waar het mis kan gaan	53		
HOOFDSTUK 2: DE BASISTOOLBOX VAARDIGHEDEN OM ALTIJD BIJ DE HAND TE HEBBEN	57 57		
1. In de schoenen van een ander	58		
2. Actief luisteren	62		
2.1. Alles begint met aandacht	64		
2.2. Stiltes mogen	65		
2.3. (De juiste) vragen stellen	66		
2.3.1. Wat je eigenlijk wilt weten	66		
2.3.2. Open of gesloten	68		
2.3.3. E-invragen en E-exvragen	69		
2.3.4. Goede en slechte vragen	70		
2.3.5. Feiten, emoties en betekenis	73		
2.4. Hetzelfde, maar anders	75		
2.5. Het is hoe je het voelt	76		
2.6. Samenvatten	78		
3. Structurerende en regulerende vaardigheden	80		
3.1. Lang leve structuur!	80		
3.1.1. Wat willen we?	81		
3.1.2. U of jij?	81		
3.1.3. Back on track	82		
3.1.4. Inpikken of laten varen?	82		
3.1.5. Begin, midden, slot	82		
3.2. You're in control	85		
HOOFDSTUK 3: IN(TER-) ACTIE! GIDS VOOR MONDELINGE EN SCHRIFTELIJKE COMMUNICATIE	89 89		
1. Met je stem	89		
1.1. Anamnese	89		
1.1.1. Voorbereiding	92		
1.1.2. Kennismaking	92		
1.1.3. Klachten en hulpvraag verhelderen	93		
1.1.4. Algemene anamnese	97		
1.1.5. Afsluiting	103		
1.1.6. Do's-and-don'ts	103		
1.1.7. Positive health	104		
1.2. Ontslaggengesprek	106		
1.2.1. Richtlijnen als voorbereiding op de thuissituatie	107		
1.2.2. Algemene vragen bij het ontslaggesprek	108		
1.3. Telefoneren	110		
2. Met je pen	113		
2.1. Bezint eer ge begint	113		
2.2. Tips	115		
2.2.1. Juist is juist	115		
2.2.2. Schrijven is schrappen	117		
2.2.3. Geef vaart aan je tekst	119		
2.3. Inclusief schrijven	122		
2.4. Concreet	123		
2.4.1. E-mail	123		
2.4.2. Verslag	126		
HOOFDSTUK 4: MEDISCH OP MENSENMAAT TECHNIEKEN OM HELDER TE COMMUNICEREN	131 131		
1. Vereenvoudigen	133		
1.1. Spelen met bouwstenen	133		
1.2. Vereenvoudigen in de praktijk	134		
2. Verlevendigen	136		
3. Illustreren	137		

DEEL II. UITDAGENDE GESPREKKEN	141	HOOFDSTUK 7: WANNEER HET BOTST OMGAAN MET CONFLICTEN EN AGRESSIE	177 177
HOOFDSTUK 5: YES, YOU CAN! MOTIVERENDE GESPREKSVOERING EN ZELFMANAGEMENT	143 143	1. Wanneer grenzen botsen	178
1. Wat het is en wat het niet is	143	2. Crisiscyclus	180
2. Tijd voor verandering	145	2.1. Triggerfase	181
2.1. Begrijpen	145	2.2. Escalatiefase	182
2.2. Willen	147	2.3. Crisisfase	183
2.2.1. Attitude	147	2.4. Afbouwfase	184
2.2.2. Sociale steun	148	2.5. Postcrisis-depressiefase	185
2.2.3. Eigen effectiviteit	148	2.6. Veiligheidsaspecten bij agressie-incidenten	186
2.3. Kunnen	149	3. Do's-and-don'ts	188
2.3.1. Vaardigheden	149	3.1. Kalmte zal u redden	188
2.3.2. Barrières	149	3.2. Nee, maar...	188
2.4. Doen	151	3.3. Eindig (als dat kan) positief	189
		3.4. Huisregels en afspraken	189
		3.5. Zorgvrager is koning?	190
HOOFDSTUK 6: TOT HIER EN NIET VERDER GRENZEN STELLEN EN ASSERTIVITEIT	157 157	HOOFDSTUK 8: EN DAN STAAT ALLES STIL SLECHTNIUWSGESPREK EN ROUW	195 195
1. Wat het is en wat het niet is	158	1. Slechtnieuwsgeprek	195
2. Types assertiviteit	159	1.1. Slechtnieuwscyclus	196
2.1. Agressief	159	1.1.1. Voorbereiding	196
2.2. Subassertief	160	1.1.2. Stappen in het gesprek	198
2.3. Assertief	161	1.1.3. Nazorg	200
3. Verbindend communiceren	162	1.2. Mogelijke weerstand	201
3.1. Alles begint bij erkenning	162	1.2.1. Ratio	202
3.1.1. Jezelf	162	1.2.2. Emotie	202
3.1.2. De ander	165	1.3. Do's-and-don'ts	204
3.2. Waarnemen	165	2. Omgaan met rouw	206
3.3. Expressie	166	2.1. Rouw	206
3.4. Behoeft formuleren	167	2.2. Het rouwproces	207
3.5. Verzoek	168	2.3. Do's-and-don'ts	210
4. Specifieke situaties	170		
4.1. Nee zeggen	170		
4.2. Zelf een verzoek formuleren	171		
4.3. Omgaan met kritiek	172		
4.3.1. Kritiek ontvangen	172		
4.3.2. Kritiek geven	173		

DEEL III. BIJZONDERE GROEPEN	213	HOOFDSTUK 12: DE WERELD IS EEN DORP COMMUNICATIE OVER TAAL- EN CULTUURBARRIÈRES HEEN	265 265
HOOFDSTUK 9: VOOR JONG EN OUD COMMUNICATIE MET ZORGVRAGERS VAN ALLE LEEFTIJDEN	215 215	1. Taal	265
1. Kinderen	215	1.1. Wat zegt de wet?	265
1.1. Inzicht in de doelgroep	216	1.2. Ondersteuning	267
1.1.1. Baby's	216	1.2.1. Visuele ondersteuning	267
1.1.2. Peuters en kleuters	217	1.2.2. Helder Nederlands of contacttaal	268
1.1.3. Schoolkinderen	221	1.2.3. Tolken	269
1.2. Do's-and-don'ts	223	2. Cultuur	271
1.3. Procedureel comfort	224	2.1. Software of the mind	271
2. Ouderen	230	2.1.1. Hoe zie ik mezelf tegenover de ander?	273
2.1. Oud is niet out!	230	2.1.2. Waarom doe ik wat ik doe?	274
2.2. Bijzondere gespreksvoering	233	2.1.3. Hoe denk ik over de tijd?	276
2.2.1. Delier	233	2.1.4. Hoeveel laat ik afhangen van context?	277
2.2.2. Dementie	234	2.2. Het TOPOI-model	278
2.3. Do's-and-don'ts	236	2.2.1. Taal	279
		2.2.2. Ordening	279
		2.2.3. Persoon	280
		2.2.4. Organisatie	281
		2.2.5. Inzet en invloed	282
		2.3. Ondersteuning: de intercultureel bemiddelaar	283
		2.4. Do's-and-don'ts	286
		3. Doven en slechthorenden	287
		3.1. Inzicht in de doelgroep	287
		3.2. Ondersteuning	289
		3.3. Do's-and-don'ts	290
HOOFDSTUK 10: DREMPELS COMMUNICATIE OVER BARRIÈRES HEEN	239 239	NAWOORD	293
1. Visuele beperking	242	BRONNEN EN REFERENTIES	295
1.1. Inzicht in de doelgroep	242		
1.2. Do's-and-don'ts	243		
2. Verstandelijke beperking	244		
2.1. Inzicht in de doelgroep	244		
2.2. Ondersteunende communicatie	244		
2.3. Do's-and-don'ts	245		
3. Laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden	247		
3.1. Inzicht in de doelgroep	247		
3.2. Do's-and-don'ts	250		
HOOFDSTUK 11: HOOFDZAKEN COMMUNICATIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	253 253		
1. Geestelijke gezondheidszorg	253		
2. Enkele stoornissen onder de loep	257		
2.1. Autisme	257		
2.2. Angststoornis	258		
2.3. Psychose	259		
2.4. Simulatie en dissimulatie	260		
3. Do's-and-don'ts	262		

VOORWOORD

Als je ziek bent, wil je genezen worden. Dan stap je naar de zorgprofessional, die je vragen stelt om een diagnose te stellen en een adequaat behandelingsplan op te maken. Systematisch de ziektesymptomen uitvragen om een hypothese rond de diagnose te toetsen en adequaat beleid in te stellen, is een aanpak die ziektegerichte vaardigheden vereist, zoals klinisch redeneren en diagnostiek. Dat noemen we het **biomedische perspectief** of de **need for cure**. Natuurlijk is het belangrijk dat de correcte diagnose wordt gesteld en dat de behandeling werkt. En op wetenschappelijk en technologisch vlak wordt er dagelijks vooruitgang geboekt in diagnose, behandeling en zorg voor patiënten.

En toch wordt de mate van tevredenheid over de zorgbeleving grotendeels bepaald door de wijze waarop de communicatie verloopt. Er is een duidelijke evolutie van de ‘paternalistische zorg’, waarbij de zorgprofessional in het centrum van de zorg stond, naar meer patiëntgerichte zorg. Het is duidelijk dat zorg op maat van de patiënt het meest effectief zal zijn. De sleutel voor patiëntgerichte zorg? Communicatie. Bij deze **psychosociale benadering** of de **need for care** probeert de zorgprofessional de klacht en de context van de zorgvragers écht te begrijpen. Die zijn vaak angstig, emotioneel of onzeker, en de manier waarop ze worden geïnformeerd, geadviseerd en gerustgesteld blijkt doorslaggevend voor de patiëntentevredenheid. Zorgvragers die zich namelijk écht begrepen en ondersteund voelen, ervaren de zorg als positief, en een zorgvrager die écht begrijpt wat er aan de hand is, zal zelfs meer therapietrouw zijn. Degelijke zorgcommunicatie houdt dus evengoed in dat zorgvragers hun hart kunnen luchten bij de verpleegkundige, en dat ze op een servicegerichte en professionele manier onthaald worden door de health care manager. Rekening houden met de gevoelens van de patiënt, maakt dus ook deel uit van een kwaliteitsvolle zorgbeleving. In een wereld waar artificiële intelligentie aan een waanzinnige opmars bezig is, is er net meer nood aan menselijke, empathische communicatie. Oprechte authentieke verbinding maken: dat is waar het om draait.

**Effectieve, empathische communicatie
bepaalt de kwaliteit van de gezondheidszorg.**

Maar hoe doe je dat nu? Hoe maak je écht contact met de zorgvrager? Wat betekent empathisch communiceren? Welke strategieën kun je inzetten? Hoe kun je omgaan met bijzonder emotionele zorgvragers? Wat met conflicten? Hoe stel je je grenzen, en hoe kun je emotioneel geladen gesprekken voeren? En wat met bijzondere groepen zorgvragers,

die extra aandacht verdienen? Dit boek wil de handvatten aanreiken tot een inzicht en toepassing van wat effectieve communicatie betekent voor kwalitatieve zorg.

Dit boek is in de eerste plaats bedoeld voor studenten verpleegkunde en health care management, maar ook voor alle zorgprofessionals (in opleiding) die patiëntgerichte communicatievaardigheden willen leren toepassen in de praktijk.

Het boek bestaat uit drie delen. In **het eerste deel** bieden we een communicatief basis-kader aan. In hoofdstuk 1 illustreren we de ‘tien geboden’ met tips en richtlijnen om het communicatieproces beter te begrijpen. In een tweede hoofdstuk bieden we basistools aan die in gelijk welke gespreksvorm met gelijk welke zorgvrager kunnen worden ingezet. Zo belichten we enkele communicatieve basisvaardigheden zoals empathie, actief luisteren, en structurerende en regulerende vaardigheden. In het derde hoofdstuk gaan we vervolgens in op interactie en bieden we een waaier van concrete tips aan voor schriftelijke en mondelinge communicatie. En in hoofdstuk 4 vind je concrete tips om medische informatie toegankelijk en begrijpelijk over te brengen.

Deel twee beschrijft uitdagende gespreksvormen en leert je motiverende gespreksvoering, je grenzen stellen, en omgaan met conflicten en emotioneel geladen gesprekken zoals een slechtnieuwsgesprek en rouw.

Ten slotte belichten we in **deel drie** enkele groepen zorgvragers die bijzondere aandacht verdienen: we bespreken communicatie met kinderen en ouderen, staan stil bij bepaalde drempels die de communicatie extra uitdagend maken, bespreken de geestelijke gezondheidszorg, en staan in het laatste hoofdstuk ook stil bij talige en culturele barrières die in dit superdiverse zorglandschap niet altijd even evident te overbruggen zijn.

We volgen een **inductieve opbouw**. Dat betekent dat we veelal vanuit concrete situaties of cases vertrekken en daarna de theorie eraan koppelen. De kaderstukken in het boek zijn praktijkvoorbeelden of boeiende opmerkingen. De reflecties bieden een inzicht in jouw manier van denken en bieden een kader voor een boeiend gesprek, binnen en buiten de les.

In het boek gebruiken we de term **zorgvrager** en **zorgprofessional**. Een patiënt is namelijk niet altijd een zorgvrager en omgekeerd. Zo worden bepaalde patiënten of cliënten dwangmatig opgenomen zonder dat ze zelf de nood ervan inzien, en bieden er zich mensen aan voor zorg die niet meteen een medisch diagnosticeerbaar probleem hebben. Er zijn redenen waarom niet iedereen hulp zal vragen: ze zijn bang, ze denken of hopen dat de ziekte wel spontaan zal genezen, er rust een taboe op, het zal te duur

zijn, ze vertrouwen de zorgverlener niet... We spreken over een zorgvrager zodra iemand de stap naar de zorg zet. Onder zorgprofessionals verstaan we alle beroepen in de zorg: verpleegkundigen, paramedici, health care managers, kortom: iedereen die in de zorg met patiëntencontact te maken krijgt.

We spreken de lezer aan met **jij** en **je**, en vanzelfsprekend staat het de lezer vrij zich al dan niet aangesproken te voelen. Naar zorgvragers en zorgprofessionals wordt er volgens de regels van de Nederlandse grammatica verwezen met **hij** of **die**, en die verwijzing geldt evengoed voor iedereen die zich andere voornaamwoorden aanmeet. Omdat dit handboek gebruikt zal worden in de opleiding health care management – een afstudeer-richting van de professionele bacheloropleiding organisatie en management – hanteren we ook de term health care managers. Qua beroepsprofiel komt dit overeen met medical management assistants.

Dit boek is geïnspireerd op de theorieën, ideeën en praktijktips van veel andere auteurs en verschillende bronnen. Om een vlot leesbaar handboek te krijgen, werd ervoor gekozen om geen literatuurverwijzingen op te nemen in de tekst. In de plaats daarvan vind je aan het einde van het boek een **lijst met bronnen en referenties**. Waar we dat nodig en relevant achten, zoals bij letterlijke overname of referentietheorieën, vermelden we wel de naam van de auteur.

We wensen je een boeiende tocht.

DEEL I

DE BASIS

HOOFDSTUK 1: DE TIEN GEBODEN

EEN COMMUNICATIEF KADER ALS HOUVAST

Van een kort mailtje schrijven of snel even telefonisch overleggen met een collega, tot een uitgebreid jaarverslag opstellen met honderden lezers. Of van de uitleg over siroop innemen tot een slechtnieuwsgesprek over het levenseinde met een zorgvrager: elke keer dat je communiceert, maak jij impact. Je moet je daarom telkens goed bewust zijn van je rol en positionering als zorgverlener. Je wilt je boodschap helder overbrengen, nuances kunnen leggen waar nodig, maar steeds met je einddoel voor ogen. Er is geen zorgvrager dezelfde, dus ook daar houd je rekening mee. De manier waarop je zaken verwoordt, hoe je praat met je lichaam, de drager van de boodschap, zal de overdracht beïnvloeden. En toch merk je dat je boodschap anders wordt geïnterpreteerd, of dat het ergens anders misloopt in de communicatie. Hoe komt dat? In dit hoofdstuk illustreren we de **tien geboden voor de zorgprofessional**: er zijn namelijk een aantal begrippen die bij elke vorm van communicatie terugkomen. Door telkens diezelfde parameters in acht te nemen, zul je merken dat je je communicatief inzicht sterk zult aanscherpen. Veel van deze factoren pas je trouwens al onbewust toe. Het is een kwestie van je ‘communicatieve voelsprietten’ te leren uitsteken, je bewust te worden van de impact ervan en een state of mind te ontwikkelen.

CASUS

Op de dienst pneumologie van een universitair ziekenhuis wordt er een infoavond gehouden over aangeboren en verworven long- en luchtwegaandoeningen. De patiënten met allerlei luchtwegaandoeningen zoals astma, mucoviscidose, COPD (chronisch-obstructieve longziekte) en andere longziekten worden uitgenodigd voor de infoavond waar de dienst wordt voorgesteld, de ziektes worden toegelicht, en het verdere verloop en de prognose, het behandeltraject en de opties worden uitgelegd.

Voor deze casus gaat het team van zorgprofessionals alles in het werk stellen om de zorgvragers gastvrij te onthalen, duidelijk te informeren, vragen te laten stellen, en ten slotte tevreden naar huis laten gaan. De geïnteresseerde zorgvragers zullen pas tevreden naar huis gaan als de communicatie wordt afgestemd op hun noden en vragen. We gebruiken deze casus als basis ter illustratie van de tien geboden.

1. WEET WIE JE BENT

‘We zien de dingen niet zoals ze zijn,
we zien de dingen zoals wij zijn.’

Anaïs Nin

1.1. IK

Nog voor je je eerste letter op papier zet, je mond opendoet om iets zeggen of je gesprekspartner aankijkt, ligt er eigenlijk al heel veel vast. Heb je ooit al eens meegemaakt dat je, ondanks een zorgvuldige voorbereiding, op twee sporen lijkt te communiceren? Dat je hetzelfde wilt, maar elkaar toch niet vindt? Best frustrerend, maar niet onlogisch: er bestaan namelijk verschillende **communicatiestijlen**. Er zijn er vier, en een ervan kenmerkt jou het meest. En ook jouw gesprekspartner heeft een eigen voorkeursstijl. Elke communicatieve handeling heeft een andere dynamiek, andere interpretaties, vanuit andere referentiekaders. Sta daarom eens stil bij je eigen communicatiestijl. Welke rol neem jij aan (in de zorg)?

We stellen de communicatiestijlen voor op basis van Figuur 1.¹

Op het model zie je **twee assen**. De eerste as (indirect/direct) geeft de snelheid en kracht aan waarmee iemand communiceert. Iemand die indirect communiceert, is introvert en is meestal wat bedachtzamer, rustiger, en denkt vaker na voordat hij iets zegt. Iemand die meer direct is (extravert), geeft sneller antwoord en is verbaal en non-verbaal sterk aanwezig. De tweede as (taakgericht/mensgericht) geeft aan hoe positief of wantrouwig iemand reageert op de omgeving. Ben je meer taakgericht, dan laat je je meer leiden door feiten en argumenten, en wantrouw je de situatie enigszins totdat het tegendeel is bewezen. Ben je meer mensgericht, dan kies je meer op gevoel en geef je anderen veel vertrouwen.

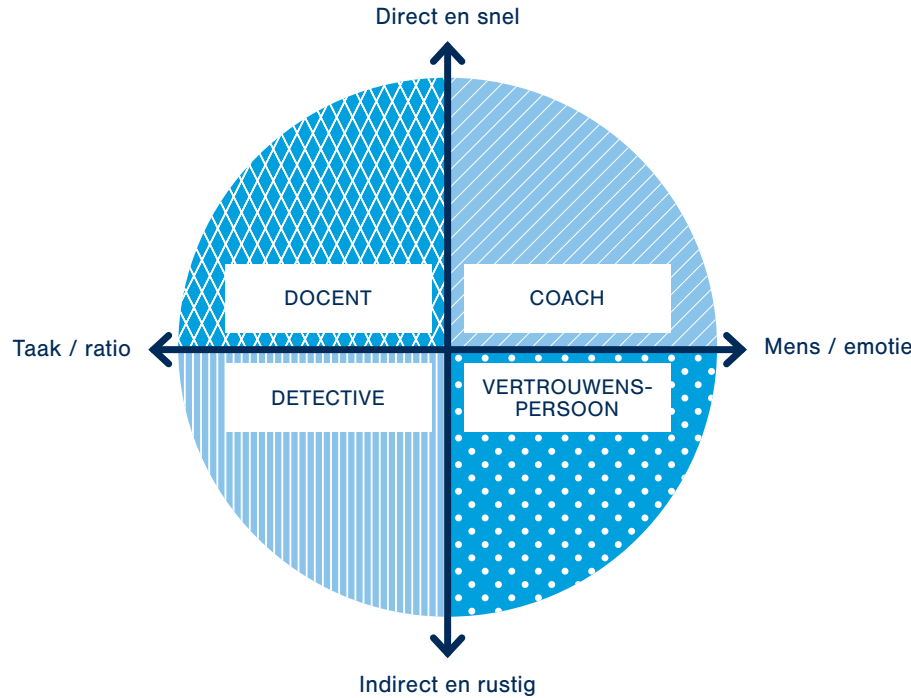
Je zou denken dat alle zorgverleners, empathisch, flexibel en daadkrachtig als ze zijn, zich sowieso in het kwadrant bevinden van mensgericht, en liefst direct? Toch is het niet zo eenduidig. De ene zorgprofessional is de andere niet. En dat is ook nodig! Soms moet

¹ Gebaseerd op het DISC-model van William Moulton Marston, in combinatie met de zorgprofielen van Lang en Van der Molen (2009), geciteerd door Soonius (2017).

je taakgericht kunnen werken: bij een health care manager die aan elk administratief dossier een empathische en menselijke wending wil geven, zullen de taken nooit afgerond zijn. Maar een verpleegkundige die als een zuivere docent heel droog behandeltrajecten gaat opsommen zonder ruimte te laten voor de vragen en gevoelens van de zorgvrager, zal niet ook niet echt effectief communiceren.

De communicatiestijl gaat ook niet per se over je persoonlijkheid, meer eerder over de **rol** die jij opneemt in jouw functie als zorgprofessional. Vanuit je grondhouding en referentiekader ga je dan zelf denken, handelen en naargelang communiceren. Het is ook belangrijk om te nuanceren dat er niemand in één enkel kader past, maar dat er meestal wel één rol zal overheersen. Bovendien is er binnen de zorg ook niet één voorkeursprofiel: ze vullen elkaar perfect aan en we hebben ze allemaal nodig.

Je ziet dat er twee assen zijn die een **inzicht** kunnen geven in je eigen communicatiestijl en die van je gesprekspartners. Het kan je ook helpen om communicatief gedrag te plaatsen en de stijl van de anderen niet te veroordelen, maar begrip op te brengen en zo weer op één spoor te komen.



FIGUUR 1: COMMUNICATIESTIJLEN

DOCENT – Daadkrachtig, direct, dominerend (geruit)

Docenten leggen het graag uit. Ze zijn sterk resultaatgericht en nemen graag het voortouw. Ze kunnen snel probleemoplossend denken, zijn zeer daadkrachtig en verbaal sterk. Zorgvragers krijgen bij docenten een gestructureerde, onderbouwde, duidelijke uitleg, wat zeker wordt geapprecieerd. Bij docenten weet je waar het op staat. Toch kunnen ze daardoor soms ongewild te directief of aanvallend overkomen, ook al bedoelen ze dat niet zo. Docenten doen er goed aan om zichzelf soms eens wat in te tomen, en voldoende aandacht en ruimte te laten voor de zorgvrager zelf.

COACH – Interactief, inspirerend, invloedrijk (diagonaal gestreept)

Een **coach** is sterk mensgericht, optimistisch en invloedrijk. Het glas is altijd halfvol. Coaches willen inspireren door in interactie te gaan en een goede invloed uit te oefenen. Ze begeleiden graag ‘moeilijke’ gevallen, maar het liefst op de achtergrond. Ze geven enkel suggesties ter verbetering en werken zo nodig nieuw gedrag in de hand. Door hun directe stijl met vragenvuur, en ongetwijfeld veel energie, verliezen ze soms zichzelf in het verhaal. Een duidelijke structuur voor ogen houden, biedt houvast voor henzelf en de zorgvrager.

DETECTIVE – Correct, calculerend, consciëntieus (verticaal gestreept)

Een speurneus met een oog voor detail die zich altijd de vraag stelt: waarom? Een **detective** zoekt bij patiënten vaak naar de achterliggende reden van gedrag, denkt altijd aan het motief. Ze blijven liever op de achtergrond, maar worden vaak gezien als ‘de stille kracht’ op de dienst. Er ontgaat hun niets. Maar deze drang naar perfectionisme kan ook beklemmend werken. Daarom mogen detectives zich iets meer openstellen voor het menselijke aspect: in de eerste plaats naar zichzelf, door de lat niet steeds torenhoog te leggen, maar ook naar anderen door ruimte te laten voor input van zorgvragers en leden van het zorgteam.

VERTROUWENSPERSOON – Stabiel, support, sociaal (bolletjes)

Je hebt zo van die mensen die een eeuwige rust en vertrouwelijkheid uitstralen. Mensen bij wie anderen zich meteen op hun gemak voelen en hun verhaal doen. **Vertrouwenspersonen** zijn dan ook bijzonder empathisch, tonen begrip, stimuleren om vrijuit te praten en scheppen duidelijkheid en rust. Té veel rust scheppen maakt dat ze soms te behoudend en voorzichtig overkomen, en te bescheiden. Ze mogen dus zeker wat meer op de voorgrond treden.

- Waarom heb jij voor een job in de zorg gekozen?
- Waar herken jij jezelf het meeste in? Kun je denken aan een voorbeeld waar je je sterktes hebt kunnen uitspelen? Waar liggen jouw werkpuntjes? Hoe kun je hierop anticiperen?
- Op 123test.nl/disc-test kun je de DISC-test doen en kijken waar je je bevindt. Maar misschien weet je al op basis van de beschrijvingen wie jij bent?
- Denk aan een voorbeeld waar de communicatie spaak liep (met een collega of een zorgvrager). Was die ruis op een bepaalde manier te wijten aan communicatiestijl? (Nota bene: we zullen later zien dat communicatie mis kan gaan door veel verschillende zaken.)

Eventplanning. De vingers van Marie, de health care manager, beginnen al te jeuken om een overzichtelijke planning op te stellen, met een duidelijke opsomming van wat er moet gebeuren en wanneer het moet gebeuren, en om een communicatieplan op te maken (*detective*). Wout, een van de verpleegkundigen, heeft het idee om een lotgenotengroep binnen de dienst op te richten voor zorgvragers die na de infoavond beslissen om te stoppen met roken (*coach*). Wanneer het diensthoofd, pneumoloog dr. Rayan Aziz, wordt gevraagd een woordje uitleg te geven, ziet hij het al helemaal zitten om een lange, bevlogen uitleg te doen over ziektebeelden, preventie en behandeling (*docent*). En Busra, een andere verpleegkundige, zal een luisterend oor bieden aan de zorgvragers (*vertrouwenspersoon*).

1.2. WIJ

Zoals jij als individu een eigen communicatiestijl en een eigen karakter hebt, heeft elke organisatie ook haar eigen **identiteit**. Weten wie je bent, zal je al een groot inzicht opleveren, maar het is ook goed te beseffen dat je bijna tot nooit volledig geïsoleerd zult communiceren. Van een kleine huisartsenpraktijk tot een groot universitair ziekenhuis, alle communicatie komt vanuit een organisatie, hoe groot of klein ook. Een zelfstandige zorgprofessional heeft evengoed een eigen stijl, karakter en cultuur. Elke organisatie heeft een eigen missie en visie, met waarden, rituelen, helden en symbolen, een eigen cultuur en een eigen reputatie.

Hoe het UZ Gent zich profileert

De **missie** van het UZ Gent is ‘uitstekende, efficiënte, topklinische en topreferente ziekenhuiszorg bieden, die afgestemd is op de behoefte van de patiënt en die in lijn is met de universitaire opdracht van onderwijs, onderzoek, en dienstverlening’. De **visie** is om een volledig aanbod van medische expertise te bieden, waarbij kwalitatieve en patiëntvriendelijke zorg centraal staat. Het ziekenhuis waakt over de zorg voor de totale persoon vanuit een pluralistische ingesteldheid, toont respect voor diversiteit. De drie **kernwaarden** van het UZ Gent zijn: respectvol, integer, en verantwoordelijk. Een voorbeeld van een **ritueel** is het jaarlijks personeelsfeest, en het logo is het belangrijkste **symbool** van het ziekenhuis. (Bron: UZ Gent)

Een eenvoudige definitie van **organisatiecultuur** is ‘de manier waarop wij de dingen hier doen’. Er bestaan nog een heleboel definities, maar uiteindelijk is organisatiecultuur iets wat je moet voelen. Elke organisatie of instelling heeft een cultuur die het denken, voelen en handelen voor een groot deel bepaalt. Die organisatiecultuur staat soms uitgeschreven, maar is vaker een kwestie van aanvoelen en beleven (en misschien eens tegen de muur lopen).

De **diversiteit** in instellingen in de medische sector is even groot als het aantal culturen. Verdelers van medisch materiaal zullen bijvoorbeeld eerder taakgericht te werk gaan, en andere zorginstellingen, zoals een afkickcentrum, dan weer sterk mensgericht.

Je merkt de cultuur van een organisatie meestal niet op als je er zelf deel van uitmaakt, maar het wordt pas duidelijk als je ergens anders terechtkomt dat ‘ze de dingen hier toch wel anders aanpakken’.

In grote zorginstellingen, zoals een universitair ziekenhuis, heerst er evenwel niet één cultuur. De organisatie zal zeker vaste waarden hebben, met alle professionals samen de missie willen uitdragen en dezelfde symbolen hanteren, maar toch zullen er in de organisatie verschillende culturen ontstaan. De dienst IT, de dienst communicatie, specialistische afdelingen zullen elk een eigen cultuur hanteren. Die verschillende culturen zorgen voor een dynamiek maar kunnen ook soms communicatieve moeilijkheden veroorzaken. Zoals bij de verschillende communicatiestijlen draagt het accepteren van verschillende subculturen bij aan de flexibiliteit en creativiteit binnen de organisatie. Ook al wijzen de

neuzen niet allemaal dezelfde kant op, alle harten kloppen wél op dezelfde manier – een hart voor de zorg.

De **huisstijl** is de visuele representatie van hoe de organisatie zichzelf ziet. Het meest opvallende en expliciete is het logo van de organisatie, maar het uit zich ook in PowerPoint-sjablonen, de uitstraling van de website, het kleurenpalet, tot zelfs de *tone of voice*. Het bepalen van zo'n huisstijl gaat vaak niet over één nacht ijs, maar is het resultaat van heel wat wikken en wegen en ontwikkelen. De uitstraling van een organisatie vertelt liefst het verhaal: zakelijk of speels, vernieuwend of conservatief, open of gesloten...

VOORBEELD

Een nieuwe huisstijl voor het UZ Gent



Met het oog op de integratie in de structuur van UGent werd er een nieuwe huisstijl geïmplementeerd in het UZ. Een duidelijke lijn in logo, woordgebruik en beeldtaal moest expertise en ambitie uitstralen. Prof. dr. Eric Mortier, gedelegeerd bestuurder van UZ Gent, verwoordde het als volgt: 'Met de nieuwe, hedendaagse beeldtaal draagt ons ziekenhuis uit dat het een sterk en vooruitstrevend merk is. Onze beeldtaal evolueert mee met de innovaties in de gezondheidszorg.' (Bron: UZ Gent)

Idealiter zit het **gedrag** van de werknemers op één lijn met wat de organisatie wil uitstralen. Dat is ook wat zorgvragers rechtstreeks zullen ervaren: de omgang van zorgprofessionals met zorgvragers en hun naasten en families, de manier waarop artsen en verpleegkundigen met elkaar communiceren, hoe een health care manager reageert op een ongeruste bezoeker, de organisatie en invulling van een opendeurday, hoe de organisatie omgaat met negatieve kritiek op sociale media...

Stel: een organisatie profileert zich als patiëntvriendelijk. De *communicatie* zal dan zijn: 'We zijn een open en warme en toegankelijke organisatie.' Concreet betekent dit dat de patiënt al bij het eerste contact gastvrij ontvangen wordt en dat er empathisch en met de

glimlach wordt gecommuniceerd. Op de website zie je foto's van lachende en vriendelijke mensen. Het is belangrijk dat deze zaken op één lijn zitten.

De meeste zorgprofessionals zijn trots op hun organisatie. Weet dat jij als zorgprofessional een ambassadeur bent. Een zorgvrager die bij jou een positieve ervaring had, zal die ervaring al snel doortrekken naar de hele organisatie, maar omgekeerd kan een negatieve ervaring ook de reputatie van de instelling schaden. Dit onderstreept het belang van professionele, beleefde en vriendelijke communicatie. Toon dat en wees er trots op!

CASUS

Marie let erop dat de uitnodiging die wordt uitgestuurd, het logo draagt van de zorginstelling. Ook wordt er rekening gehouden met het lettertype, de kleuren en de tone of voice. Die strategie geldt voor alle boodschappen die worden uitgestuurd: e-mail, poster, slides, tot de folder die de aanwezigen meekrijgen. Alle teamleden beseffen dat ze een gedeelde verantwoordelijkheid dragen om de missie van de zorginstelling mee uit te dragen, en ook waar het gaat over het verbeteren (of verslechteren) van de reputatie. Er wordt bewust nagedacht over een patiëntvriendelijk onthaal.

REFLECTIE

- Voor studenten: waar wil je graag werken? Waarom? Hoe kies je je toekomstige werkgever?
- Voor zorgprofessionals: wat is de reputatie van de zorginstelling waarin je werkt? Hoe draag je dat imago mee uit? Ken je de huisstijl? In welke mate volg je die of kun je die volgen? Zie je jezelf als een ambassadeur van de zorginstelling waar je werkt?
- Denk eens na over en zoek manieren waarop een zorginstelling toont dat ze:
 - innovatief,
 - dynamisch,
 - zorgvragervriendelijk,
 - studentvriendelijk is.

2. WEET WIE DE ANDER IS

‘It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of disease a patient has.’

William Osler

Net zoals er verschillende communicatieprofielen zijn bij zorgprofessionals, zijn er heel wat verschillende zorgvragers. Zorgprofessionals zullen gegarandeerd al ondervonden hebben dat er niet één manier is van communiceren met zorgvragers, net omdat ook die allemaal vanuit hun eigen referentiekader, opvattingen en achtergrond communiceren, en bovendien andere verwachtingen hebben. **De standaard? Communicatie op maat.** Als je onvoldoende rekening houdt met die verschillende kenmerken van de zorgvrager, kan het al snel mislopen en kan er ruis of zelfs weerstand ontstaan. Het is goed om een scherp beeld voor de geest te houden van de zorgvrager en enkele parameters af te toetsen, of je er ten minste van bewust te zijn dat die er zijn. Want wie effectief wil communiceren, moet ook de boodschap afstemmen op de doelgroep. Kortom: de ene zorgvrager is de andere niet.

Hieronder bespreken we enkele parameters die het referentiekader van wie voor je zit zullen kenmerken. Het **referentiekader** is het geheel van factoren die de identiteit van een persoon bepalen. Die factoren noemen we ook wel doelgroepgebonden kenmerken.

Een zorgvrager vraagt hulp. Nog voor je communiceert, ligt er al een stuk van je relatie vast, want de zorgvrager is afhankelijk van de professionele zorg en advies van de zorgprofessional. Hij is gebonden aan dat advies en bevindt zich in een kwetsbare positie. De zorgprofessional gaat vanuit deskundigheid die zorg bieden. Er is dus al een bepaald evenwicht in de relatie, die de communicatie uiteraard zal beïnvloeden. Er is een verschillende positie en dus ook een verschillende rol.

In een **paternalistische** benadering heeft de zorgprofessional het voor het zeggen. Dit model wordt gekenmerkt door directiviteit. ‘U moet nu een foto laten nemen, u moet geopereerd worden, doe dit aan...’ Er is geen ruimte voor de visie van de zorgvrager. Daarom wordt er meer en meer gestreefd naar een **gelijkwaardigheidsmodel**: non-directief, op basis van veronderstelde gelijkwaardigheid. In deze relatie zijn er wederzijdse rechten en plichten. Hierbij hoort ook de term *shared decision making*. Zo groeperen zorgvragers

zich ook in liga's, of is er het Vlaams patiëntenplatform dat fungeert als spreekbuis voor alle patiënten in Vlaanderen.

2.1. REFERENTIEKADER

Je kunt als zender dus heel wat weerstand ondervinden als je onvoldoende rekening houdt met je gesprekspartner. Daarom is het heel belangrijk dat je heel goed weet wie je voor je hebt zitten, en dat je weet met wie je echt contact wilt maken. Je moet je dus een duidelijk beeld vormen van de zorgvrager. Stel dat de pneumoloog op onze infoavond een lezing zou geven over mucoviscidose op exact dezelfde manier als hij die voor zijn collega-artsen zou geven. Zou dat effectief zijn? Uiteraard niet: de verwachtingen en eisen van het publiek zorgvragers en zorgprofessionals zijn dusdanig verschillend.

De doelgroep zal de inhoud, formulering en uiteindelijke effectiviteit van je boodschap bepalen. Maar je inleven in de zorgvrager is echt niet zo eenvoudig. Je hebt als zender namelijk een totaal ander **referentiekader** waarin je je moet proberen in te leven. En iedereen spreekt, schrijft en luistert vanuit zijn eigen referentiekader: een eigen kijk op de wereld, opvattingen en vooroordelen, bepaald door opvoeding en ervaring. Dat kader zorgt ervoor dat als je het hebt over een ‘huis’, de ene zich daar een riante villa mee voor de geest haalt, de ander een rijwoning, en nog iemand anders een houten blokhuut. Zo heeft bijvoorbeeld een Marokkaanse, arme, ongeletterde vrouw een totaal ander referentiekader dan een Belgische, hogeschoolde, mannelijke professor doctor gynaecologie. Een totaal verschillend referentiekader betekent geen doemscenario voor slechte communicatie, maar zonder besef dat iedereen kijkt door de bril van zijn eigen referentiekader, loopt het al snel spaak.

De volgende vragen kunnen je helpen om een genuanceerd beeld te krijgen van de zorgvrager, zodat je je communicatie kunt aanpassen om doelgroepgericht te kunnen communiceren:

- Wat is de voorkennis van de zorgvrager?
- Welk beeld van de zorgprofessional heeft de zorgvrager?
- Welke verwachting heeft de zorgvrager van de zorgprofessional?
- Wat motiveert de zorgvrager?
- Wat zijn de angsten en onzekerheden van de zorgvrager?
- In welke mate staat de zorgvrager open voor deze informatie?
- Wat is de culturele achtergrond?

- Zijn er taboes om rekening mee te houden in de communicatie?
- Wat is het niveau van de taalbeheersing?
- ...

In de volgende delen gaan we dieper in op enkele groepen zorgvragers die gemeenschappelijke doelgroepgebonden kenmerken hebben die extra uitdagingen met zich meebrengen: leeftijd, taal, cultuur, motivatie, beperking, enzovoort.

VOORBEELD

Arts wordt patiënt



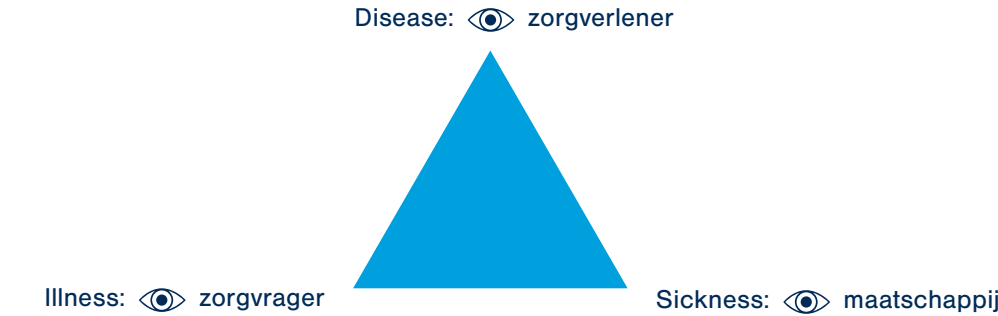
In *Kankeren* schrijft dr. Rudy Van Giel over zijn ervaringen wanneer hij als specialist zelf kanker krijgt. Plots zijn de rollen omgekeerd en ondervindt hij aan den lijve de angsten, de pijn, de onzekerheid, de reactie van familie en vrienden. Hij ruilt de witte doktersjas in voor een operatieschort en lijkt plots een nieuwe wereld binnen te stappen. Vanuit het referentiekader van de arts, stapt hij nu in dat van een patiënt. Het boek biedt een mooie, ongefilterde getuigenis en inkijk van een specialist die dacht dat hij alles wist van kanker, tot het hem zelf overkwam. Zo zie je maar dat, ook met tonnen empathie, de beleving toch nog iets anders is. (Bron: Rudy Van Giel)

2.2.VISIE

Er zijn veel verschillende visies op zorg en gezondheid die cultureel bepaald zijn, op individueel en maatschappelijk niveau. Nog vóór de zorgvrager de stap zet naar de zorg, is die visie al duidelijk. Want niet iedereen die iets mankeert, zal effectief die stap zetten. Dat bepaalt namelijk hun individuele zorgcultuur. De ene zal voor een nieuwe klacht onmiddellijk een zorgverlener aanspreken, terwijl de andere zelfs bij ernstige klachten toch geen arts zal raadplegen. Waarom? Vroegere ervaringen, de wijze van opvoeding, de manier waarop de maatschappij naar een ziekte kijkt, kunnen hier invloed op hebben.

Want wat betekent gezond zijn precies: de afwezigheid van ziekte? Of je ook helemaal goed in je vel voelen, een balans tussen lichaam en geest?

Deze verschillende visies worden in het Engels omschreven met drie begrippen: *disease*, *illness* en *sickness* (Figuur 2).²



FIGUUR 2: DE ZIEKTETRIADE

Het Nederlands heeft geen drie verschillende woorden voor ziekte, terwijl het Engels dat wel heeft, bekeken vanuit verschillende perspectieven.

Disease is de diagnose, de ziekte, zoals ze door de zorgprofessional wordt vastgesteld. Zorgprofessionals zijn dan ook vooral getraind om zich hierop te focussen. Maar ook de individuele perceptie van de zorgprofessional op ‘ziekte’ zal de werkwijze verraden. Werkt die louter evidencebased? Of durft hij evengoed afgaan op het ‘niet-pluisgevoel’? Heeft hij voeling met het humane, psychosociale perspectief? Dit hangt natuurlijk ook samen met de rol die je je als zorgprofessional aanmeet. Voor een effectieve communicatie en kwaliteitsvolle zorg is het aangewezen om ook voldoende aandacht te hebben voor de ziektebeleving van de zorgvrager (*illness*). Hoe beter je die in kaart kunt brengen, hoe empathischer je dus bent, of anders gezegd: hoe beter je de hulpvraag zult kunnen achterhalen.

Illness is de waaier van klachten, de kwaal waaraan de zorgvrager lijdt, de manier waarop hij beschrijft dat er iets mis is. Illness beschrijft dus het perspectief van de zorgvrager. Die zal vanuit zijn context, zijn culturele achtergrond een bepaalde visie hebben, en een eigen zorgcultuur. Misschien kost het hem wel veel moeite om de stap te zetten naar een zorgvraag, vanuit schaamte, of omdat hij er niet van houdt in een kwetsbare positie te zitten. De culturele context zal hier ook veel bepalen: het gezin, religieuze opvattingen en de maatschappelijke cultuur. Iemand die vanuit de opvoeding altijd leerde om ‘sterk te zijn’ en ‘door te bijten’, zal minder snel de stap zetten. Sommige religies zien ziekte bijvoorbeeld als een straf van God, waardoor de drempel ook weer groter wordt.

² Naar Hofmann (2002), geciteerd door Van Nuland en Goedhuys, in De Lepeleire et al. (2012).

Afhankelijk van deze ziektecultuur, de media en de aard van de klachten zal de patiënt een andere **verwachting** hebben. Die zal verschillen naargelang de aard van de klachten: acuut of chronisch, fysiek of mentaal... Ook de manier waarop de zorgvrager de zorgprofessional ziet, zal hier anders zijn. Dit is vaak ook cultureel bepaald: een Zuid-Europeaan heeft andere verwachtingen van de arts. Die zal vreemd opkijken wanneer de zorgprofessional aan shared decision making zou willen doen: hij verwacht immers dat de zorgprofessional oplegt wat te doen – de omgekeerde aanpak kan soms als onkunde worden ervaren.

De zorgvrager wordt dan al dan niet als ‘ziek’ bestempeld (**sickness**) en krijgt in de maatschappij een nieuwe sociale rol toebedeeld, waar volgens de maatschappelijke structuur nieuwe rechten en plichten aan worden toegekend. Er wordt ziekteverlof toegekend, er zijn uitkeringen, enzovoort. Je ziet dat ziektes en kwalen sociaal-cultureel zijn beïnvloed. Dat merk je alleen al in de naamgeving van een ziekte die soms een bepaalde lading heeft: denk maar aan hoofdpijn versus migraine, overspannen versus burn-out... Hoofdpijn klinkt maar gewoontjes, maar migraine klinkt zwaar. Ook het prestige van een bepaalde ziekte speelt mee. Zichtbaarheid in de media en bekende personen die iets bespreekbaar maken, veranderen de beeldvorming van een bepaald ziektebeeld. Denk maar aan de hysterectomie van Lena Dunham of de preventieve mastectomie van Angelina Jolie.

REFLECTIE

- Wat is jouw visie op ‘ziek’ en ‘gezond’?
- Wanneer beslis jij om met een hulpvraag de stap te zetten naar een zorgprofessional?
- Wat is met andere woorden jouw ‘zorgcultuur’?
- In welke mate is die beïnvloed door:
 - je opvoeding,
 - je cultuur,
 - je eerdere ervaringen in de zorg,
 - de maatschappij?

2.3. VOORKENNIS

Alle zorgvragers zijn uniek: dat zagen we al bij het referentiekader. Zorgvragers hebben dus een verschillende voorkennis als ze de stap zetten naar de zorg. Hoe patiëntgericht je ook werkt, meestal moet je rekening houden met een niveauverschil tussen de zorgprofessional en de zorgvrager. De zorgprofessional is immers jarenlang geschoold en is thuis in de medische terminologie. Hij goochelt soms met termen die voor hem glashelder zijn, maar dat is niet per se zo voor de zorgvrager.

Langs de andere kant onderschatten zorgprofessionals vaak flink de anatomische kennis van de patiënten. Dat kan leiden tot misverstanden of zelfs medische fouten. Daarom is het zo belangrijk om het referentiekader, de verwachtingen en voorkennis goed in kaart te brengen, en jargon te vermijden. In hoofdstuk 4 bespreken we strategieën om medische taal op mensenmaat te brengen.

VOORBEELD

Lachen is gezond³

Zorgvragers doen hun best om de medische wereld te begrijpen en zich het medisch jargon eigen te maken. Die pogingen zijn niet altijd even succesvol. Onderdruk daarom je (glim)lach wanneer je dit hoort:

‘Ik zit met een anale fiscus!’

‘Kunt u mij dafalgan cocaïne voorschrijven?’

‘Ik kom voor de conceptiepil.’

‘Heeft u een luchtwegverwijderaar?’

‘Ik heb weer last van plastisch colon.’

Als het nodig is, kun je deze vergissingen rechtzetten. Toch betekent dit niet dat humor geen plaats mag hebben in de zorgcommunicatie, integendeel: het werkt vaak zeer ontladend!

³ Stuer (1996), geciteerd door Van Nuland en Goedhuys in De Lepeleire en Keirse (2013).

Bovendien worden zorgvragers overladen met gezondheidsinformatie door alle soorten **media**. Ze krijgen informatie uit een waaier van bronnen – de ene al betrouwbaarder dan de andere. Denk maar aan gezondheidstijdschriften, documentaires en medische reality- en fictiereeksen. Niet elke zorgvrager is in staat daar kritisch mee om te gaan. Een ander fenomeen is de zogenaamde Dokter Google. Zorgvragers gaan vaak ter voorbereiding van hun klachten zelf op zoek. Vaak worden zorgprofessionals al gefrustreerd wanneer de zorgvrager zelf met een zelfgemaakte diagnose staat te zwaaien, op basis van wat hij op het **internet** heeft bijeengesprokkeld. Toch hoeft dit geen bron van frustratie te zijn: je kunt dit aanwenden om de patiënt te erkennen en dit als gespreksstarter aan te vatten om ook hier de hulpvraag te ontmaskeren.

Voor ze hulp zoeken, hebben ze zelfs voor het consulteren van de eerste lijn vaak al raad gevraagd aan de zogenaamde **nulde lijn**. Daarmee wordt bedoeld dat ze eerst eens rondvragen in de directe omgeving: bij vertrouwenspersonen, zelfzorg, mantelzorg en zelfhulpgroepen. Vaak worden daar verwachtingen geschapen omdat ze hun eigen verhaal gaan spiegelen; vandaar het belang om die verwachtingen duidelijk in kaart te brengen. Elke zorgvrager heeft andere verwachtingen, er is zelden een one-size-fits-allremedie.

Al deze factoren zorgen ervoor dat elke ontmoeting tussen zorgprofessional en zorgvrager uniek is. Een empathische, respectvolle houding zal zorgen voor een optimale communicatie.

Op de infoavond komen zorgvragers, mantelzorgers en geïnteresseerden samen. Het pneumologieteam wil hen zo goed mogelijk tegemoetkomen door rekening te houden met hun voorkennis. Aan het begin van de avond worden hun verwachtingen in kaart gebracht aan de hand van een interactieve toepassing met hun smartphone: zo kan het team aan het einde checken of er aan die verwachtingen is voldaan. Jargon wordt zoveel mogelijk vermeden. Na de infoavond wordt er nagepraat met een drankje. Busra geraakt aan de praat met Veerle, de moeder van een kind met muco (disease). Veerle is duidelijk bezorgd en vraagt zich af hoe de ziekte van haar dochter haar dagelijks leven overhoop zal halen. Ze weet ook niet of ze zomaar van haar werk mag thuisblijven om voor haar dochter te zorgen (maatschappij – sickness). Busra probeert Veerle rustig alle informatie te geven en belooft haar een folder mee te geven met praktische informatie.

3. WEET WAT JE WILT BEREIKEN

‘Set your target,
keep trying until you reach it.’

Napoleon Hill

Binnen het veld van de medische communicatie zijn er verschillende **doelstellingen**, die elk een eigen nuance, formulering en toon vereisen en dus een impact op de boodschap hebben.

Voor je gaat communiceren, is het goed om dus stil te staan bij wat je precies wilt bereiken. Wil je louter informeren? Of is dat de basis van een andere doelstelling – motiveren, bijvoorbeeld? Soms lopen de doelstellingen door elkaar.

De doelstelling hangt ook nauw samen met het **genre**. Er is namelijk een grote verscheidenheid aan soorten media en communicatie. Een patiëntenfolder met alle praktische informatie over een daghospitalisatie of ziekenhuisopname zal een ander doel, een andere vorm en functie hebben dan een gesprek over palliatieve zorg. En de taal van een bijsluiters is sterk gestandaardiseerd, maar stel je voor dat de apotheker in die taal zou spreken! Wanneer de vorm, inhoud of functie niet past bij het genre, zal de boodschap verwarring zaaien. Humor of cartoons horen bijvoorbeeld niet thuis in een gevoelig gesprek.

Het woordgebruik zelf verraaft ook vaak het doel. Denk maar aan de antivaxers, die het coronavaccin bestempelen als ‘medisch wapen’: een duidelijk voorbeeld van een overtuigende doelstelling. Ook de doelstelling instrueren zal vaak volgens hetzelfde stramien verlopen: ‘U moet... vervolgens...’

Een overzicht van de doelstellingen biedt Figuur 3.

Doelstelling	Bedoeld voor	Voorbeeld
Informeren	Informatie overbrengen	Heldere uitleg over de pathologie, contactgegevens op de website, bijsluiter, patiëntenfolder
Overtuigen, motiveren	Houding of mening aanpassen	Een zorgvrager motiveren om te stoppen met roken
Activeren	Aanzetten tot actie	Uitnodigen om deel te nemen aan een klinische studie
Instrueren	Instructies geven	Weg wijzen in het ziekenhuis, procedure uitleggen voor hospitalisatie, medicatieschema uitleggen
Emotief (diverteren bij humor)	Gevoelens overbrengen Luchtige toon, humor, ontroeren, ontspannen	Cartoons, improvisatietoneel, cliniclowns
Geruststellen, troosten	Luisterend oor bieden, er zijn voor de zorgvrager	Kaartjes, vooral non-verbaal, belang van stiltes

FIGUUR 3: COMMUNICATIEVE DOELSTELLINGEN

Zorgvragers die aan de balie komen en die angstig zijn, willen soms enkel een luisterend oor. In een gesprek met zorgvragers kunnen er meerdere doelstellingen tegelijk voorkomen. Een zorgvrager die het nut niet inziet van een behandeling kun je, bijvoorbeeld door hem informatie te geven, overtuigen en zo aanzetten om de operatie te ondergaan.

Merk op dat het informeren en activeren eerder de cognitieve behoefte aan kennis van de zorgvrager zal voldoen (wat die wil weten), en dat geruststellen eerder de emotionele behoefte vervult (hoe die zich voelt). Het is soms moeilijk om ze volledig uit elkaar te halen.

Om die doelen te bereiken, zijn er vaak ook **tussendoelen** nodig: de zorgvrager vertellen wat er gaat gebeuren, betrokkenheid tonen, door smalltalk een relatie opbouwen met de patiënt, de problemen bespreken en bevragen, samenvatten, doorvragen, concluderen...

VOORBEELD

Theatervoorstelling ‘Fractie van een seconde’

De theatervoorstelling ‘Fractie van een seconde’ is er één om te voelen, te lachen, te huilen, te begrijpen, te leren, te herkennen en bovenal te erkennen. Het gaat over een zwaar verkeersongeval, en de impact die zo’n ongeval heeft. Rudy Claes en Stef Vanlee bundelden hun krachten en brengen hun verhaal als een pakkend geheel dat blijft hangen. Deze theatervoorstelling heeft veel doelen: in de eerste plaats ontroeren (gevoelens opwekken), maar ook informeren over de gevolgen, en daardoor activeren om veilig te rijden.

CASUS

Tijdens zijn uiteenzetting over de werking van de dienst wil dr. Aziz vooral het publiek informeren. Bij een stukje over preventie wil hij het doelpubliek overtuigen en activeren om de regie van hun eigen gezondheid in handen te nemen. Hij benadrukt dat een gezonde, evenwichtige levensstijl de kans op COPD drastisch vermindert. Bij haar praatje met Veerle probeert Busra haar tegelijkertijd gerust te stellen en ook te informeren.

4. WEET WAT JE WILT ZEGGEN

‘Language is often abstract,
but life is not abstract.’

Dan en Chip Heath

De **boodschap** is meestal het eerste wat vastligt en vaak het enige waar je aan denkt. Al snel blijkt dat helder communiceren om meer draait dan enkel de boodschap. Toch is het ook goed om goed na te denken over het wat: wat je nu precies wilt zeggen.

De boodschap hangt ook rechtstreeks samen met de doelstelling: een vertegenwoordiger van medicatie die een zorgprofessional wil overtuigen om bepaalde medicatie voor te schrijven, geeft een heel andere boodschap dan een verpleegkundige die instructies zal geven over het correcte gebruik ervan.

RICHTLIJNEN VOOR EEN HELDERE BOODSCHAP

Less is more. Het is een hele kunst om je te beperken tot de kern van je betoog. Door genoeg ruimte te laten voor input van je gesprekspartner kom je tot een goed evenwicht. Durf ook te schrappen in teksten, en laat je niet verleiden om je helemaal te verliezen in details. Je kunt hierbij het KISS-principe hanteren: ‘Keep It Short and Simple’ – hou het beknopt en eenvoudig.

Zorg voor **structuur** in de boodschap. Die kun je vinden door een skelet te maken van je tekst, die zal beginnen met vragen die de doelgroep zich kan stellen – daarom is het zo belangrijk om de doelgroep goed af te bakenen. Bijvoorbeeld: bij het uitleggen van een ziekte hanteer je altijd dezelfde structuur: Wat is de ziekte? Wat is de oorzaak? Wat is de behandeling? Een visueel duidelijk overzicht met bullets, tussentitels, geeft een duidelijk resultaat.

Voor een boodschap die **beklijft** kun je het SUCCES-principe van Dan en Chip Heath hanteren. Dit principe van ‘made to stick’ kun je vooral toepassen als je echt wilt dat een boodschap blijft plakken: vooral dus bij onverwachte, wervende, motiverende communicatie. De letters vormen niet voor niets het woord ‘succes’.

- **Simple: simpel.** We bespraken al het belang van simpele communicatie. Het is niet te onderschatten. Toch betekent simpel niet altijd kort, al is het vaak wel aan te raden om de boodschap kort te houden. Je kunt je boodschap simpel houden door niet te veel jargon te gebruiken, door een vergelijking te maken die iedereen kent. Denk maar aan de witte bloedcellen die fungeren als soldaatjes in het lichaam.
- **Unexpected: onverwacht.** Iemands aandacht behoud je als er iets onverwachts gebeurt. Hiermee doorbreek je de standaard patronen of schema’s in iemands hoofd. Je prikkelt iemands nieuwsgierigheid door bijvoorbeeld een vraag te stellen, door mensen te prikkelen. Zo kun je tussentitels in vraagvorm formuleren. Dit verhoogt ook nog eens de leesbaarheid!
- **Concrete: concreet.** Een concreet idee is veel makkelijker te onthouden dan een abstract idee. In de praktijk geef je dus veel voorbeelden. Een andere tip? Kijk of je het gemakkelijk kunt visualiseren of tekenen.
- **Credible: geloofwaardig.** Zorgvragers willen om hun onafhankelijkheid niet te verliezen graag zelf uitmaken wie of wat ze geloven, en vooral waarom. Daarom worden er vaak beroemdheden ingezet bij sensibiliseringscampagnes, bijvoorbeeld bij spoorlopen. Ook de nulde lijn heeft hier een rol in te spelen. Als zorgprofessional ben je betrouwbaar als je ook details vermeldt, en misschien zelfs een persoonlijke ervaring. Statistieken en cijfers dragen ook bij tot de geloofwaardigheid (maar overdrijf hier niet mee). Door in te spelen op een herkenbare situatie kun je het emotionele gevoel van herkenning direct laten overslaan naar geloofwaardigheid van de boodschap.
- **Emotional: emotioneel.** Wanneer er emoties en gevoelens betrokken zijn – en dat is heel vaak zo in de medische communicatie – blijft een boodschap langer hangen. Vaak wordt dat dan een hele ervaring. Inspelen op de emoties van mensen betekent dus ook dat we moeten weten wat hen motiveert. Door af en toe de naam van de zorgvrager te laten vallen, of ‘meneer’ of ‘mevrouw’ te zeggen, maak je contact op menselijk niveau.
- **Story: verhalen.** Kennisoverdracht gebeurde niet voor niets duizenden jaren door verhalen te vertellen: het stimuleert en inspireert. Daarom zie je meer en meer zorgvragers die hun verhaal doen voor lotgenoten, en zo andere zorgvragers inspireren met hun getuigenis.

Alle deelnemers krijgen ook een patiëntenfolder mee naar huis. In die folder wil Marie zo duidelijk mogelijk weergeven wat de ziekte is. Ze wil de lezers vastgrijpen en zorgt voor structuur, en heeft eraan gedacht om er een getuigenis in op te nemen (story). Dit draagt bij tot de emotionele en verhalende factor. Op de infoavond zelf laat ze ook een zorgvrager aan het woord die een getuigenis komt geven. Duidelijke afbeeldingen ondersteunen het verhaal. Opnieuw wordt jargon vermeden, en krijgt de tekst een grondige redactie zodat de informatie op een zo duidelijk mogelijke manier wordt overgebracht.

- Zou jij eigen ervaringen gebruiken om te vertellen in gesprekken met zorgvragers?
- Denk na over onverwachte manieren om de aandacht te trekken van communicatiepartners.

5. WEET DE JUISTE VRAGEN TE STELLEN

‘Asking the right questions is as important as answering them.’

Benoit Mandelbrot

Een degelijk inleefvermogen zal je in staat stellen om vanuit het referentiekader van de zorgvrager na te gaan welke vragen die zal hebben. Vaak is het namelijk lastig om te beginnen, of je nu moet spreken dan wel schrijven. En enkel doorgewinterde schrijvers en communicatie-experts praten en schrijven alles gemakkelijk vol. Om jou te helpen om een boodschap op punt te zetten, kun je jezelf op voorhand enkele vragen stellen die de doelgroep wenst te weten. Dit noemen we **doelgroepgebonden vragen**. De antwoorden op die vragen vormen het skelet van je boodschap. Bonus: meer structuur zorgt voor meer begrip aan de andere kant. Dit vereist uiteraard een groot inlevingsvermogen en inzicht in het referentiekader van de zorgvrager. Stel je in zijn plaats: welke vragen, angsten, onzekerheden heeft die? Wat wil die weten? Opgelet: dit zijn vragen die jou helpen om een gestructureerde, volledige boodschap over te brengen die je voor jezelf even opsomt. In hoofdstuk 2 bespreken we de effectieve vraagstelling met de zorgvrager.

5.1. ONDERZOEK

Marie krijgt de opdracht om in de patiëntenbrochure informatie over de zweettest, de ziekte mucoviscidose, en de antibioticumtherapie op te nemen. Ze bereidt zich goed voor en baseert haar teksten op de doelgroepgebonden vragen.

Om een onderzoek uit te leggen, kun je je baseren op de basisvraag: ‘Wie doet wat en waarom?’

Een opbouw die vaak werkt om een onderzoek uit te leggen is:

- Wat houdt het onderzoek in?
- Waarom wordt het onderzoek uitgevoerd?
- Wie voert het onderzoek uit?
- Wat is het verloop?
- Wanneer krijg ik de resultaten te weten? Wie zal me die vertellen en hoe?
- Is het pijnlijk? Is het gevaarlijk? Hoelang duurt het?
- Hoe kan ik me voorbereiden op het onderzoek?

Als je deze vragen beantwoordt, kom je dus al tot een veel betere uitleg. Marie schrijft:

CASUS

Een zweetest bepaalt de hoeveelheid zout in het zweet. Het onderzoek is bedoeld om de ziekte mucoviscidose op te sporen. Patiënten met muco hebben namelijk twee tot vijf keer zoveel zout in hun zweet. De zweetest neemt één uur in beslag.

1. De ervaren laborant zal gaasjes op de voorarm kleven met een zweetstimulerende stof en speciale elektroden.
2. Nadien wordt er een kleine hoeveelheid elektrische stroom door die elektroden gestuurd.
3. Vervolgens wordt er een half uur een kompres op de plaats van de zweetstimulatie gelegd.
4. Het zweet dat in dat kompres wordt opgevangen, wordt in het labo geanalyseerd. Daar wordt de zoutconcentratie gemeten.
5. De toediening van de zwakke elektrische stroom kan een licht tintelend gevoel geven. Ouders mogen tijdens de test bij hun kind blijven.

Het resultaat is dezelfde dag nog bekend, en uw arts zal de resultaten met u bespreken. Leg de test vooraf uit aan het kind, zodat het weet wat het mag verwachten. U kunt uw kind geruststellen door te zeggen dat u er altijd bij bent, er geen prikjes zijn, dat de elektroden een beetje kunnen kriebelen. Zorg er ook voor dat uw kind gemakkelijk opstroopbare mouwen draagt.

5.2.ZIEKTE

Een ziekte of pathologie kun je vaak uitleggen op basis van de volgende vragen:

- Wat is de ziekte? Zijn er andere (gangbare) namen voor de ziekte?
- Wat is de oorzaak van de ziekte?
- Wat zijn de symptomen?
- Hoe wordt de diagnose gesteld?
- Wat is de behandeling van de ziekte?
- Kan de ziekte voorkomen worden? Zo ja, hoe?

Daarbij nog:

- Doet het pijn?
- Is het besmettelijk?
- Is het erfelijk?
- Wat betekent dit concreet voor het dagelijks functioneren?
- ...

Deze vragen zijn natuurlijk ziekteafhankelijk en kunnen zeker nog uitgebreid worden.

CASUS

Marie schrijft over mucoviscidose:

Mucoviscidose, ook wel muco of de taaislijmziekte genoemd, is een aangeboren ziekte die niet altijd zichtbaar is vanaf de geboorte. In ons lichaam wordt de aanmaak van slijmen en het bevochtigen van slijmvliezen geregeld door zout- en waterkanalen, die door verdikking van die slijmen verstopt geraken, waardoor ze gaan uitdrogen.

De meest voorkomende **symptomen** zijn:

- aanslepende luchtwegproblemen;
- gewichtsverlies;
- afwijkende ontlasting: vaak en overvloedig, soms met zichtbare vetdruppels.

De zweetest is de belangrijkste **test** om de diagnose van mucoviscidose te stellen. Ook via bloedafname, genetisch onderzoek en bij de hielprik die kort na de geboorte bij elke baby wordt uitgevoerd, kan muco opgespoord worden.

De **behandeling** omvat een dagelijkse taak voor de longen en spijsvertering. De longen zijn het meest kwetsbare orgaan bij patiënten met muco, en worden behandeld met aerosoltherapie, ademhalingskinesitherapie, en antibioticumtherapie. Ook de voeding moet nauwlettend worden opgevolgd. Deze dagelijkse therapie is de enige manier om achteruitgang af te remmen en de ziekte-toestand zoveel mogelijk te stabiliseren. Totale genezing is jammer genoeg nog niet mogelijk.

5.3.THERAPIE

Bij een gesprek over medicatie-inname als behandeling kun je ook altijd dezelfde vragen voor ogen houden:

- Wat is de behandeling?
- Waarom is het nodig om deze behandeling te volgen?
- Wat de medicatie betreft:
 - Welke vorm heeft de medicatie? (bruistablet, sliktablet...)
 - Hoe wordt de medicatie ingenomen?
 - Wanneer wordt de medicatie ingenomen?
 - Wat zijn de bijwerkingen?
 - Moet ik ergens extra op letten?
 - Wat zijn de gevolgen als ik dit niet inneem?

Weet dat als de patiënt goed weet waartegen de medicatie helpt, dit ook de therapie-trouw zal bevorderen. We bespreken dit verder in het hoofdstuk over motiverende gespreksvoering.

CASUS

Over de antibioticumtherapie schrijft Marie:

Om infecties in de longen onder controle te houden, is antibioticumtherapie bij mucoviscidose noodzakelijk. De taaie slijmen zijn namelijk een ideale kweekbodem voor bacteriën. Meestal wordt antibioticumtherapie oraal (via de mond) gestart voor een periode van twee weken in de vorm van pillen. Soms wordt de therapie langer voorgeschreven, afhankelijk van hoe de symptomen en klachten evolueren. Als er onvoldoende verbetering optreedt, moet de medicatie intraveneus (met een infuus) worden toegediend. De therapie is belangrijk om de achteruitgang van de longfunctie en de verlittekening van de longen te vertragen.

6. WEET WELK MEDIUM IN TE ZETTEN

‘The medium is the message.’

Marshall McLuhan

Het medium is de drager van je boodschap en moet steeds goed afgestemd worden op de doelgroep en de doelstelling. Maar het ene medium is het andere niet, en het zal in grote mate bepalen of je boodschap effectief is of niet. Wil je dat je zorgvrager de volgende afspraak niet vergeet? Stuur dan nog een reminder. Enkel mondeling overbrengen heeft het risico dat hij het vergeet. Moet je een slechtnieuwsgesprek voeren? Neem dan de tijd voor een mondeling gesprek en zet het niet gewoon op mail. Hieronder bespreken we enkele media en wanneer je welk medium inzet.

Een eerste onderscheid is het **kanaal**. We onderscheiden mondeling en schriftelijk, en bespreken enkele factoren die je kunnen helpen bij de kanaalkeuze.

Mondelinge communicatie is *betrokken* en *persoonlijk*. Omdat je elkaar ook ziet, wordt een groot deel *non-verbaal* overgebracht en ondersteunt dat de boodschap. Zo krijg je ook onmiddellijk *feedback*, waarop je als zender opnieuw kunt inspelen. Mondelinge toelichting is ook wenselijk bij een doelpubliek met *beperkte leesvaardigheid*, maar is tegelijkertijd ook *vluchtig*.

Schriftelijke communicatie is *afstandelijker* (hoewel er technieken bestaan om ook persoonlijk te schrijven – zie een boodschap die blijft plakken). Je kunt schriftelijke communicatie hanteren wanneer de zorgvrager ze op zijn *eigen tempo* kan lezen. Omdat geschreven taal *bindender* is, het belangrijk helder te schrijven. Nadeel is dat je hier *niet kunt toelichten*. Mogelijkheid tot nuanceren is er in *typografie* en het belang van *visuele aantrekkelijkheid*. Het is een ideale kanaalkeuze als je op hetzelfde moment *veel mensen* wilt bereiken (massacommunicatie).

Na de kanaalkeuze kun je nog het specifieke medium bepalen. Schriftelijke media zijn folders, brieven en posters, en bij mondelinge media denken we aan een gesprek, telefoongesprek, voicenotes... Een telefoongesprek verschilt wel nogal van een face-to-facegesprek: je mist veel non-verbale communicatie. Ook tijd en ruimte zullen je mediumkeuze bepalen.

Uiteraard bestaan er ook **mengvormen**, en liefst zelfs, die het beste van beide werelden combineren. Er is dan wel een optimale afstemming nodig zodat je niet op twee sporen

gaat werken. Bij een presentatie (mondeling), kunnen slides (schriftelijk) de boodschap ondersteunen.

VOORBEELD

Op papier of op scherm?

Over de mediumkeuze voor een patiëntenfolder valt er heel wat te zeggen. De opkomst van nieuwe media zoals het internet heeft heel wat implicaties gehad. In 2015 vond Dorien Brouwer dat het begrip van de patiëntenfolder beïnvloed werd door het kanaal. Proefpersonen van vijftig jaar of meer die een folder op papier lazen, scoorden beter op de vragenlijst die hun na het lezen werd voorgelegd dan wie een folder op het beeldscherm had gelezen. Beide folders werden wel even hoog gewaardeerd.

De opkomst van **nieuwe media** zoals het internet heeft een grote invloed. Uit het onderzoek van Dorien Brouwer, maar ook uit ondervinding, weten we dat je een tekst niet zomaar op het internet kunt plakken en verwachten dat hetzelfde effect zal bereikt worden. Het is belangrijk om de boodschap aan te passen aan het medium, en omgekeerd. Ze beïnvloeden elkaar. Denk maar aan alle online vergaderingen tijdens de coronacrisis: die waren veel vermoeiender omdat de vergaderwijze soms niet was aangepast aan het online medium. Of denk aan de consulten die soms noodgedwongen online moesten plaatsvinden.

REFLECTIE

- Hoe communiceer jij het liefst? Schriftelijk of mondeling? Waarom?
- Hoe verwerk jij het liefst nieuwe informatie?
- Denk aan een voorbeeldsituatie binnen de zorg waar de kanaal- en mediumkeuze beter kon. Waarom was dat een foute keuze?

CASUS

Alle mogelijke aanwezigen van de studiedag opbellen wordt lastig. Daarom zullen we een uitnodiging *schriftelijk* opsturen: via mail zowel als op papier via posters. Op de infoavond zelf gaan we uiteraard *mondeling* in een presentatie een en ander uitleggen en zorgen we voor een gesprek met lotgenoten. Nadien geven we de info nog eens mee in een folder. Ook het internet zal een belangrijke rol spelen in de verspreiding van de communicatie.

7. WEET DE JUISTE TOON AAN TE SLAAN

‘It’s not what you say,
it’s how you say it.’

Mae West

You never have the chance for a second impression. De toonzetting of **tone of voice** bij het allereerste contact bepaalt vaak het verloop van gesprek of de indruk die de schriftelijke communicatie zal achterlaten. In de realiteit is de toon moeilijk om te omschrijven, maar je kunt dit zien als de sfeer die er heerst, de globale totaalindruk. Het is de manier waarop jij als persoon overkomt in je woorden, schriftelijk zowel als mondeling. En zoals altijd is dit ‘gebod’ niet geïsoleerd, maar hangt het samen met de doelstelling. Communicatie met een wervend karakter zal een andere toon aanslaan dan een fijne babbel tussen een verpleegkundige en een patiënt, en een angstige patiënt zal niet rustiger worden van een zorgverlener met een autoritaire, beschuldigende toon na blijf van therapieontrouw. Enkele factoren zullen de toonzetting bepalen:

- **Register en aanspreking:** ‘Uw kind werd gediagnosticeerd met spinale musculaire atrofie. Ik moet u er dus niet bij vertellen dat uw leven en dat van uw kind grondig zal veranderen.’ Deze toon komt nogal autoritair en betuttelend over. De u-vorm werkt ook afstandelijk, en er is weinig empathie in het gesprek.
- **Jargon:** de juiste woordkeuze zet ook al de toon. Een overmaat aan jargon kan ook weer afstand creëren.
- **Doel:** bij louter informeren zul je een neutralere toon aanslaan dan in een overtuigende, motiverende tekst of gesprek. En om bewustwording te faciliteren, kunnen er prikkelende zaken worden aangebracht. Denk maar aan de choquerende foto’s van een longkankerpatiënt bij wijze van rookpreventie bij jongeren.
- **Stijl:** vooral schriftelijk creëer je heel veel afstand bij onnodig archaïsch taalgebruik. Denk maar aan: ‘Hopende u hiermede geholpen te hebben, verblijven wij inmiddels.’ De persoonlijke connectie is hier ver te zoeken. In hoofdstuk 3 bespreken we meer stijltips voor een vlotte boodschap.

Onder ‘toon’ verstaan we ook **paraverbale communicatie**: de toon van de stem, zuchten, lachen, de intonatie, spreektempo, pauzes of haperingen... Kortom: alle klanken die het gesproken woord ondersteunen. Jouw paraverbale taal hangt onlosmakelijk samen met hoe je je voelt: zo zal je stem hoger klinken als je bezorgd bent, hoe hard je ook probeert te kalmeren. Bij angst kan je stem gaan trillen. Als je verbale en paraverbale communicatie niet op één spoor zitten, zit er ruis op de lijn. Ook bij de zorgvrager kan het zijn dat die iets zegt, maar paraverbaal iets totaal anders overbrengt.

REFLECTIE

- Hoe zou jij zorgvragers aanspreken? Met ‘je’ of ‘u’? Hoe word je zelf het liefste aangesproken? Waarom?
- Wat vind je van dialect in een zorgcontext?

8. WEET DAT JE MET JE LICHAAM PRAAT

‘The most important thing in communication is hearing what isn’t said.’

Peter Drucker

Er wordt weleens gezegd dat 80% van wat je communiceert non-verbaal wordt overgebracht. In elk geval heeft **non-verbale communicatie**, een boodschap overbrengen zonder woorden, een grote impact op hoe die boodschap overkomt. Zorg dat je verbale, paraverbale en non-verbale taal dus goed op elkaar zijn afgestemd, in lijn met de boodschap en het doel. Je boodschap mag nog zo eloquent en perfect afgestemd zijn op je doelgroep, als je iets anders uitdrukt, komt er ruis op de lijn.

Een simpel **bewustzijn** van je lichaam en houding kan al veel doen. En omgekeerd kun je uit de non-verbale communicatie van een zorgvrager veel aflezen. Zo kun je erop inspikken door te vragen: ‘Ik merk dat je frons, is er iets wat je niet goed begrijpt?’

Zorgvragers zijn zich sterk bewust van jouw lichaamstaal. Je armen kruisen kan een soort afscherming betekenen, naar achteren leunen meer afstand nemen, en fronsen dat je niet akkoord gaat.

Enkele richtlijnen en tips:

- **Oogcontact** is belangrijk. Een zorgprofessional die allerlei vragen stelt en intussen blijft typen en dus geen oogcontact zal maken, zal niet zo sterk gewaardeerd worden: de zorgvrager zal zich onbegrepen voelen. Ook rondkijken of ostentatief naar de klok kijken zorgt voor spanning en ruis.
- **Een warme glimlach** kan al wonderen verrichten. Vooral in het eerste contact kan dit de relatie sterk beïnvloeden!
- **Open houding**: met een letterlijk open houding zal de zorgvrager zich op zijn gemak voelen.
- Bij een uitleg kunnen je **handen** dienen voor ondersteunende handgebaren.

VOORBEELD

Een van de grootste ergernissen van zorgvragers is dat ze zich niet gehoord voelen als de zorgprofessional naar het pc-scherm staart en, schijnbaar afstandelijk, ‘Mhm’ mompelt. Zo voelt hij zich niet gehoord. Ook een ‘hand-op-de-deurklink’-gesprek, waarbij de zorgprofessional duidelijk aanstalten maakt om weg te gaan, geeft non-verbaal geen betrokkenheid aan.

Non-verbale communicatie uit zich ook in de ruimte rondom ons die we beschouwen als persoonlijke ruimte, in hoe we ons kleden, welke gebaren we gebruiken. Al deze zaken zijn ook cultureel bepaald (zie hoofdstuk 12).

VOORBEELD

Genezing door aanraking⁴

Wist je dat mensen in de middeleeuwen geloofden dat een ‘koninklijke aanraking’ genezing zou brengen? Zieke mensen reisden soms dagenlang in de hoop de arm of de mantel van de koning aan te raken. Vandaag de dag geloven we dat natuurlijk niet meer, maar we weten wél dat baby’s meer kans hebben op wiegendood als ze niet geknuffeld en gekoesterd worden, en dat ouderen minder stress en pijn ervaren bij lichte aanrakingen. Ook in bepaalde religies bestaat het concept van ‘helende aanrakingen’ zoals de handoplegging of energiegevendende massage.

REFLECTIE

- Ben jij je bewust van je non-verbale communicatie?
- Probeer er bij een gesprek actief op te letten. Kruis je je armen? Ga je wegstijven? Wrijf je in je haar...?
- Wat zijn voor jou tekenen van interesse/desinteresse?

⁴ Voorbeelden uit Elsevier (2021)

Als de aanwezigen zich aanmelden, worden ze begroet door de warme lach van Marie. Tijdens zijn presentatie over de dienst en de ziektebeelden hanteert dr. Aziz bewust een open houding. Hij houdt oogcontact met het publiek en ondersteunt zijn verhaal met handgebaren. En bij het persoonlijke gesprek zorgt Busra dat ze aandachtig blijft, ook in haar non-verbale communicatie, door oogcontact en een open houding.

9. WEET DE REACTIE TE INTERPRETEREN

‘Every action has a reaction.
Everything we do or say has an effect.’

Heidi Ayarbe

Ook al is de inhoud goed afgestemd op het publiek, het kan nog altijd misgaan. De **formulering** van een boodschap verradt hoe de zender zich opstelt, maar ook de ontvanger die feedback geeft. Dat zijn de **aspecten**.

Een voorbeeld: een eerstejaarsstudent verpleegkunde, Febe, doet stage. Ze leert een infuus prikken. De patiënt, een 35-jarige man, rolt al met zijn ogen als ze binnenwandelt met haar stagebegeleider. Febe wordt al wat nerveus. Ze prikt een eerste keer, maar het gaat mis en dat doet hem pijn. ‘Ai! Stop! Je kunt er niets van!’ roept hij.

Deze niet zo beleefde formulering is een illustratie van de aspecten die in elke boodschap verweven zitten. Hij had immers ook kunnen zeggen: ‘Dat doet wat pijn. Kun je even stoppen?’

De inhoud is in beide uitingen dezelfde, namelijk dat het een pijnlijke procedure is, maar verschillende formuleringen laten verschillende communicatieve aspecten⁵ doorschijnen.

- Het **referentiële** aspect verwijst naar de feiten zoals ze zijn. De boodschap wordt herleid tot een zakelijke inhoud. In dit geval: ‘De actie geeft mij pijn.’
- Het **expressieve** aspect betekent de uiting van gevoelens, oordelen en opvattingen. In dit geval: ‘Ik voel pijn.’
- Het **relationele** aspect toont de houding die de zender inneemt tegenover de ontvanger. ‘Kun jij dan niets?’ is er een uiting van dat de patiënt zich profileert als meerdere.

⁵ Op basis van het werk van Schulz von Thun (1981)

- Een **appellerend** aspect is aanwezig wanneer de zender wil dat de ontvanger een actie onderneemt. In de tweede uiting zien we dat de zorgvrager vraagt om de procedure te stoppen.

De feedback die Febe zal geven, zal ook laten doorschemeren op welk aspect ze wenst in te gaan.

- Referentieel: 'Ja, dat is eventjes een pijnlijke prik, maar 't is zo over.'
- Expressief: 'Het zal niet leuk zijn om die pijn te voelen.'
- Relationeel: 'Ik vind het niet leuk om zo aangesproken te worden.'
- Appelleren: 'Ok, ik stop' – met accent op de actie, namelijk ophouden.

- Haal je een communicatief conflict voor de geest. Speelden de verschillende aspecten hierin mee?
- Na een lastige vergadering uit een van jouw collega's zuchtend: 'Wauw, daar is niemand wijzer uit geworden. Wat een slechte voorzitter!' Hoe kun je reageren, volgens elk van de aspecten?

Tijdens de presentatie van dr. Aziz vraagt een van de aanwezigen uit het publiek, duidelijk geïrriteerd, aan haar buur: 'Zeg, duurt het hier nog lang?' Als dr. Aziz wil inpikken op het referentiële aspect, zegt hij met een glimlach: 'Ik heb nog maar enkele minuten tijd nodig', maar het is duidelijk dat de vrouw doelde op het expressieve aspect, namelijk: 'Ik ben verveeld.'

10. WEET WAAR HET MIS KAN GAAN

'The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place.'

George Bernard Shaw

Bij de vorige richtlijnen gingen we er al op in, maar ruis in de communicatie kan op elk onderdeel een invloed hebben. Van een zender die zijn of haar communicatiestijl niet kent en verbaasd is wanneer de feedback luidt dat hij 'vreselijk grof is', tot een misinterpretatie van de aspecten, tot een totale inconsistentie in vorm en kanaal. Ruwweg kan het dus op veel vlakken misgaan. Ruis in de communicatie leidt tot misverstanden, onbegrip, stress, en in extreme situaties tot medische fouten en slechte zorg. Maar een inzicht in het communicatiemodel kan op zijn minst een licht schijnen op waar dat allemaal kan zijn. Want helemaal voorkomen kun je ruis niet, maar je kunt door een bewustzijn wel zo veel mogelijk proberen te voorkomen.

We onderscheiden twee soorten ruis:

- **Interne ruis** komt voor wanneer je er ergens zelf invloed op hebt, binnen in jezelf. Wanneer je gedachten afdwalen, wanneer je waarneming door eigen ervaring wordt gekleurd, wanneer je onvoldoende aandacht schenkt aan de ontvanger. Zie hoger bij het onderdeel 'Weet wie je bent'.
- **Externe ruis** is ruis waar je zelf geen invloed op hebt, maar die wel de communicatie verstoort. De ruis komt van buitenaf. Als er bijvoorbeeld te veel lawaai is en je afgeleid wordt, wanneer de ontvanger letterlijk of figuurlijk 'een andere taal spreekt'...

De **setting** of omgeving kan op zich al heel wat afleiding met zich meebrengen. Een lawaaierige, drukke, bedrukte omgeving kan op zich al ruis veroorzaken. Zo kan een zorgvrager zich niet op het gemak voelen als er mensen staan mee te luisteren of wanneer er een duidelijke tijdsdruk is.

De **zender** kan interne ruis veroorzaken wanneer hij kortweg niet voldoende rekening houdt met de ontvanger. Het gebruik van jargon, vage termen, geen interesse tonen, geen