

**FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

Brussel, 30 september 2019

---

**Directoraat-generaal Gezondheidszorg**

---

**FEDERALE COMMISSIE RECHTEN VAN DE PATIENT**

---

Ref. : FCRP/Advies/2019-01/02

**Advies over de communicatie tussen beoefenaar en patiënt zoals die is vermeld in de  
wet betreffende de rechten van de patiënt :**

**Naar een professionalisering, een humanisering, een harmonisatie van de praktijken  
in het belang van de zorgkwaliteit**

## 1. Inleiding

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt verzamelt en verduidelijkt in één tekst de rechten die worden toegekend aan de patiënt in het kader van zijn relaties met de gezondheidsbeoefenaars. Bedoeling van deze wet bestaat erin om evenwicht te brengen in de betrekkingen tussen de patiënt en de zorgverstreker en op die manier de kwaliteit van hun relatie te bevorderen en de dialoog te versterken.

De communicatie is onontbeerlijk voor de implementatie van de rechten van de patiënt en voor de uitoefening van de verplichte samenwerking. Klachten van patiënten hebben vaak betrekking op de communicatie: zo toont de federale ombudsdienst in zijn verslag van 2016 aan dat bijna 73% van de ontvangen klachten rechtstreeks betrekking heeft op artikelen 7 en 8 betreffende de communicatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt (Verhaegen et al., 2017).

Tot slot zijn er ook enquêtes van de onafhankelijke ziekenfondsen en van de Patiëntenfederatie Nederland die aantonen dat vier op tien patiënten hun arts niet begrijpen, vinden dat ze niet met hem kunnen converseren of dat hij onvoldoende luistert naar hun mening of hen geen vragen laat stellen<sup>1</sup>.

Naast de link met de implementatie van de rechten van de patiënt, heeft de communicatie tussen de beoefenaar en de patiënt ruimer gezien ook impact op de zorgkwaliteit. **Communicatie die uitgaat van een dialoog** zorgt voor een efficiënter en bekwaamer optreden van de beoefenaar (Richard et Lussier, 2005). Deze aanpak suggereert een samenwerking tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt, een samenwerking op basis van wederkerigheid, maar ook op basis van complementariteit. Deze aanpak stelt ook een iteratief proces voor, wat ertoe leidt dat beide partijen transformeren en dat er wederzijdse beïnvloeding ontstaat.

**Ruimer bekeken is een betere communicatie tussen beoefenaar** en patiënt ook een aandachtspunt voor het mesoniveau (zorginstellingen, openbare diensten, gezondheidsactoren,...) en voor het macroniveau (gezondheidssysteem en gezondheidsbeleid) die deze beweging naar meer samenwerking via informatie en communicatie moeten aanmoedigen, ondersteunen en erkennen.

Wat betreft de diverse theoretische elementen of de elementen uit het onderzoek, wil de federale Commissie « Rechten van de patiënt » de volgende elementen beschrijven:

- ✓ de voornaamste moeilijkheden op het vlak van de communicatie tussen beoefenaar en patiënt
- ✓ wat een goede communicatie tussen beoefenaar en patiënt kan opleveren voor de patiënten, de beroepsbeoefenaars en de maatschappij
- ✓ wat een goede communicatie tussen beoefenaar en patiënt is, en hoe ze kan worden geoperationaliseerd
- ✓ De prioritaire aanbevelingen om de communicatie tussen de beoefenaar en de patiënt te optimaliseren.

## 2. De voornaamste moeilijkheden op het vlak van de communicatie tussen beoefenaar en patiënt

- *(Niet) begrijpen*

---

<sup>1</sup> <https://www.ad.nl/gezond/peiling-patientenvereniging-dokter-moet-leren-luisteren~a9891b08/>  
[http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=21517](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=21517)

Vier Belgische patiënten op tien verklaren trouwens dat ze hun arts niet goed begrijpen, dat ze niet genoeg tijd krijgen om alles te verstaan tijdens de raadplegingen, en dat ze bijgevolg de aanbevelingen slecht opvolgen<sup>2</sup>. Bovendien is er soms een onzekerheidsmarge (over de diagnose, de doeltreffendheid of de gevolgen van de behandeling) die moeilijk te begrijpen en te aanvaarden is. Begrip is echter een absolute vereiste zodat de patiënt zijn eigen gezondheidstraject, in het bijzonder bij ziektes of behandelingen met neveneffecten kan beheren. Begrip is des te belangrijker wanneer er een bepaald gedrag van de patiënt wordt verwacht, vooral op lange termijn, om het welslagen van het therapeutische project te garanderen. Begrip gaat in twee richtingen: de patiënt dient te begrijpen wat er gebeurt, maar de arts moet ook de patiënt, zijn wensen, zijn prioriteiten begrijpen en zijn interpretaties door de patiënt laten bekrachtigen.

En wanneer de gezondheid wegens complicaties verslechtert, verslechtert ook de communicatie en kan het vertrouwen verloren gaan.. Bovendien heeft de patiënt recht om te weten of het om een fout of een complicatie zonder fout gaat.

- *Therapie(on)trouw*

Gebrek aan communicatie en gebrek aan voorbereiding op ontslag of na een consult werkt de heropname in het ziekenhuis in de hand. Bovendien zijn therapieën slechts doeltreffend als de patiënt er goed over is ingelicht zodat hij ze correct zou volgen. Naast de informatie, wordt de motivatie van de patiënt om zijn therapie te volgen (ondanks de inspanningen die dat vergt) niet altijd onderzocht.

- *Financiële gevolgen op voorhand (te weinig) gekend*

Heel vaak kent de patiënt de kosten van de voorgestelde medische zorg niet, ondanks de wet betreffende de rechten van de patiënt, die voorziet dat hij vooraf op de hoogte wordt gesteld van de financiële gevolgen van de zorg die hem werd voorgesteld. Dat geldt ook zowel voor een ambulante consultatie als voor een ziekenhuisopname. Uit een bevraging van het Vlaams Patiëntenplatform (2017) blijkt dat 81% aangeeft het voorbije jaar onvoldoende geïnformeerd te zijn over de kosten van een consultatie of behandeling<sup>3</sup>. Dat betekent dat de patiënt geen beslissing met kennis van zaken neemt. De globale kost van een interventie kennen wordt bemoeilijkt door de aspecten van de conventie, de regels die specifiek van toepassing zijn op bepaalde handelingen of bepaalde situaties (bv. oncologische coördinatie) en het delegeren van taken naar andere personen die de patiënt niet kent (zoals biomedische analyses).

- *(Ontbreken van) empathie en respect*

Deze vaststelling kan worden waargenomen in elke interactie tussen beoefenaar en patiënt, en wordt vaak ter sprake gebracht in verband met de controle geneeskunde. De Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt' voorziet een specifiek advies in verband met de relatie met de adviserend arts. Daarnaast stelde de commissie reeds in 2009 een advies op over expertise- en controle geneeskunde.

---

<sup>2</sup> [http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=21517](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=21517)

<sup>3</sup> Vlaams Patiëntenplatform vzw (2017). 1 op 5 weet na 15 jaar nog niet dat er patiëntenrechten bestaan. Geraadpleegd via: <http://vlaamspatiëntenplatform.be/persberichten/persbericht-vpp-1-op-5-weet-na-15-jaar-nog-niet-dat-er-patientenrechten-bestaan>.

- *(Niet) overeenkomende tijdsperspectieven*

De tijdsperspectieven tussen beoefenaar en patiënt kunnen botsen, ongeacht of het nu gaat over een patiënt die gehaast is om een onderzoek te ondergaan of resultaten te krijgen en wordt geconfronteerd met lange wachttijden of een beoefenaar die zo snel mogelijk maatregelen wil nemen om een risico te beperken voor een patiënt die tijd nodig heeft om slecht nieuws te laten bezinken of om beslissingen te nemen.

- *Patiënt (niet of onvoldoende) betrokken bij beslissingen die hem aanbelangen*

De levensdoelen, wensen, angsten en gedachten van de patiënt (bij voorbeeld in verband met de levenskwaliteit of in verband met wat hij van de ziekte of de behandeling denkt en wat hij zich daarbij moet voorstellen) worden niet altijd bekeken op het moment dat er belangrijke beslissingen worden genomen over de behandeling. De patiënt is in de eerste plaats een mens, met een eigen leven dat hij moet leiden, en die wordt getroffen door de ziekte en de behandeling. De impact hiervan op het leven de patiënt negeren kan leiden tot onjuiste beslissingen die het vertrouwen van de patiënt en/of zijn trouw aan de gegeven adviezen zullen verminderen.

Dit is heel belangrijk in situaties waar chronische of ongeneeslijke ziekten mee gemoeid zijn.

Studies tonen aan dat 36 à 79% van de artsen de wens van patiënten om actief behandeld te worden verkeerd inschatten, en dat die foutieve inschatting toeneemt met de leeftijd van de patiënt (Hertay, 2017). Een onderzoek van Vanbutsele et al. (2018) toont aan dat de levenskwaliteit van mensen hoger ligt (62% versus 54,5%) wanneer palliatieve zorg wordt opgestart vanaf het moment dat de diagnose van een ongeneeslijke kanker wordt gesteld.

### 3. De voordelen van een goede communicatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt, voor de patiënten, de beroepsbeoefenaars en de maatschappij

- *Vertrouwen*

Bedoeling van de communicatie tussen beoefenaar en patiënt zoals vermeld in de wet betreffende de rechten van de patiënt bestaat volgens Magda Aelvoet in een transparantie in de relatie (Ceulemans, 2003). Naast deze transparantie ontstaat het vertrouwen uit de opeenvolgende interacties en wordt dit opgebouwd in de relatie via een wederzijds engagement van de aanwezige personen. Het vertrouwen kan worden gecreëerd, onderhouden en beheerd (Mangematin, 2009). Het vertrouwen wordt opgebouwd door de tijd om te luisteren ernstig te nemen, en te vertrekken vanuit de leefwereld van de patiënt.

- *Empowerment en de patiënt als partner*

Dit empowermentproces gebeurt via affectieve, cognitieve en gedragsdimensies : « een persoon is zelfstandig wanneer hij voldoende kennis heeft om rationele beslissingen te nemen, hij voldoende controle en interne middelen heeft om zijn beslissingen te implementeren en hij voldoende praktische ervaring heeft om de efficiëntie van zijn beslissingen te evalueren rekening houdend met zijn gezondheidstoestand. » (Gagnon, 2009, p. 164). ). Met andere woorden, empowerment is een proces dat de kracht van mensen versterkt om op te treden als volle spelers in hun gezondheid (Integreo, nd).

- *Therapietrouw/therapeutische band*

Het meedenken door de patiënt en betrokken worden bij het nemen van beslissingen, wat wordt bevorderd door het recht op geïnformeerde en vrije toestemming, bevordert de zorgtrouw van de patiënt (Brisson, 2016). Het therapeutisch verbond hangt af van de wil van de patiënt om zijn voorgeschreven behandeltraject te volgen en van de weldoordachte goedkeuring van de behandeling die hem wordt voorgesteld; trouw uit zich door een verhoogde graad van overeenstemming tussen het gedrag van de patiënt en de gezondheidsaanbevelingen die hem werden voorgeschreven (Debout, 2009).

Een therapeutisch verbond impliceert een gedeelde verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar en de patiënt teneinde de doelstellingen van de behandeling te bereiken (Luborsky, geciteerd door Mattéo, 2009), rekening houdend met de hele persoon van de patiënt (Richard et Lussier, 2005).

- *Gezondheidsresultaten*

Volgens een systematische review uit 1995 (Stewart, geciteerd door Richard et Lussier, 2005), heeft de kwaliteit van de communicatie een invloed op de gezondheid van de patiënten. Een goede communicatie verbetert de emotionele gezondheid, de controle of zelfs het verdwijnen van de symptomen, de werkingsstatus, de fysiologische metingen en de pijnbeheersing.

Een goede communicatie helpt de beroepsbeoefenaar tevens om de problemen beter te begrijpen en de patiënt om zich psychologisch aan te passen; het verbetert de tevredenheid van de zorgverlener en de patiënt (Richard et Lussier, 2005).

- *Financiële voordelen*

Een verbetering van de terapietrouw van de patiënt en van de efficiëntie van de behandelingen, wat mogelijk gemaakt wordt door het creëren van een therapeutisch verbond zorgt voor onrechtstreekse en rechtstreekse financiële voordelen (minder behandelingen, minder heropnames in het ziekenhuis, minder complicaties, minder ziekte dagen, enz.) voor de patiënt en voor de maatschappij.

#### 4. Het opzetten van een goede communicatie tussen de beoefenaar en de patiënt

De communicatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt heeft verschillende doelstellingen en geen enkele daarvan mag over het hoofd worden gezien: informatie doorgeven, informatie krijgen, beslissingen nemen, gezond gedrag bevorderen, reageren op emoties en relaties bevorderen (Hertay, 2017). Om deze doelstellingen te verwezenlijken moet de beroepsbeoefenaar zijn aandacht vestigen op een aantal punten.

##### 4.1. Gelijkwaardigheid tussen patiënt en zorgverlener

De relatie beroepsbeoefenaar- patiënt is van nature uit asymmetrisch (Sorsanna, 1999, geciteerd door Formarier, 2007)

Eén van de doelstellingen van de beoefenaars dient er dus in te bestaan om *een symmetrie te herstellen* (Formarier, 2007) of minstens een wederkerigheid (Emmanuel et Emmanuel, 1992) in de relatie, door de patiënt in staat te stellen om zijn autonomie terug te winnen en actor van zijn gezondheid te zijn, in dezelfde mate als

dat hij expert van zijn ervaringen is. Het is van belang om uit het conflict te treden tussen autonomie en gezondheid, tussen waarden van de patiënt en waarden van de zorgverstreker (Emmanuel et Emmanuel, 1992).

#### 4.2. Verbale en non-verbale communicatievaardigheden

De *houding en het gedrag* van de beoefenaars worden beschreven als iets dat de communicatie bevordert of schaadt (Phaneuf, 2002): het gaat om de houding en het lichaamstaal, de gestiek, de afstand of de nabijheid, het oogcontact, de gelaatsexpressie, de uitdrukking van de stem, de ademhaling, de stilte, de algemene uitstraling en de aanraking.

De beroepsbeoefenaar moet ook vermijden om de patiënt te onderbreken en het gesprek te veel te sturen: uit onderzoek blijkt dat 25% van de medische consultaties geen open vraag bevat die de patiënt uitnodigt om zich uit te drukken. Tevens blijkt dat patiënten 18 à 23 seconden nadat hij het woord heeft genomen wordt onderbroken (Hertay, 2017).

Het onderzoek naar de doelstelling en de verwachtingen van de patiënt is zeer belangrijk om de duur van het gesprek te beheeren (Lussier et Richard, 2005). Uit studies blijkt immers dat last-minute vragen vaker voorkomen tijdens gesprekken waarbij de redenen voor de consultatie aanvankelijk niet werden benoemd.

Het is belangrijk dat de zorgverlener de patiënt tijdens het gesprek regelmatig laat herhalen wat er gezegd is om er zeker van te zijn dat hij het *begrepen* heeft en, omgekeerd, dat de patiënt zijn of haar eigen interpretaties valideert.

#### 4.3. Gedeelde beslissing

Het is belangrijk om rekening te houden met de *ervaringskennis van de patiënt* (Brisson, 2016) teneinde de informatie in beide richtingen te laten circuleren in het kader van een samenwerking op het vlak van de gezondheid en in het kader van “shared decision making”.

Wanneer er sprake is van interventies, dient de zorgverlener zich er ook van te vergewissen dat de patiënt de nodige kennis heeft en dat hij van plan is om de voorgestelde therapie trouw te volgen. Deze episodes zullen beiden de gelegenheid bieden om vragen te stellen, waardoor de discussie kan worden verdiept, en zullen ook een wederzijds begrip bevorderen, wat, *in fine*, zal leiden tot een mogelijk therapeutisch verbond.

#### 4.4. Empathie

Met hetzelfde doel is het van belang om de « *kansen voor empathie* » *aan te grijpen* die door patiënt worden voorgesteld wanneer hij zijn emotie of zijn ervaringen uitdrukt. Doeltreffende communicatie vereist doeltreffende communicatiestrategieën, maar ook het vermogen om noden op te sporen en ondersteuning te bieden (Hertay, 2017).

Opnieuw hebben studies gewezen op een verlenging van de duur van de consultatie wanneer deze kansen niet gevolgd werden door empathie vanwege de arts (Constant, 2016). Deze empathie stelt de arts ook in staat om de patiënt in een tijdspectief te zien en om hem niet meteen zijn eigen prioriteiten op te leggen.

#### 4.5. Health literacy

Er dient een bijzonder belang te worden gehecht aan het niveau van mondelinge en schriftelijke “health literacy” (kennis/belezenheid rond gezondheid) van de patiënt. De “health literacy” moet worden geanalyseerd teneinde de complexiteit van de geformuleerde boodschappen aan te passen (Baker, 2006). “Health literacy” is « *the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decision* » (Selden et al. geciteerd door Carbone en Zoellner, 2012). Het heeft een impact op *empowerment* (Nutbeam, 2000 ; Fumagalli et al., 2015, geciteerd door Hertay, 2017) en op de therapietrouw (Geboers et al., 2015, geciteerd door Hertay, 2017). Voor de beoefenaars komt het erop aan hun pedagogische capaciteiten te versterken, een eenvoudige taal te hanteren, een open en beschikbare houding aan te nemen. Dit overstijgt de gestandaardiseerde benaderingen die geen rekening houden met de beleving van de patiënt.

Gezondheidseducatie bij het grote publiek is noodzakelijk vanaf de schoolbank en voor de rest van het leven, ongeacht of dit door de overheid (bv. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), door de ziekenfondsen, door de ziekenhuizen, maar ook door de zorgvertrekkers zelf via mediacampagnes, brochures, via sociale netwerken, enz. gebeurt.

Het is tevens een verantwoordelijkheid van de zorgorganisaties die de patiënten duidelijke en leerzame informatie moeten geven. Ook zij moeten werken op drie invalshoeken: (1) de tools (op papier en digitaal) voor de ontwikkeling en de evaluatie van de informatie; (2) omgevingsvoorwaarden en opleidingen die de verbetering van interpersoonlijke uitwisselingen mogelijk maken; en (3) de valorisering van de deelname en het engagement van de patiënten op verschillende niveaus in de therapeutische relatie en in de organisatie (Rudd, n.d.).

#### 5. Prioritaire aanbevelingen

##### 5.1 De gezondheidsbeoefenaars sensibiliseren/vormen (basisopleiding en permanente vorming), maar ook de patiënten

De communicatie dient een belangrijk deel van de opleiding van de toekomstige gezondheidsbeoefenaars uit te maken. Bepaalde omstandigheden vereisen een specifieke opleiding. Zo moet elke zorgverlener bijvoorbeeld voldoende opleiding in palliatieve zorg krijgen, zoals de Koninklijke Belgische Academie voor Geneeskunde aanbeveelt. Een ander voorbeeld is de Nederlandse wet die de arts verplicht de patiënt in te lichten ingeval er een medische fout is gebeurd<sup>4</sup>. Deze verplichting is een goede zaak en moet gepaard gaan met een opleiding in communicatie. Het communiceren over medische fouten, zoals in de ziekenhuizen in Kentucky en Michigan gebeurt, vermindert het aantal rechtszaken<sup>5</sup>.

Zelfs personen die zich in de periferie van de therapeutische relatie bevinden moeten worden gesensibiliseerd. Zo dienen de secretariaten van de artsen blijk te geven van empathie door voorstellen voor afspraken zoveel mogelijk af te stemmen op de mogelijkheden en de agenda's van de patiënt.

---

<sup>4</sup> [https://nl.wikipedia.org/wiki/Wet\\_op\\_de\\_geneeskundige\\_behandelingsovereenkomst](https://nl.wikipedia.org/wiki/Wet_op_de_geneeskundige_behandelingsovereenkomst)

<sup>5</sup> <http://www.sin-nl.org/vertel-en-herstel/>

Een innoverende benadering, een interactieve en levende pedagogie kan onder meer worden bevorderd door de patiënten, de patiëntenverenigingen of patiëntenvertegenwoordigers (LUSS-VPP) sensibiliserings- en opleidingsmomenten te laten organiseren samen met beroepsbeoefenaars. Meer en meer gezondheidsactoren en toekomstige studenten (volksgezondheid, geneeskundefaculteit, verpleegkundigen,...) vragen aan patiënten om dingen uit te wisselen en te delen en om hun ervaring en getuigenis ten dienste te stellen om de communicatie en de informatie te verbeteren. De patiëntenverenigingen ontwikkelen verschillende acties in die zin, wat opnieuw de gelegenheid biedt om een patiënt-partner benadering in het gezondheidssysteem te bevorderen. Dit zijn evenwel ad-hoc initiatieven die afhankelijk zijn van de goede wil van elk individu; er kan worden overwogen om dit op structurele wijze te gaan uitwerken.

## 5.2. De relationele handeling en de gedeelde beslissing herwaarden

Voor een goede communicatie kan er tijd vereist zijn in het begin van de relatie of op sommige kritieke momenten van de relatie, zelfs als er vervolgens veel tijd kan worden gewonnen dankzij een efficiënte communicatie en behandeling.

De relationele handeling moet, net als de intellectuele handeling, worden erkend als een interventie van een beoefenaar en bijgevolg moet ze worden vergoed.

Het elektronisch medisch dossier is reeds ontwikkeld, maar kan nog meer gebruikt worden om de zorgverstreker te helpen de patiënt te begeleiden in de opvolging van de behandeling. Een contact via het elektronisch medisch dossier kan de patiënt helpen om een zekere controle/opvolging van de zorgverstreker te ervaren, eerder dan dat hij zich na een consultatie of ziekenhuisopname aan zijn lot overgelaten voelt. Zowel de behandeling als de contactmodaliteiten moeten het voorwerp uitmaken van een gedeelde beslissing tussen de beoefenaar en de patiënt, zodat er een echt zorgpact wordt gesloten (cf. therapeutisch verbond). Het levensdoel en de levenskwaliteit moeten in dit pact worden meegenomen. De tijd dat ze hiervoor samen doorbrengen is niet een manier om de patiënt de schuld te geven of te controleren, maar wel een manier om hem in zijn beleving en op zijn tijdslijn te begeleiden en het zorgpact evolutief te laten zijn in de tijd. Algemeen gesproken zou het patiëntendossier erbij winnen als het wordt gebruikt als instrument voor communicatie en gedachtewisseling. De aanbeveling van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt betreffende het patiëntendossier<sup>6</sup> gaat in die zin.

Om de gezondheidskennis van de patiënten te vergroten, bestaan er een aantal websites in binnen- en buitenland die vrij toegankelijk zijn zonder zich te moeten registreren<sup>7</sup>.

Een communicatie **over fouten, vergissingen of complicaties**, die niet gelieerd zijn aan fouten, moet worden voorzien en bevorderd door de zorginstellingen en verzekeringen van de beroepsbeoefenaars.

---

<sup>6</sup> Advies van de Commissie van 21 11 2017

<sup>7</sup> Bijvoorbeeld :

- [www.cbip.be](http://www.cbip.be) au sujet des médicaments
- [www.sickkids.ca](http://www.sickkids.ca) pour les enfants (possibilité d'écouter, de lire et de regarder)
- [www.gezondheidenwetenschap.be](http://www.gezondheidenwetenschap.be)
- <http://www.orpha.net/national/BE-FR/index/page-d-accueil/> pour les maladies orphelines

### 5.3. Het interdisciplinaire werk bevorderen (interventie van andere beroepsbeoefenaars vóór/na de interactie tussen arts-patiënt)

De informatie door de technisch meest bekwame persoon laten leveren kan veel kosten met zich meebrengen of zelfs problematisch voor het gezondheidssysteem zijn. Andere beoefenaars die technisch misschien minder bekwaam zijn, zijn al beter opgeleid inzake communicatie.

Er bestaan reeds veelbelovende interdisciplinaire alternatieven, bv. de opvolging van stabiele chronische patiënten door verpleegkundigen die veel praktijkervaring hebben, of de tussenkomst van een opleider in het diabetestraject. Informatie en opvoeding gaan hand in hand om de patiënt trouw te houden aan zijn therapie. In elke ziekenhuisdienst kan er iemand worden voorzien die aan de patiënt toelicht hoe hij zich moet verzorgen, hoe hij zijn gezondheid moet opvolgen, hoe hij moet vermijden dat hij zijn eigen gezondheid schade berokkent. Zowel ambulante als tijdens een ziekenhuisopname, dient de patiënt op voorhand en bij zijn ontslag de volgende informatie te ontvangen die aan zijn situatie is aangepast: Alhoewel het van belang is dat de communicatie een zaak van iedereen blijft, kan het zinvol zijn om personen te voorzien die zich specifiek wijden aan de communicatie in situaties waar men kan verwachten dat de communicatie duurzaam zal moeten worden geïmplementeerd, en betrekking zal moeten hebben op sommige specifieke aspecten die door deze personen kunnen worden beheerd : voorbereiding op een onderzoek of een ziekenhuisopname (wat moet vooraf, tijdens en achteraf worden voorzien), opvolging na de ziekenhuisopname, opvolging in de loop van een behandeling of een aanpassing van de levenswijze, referentiebeoefenaar voor elke patiënt, financiële aspecten (globale voorzienbare kost in de vorm van een prijsvork die aan de patiënt wordt meegedeeld), enz.

De ontwikkeling van alternatieven moet ook slaan op de communicatiemiddelen die kunnen worden gebruikt : websites, mail, telefoon, sms, zijn allemaal veelbelovende kanalen om een aantal gestandaardiseerde of eenvoudige inlichtingen uit te wisselen, waarbij de patiënt de kans krijgt om zich globaal ondersteund te voelen binnen het gezondheidszorgsysteem en daarin ook de mogelijkheden te kennen waarover hij beschikt om toegang te krijgen tot bevoorrechte gesprekspartners. Het is goed dat deze middelen worden onderzocht maar het is ook belangrijk dat er genuanceerd en kritisch wordt nagedacht over de mogelijke voordelen, maar ook over hun grenzen. Zij kunnen namelijk niet in de plaats komen van rechtstreeks contact met de beoefenaar of van gepersonaliseerde gedachtewisselingen, maar ze kunnen deze wel ondersteunen. Hun ontwikkeling mag niet leiden tot de uitsluiting van minder 'geconnecteerde' patiënten, die doorgaans op zich al een kwetsbaardere populatie uitmaken. LUSS heeft een inventaris opgesteld van reeds gerealiseerde initiatieven in Brussel binnen het domein van de strijd tegen de digitale kloof in gezondheid. (Zie "Inventaris van LUSS", 2019, beschikbaar op de website van LUSS, [www.luss.be](http://www.luss.be)).

Dat de communicatie tussen de beoefenaar en de patiënt een essentieel element is voor de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg, en de aangereikte voorbeelden en oplossingen tonen aan dat elk initiatief tot samenwerking en coördinatie tussen de verschillende partners en actoren aanmoediging verdient om te maken dat alles wat nu al bestaat nog beter zou functioneren. Hoe meer samenwerking er bestaat tussen de patiënten, de patiëntenverenigingen, de gezondheidsinstellingen, de ziekenfondsen en de artsenverenigingen en andere zorgverstrekkers, hoe beter dit is voor de patiënt. Het is van belang om deze samenwerking te structureren en te coördineren, ook wat de communicatie betreft. Bedoeling is een voorbeeld te nemen aan wat goed functioneert, hiervan een inventaris op te maken en aan te vullen wat ontbreekt.



## Bibliografie

- Baker, D.W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*, 21, 878-83. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Brisson, S. (2016, juin). Quatre manières d'améliorer le « partenariat » entre le professionnel de la santé et le patient. *Health Forum*, (26), 12-13. Repris en ligne du site de l'Union nationale des Mutualités libres : <http://www.mloz.be/files/hf26FR.pdf>
- Carbone, E.T. et Zoellner, J.M. (2012). Nutrition and Health Literacy: A Systematic Review to Inform Nutrition Research and Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(2), 254-65. doi: 10.1016/j.jada.2011.08.042
- Ceulemans, F. (2003). La grande réalisation de Magda Alvoet. *Le Généraliste*, Hors-série du 17 septembre 2003, p. 7-8.
- Constant, E. (2016). *A propos de l'empathie : des considérations neurobiologiques aux implications cliniques*. Présentation lors du colloque Viva!Ethique, novembre 2016, Marche. <http://www.vivaethique.be/?q=programme-2016>
- Debout, C. (2009). Adhésion thérapeutique. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 53-55. Lyon, France : Mallet Conseil.
- Deutsch, C. (2005). Le consentement et l'advocacy. *Handicap, Revue de Sciences humaines et sociales, CTNERHI* (104).
- Dupuis, M. (2013). *Le soin, une philosophie*. Paris, France : Seli Arslan.
- Emmanuel, E. J. et Emmanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 267(16), 2221-6.
- Formarier, M. (2007, juin). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* (89), 33-42.
- Gagnon, J. (2009). Empowerment. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 162-165. Lyon, France : Mallet Conseil.
- Integreo. (nd). *Fiche pratique composante 1 : empowerment du patient*. En ligne sur le site <http://www.integreo.be/fr/soins-integres/composantes>
- Lussier, M.-T. et Richard, C. (2005). La structure et le contenu de l'entrevue médicale. Dans C. Richard et M.-T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé*, p. 191-230. Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- Mangematin, V. (2009). Confiance. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 115-117. Lyon, France : Mallet Conseil.
- Matéo, M.-C. (2009). Alliance thérapeutique. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 66-67. Lyon, France : Mallet Conseil.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3), 259-67.

Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal, Québec : Chenelière Education.

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2002). *Etablissement de la relation thérapeutique. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*. Repris du site de l'association : [www.rnao.org](http://www.rnao.org)

Richard, C. et Lussier, M.-T. (2005). Une approche dialogique de la consultation. Dans C. Richard et M.-T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé*, p. 11-34. Saint-Laurent, Québec : ERPI.

Rudd, R.E. (n.d.). Public Health Literacy. IOM Round Table on Health Literacy Workshop. En ligne : <http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/2013-NOV-21/Rudd.pdf>

Vanbutsele G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M. et al. (2018). Effects of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer : A randomised controlled trial, *The Lancet*, 19(3): 394-404.