

‘Ja maar, beterweters, daar kan ik toch allang mee omgaan? Geloof me, dat het altijd beter kan bewijzen Bannink en Den Haan met dit schitterende doe-boek. Je krijgt vanzelf weer zin in moeizame interacties na het lezen van dit boek.’

Remke van Staveren, psychiater,
auteur *Patiëntgericht Communiceren*

‘Dit boek nodigt uit tot bezinning en heeft de positieve insteek dat er in interactie met patiënten veel meer mogelijk is dan misschien in eerste instantie wordt gedacht.’

Marc Verbraak, hoogleraar
gezondheidszorgpsychologie, RU Nijmegen

‘Er is hoop, ook voor het moeilijke gesprek waar je eigenlijk geen zin in hebt!’

Bauke Koekkoek, lector Hogeschool
van Arnhem en Nijmegen

‘Het is niet gemakkelijk om een wijsneus als dokter te hebben. Dit boek helpt ons om van ‘beterweter’ naar gewenst adviseur te evolueren.

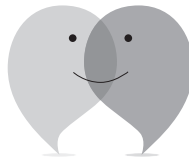
Rudolf Poolman, orthopedisch chirurg,
OLVG Amsterdam



BETERWETERS

Van lastige naar optimale
interacties in de (g)gz

Fredrike Bannink en René den Haan



Boom

© 2016 F.P. Bannink, R. den Haan, p/a Boom
uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere

compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag en binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 8953 919 9
NUR 770

www.bua.nl
www.boompsychologie.nl

INHOUD

Voorwoord 9
Inleiding 13

HOOFDSTUK 1 BETERWETERS

Inleiding 17
Beterweters: wat behandelaars over patiënten zeggen 18
Beterweters: wat patiënten over behandelaars zeggen 32
Hoofdstuk 1 in het kort 41

HOOFDSTUK 2 LASTIGE INTERACTIES

Inleiding 45
Lastige interacties 47
Negatieve denkbeelden 51
Invloed op het zelfbeeld 54
Hoofdstuk 2 in het kort 56

HOOFDSTUK 3 OPTIMALE INTERACTIES

Inleiding 59
Lastige interacties 61
Motiveren 63
Optimale interacties 68

Samenwerkingsrelatie 70
Weerstand of samenwerking 78
Conflicthantering 83
Hoofdstuk 3 in het kort 85

HOOFDSTUK 4 DE BEHANDELAAR IN DE HOOFDROL

Inleiding 87
Zes manieren om een behandeling te laten mislukken 87
Zes manieren om een behandeling te laten slagen 93
Hoofdstuk 4 in het kort 103

HOOFDSTUK 5 SPECIFIEKE SITUATIES

Inleiding 107
Onvrijwillige patiënten 107
Dwang en drang 109
Voortslepende behandelingen 116
Onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK) 121
Crisissituaties 129
Suïcidaal gedrag 134
Hoofdstuk 5 in het kort 143

HOOFDSTUK 6 PATIËNTTEVREDENHEID

Inleiding 145
Patiënttevredenheid 145
Patiëntparticipatie 147
Patiënten aan het woord 150
Hoofdstuk 6 in het kort 162

HOOFDSTUK 7 OPLEIDING

- Inleiding* 165
- De positieve focus* 166
- Motiveren* 169
- Resultaatmeting* 170
- Professionele groei* 173
- Welbevinden* 175
- Hoofdstuk 7 in het kort* 179

HOOFDSTUK 8 VEELGESTELDE VRAGEN

- Inleiding* 181
- Vragen* 181

- Bijlage: Oefeningen 197
- Literatuur 199
- Websites 210
- Trefwoordenregister 213
- Auteursregister 217
- Dankwoord 223
- Over de auteurs 224



VOORWOORD

Beterweters, wat zijn dat nou weer? ‘Betweter’ is een Nederlandse term: iemand die alles beter meent te weten dan anderen. En dat verwijst naar iemand die we pedant vinden. Is betweter dan de overtreffende trap van betweter: geen prettig persoon om tegen te komen of mee samen te werken? Of is de betweter iemand die het echt beter weet, de expert? Zoals de behandelaar naar wie een patiënt toe gaat als hij het niet meer weet en op zoek is naar hulp van iemand die het beter weet? Dat geeft de term een positieve betekenis. Maar wat als die expert aangeeft dat hij met deze patiënt ook niet weet hoe het doel van de behandeling bereikt kan worden? Dat is een lastige situatie. Lastig voor de hulpzoekende patiënt en lastig voor de expert die van zijn voetstuk valt. Maar daar is een oplossing voor: de expert herstelt zich door te verwijzen naar klinische fenomenen of kenmerken van die patiënt, die van die patiënt een ‘lastige’ patiënt maken. De expert verontschuldigt zich hiermee voor het niet kunnen bereiken van het behandeldoel. Hij legt de schuld buiten zichzelf en wijst naar de patiënt. Maar eigenlijk zou hij beter moeten weten.

Zoals Fredrike Bannink en René den Haan in de inleiding van dit boek terecht opmerken: als je naar iemand wijst, wijzen er altijd drie vingers naar jezelf terug. Of, anders geformuleerd: iemand ziet wel de splinter in het oog van een ander, maar niet de balk in zijn eigen oog. Los daarvan zou je ook kunnen zeggen dat wijzen naar een ander ongeleefd is. Net als in het dagelijkse socia-

le verkeer, is wijzen van de expert naar de patiënt eigenlijk ongepast of zelfs ongemaniërd.

En daarmee komen we bij de kern van het boek: kijk eerst eens naar jezelf. De patiënt is niet lastig; het lastige zit hem in de interactie tussen de hulpverlener en de patiënt. En is het niet de kern van onze expertise als behandelaar dat we in staat zijn om met deze interactie om te gaan? De behandelaar weet niet alleen welke aanpak werkt bij een gegeven probleem, maar ook welke samenwerkingsrelatie daar passend en helpend bij is. Over dat laatste gaat dit boek: wat kan de behandelaar doen om een optimale samenwerking tot stand te brengen met de patiënt, zodat het doel van de behandeling bereikt wordt? Dat is wat een behandelaar beter moet weten dan de patiënt: dat is de kunst van het vak van hulpverlener. Het getuigt van professionaliteit wanneer de expert de schuld van het lastige niet bij de patiënt legt, maar bereid is om naar zichzelf en naar de interactie tussen zichzelf en de patiënt te kijken.

Aan de hand van de beschikbare wetenschappelijke kennis, geardeerd met klinische vignettes, geven Bannink en Den Haan een analyse van wat er nu zo ‘moeilijk’ is aan patiënten. Ze komen daarbij uit op de samenwerking tussen een behandelaar en patiënt, die vormgegeven wordt in de interactie tussen beiden. Interessant en verrassend daarbij is dat de auteurs ook expliciet de patiënt aan het woord laten in een hoofdstuk over patiënttevredenheid. De patiënt wordt door de auteurs de mogelijkheid geboden de behandelaar een spiegel voor te houden. Daarmee wordt echt een dimensie toegevoegd aan de analyse van de interactie en de problemen in de samenwerking die daaruit kunnen ontstaan.

Maar dit boek geeft meer dan alleen analyses van wat er mis kan gaan in de interactie tussen behandelaar en patiënt. De auteurs maken in het hele boek – mede aan de hand van oefeningen en verhalen – duidelijk wanneer, bij wie en hoe deze interactie te verbeteren is. Wat daarbij ook helpt: het hoofdstuk met veelgestelde vragen en mogelijke antwoorden. Dit alles maakt dit boek niet al-

leen leerzaam, maar ook praktisch goed toepasbaar. Voor de beginneling (getuige het hoofdstuk dat aan opleidingen wordt besteed), maar zeker ook voor de ervaren rot in het vak. Dit boek nodigt uit tot bezinning en heeft – zoals je mag verwachten van deze auteurs – de positieve insteek dat er in interactie met patiënten veel meer mogelijk is dan misschien in eerste instantie wordt gedacht.

Kortom: lastige mensen bestaan niet, interessante en uitdagende interacties wel. De interactie tussen mensen is enorm geholpen bij het echt openstaan voor de ander en zijn (eigen)aardigheden en bij het niet boven of tegenover de ander staan, maar het naast elkaar staan (want dat *voorkomt* botsingen!).

Bannink en Den Haan laten in dit positieve boek zien hoe een optimale interactie leidt tot een samenwerking waarin doelen kunnen worden behaald. Goed omgaan met lastige interacties is voor een groot deel een kwestie van kritische zelfreflectie door de behandelaar. De behandelaar die zich dat realiseert, zal uiteindelijk wel beter weten.

Marc Verbraak

hoogleraar gezondheidszorgpsychologie,
Radboud Universiteit Nijmegen



INLEIDING

Dit is een boek over ‘beterweters’. Maar wat bedoelen we eigenlijk met die term? In hoofdstuk 1 leggen we dit precies uit. Naar ons idee zijn dit personen die menen het beter te weten en/of het gewoon ook echt beter weten. Die personen kunnen onze patiënten zijn, maar ook wijzelf of collega-behandelaars. Denk bijvoorbeeld aan patiënten of collega’s die vaak ‘ja, maar’ zeggen na een opmerking of advies, of aan patiënten die zich niet houden aan adviezen of er niet eens naar willen luisteren. Je kunt ook denken aan patiënten of collega’s die maar doorgaan met een aanpak die niet werkt, zonder te overleggen of het advies van een ander te accepteren. Denk ook aan patiënten of collega’s die volgens anderen zouden moeten veranderen, maar niet veranderingsbereid zijn. Dit boek gaat over personen die vaak als ‘lastig’ of ‘moeilijk’ worden omschreven en bij wie, in geval het patiënten betreft, de behandeling (in de geestelijke en in de somatische gezondheidszorg) vastloopt of mislukt. Die stagnatie of mislukking wordt van oudsher bijna altijd aan de ‘lastige’ patiënt toegeschreven, maar dat is zeker niet altijd terecht. Wij zijn dan ook van mening dat ‘lastige’ patiënten (en collega’s) niet bestaan, maar lastige interacties met deze personen wel. Over het onderzoek naar die lastige interacties gaat hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe de optimale interactie met patiënten er naar ons idee uitziet. In hoofdstuk 4 komen zes manieren aan de orde waarop een behandeling kan mislukken, met daarin

de hoofdrol voor de behandelaar. Zo beschrijven we: anticiperen op een mislukking, discrepantie tussen de theorie van de behandelaar en die van de patiënt, doorgaan met een aanpak die niet werkt, geen rekening houden met de motivatie van de patiënt, geen overeenstemming over de vraag of iets een beperking of een probleem is, en ten slotte het beschrijven van het behandeldoel in negatieve termen. Daarnaast beschrijven we ook zes manieren waarop een behandeling kan slagen, met ook daarin de hoofdrol voor de behandelaar.

In hoofdstuk 5 wordt een aantal specifieke situaties beschreven, zoals onvrijwillige patiënten, dwang en drang, voortslepende behandelingen, patiënten met onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK), crisissituaties en suïcidaal gedrag.

In hoofdstuk 6 komen patiënten zelf aan het woord, die zo vriendelijk waren om ideeën en tips voor behandelaars te geven. We hebben ter illustratie een aantal van hun uitspraken verspreid in het boek opgenomen. Hoofdstuk 7 laat zien hoe hun ideeën en tips eraan kunnen bijdragen dat onze opleiding beter wordt. In hoofdstuk 8 geven we antwoord op een aantal veelgestelde vragen.

Beterweters en lastige interacties komen niet alleen in de (g)gz voor, maar ook in andere beroepsgroepen en andere situaties. Hierbij kun je denken aan managers en leidinggevendenden, coaches, juristen en mediators, en anderen die met medewerkers, cliënten of klanten werken in profit- en non-profitorganisaties. Dit geldt ook voor ouders en hun (puber)kinderen, leerkrachten en hun leerlingen of sportcoaches en hun pupillen. Wat we in dit boek beschrijven is dus in een breed verband van toepassing.

We hebben dit boek geschreven omdat we van mening zijn dat het ons als behandelaars niet zou misstaan om, vaker dan nu het geval is, bij stagnatie of mislukking van een behandeling de hand in eigen boezem te steken – zoals het zo mooi heet. Onthoud dat als je naar iemand wijst, er altijd drie vingers naar jezelf terugwijzen.

Dit boek is bedoeld voor alle behandelaars in de (g)gz die het belangrijk vinden om de samenwerking met hun patiënten optimaal te laten verlopen. Dit boek is ook bedoeld voor wie de bereidheid heeft om het eigen aandeel in zulke situaties onder de loep te nemen en waar mogelijk te verbeteren. Het boek bevat ter lering en vermaak 22 casussen, 21 oefeningen en 16 verhalen. We wensen u een optimale interactie met uw patiënten (en collega's) toe.

Fredrike Bannink en René den Haan

NB Overal waar *hij* wordt gebruikt kan ook *zij* worden gelezen.

1

BETERWETERS

INLEIDING

In de inleiding beschreven we wat wij verstaan onder de term ‘beterweters’. Naar ons idee zijn dit mensen die menen het beter te weten en/of het gewoon ook echt beter weten. Dit kunnen zowel onze patiënten zijn, als ook wijzelf of onze collega-behandelaars. Een synoniem voor beterweter is ook wel: betweter, redetwister, wijsneus, weetaal, eigenwijs of pedant persoon. Denk bijvoorbeeld aan patiënten of collega’s die vaak ‘ja, maar’ zeggen na een opmerking of advies, of aan patiënten die zich niet houden aan adviezen of er niet eens naar willen luisteren. Je kunt ook denken aan patiënten of collega’s die maar doorgaan met een aanpak die niet werkt, zonder collegiaal overleg of het advies van een ander te accepteren. Er zijn ook patiënten of collega’s die naar uw mening iets zouden moeten veranderen in hun leven, maar helaas niet veranderingsbereid zijn. In dit hoofdstuk beschrijven we wat behandelaars zeggen over patiënten die het beter (menen te) weten, en wat patiënten zeggen over behandelaars die het beter (menen te) weten.

BETERWETERS: WAT BEHANDELAARS OVER PATIËNTEN ZEGGEN

Koekkoek, Van Meijel en Hutschemaekers (2006) deden een literatuurstudie naar de vraag wanneer behandelaars patiënten in de ggz als ‘moeilijk’ beschouwen. Hoewel er weinig gecontroleerd onderzoek naar is gedaan, concludeerden zij dat het vooral gaat om mannelijke patiënten (60-68 procent), doorgaans in de leeftijd tussen 26 en 32 jaar, die werkloos zijn of weinig opleiding hebben genoten.

De gedragingen die behandelaars met name als ‘moeilijk’ ervaren waren onder te brengen in vier categorieën: ‘teruggetrokken en moeilijk in contact bereikbaar’; ‘veeleisend, mondig of juist claimend’; ‘aandacht vragend en manipulerend’, en ‘agressief en gevaarlijk’. De eerste categorie (‘teruggetrokken en moeilijk in contact bereikbaar’) werd gevonden bij patiënten met de DSM-5-diagnose ‘psychotische stoornis’. De tweede en derde categorie (‘veeleisend, mondig of juist claimend’ en ‘aandacht vragend en manipulerend’) werd gevonden bij patiënten met de DSM-5-diagnose ‘persoonlijkheidsstoornis’. De vierde categorie (‘agressief en gevaarlijk’) werd gevonden bij zowel psychotische als persoonlijkheidsstoornissen.

Uit onderzoek van Koekkoek en collega’s (2006) kwam naar voren dat 6 procent van de patiënten door hun behandelaar als ‘moeilijk’ werd beschouwd en dat het dan vooral ging om klinische patiënten. Op basis van analyses verdeelden de onderzoekers vervolgens de typen ‘moeilijke patiënten’ in drie subgroepen: *care-avoiders*: vooral patiënten met een psychotische stoornis die zichzelf niet als ziek beschouwen; *care-seekers*: patiënten met een chronisch, psychiatrisch probleem die geen moeite doen om een stabiele relatie met hun zorgverleners te onderhouden; en *care-claimers*: patiënten die geen langdurige hulp nodig hebben maar

juist praktische ondersteuning aan hulpverleners vragen, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, financiën of medicatie.

CASUS

ONTSLAG UIT DE KLINIEK

Meneer Van Dam – inmiddels 80 jaar – wordt in de ggz opgenomen na een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen. Hij verloor de grip op zijn leven en werd moedeloos over zijn toekomst. De psychiater stelde een ernstige depressie vast. Zowel de patiënt als zijn zonen waren het echter niet eens met deze diagnose. Toch liet hij zich opnemen, omdat hij vond dat hij zijn familie tot last was. Eenmaal opgenomen werd gestart met medicatie. Dit bleek onvoldoende te helpen en leverde bovendien forse bijwerkingen op: hij stond onzeker op zijn benen, voelde zich moe, en zijn activiteitsniveau nam af omdat hij bang was om te vallen. Omdat de patiënt altijd al moeite had om voor zichzelf op te komen, lukte het hem nu ook niet om zijn wens om te stoppen met medicatie kenbaar te maken. Aangemoedigd door zijn familie besloot hij toch de medicatie te staken en ontsloeg hij zichzelf uit de kliniek. Eenmaal thuis voelde hij zich sterker, beter gestemd en zekerder.

In een ander onderzoek gaven 776 sociaal psychiatrische verpleegkundigen via een vragenlijst aan in hoeverre ze patiënten als ‘moeilijk’ ervoeren (Koekkoek, Van Meijel, Tiemens, Schene & Hutschemaekers, 2010). Hieruit kwam naar voren dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (hierna: spv) maar liefst 28 procent van de patiënten in hun caseload als ‘moeilijk’ beschouwden. Patiënten gediagnosticeerd met een psychotische stoornis werden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De onderzoekers vonden geen duidelijke samenhang tussen het predicaat ‘moeilijk’ en een DSM-5-classificatie. Wel vonden zij drie factoren die van invloed waren. Die factoren waren ofwel:

1. interactiegerelateerd (zich machteloos voelen, het idee hebben dat de patiënt wel kan maar niet wil veranderen, en pessimisme over capaciteiten en sterke kanten van de patiënt); ofwel
2. behandelinggerelateerd: er was sprake van een hoge frequentie van wekelijkse behandelcontacten; ofwel
3. gerelateerd aan het grote aantal gelijktijdige psychosociale problemen.

Het label ‘moeilijke patiënt’ bleek dus samen te hangen met de ervaren machteloosheid van de spv in het contact met patiënten, naast de gedachte dat de patiënt zich wel anders kan, maar zich niet anders wil gedragen, en een pessimistisch idee over de verandermogelijkheden van de patiënt. Het door statistische analyse verkregen voorspellende model bevatte geen patiëntgerelateerde variabelen, maar uitsluitend behandelaargerelateerde, zorggerelateerde en sociale variabelen.

Een psycholoog: ‘Wanneer ik alle methodieken en gesprekstechnieken uit de kast heb gehaald om met mijn patiënt tot een doel te komen en het dan nog steeds niet lukt om samen een richting te bepalen, dan vind ik dat lastig. Ik heb dan de neiging om “op te geven” of het op de patiënt “af te schuiven”. Het helpt dan om een collega mee te laten kijken en mij uit mijn “Ik wil alleen maar helpen”-rol te halen.’

Samengevat: het oordeel ‘moeilijke patiënt’ is erg subjectief en hangt niet samen met het ziektebeeld of de aard van de problemen van de patiënt. De betersweters vallen volgens de behandelaars meestal in de eerdergenoemde tweede en derde categorie: ‘veelzeggend, mondig of juist claimend’ en ‘aandacht vragend en manipulerend’. Daarnaast volgen patiënten soms adviezen van behandelaars niet op en zeggen (of denken) ze overal ‘ja, maar’ op, of staken