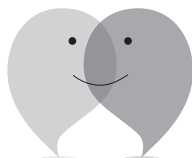


# BETERWETERS

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 verveelvoudigd, 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](http://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

compilatiwerken (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](http://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.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)  
[www.boompsychologie.nl](http://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

# 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 onbeleefd is. Net als in het dagelijkse socia-

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

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 behandel doel 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, weetal, 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’ ervoeren 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: ‘veelzinnig, mondig of juist claimend’ en ‘aandacht vragend en manipulerend’. Daarnaast volgen patiënten soms adviezen van behandelaren niet op en zeggen (of denken) ze overal ‘ja, maar’ op, of staken



ze voortijdig de behandeling (drop-outs). Deze beterweters in de ogen van behandelaars worden hierna beschreven.

#### MONDIGE OF VEELEISENDE PATIËNTEN

Uit de verhalen van ontevreden patiënten komt een beeld naar voren waarbij mondige patiënten die voor zichzelf opkomen soms onvoldoende serieus genomen worden door hun behandelaars. Ze hebben het idee dat ze worden weggezet als ‘lastig en veeleisend’. Dat blijkt uit het rapport *Sterke verhalen uit het ziekenhuis* (Van Egmond, Heerings & Munnichs, 2014). Een jaar lang werden verhalen van patiënten via [www.patiëntenwetenbeter.nl](http://www.patiëntenwetenbeter.nl) verzameld. Deze verhalen werden geanalyseerd door onderzoekers van de Universiteit Twente, met de vraag: ‘Wat is volgens patiënten goede ziekenhuiszorg?’ Uit dit rapport blijkt dat ontevreden patiënten vinden dat verpleegkundigen en artsen te weinig tijd hebben en te weinig empathie tonen. De belangrijkste reden dat patiënten zich genegeerd voelen is volgens dit rapport dat het medisch perspectief vooropstaat. Verder vonden ze dat ze slecht geïnformeerd werden over procedures, diagnoses en behandelingen. Volgens het rapport maken ziekenhuizen te weinig gebruik van de ervaringen van patiënten, naast de gebruikelijke enquêtes of klachtenformulieren. Om de zorg te verbeteren raadt het Rathenau Instituut ([www.rathenau.nl](http://www.rathenau.nl)) ziekenhuizen aan om de ervaringen van patiënten vaker in te zetten. In dit boek doen wij hetzelfde: in hoofdstuk 6 staat een overzicht van tips die patiënten graag aan hun behandelaars willen meegeven, terwijl in hoofdstuk 7 wordt ingegaan op wat er in de opleiding van behandelaars verbeterd kan worden.

*Een patiënt: ‘Anderhalf jaar heb ik het pad van het zoeken naar de juiste diagnose bewandeld. Ik heb zelf van alles over mijn klachten opgezocht en ben zelf achter mijn diagnose gekomen, omdat artsen dit (blijkbaar) niet konden. Ik heb vele ziekenhuizen en behandelaars gezien. Vaak kreeg ik te horen: “We kunnen niets voor u doen”,*

*en zelfs: “Het zit tussen uw oren.” Toen ze het niet meer wisten kreeg ik een uitsluitingsdiagnose als fibromyalgie.*

*Uiteindelijk bleek mijn ziekte goed aantoonbaar en zelfs zichtbaar op scans – alleen bij mij op atypische locaties. Wat ik merkte is dat artsen moeite hebben om zich daadwerkelijk te verdiepen in onbekende symptomen en klachten en out of the box te denken wanneer een klachtenpatroon niet past binnen de geijkte richtlijnen en behandelprotocollen. Het zou fijn zijn wanneer zij verder zoeken dan de handboeken en contact opnemen met andere behandelaars wanneer zij het even niet meer weten.’*

#### MANIPULERENDE PATIËNTEN

Volgens de algemene definitie is manipuleren het beïnvloeden van iemand anders om de ander van iets te overtuigen, zonder daarbij de werkelijke argumenten te gebruiken. Het gaat dus om het sturen, buigen en bespelen van mensen, kortom: iemand beïnvloeden om een eigen behoefte te vervullen. Manipulatief gedrag komt in allerlei situaties voor. Denk bijvoorbeeld aan een onderwijzeres die met haar enthousiasme haar leerlingen ook enthousiast maakt, of aan een patiënt die haar klachten overdrijft om zo meer aandacht te krijgen. Manipulatie heeft echter bijna altijd een negatieve bijklank.

Het is wenselijk om patiënten steeds tegemoet te treden vanuit het idee van samenwerking in plaats van vanuit het idee van tegenwerking. Door de term manipulatie te gebruiken, worden patiënten al snel tegenspelers. We komen hierop terug in hoofdstuk 3.

*Een spy: ‘Vooral mensen die rumineren, dus steeds hetzelfde verhaal en dezelfde klachten melden, vind ik moeilijk: als iemand zich hulpeloos opstelt en gelijktijdig een voortdurend appel doet op mijn aanwezigheid. Ik vind het extra moeilijk als iemand weinig abstractievermogen of een lage intelligentie heeft.’*

**NIET SERIEUS GENOMEN**

*Mevrouw (40 jaar) heeft een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis. Ze is gediagnosticeerd met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dysthyme stoornis, afhankelijke trekken in de persoonlijkheid, paniekstoornis en een psychotische stoornis.*

*Tijdens een opname na een suicidepoging omschrijft ze zichzelf als een 'eigenwijze vrouw die goed weet wat ze wil, maar elke keer in dezelfde valkuilen trapt waardoor ze zich eenzaam en onbegrepen voelt'.*

*Patiënte krijgt al jarenlang begeleiding van een spy, maar is ontevreden: ze heeft het idee dat hij haar niet serieus neemt. Elke keer wanneer ze aangeeft dat ze zich rot voelt, zegt hij dat iedereen weleens een slechte dag heeft, en dat ze er gewoon opuit moet gaan, afleiding moet zoeken. Als reactie krast patiënte met een aardappelmessje in haar polsen, en belt ze hem om te melden wat ze heeft gedaan. Tot haar grote onvrede komt hij dan niet langs, maar verwijst hij naar de eerste hulp van het ziekenhuis. Na een zoveelste herhaling van zetten besluit ze zichzelf te suïcidieren met een overdosis slaappillen en alcohol.*

**PATIËNTEN DIE 'JA, MAAR' ZEGGEN**

Kent u patiënten (en collega's) die op bijna elke opmerking reageren met 'ja, maar'? De uitdrukking 'ja, maar' wordt gebruikt om aan te geven dat men het niet met de ander eens is. Het wordt vaak als een vorm van weerstand opgevat: 'Natuurlijk hebt u gelijk, maar...'; 'Ja, maar dat zie ik toch anders...'; of: 'Ja, maar dat advies van u werkte niet.' De opmerking 'ja, maar' onttrekt energie aan het gesprek. Het wordt al snel een discussie die gaat over het eigen gelijk. In feite is 'ja, maar' een indirecte vorm van 'nee, want'. Ook tegen zichzelf kan men 'ja, maar' zeggen. 'Ja, ik zou er echt iets aan moeten doen, maar nu komt het niet goed uit.' Dit laat

zien dat men op dat moment wellicht wel verandering overweegt, maar niet veranderingsbereid is.

Beter is het om ‘ja, en’ te gebruiken: daarmee ontstaan nieuwe mogelijkheden en het bevordert de samenwerking. ‘Ja, maar’ sluit posities uit; ‘ja, en’ vult ze aan (zie tabel 1). Behandelaars doen er goed aan zichzelf te trainen in het gebruik van ‘ja, en’ en de term ‘ja, maar’ te vermijden. Zo geven zij tevens het goede voorbeeld aan hun patiënten (en collega’s).

Tabel 1. Verschillen tussen ‘ja, maar’ en ‘ja, en’

‘Ja, maar’	‘Ja, en’
Sluit uit en doet teniet wat eraan voorafgaat	Sluit in en voegt toe wat eraan voorafgaat
Ontkent wat eraan voorafgaat	Erkent wat eraan voorafgaat
Wordt vaak gezien als afbrekend	Wordt vaak gezien als neutraal of opbouwend
Veronderstelt dat de eerste zaak ondergeschikt is aan de tweede	Veronderstelt gelijkwaardigheid tussen de twee zaken

© Fredrike Bannink

CASUS

### ‘JA, MAAR’-PATIËNTEN

*De behandelaar complimenteert de patiënt met haar copingvaardigheden: ‘Ik ben erg onder de indruk van hoe je jezelf de laatste tijd staande houdt, gezien alles wat je hebt meegemaakt.’ De patiënt kijkt haar onzeker aan en antwoordt: ‘Ja, maar dan had je me gisteren eens moeten zien.’ Als de behandelaar ‘ja, maar’ hoort, weet ze dat ze wat langzamer aan moet doen en dat de patiënt op dat moment de wereld niet ziet zoals de behandelaar haar voorhoudt.*

*De behandelaar merkt het verschil in de positie van de patiënt op en accepteert die, zonder het compliment in te trekken. Daarna stelt ze de oplossingsgerichte vraag: ‘Wat is er naar jouw idee nodig om ervan overtuigd te raken dat je het in ieder geval enigszins volhoudt, na alles wat er gebeurd is?’*

CASUS

### **‘JA, MAAR’-COLLEGA’S**

*Ook collega’s zeggen wel ‘ja, maar’. In een training voor behandelaren in de ggz beginnen de deelnemers hun opmerkingen geregeld met ‘ja, maar’, zonder zich daar overigens bewust van te zijn. De trainer bespreekt dit en vraagt of ze bereid zijn dit te veranderen in ‘ja, en’ (of ‘nee, want’), om zo zichzelf te trainen in het optimaliseren van de samenwerking. Ze gaan lachend akkoord. De trainer doet er dan een schepje bovenop: voor elke keer dat een deelnemer toch ‘ja, maar’ zegt, zal hij of zij tien eurocent in een potje op de tafel doen. Aan het eind van de driedaagse training is het potje aardig vol, hebben de deelnemers geleerd hun gewoonte om ‘ja, maar’ te zeggen te veranderen en gebruiken ze het potje om samen gezellig te lunchen.*

### **PATIËNTEN DIE NIET VERANDERINGSBEREID ZIJN**

Het feit dat een patiënt bij een behandelaar zit zegt nog niets over de bereidheid om het eigen gedrag te veranderen of advies op te volgen. Er kan een situatie ontstaan waarbij een patiënt die ongemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen en ‘aan zijn behandeling mee te werken’, toch start met een behandeling (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller & Pulliam, 2003). Vaak zal de patiënt de (stille) hoop hebben dat de behandelaar voor de oplossing zal zorgen of zal hij de ander (bijvoorbeeld de partner) aanwijzen als degene die zijn of haar gedrag moet veranderen. Metcalf (1998, p. 5) stelt: ‘If you are not part of the solution, you are part of the problem.’

**BEMOEIZORG**

*Jan (35 jaar) is al sinds zijn drieëntwintigste levensjaar arbeidsongeschikt in verband met psychische klachten. Al tien jaar gebruikt hij alcohol, zo'n zes halve liters bier per dag. Een sociaal netwerk heeft hij niet, maar hij geeft aan dat hij dit juist fijn vindt: andere mensen verstoren zijn levensritme. De huisarts en het ambulante ggz-team stellen vast dat hij een gevaar voor zichzelf vormt. Het behandelteam geeft aan dat er sprake is van ernstig alcoholmisbruik, terwijl patiënt aangeeft geen enkel probleem te hebben. Integendeel, bier maakt hem rustig, hij is anderen niet tot last en heeft bovendien nooit een kater. Wat hij wel als probleem ervaart is de bemoeizorg van de huisarts en de ggz. Uiteindelijk wordt hij op een gesloten afdeling opgenomen. Het lukt het behandelteam echter niet om een gezamenlijk behandeldoel te vinden. Patiënt weigert alle zorg en keert onverrichter zake terug naar huis, waarna hij zijn oude gewoonte weer oppakt.*

Maar al te vaak beweren behandelaars dat zij niet aan een behandeling beginnen als er in hun ogen onvoldoende motivatie aanwezig is. Ook blijken ze vaak met de handen in het haar te zitten als hun patiënt niet (meteen) bereid is het eigen gedrag te veranderen. Schippers en De Jonge (2002, p. 251) zeggen daarover: 'Niet bereid, niet in staat, of niet het juiste moment: het is een manier om te stellen dat iemand niet gemotiveerd is. Het is niet zo eenvoudig een definitie te geven van motivatie voor gedragsverandering. Het is in ieder geval niet simpelweg de uitkomst van een optelsom van positieve en negatieve gevolgen van het gedrag. Wat positieve en negatieve gevolgen zijn, hangt namelijk af van het gezichtspunt van de patiënt en dat hoeft niet samen te vallen met wat de behandelaar belangrijk vindt.'

**BEWONERSOVERLEG**

*Tijdens het teamoverleg in een verpleeghuis introduceert een medewerker een 'moeilijke patiënt'. Deze patiënt scheldt mensen uit, hij plast op de grond en smeert alles onder met ontlasting. Naast gevorderde dementie is er een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Wat teamleden ook doen, niets helpt en de gedragsproblemen nemen almaar toe. Op de gesloten afdeling weten verpleegkundigen niet meer hoe ze met hem moeten omgaan. Het zorgteam geeft aan dat er geen positieve interactie meer mogelijk is en de consequentie is dat het contact tot een minimum wordt beperkt.*

*Na intervisie besluit een teamlid om wat anders te doen. Hij heeft de patiënt voor een gesprek uitgenodigd, waarin hij hem vraagt naar zijn sterke kanten en zijn werkzame leven. Tot zijn verbazing vertelt de patiënt uitgebreid over zijn werk als boekhouder en zijn rol als vader. Na het gesprek zijn de gedragsproblemen een paar dagen verdwenen en is er meer positieve interactie tussen de patiënt en het zorgteam mogelijk.*

Appelo (2009, p. 73) stelde dat het een misverstand is te menen dat patiënten veranderingsbereid zijn en geeft het volgende advies: 'Behandelaars die zich ergeren aan patiënten die geen inzet tonen en niet veranderen, doen er goed aan zich niet langer blind te staren op uiterlijk gedrag. Het is veel beter om te kijken naar de biologische, cognitieve en sociale motieven voor het ontbreken van veranderingsbereidheid. Dat schept een geweldige band!'

Met biologische motieven bedoelt Appelo dat onze hersenen voorbestemd zijn tot automatisering. Eenmaal gevormde en ooit geautomatiseerde mentale programma's blijven in ons geheugen opgeslagen. Ze kunnen steeds opnieuw geactiveerd worden en de regie over ons gedrag overnemen. Daarom komt terugval na succesvolle gedragsverandering vaak voor, aldus Appelo. Cognitieve

factoren zorgen daarnaast voor het negeren van lijden of het geloven dat persoonlijke inzet niet nodig of niet mogelijk is. Dit laatste gebeurt door ofwel doelen te beperken, niet te stellen of vaag te houden: dan kan een vergelijking met het hier en nu ook niet negatief uitvallen. Ook is er de ‘truc’ om de gewenste situatie te devalueren: het heden is zo slecht nog niet. Met beide ‘trucs’ wordt cognitieve dissonantie voorkomen of opgeheven. Een andere ‘truc’ is om mislukkingen toe te schrijven aan externe factoren, waardoor er geen aanleiding is om zelf te veranderen.

#### DROP-OUTS

Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen en Smart (2004) stellen dat een aanzienlijk deel van patiënten in de ggz (47 procent) vroegtijdig stopt met de behandeling. Deze patiënten worden ook wel drop-outs genoemd. Het percentage drop-outs varieert van 30 tot 80 procent, ongeacht de gebruikte behandelmethodiek of onderzochte doelgroep (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Korrelboom, Kernkamp, Vossen, Hoogduin & Mooren, 1996; Reis & Brown, 1999; Cornelissen, Poppe & Ouwens, 2010).

In een grootschalig onderzoek onder 123 verblijfsinstellingen vonden Van der Ploeg en Scholte (2000) dat een aanzienlijk deel van de jeugdige patiënten vroegtijdig stopt met behandeling. Als meest voorkomende redenen worden genoemd: het niet (meer) kunnen hanteren van het gedrag van de patiënt, het niet aanslaan van de behandeling, en weigering van de ouders van de patiënt om verdere hulp van de behandelaar te ontvangen. Bij iets meer dan de helft van de uitvallers vond de instelling zelf overigens dat zij niet de hulp kon bieden die voor de patiënt nodig was. Bij ongeveer een derde van deze groep was er sprake van een vastgelopen relatie met de behandelaar.

*Een psychiater: ‘De ideale patiënt werkt goed mee, volgt advies op en vraagt bij ons om hulp wanneer hij ergens mee zit.’*



Veeninga en Hafkenscheid (2004) vonden in een literatuurstudie dat er bij patiënten die de behandeling afbreken verschillen bestaan in de behoeften ten aanzien van een behandeling, vergeleken met patiënten die de behandeling niet afbreken. Zo blijkt dat drop-outs een significant sterkere behoefte hebben aan medicamenteuze behandeling. Ook zijn zij vaker klinisch opgenomen, vergeleken met patiënten die de behandeling niet afbreken. Verder blijken patiënten bij wie sprake is van drop-out minder behoefte te hebben aan probleemverheldering en minder inzicht te hebben in hun eigen problemen.

#### CASUS

#### 'IK PAK MIJN KOFFERS'

*Patiënte (50 jaar) is opgenomen omdat wordt vermoed dat zij aan een depressieve stoornis lijdt. Ze werd al vroeg weduwe en moest naast haar werkzaamheden op kantoor de zorg dragen voor haar twee kinderen. Patiënte is gewend haar eigen problemen op te lossen. Na een longontsteking en de val van een trap is ze somber geworden over haar toekomst. Het idee afhankelijk te zijn van hulpverleners verafschuwt ze. Na anderhalve week opgenomen te zijn geweest pakte ze haar koffers en ging ze – tegen het advies van het behandelteam in – naar huis. In het ontslaggesprek gaf ze te kennen dat ze niet wist waar ze tijdens de opname aan toe was. Ze had geen behandelplan gekregen en had nog geen psychiater gezien. Ze kwam er naar eigen zeggen achter dat ze het uiteindelijk toch zelf moest doen.*

Stobbe, Wierdsma, Van Beest en Mulder (2009) onderzochten het percentage drop-outs onder patiënten die een behandeling kregen na opname met een rechterlijke machtiging (RM). Van de 214 patiënten was er sprake van 15,4 procent drop-out na opname. Zij vonden dat vooral het ontbreken van continuïteit (het meekrijgen

van een ambulante afspraak op korte termijn) een belangrijke factor is bij drop-out. Ook het ontbreken van nauwkeurige dossiervorming en een gebrek aan samenwerking tussen klinische en ambulante behandelaars bleken van invloed.

Swift en Greenberg (2012) analyseerden 669 onderzoeken naar het voorkomen van drop-out in de ggz, waarbij in totaal 83.834 patiënten betrokken waren. Zij vonden lagere gemiddelde percentages drop-outs dan in voorgaande onderzoeken werden gevonden: rond de 19 procent tot 21 procent: dus ongeveer één op de vijf patiënten beëindigt vroegtijdig de behandeling. De auteurs vonden dat de schommelingen in de percentages in de verschillende onderzoeken niet verklaard konden worden door de behandelmethodiek of stroming, maar wel doordat onderzoekers verschillende definities van drop-out hanteerden.

Baekeland en Lundwall onderscheidden al in 1975 drop-outpatiënten in drie subgroepen: patiënten die terug kunnen komen; patiënten die niet terug willen komen, en patiënten die door de behandelaar weggestuurd zijn en niet terug mogen komen. Daarnaast categoriseerden ze naar behandelduur: ze maakten onderscheid in directe drop-out (na één sessie), snelle drop-out (na een maand) en langzame drop-out (tussen twee en zes maanden). De Weert-van Oene (2000) voegde hier de groep no-show aan toe: patiënten die zonder berichtgeving niet bij de afspraak verschijnen. Deze auteur combineert de subtypen ‘behandelingverlaters’ en spreekt over ‘drop-out’, ‘step-out’, ‘push-out’, en ‘completer’. Bij de ‘drop-out’ ligt het initiatief om te vertrekken bij de patiënt en gebeurt dit zonder overleg met de behandelaar; een ‘step-out’ staat voor een patiënt die de reden voor het stoppen met zijn behandelaar bespreekbaar maakt (het vertrek komt dus voort uit overleg tussen patiënt en behandelaar). Patiënten die worden weggestuurd worden ‘push-outs’ genoemd: het vertrek gebeurt niet in overleg en het initiatief komt van de behandelaar. De ‘completers’

zijn ten slotte patiënten die vertrekken in overleg met en op initiatief van de behandelaar.

Een populaire manier om drop-out te operationaliseren is door alle patiënten als drop-out te classificeren die minder dan een bepaalde hoeveelheid therapie sessies hebben bijgewoond (Lambert, 2007). De gangbaarste definitie van drop-out is het vroegtijdig verbreken van contact tussen behandelaar en patiënt, waarbij wel of geen consensus is bereikt: geen van de opgestelde behandeldoelen is bereikt, terwijl de behandelaar ervan uitgaat dat voortzetting wel tot positieve resultaten zal leiden (Veeninga & Hafkenscheid, 2004).

Alaeddini, Yang en Reddy (2011) vonden wereldwijd percentages van 8 tot 80 procent no-show (patiënten die niet op komen dagen op een afspraak) in ziekenhuizen, afhankelijk van de locatie (stad of platteland) en het type ziekenhuis (privékliniek, universitair of openbaar ziekenhuis).

Uit diverse onderzoeksrapporten naar het percentage no-show in Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat gemiddeld 4 procent van de patiënten niet op een afspraak verschijnt zonder zich af te melden (Ministerie van VWS, 2011). De geschatte kosten zijn 300 miljoen euro per jaar. In sommige ziekenhuizen in Nederland loopt dit percentage ‘wegblijvers’ zelfs op tot 8 procent.

In diverse onderzoeken wordt gesproken over een gebrek aan motivatie van patiënten om een behandeling te beginnen of af te maken. De reden voor het afbreken van de behandeling wordt vervolgens bij de patiënt gelegd. De rol van behandelaars in het voorkomen van drop-out kan zeker niet buiten beschouwing worden gelaten. We komen hierop terug in hoofdstuk 4 (zie pagina 87).

*Een psychiater: ‘De moeilijkste patiënten vind ik patiënten die agressief zijn (slaan en schelden) en dan het “verbale” voorbij zijn: de emoties zijn zo hoog opgelopen dat een normaal gesprek niet meer mogelijk is. Mijn tip: even uit de situatie gaan en later terugkomen.’*