

Remke van Staveren

Patiëntgericht communiceren in de ggz

de Tijdstroom



MedCom

app



Tweede druk

Patiëntgericht communiceren in de ggz

Remke van Staveren

Tweede geheel herziene druk

Tweede, geheel herziene druk, 2019
Eerste druk, tweede oplage, 2014
Eerste druk, 2013

© De Tijdstroom uitgeverij, 2013
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede.

Uitgegeven door De Tijdstroom Uitgeverij, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelelvoudigd, 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 artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 327 5
NUR 871, 810

Inhoud

Voorwoord eerste druk – 11

Voorwoord tweede druk – 13

Inleiding – 15

- 1 Waar dit boek over gaat – 15
- 2 Waar dit boek niet over gaat – 16
- 3 Doelgroep – 17
- 4 Opzet van het boek – 17
- Noten – 18
- Literatuur – 19

DEEL 1 BASISBEGRIPPEN – 21

Hoofdstuk 1 Patiëntgericht communiceren – 23

- 1 Wat is patiëntgericht communiceren? – 23
- 2 Eigenschappen van patiëntgerichte communicatie – 25
- 3 Wat wil de patiënt? – 27
- 4 Patiëntgericht communiceren, wat levert het op? – 28
- 5 De ontwikkeling van patiëntgerichte communicatie – 29
- Literatuur – 31

Hoofdstuk 2 De patiëntgerichte hulpverlener – 35

- 1 Kernwaarden – 35
- 2 Flexibiliteit – 38
- 3 Communicatiestijlen – 38
- 4 Patiëntgerichte gespreksvaardigheden en psychotherapie – 40

DEEL 2 BASISGESPREKSVAARDIGHEDEN – 45

Hoofdstuk 3 Invoegen – 47

- 1 Inleiding – 47
- 2 Contact maken – 48
- 3 Ruimte geven – 49
- 4 Non-verbaal invoegen: lichaamstaal – 49
- 5 Verbaal invoegen: sleutelwoorden en metaforen – 52
- 6 Emotioneel invoegen: erkenning geven – 52
- 7 De openingsvraag en verwijfsbrief – 53
- Literatuur – 55

Hoofdstuk 4 Actief luisteren, vragen stellen en stil durven zijn – 57

- 1 Inleiding – 57
- 2 Structuur aanbrengen – 58
- 3 Reflectief luisteren – 59
- 4 Vragen stellen – 61
- 5 Specifieke vragen – 62
- 6 Stil durven zijn – 65
- Literatuur – 66

Hoofdstuk 5 Investeren in de relatie – 69

- 1 Inleiding – 69
- 2 Complimenteren – 70
- 3 Erkenning geven – 71
- 4 Positief formuleren – 73
- 5 Hoop wekken – 77
- Literatuur – 79

Hoofdstuk 6 Informeren en adviseren – 81

- 1 Inleiding – 82
- 2 Overeenstemming bereiken over een persoonlijke diagnose – 82
- 3 Informeren – 83
- 4 Slecht nieuws – 86
- 5 Adviseren – 88
- 6 Algemene suggesties bij het formuleren van een advies – 88
- Literatuur – 90

Hoofdstuk 7 Samen een behandelplan maken – 93

- 1 Inleiding – 93
- 2 Behandeldoelen – 94
- 3 Behandelinterventies – 98
- 4 Het schrijven van het behandelplan – 101
- Literatuur – 102

Hoofdstuk 8 In gesprek met naasten – 103

- 1 Inleiding – 104
- 2 Invoegen – 104
- 3 Informeren – 106
- 4 Contact met derden over de cliënt – 108
- 5 Afronden – 110
- Literatuur – 110

Hoofdstuk 9 Evalueren en afronden – 113

- 1 Inleiding – 114
- 2 ‘Het is tijd’ – 114
- 3 Samenvatten – 115
- 4 Houvast bieden – 115
- 5 Evalueren – 116
- 6 Reageren op de deurknopvraag – 118
Literatuur – 119

DEEL 3 MOTIVERENDE GESPREKSVAARDIGHEDEN – 121

Hoofdstuk 10 Omgaan met weerstand – 123

- 1 Inleiding – 123
- 2 Invoegen bij weerstand – 124
- 3 Patiëntgericht omgaan met weerstand – 126
- 4 Metacommuniceren – 129
- 5 Advies geven – 129
- 6 Afronden – 132
Literatuur – 132

Hoofdstuk 11 Omgaan met heftige emoties – 135

- 1 Inleiding – 135
- 2 Herkennen van emoties, overdracht en tegenoverdracht – 136
- 3 Contact maken volgens de pre-therapie van Prouty – 137
- 4 Invoegen bij extreme angst en paniek – 138
- 5 Invoegen bij woede – 139
- 6 Invoegen bij manische euforie – 142
- 7 Invoegen bij intens verdriet – 143
- 8 Erkenning geven bij heftige emoties – 144
- 9 Afleiden bij oplopende spanning – 145
- 10 Grenzen stellen bij disfunctioneel gedrag – 146
- 11 Het gesprek afronden – 147
Literatuur – 147

Hoofdstuk 12 Omgaan met lastige interactiepatronen – 149

- 1 Inleiding – 149
- 2 De rol van de hulpverlener in de interactie – 150
- 3 Nogmaals: de openingsvraag – 153
- 4 Onnodig afhankelijk en vermijdend gedrag – 153
- 5 Onnodig dwingend gedrag – 155
- 6 Geen hulpvraag – 157
Literatuur – 160

Hoofdstuk 13 Motiveren tot gedragsverandering – 163

- 1 Inleiding – 164
- 2 Hanteren van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente – 164
- 3 Valkuilen tijdens een motiverend gesprek – 165
- 4 Invoegen – 166
- 5 Van niet willen naar misschien wel willen – 167
- 6 Van misschien wel willen naar zeker willen – 170
- 7 Van zeker willen naar doen, en blijven doen – 171
- 8 Van blijven doen naar tijdelijk terugvallen – 172
- Literatuur – 173

Hoofdstuk 14 Samen beslissen over medicatie – 175

- 1 Inleiding – 175
- 2 De keuzetriade – 177
- 3 Samen beslissen over medicatie – 177
- 4 Informeren over medicatie – 179
- 5 Een medicatieadvies geven (het ‘voorschrijven’) – 180
- 6 Vervolgafspraken – 182
- 7 Motiveren tot het staken van (ongewenste) medicatie – 183
- 8 Omgaan met het feit dat de patiënt geen medicatie (meer) wil innemen – 184
- Literatuur – 185

Hoofdstuk 15 Toepassen van drang tot dwang – 187

- 1 Inleiding – 188
- 2 Invoegen – 189
- 3 Eerst begrijpen, dan pas ingrijpen – 190
- 4 Nogmaals: de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente – 190
- 5 Toepassen van drang – 191
- 6 Toepassen van dwang – 195
- 7 Inzet van ervaringsdeskundigen – 196
- 8 Evalueren van drang en dwang – 196
- Literatuur – 197

DEEL 4 SPECIFIEKE GESPREKSVAARDIGHEDEN – 199

Hoofdstuk 16 Het transculturele gesprek – 201

- 1 Inleiding – 202
- 2 Invoegen – 203
- 3 Het perspectief van de patiënt achterhalen – 204
- 4 Tolken – 205
- 5 Adviserende stijl – 207
- 6 Evalueren en afronden – 208
- Literatuur – 208

Hoofdstuk 17 Verstandelijke beperking – 209

- 1 Inleiding – 210
- 2 Herkennen van verstandelijke beperking – 211
- 3 Invoegen – 212
- 4 Het afnemen van de anamnese bij verstandelijke beperking – 213
- 5 Het psychiatrisch onderzoek in context van de verstandelijke beperking – 214
- 6 Intervenieren – 215
- 7 Afronden – 217
- Literatuur – 217

Hoofdstuk 18 Omgaan met simulatie – 219

- 1 Inleiding – 220
- 2 Voorbereiding – 221
- 3 Invoegen bij het vermoeden van simulatie – 222
- 4 Non-verbale signalen van simulatie – 222
- 5 De anamnese – 223
- 6 Tests – 225
- 7 Confronteren – 225
- 8 Conclusies trekken – 227
- Literatuur – 227

Hoofdstuk 19 Omgaan met dissimulatie – 229

- 1 Inleiding – 229
- 2 Herkennen van dissimulatie – 230
- 3 Erkenning geven en concretiseren – 231
- 4 Indirecte gespreksvaardigheden: het omzeilen van dissimulatie – 232
- 5 Directe gespreksvaardigheden: confronteren met dissimulatie – 233
- 6 Afronden – 235
- Literatuur – 236

Hoofdstuk 20 Autisme – 237

- 1 Inleiding – 237
- 2 ASS en comorbide psychiatrische stoornissen – 238
- 3 Herkennen – 239
- 4 Invoegen – 240
- 5 Wegvallen van non-verbale communicatie – 241
- 6 Wees concreet, eerlijk en duidelijk – 241
- 7 In gesprek – 242
- 8 Een communicatieprofiel – 243
- 9 Intervenieren – 244
- 10 Naasten en ervaringsdeskundigen – 244
- 11 Afronden – 245
- Literatuur – 245

Hoofdstuk 21 E-health en e-communicatie – 247

- 1 Inleiding – 247
- 2 Bellen – 250
- 3 E-mailen, sms'en en whatsappen – 251
- 4 Beeldbellen – 253
- 5 Websites – 253
- 6 Apps – 254
- 7 Integratie in het bestaande zorgaanbod: blended care – 255
Literatuur – 255

Hoofdstuk 22 Herstelondersteunende taal – 257

Remke van Staveren en Peter Pierik

- 1 Inleiding – 257
- 2 'Lost in translation' – 258
- 3 Doe normaal – 259
- 4 Ervaringsdeskundigen – 259
- 5 Wissel van perspectief – 260
- 6 Zelfonthulling – 261
- 7 De Yucelmethode – 262
- 8 Resourcegroepen en Peer-supported Open Dialogue – 262
- 9 Levensverhaal en herstelverhaal – 263
Literatuur – 264

Over de auteur – 265

Register – 267

Voorwoord bij de eerste druk

Als plaatsvervangend opleider mocht ik jarenlang het onderwijs gespreksvaardigheden verzorgen voor onze psychiaters in opleiding. De aios brachten – als we geluk hadden op een cassettebandje – de meest uiteenlopende gespreksfragmenten en situaties in. Hoe te reageren op een schijnbaar opgelucht: ‘Bedoelt u schizofrenie? Zeg dat dan meteen!’, van een openhartige patiënt tijdens een intakegesprek. Of een antwoord vinden op een vertwijfeld: ‘Medicatie tegen mijn stemmen – hoe moet ik weten of zij dat goed vinden?’ Omgaan met een bozige patiënte op een spoedeisende hulp: ‘Dat bepaal ik zelf wel, of ik een eind aan mijn leven wil maken!’

We voeren in de ggz dagelijks tientallen gesprekken. Op de poli, in de kliniek, aan de telefoon, in de separee, thuis en op het politiebureau. We praten met patiënten/cliënten, informeren bezorgde familieleden en overleggen met collega’s. Communiceren – spreken, luisteren, kijken en elkaar proberen te begrijpen – we doen het allemaal, meestal zonder erbij stil te staan.

Dit boek gaat over dit soort ‘gewone’ gesprekken. Het lijkt misschien vanzelfsprekend dat we communiceren in de psychiatrische behandeling en geestelijke gezondheidszorg professioneel inzetten, maar dat is het niet. Een professioneel gesprek voeren is een vak dat geleerd moet worden. Het vraagt kennis en vaardigheden, zoals weten om te gaan met heftige emoties en weerstand, kunnen samenvatten en motiveren, grenzen durven stellen en overdracht en tegenoverdracht kunnen herkennen. We moeten voortdurend afstemmen op de dagelijkse context: voorlichting geven over stoornis en behandelingsmogelijkheden op een psychiatrische opnameafdeling of medische termen vertalen voor een bezorgde familie. Dwang- en drangmaatregelen toepassen en in heldere taal kunnen toelichten op een gesloten afdeling. Het is belangrijk dat we daarbij steeds weer onze woordkeus laten aansluiten bij die van de patiënt, ook bij mensen met een andere culturele achtergrond of een verstandelijke beperking. Kortom: psychotherapeutische kennis, techniek *en* attitude selectief en gericht toepassen in het dagelijkse werk – van intake tot crisisgesprek, daar gaat het om.

De opleidingen in de psychiatrie, psychologie en psychotherapie boden tot voor kort curricula met een sterk accent op kennisverwerving, probleemoplossing en klinisch redeneren. Daarin staat op moderne wijze kennis van de ziektebeelden, diagnostiek, behandelmethoden en psychofarmacologie voorop – en dat is niet ten onrechte. Echter jarenlang heeft los daarvan, soms letterlijk daarnaast, het cursorisch onderwijs in de methodische psychotherapie – psychodynamische psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en de systeembenadering – centraal gestaan. Als opleider en docent in gespreksvaardigheden voor medisch studenten, psychologen en psychiaters miste ik tot nu toe een Nederlandstalig boek dat zich boven de psychotherapeutische stromingen verheft en het beste uit die vele werelden samenbrengt.

In *Patiëntgericht communiceren in de ggz* stelt de auteur, psychiater en voorheen huisarts, gespreksvaardigheden uit verschillende psychotherapeutische stromingen in dienst van een patiëntgerichte aanpak. Vooral vaardigheden uit de motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie komen daarbij aan bod; deze stellen de patiënt/cliënt

centraal, zijn pragmatisch, motiverend en oplossingsgericht. Patiëntgericht communiceren is geen kant-en-klaar concept of nieuwe methode. De behandelaar moet bereid zijn zich nieuwsgierig te richten op wat de persoon tegenover hem op dat moment nodig heeft. Het is niet alleen het willen weten wat deze mankeert, maar wat hem beweegt en wat zijn behoeften zijn.

Patiëntgericht communiceren in de ggz doet een beroep op de vele rollen en posities die behandelaars in de ggz op zich kunnen nemen: de expert die raad weet, de vrijblijvende adviseur, de coach aan de zijlijn, de grensrechter. Het biedt de hulpverlener die zijn communicatief repertoire wil uitbreiden en zijn welgemeende interesse en gerichtheid op de patiënt wil vergroten, heldere en praktische voorbeelden, geschikt voor directe toepassing in trainingen en de praktijk.

dr. Lowijs Perquin, psychiater (1950-2016)
plaatsvervangend opleider psychiatrie
programmadiirecteur Onderwijsbureau Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Voorwoord bij de tweede druk

Eén van mijn lievelingsstudies is de 'Global Burden of Disease' (www.healthdata.org/gbd). De wereld gezondheidsorganisatie en (onder andere) de universiteit van Boston onderzoeken het lijden in de wereld. Ze vonden dat jaar na jaar psychisch lijden in onze maatschappij toeneemt. Dat is een uitdaging voor alle burgers, in het bijzonder voor professionals in de zorg. Spijtig genoeg zijn er momenteel onvoldoende professionals om dit leed te verminderen, althans, wanneer de geestelijke gezondheidszorg enkel hulp blijft verlenen, zoals we dat al jarenlang doen. We moeten een betere job doen. Maar hoe? Sommige mensen zeggen dat we ons moeten verzetten tegen deze epidemie van psychisch lijden. Dat het eigenlijk een illusie is – immers eenzaamheid is geen ziekte. Anderen stellen dat de effectieve inzet van evidence based technische hulpverlening, de kloof tussen te weinig middelen en outcome (het verminderen van psychisch lijden) zal oplossen. Maar een interventie die de beste is voor de gemiddelde patiënt, is nog niet de optimale interventie voor elke individuele patiënt. Bovendien heeft geen enkele interventie een duurzaam effect, tenzij de motivatie van de patiënt herstelt, en daarin speelt communiceren een cruciale rol.

De hulpverlenersrelatie is vaak een duale relatie tussen een getrainde professional en een cliënt. Hierbij is de rol van de hulpverlener, die van een deskundige. Dat betekent automatisch een onevenwichtige relatie. Zelfs met de beste intenties bij de professional, zal dit kennisverschil de perceptie van de relatie door de cliënt bepalen. Zoals elke ouder ooit wel ervaart, is goede raad niet voldoende om iemand te helpen.

Toch ligt de kern van professionele deskundigheid in de psychiatrie niet enkel in kennis, noch in de toepassing van technische deskundigheid, maar in een diepgaand inzicht in de valkuilen en de mogelijkheden van intermenselijke communicatie. We zijn de professionals van het normale interpersoonlijke. Door de ontwikkeling van internet delen we kennis met non-professionals. Dit is waarschijnlijk de grootste uitdaging van de moderne ggz. Om de kansen op therapeutisch engagement te verbeteren, is hulp uit andere domeinen belangrijk. De inzet van ervaringsdeskundigen en eHealth verruimen de mogelijkheden die moderne communicatie in de ggz kan bieden.

Hiermee komen we terug op het onderwerp van dit boek: patiëntgerichte communicatie. Communiceren gaat in de toekomst van de ggz een cruciale rol spelen, dat is mijn overtuiging. Dat is altijd al het geval geweest, maar het belang van goede communicatie neemt nu toe. Er is eenvoudigweg geen alternatief.

Optimaal communiceren is geen eenrichtingsverkeer, maar elkaar engageren in een gezamenlijk plan dat samen ontdekt wordt. Echt communiceren is wederzijds empowerend. Voor goede contacten zijn er geen alternatieven. Constructieve relaties en authentieke communicatie zijn een schaars goed. Ons therapeutisch gesprek moet beter worden. Hierover gaat Patiëntgericht communiceren in de ggz van Remke van Staveren. Veel leesgenot.

Inleiding

1 Waar dit boek over gaat

Goede, herstelondersteunende zorg begint bij patiëntgericht communiceren. Het begint met contact maken met de cliënt, vanuit zijn perspectief en onder allerlei omstandigheden. Maar hoe doe je dat: je op een natuurlijke wijze aanpassen aan de patiënt of cliënt en toch jezelf blijven? Hoe onderhoud je een prettige samenwerkingsrelatie? Wat is actief luisteren? Wat is professionele nabijheid? Hoe weet je aan welke informatie de patiënt en zijn familie nog behoefte hebben en of zij überhaupt openstaan voor je informatie en advies? Hoe maak je samen met je patiënt een verantwoord, haalbaar en concreet behandelplan? Wat zeg je? En vooral: *hoe* zeg je het?

Dit boek helpt je om de motivatie van de patiënt voor zijn eigen herstel te vergroten. Ook allerlei niet-alledaagse situaties komen aan bod: omgaan met weerstand, heftige emoties, moeizame interactiepatronen, drang en dwang. Zelfs een patiënt zonder hulpvraag kun je motiveren tot verder herstel, maar hoe? Je maakt kennis met communicatievaardigheden die je bij specifieke groepen patiënten kunt toepassen, zoals de allochtone patiënt en de patiënt met een verstandelijke beperking. Je leert hoe je op een respectvolle, patiëntgerichte wijze kunt omgaan met simulatie en dissimulatie. Hoe je effectief communiceert bij autisme. Tot slot is er een hoofdstuk over de mogelijkheden die het internet de ggz te bieden heeft: e-health.

De patiëntgerichte hulpverlener is in staat verschillende rollen aan te nemen. Hij *streeft* weliswaar naar een gelijkwaardige relatie met zijn patiënt, waarin hij de regie en de verantwoordelijkheid deelt, maar hij moet ook een andere houding kunnen aannemen als dat nodig is. Er zijn situaties waarin de hulpverlener tijdelijk de regie moet overnemen of waarin hij zich juist meer op de achtergrond moet opstellen. De patiëntgerichte hulpverlener kan zowel directief als non-directief werken en is naar gelang de omstandigheden gids, coach, expert of bescheiden adviseur.

Patiëntgericht communiceren heeft belangrijke voordelen. De patiënt voelt zich beter begrepen, gesteund en erkend. Er ontstaat eerder een efficiënte, effectieve en prettige werkrelatie en een betere samenwerking. De patiënt stelt samen met de hulpverlener de behandeldoelen op en maakt een behandelplan. Er ontstaat een gedeelde verantwoordelijkheid over de voortgang van de behandeling en het welzijn van de patiënt. De patiënt krijgt meer grip op zijn situatie en vergroot zijn zelfredzaamheid, wat – zeker op termijn – positieve gezondheidseffecten oplevert. Daarnaast, ook niet onbelangrijk, helpt een goede werkrelatie misverstanden en conflicten te voorkomen.

Is patiëntgericht communiceren moeilijk? Ja en nee. Ja, omdat het nogal wat flexibiliteit en specifieke communicatievaardigheden van de hulpverlener vraagt. Er bestaat geen kant-en-klaar concept dat bij iedereen en in alle situaties zonder meer toepasbaar is. Je zult bereid en in staat moeten zijn om je aan je patiënt, diens behoeften en de omstan-

digheden aan te passen. Nee, omdat patiëntgericht communiceren goed te leren is. Je hebt ongetwijfeld al een eigen professionele communicatiestijl die bij je past, die je prettig vindt en die meestal effectief is. Die hoeft je niet los te laten. Het gaat er om dat je af en toe iets nieuws probeert om te kijken of het bevalt. Geef de patiënt bijvoorbeeld geen psycho-educatie (eenrichtingsverkeer), maar wissel informatie uit (tweerichtingsverkeer) door hem te vragen wat hij al over het onderwerp weet en wat hij nog meer zou willen weten. Spelenderwijs voeg je op deze manier af en toe een nieuwe vaardigheid toe. In dit boek staan herkenbare voorbeelden van wat je in een bepaalde situatie, tegen een bepaalde cliënt of patiënt, zou kunnen zeggen. Er staat niet zozeer beschreven hoe het *niet moet*, maar hoe het eventueel *wel kan*. Je krijgt praktische suggesties voor patiëntgerichte communicatievaardigheden die onder bepaalde omstandigheden waarschijnlijk de meest effectieve zijn, al valt uiteraard nooit precies te voorspellen hoe je patiënt zal reageren. De ‘juiste’ technieken bestaan niet. De wijze van communiceren moet niet alleen bij de patiënt passen maar ook bij jou. Je moet in ieder geval écht menen wat je zegt, willen je interventies helpend zijn. Het zijn niet alleen je woorden die het verschil maken, maar vooral je oprechte, compassievolle, respectvolle, kortom: patiëntgerichte houding.

2 Waar dit boek niet over gaat

Dit boek gaat, op een enkele uitzondering na, niet over de inhoud van een gesprek. Je treft hier geen beschrijving aan van een klassiek psychiatrisch, psychologisch of verpleegkundig onderzoek waarin je systematisch de hoofdklacht uitvraagt, de voorgeschiedenis doorneemt, de familieanamnese uitvraagt en een hypothese vormt. Uiteraard vormen deze klinische vaardigheden, naast professionele kennis en kunde, de basisingrediënten voor een professioneel gesprek. In dit boek worden ze als bekend verondersteld.

Patiëntgericht communiceren is geen psychotherapie. Patiëntgericht communiceren gebruikt weliswaar technieken uit diverse psychotherapeutische stromingen, zoals de cliëntgerichte psychotherapie, oplossingsgerichte therapie, motiverende gespreksvoering, directieve therapie en systeemtherapie, maar is op zichzelf geen nieuwe psychotherapeutische stroming. Patiëntgericht communiceren is precies dat: een wijze van communiceren gericht op het herstel van de patiënt. Mocht het gesprek met de patiënt therapeutisch blijken te werken, dan is dat natuurlijk mooi meegenomen, maar het is geen doel op zich. Verder verwijs ik in dit boek zo min mogelijk naar persoonlijkheidsstoornissen. Daar heb ik verschillende redenen voor. Ten eerste is de empirische basis voor persoonlijkheidsstoornissen volgens de huidige DSM-5-classificatie beperkt en zijn de criteria vaag en subjectief. Ten tweede heb je tijdens een gesprek te maken met cliënten of patiënten die bepaald, eventueel op dat moment voor jou lastig, *gedrag* vertonen. Patiënten zijn tijdens het gesprek bijvoorbeeld bang, boos, zorgmijndend of juist veeleisend. Bij sommigen herken je misschien een langer durend patroon of vermoed je zelfs een persoonlijkheidsstoornis, maar veel zekerheid krijg je daar meestal niet over. Dat is op zich niet erg, want ook zonder een DSM-classificatie kun je adequaat op het waargenomen gedrag reageren. Bovendien, soms helpt het om te weten met wie je te maken hebt, maar andere keren is het juist nadelig. Een patiënte met een borderline persoonlijkheidsstoornis gedraagt zich mogelijk eerder tegendraads als je al anticipeert op ‘dwars’ gedrag. Behandel je haar als

ieder ander, namelijk als een verantwoordelijke, competente volwassene, dan staat het je vrij je gespreksvaardigheden alsnog aan te passen mocht dat nodig blijken.

Natuurlijk zijn hier uitzonderingen op. Bij sommige patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis bereik je nu eenmaal een prettiger werkrelatie en betere resultaten als je je communicatievaardigheden vanaf het begin aan hun persoonlijkheid aanpast. Een beschrijving van de specifieke gespreksvaardigheden die je hierbij kunnen helpen, valt buiten het bestek van dit boek. De geïnteresseerde lezer verwijst ik naar uitstekende leerboeken als *The psychiatric interview in clinical practice* van Roger MacKinnon en collega's (2006), *Psychodynamic psychiatry* van Glen Gabbard (2005) of het minder pretentieuze, maar erg leuke en praktische Nederlandstalig boekje van Willem van der Does, met tekeningen van Peter van Straaten: *Zo ben ik nu eenmaal!*

3 Doelgroep

Dit boek is een praktijkgids voor alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, al dan niet in opleiding: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten, ervaringsdeskundigen en ondersteunend personeel. Hulpverleners die dagelijks, vaak onder moeilijke omstandigheden, gesprekken voeren met hun cliënten of patiënten en daarbij wel eens wat inspiratie kunnen gebruiken. De context en inhoud van de gesprekken wisselt nogal. Behandelaren voeren de meeste gesprekken in hun spreekkamer, op de afdeling, aan de telefoon, via de app of beeldbellen en, steeds vaker, bij de cliënt of patiënt thuis. Verpleegkundigen en vaktherapeuten werken voornamelijk in de hectiek van de kliniek, terwijl crisismedewerkers ook wel eens iemand op het politiebureau te woord moeten staan. Ondanks deze verschillen blijken de communicatievaardigheden die al deze hulpverleners nodig hebben om contact te maken en een prettige en efficiënte samenwerkingsrelatie op te bouwen, opmerkelijk consistent.

4 Opzet van het boek

Na een inleidend theoretisch deel over de basisbegrippen en grondhouding bij patiëntgericht communiceren, volgen er drie op de praktijk gerichte delen. Het tweede deel van het boek gaat over basisgespreksvaardigheden. Om didactische redenen volgt dit deel de verschillende fasen van het intakegesprek: eerst invoegen, dan vragen stellen en luisteren, informeren en adviseren, een behandelplan maken en ten slotte, evalueren en afronden. Uiteraard kunnen deze basisvaardigheden ook in andere gespreksvormen ingezet worden. Ook het voeren van een gesprek met naasten valt onder de basisgespreksvaardigheden. In het derde deel komen steeds lastiger gesprekken voor waarin de patiënt niet wil of kan meewerken en de hulpverlener motiverende gespreksvaardigheden of zelfs drang en dwang moet inzetten om de patiënt tot gezonder gedrag te bewegen. Het vierde en laatste deel van het boek handelt over patiëntgerichte gespreksvaardigheden bij enkele specifieke groepen patiënten en lastige situaties en eindigt bij een hoofdstuk vanuit het perspectief van de cliënt: herstelondersteunende taal.

Aan het begin van ieder hoofdstuk staat een kader met daarin de doelen en vaardigheden die in dat hoofdstuk besproken zullen worden. Het lezen van het hoofdstuk wordt effectiever en efficiënter als je van tevoren bedenkt wat je met (dat deel van) het gesprek wilt bereiken en hoe je dat wilt bereiken. Zo gaat het in de praktijk natuurlijk ook: wat wil je bereiken hebben na jullie gesprek? En welke vaardigheden heb je daarvoor nodig?

Noten

Literatuurverwijzingen

Dit boek is geïnspireerd op de ideeën en suggesties van vele andere auteurs. Ter wille van de leesbaarheid ben ik terughoudend geweest in het opnemen van literatuurverwijzingen in de tekst. In plaats daarvan staat aan het eind van ieder hoofdstuk een literatuurlijst. In de tekst zijn alleen literatuurverwijzingen opgenomen waar tekst letterlijk is overgenomen of onderzoeksbevindingen worden genoemd.

Clïent of patiënt?

In dit boek gebruik ik de termen 'patiënt' en 'clïent' afwisselend. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt zijn 'clïent' en 'patiënt' niet gelijkwaardig en dus ook niet inwisselbaar. Een patiënt is iemand met een ziekte of stoornis, al dan niet psychisch, die zorg nodig heeft. Een clïent is iemand die uit eigen vrije wil hulp vraagt voor zijn klachten of problemen en zelf verantwoordelijk wil blijven voor zijn herstel. De ggz is zo breed dat geen enkele term de lading helemaal dekt. In de basis-ggz zijn de meeste mensen clïent. In de specialistische ggz ligt het iets genuanceerder. Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen beginnen hun 'loopbaan' in de ggz als patiënt en krijgen naarmate ze herstellen – als het goed is – steeds meer de regie terug. De patiënt wordt hoe langer hoe meer clïent. De weg van patiënt naar clïent kan dus eigenlijk als een continuüm gezien worden en geeft mooi aan waar we naartoe willen: naar eigen regie en herstel.

Hij – zij

Hoewel ik me ervan bewust ben dat vele – mogelijk zelfs de meeste – hulpverleners in de ggz vrouw zijn, gebruik ik in dit boek toch het persoonlijk voornaamwoord 'hij'. Het blijkt namelijk dat de lezer 'hij' in een tekst als neutraler beleeft dan 'zij'.

Dank

Ik ben veel mensen veel dank verschuldigd voor hun hulp bij het schrijven van dit boek. In de eerste plaats mijn lieverds, Gerk, Arjan en Daan: bedankt voor jullie liefde en regelmatige afleiding. Schoonzus Marijke van Vonderen-van Staveren, voor het nauwgezet doornemen van het eerste concept en het leveren van constructieve feedback. Neerlandica en communicatietrainster Annemarie van der Zeeuw, die met haar tomeloze inzet het boek zo veel leesbaarder heeft gemaakt. Verder dank ik vele collega's van diverse disciplines en ggz-instellingen die, ondanks drukke werkzaamheden, de moeite namen één of meerdere hoofdstukken van waardevol commentaar te voorzien of me op een andere wijze inspireerden. In willekeurige volgorde: de psychiaters Ab van de Peppel, Arjan Braam, Geartsje Boonstra, Bram Sizoo, Gomp Gille en Annechien Limburg. Aios psychiatrie Rianne van de Kraats, aios psychiatrie, huisarts Mandy van Geloof, AVG-arts Vera

van Dongen, spv Sanne Limburg, de verpleegkundig teamleiders Anja Slootweg en Mirjam Bult, Barbara de Leeuw, orthopedagoog Joan van de Laar, psycholoog Michiel Bähler en gz-psycholoog Anton Traag. Bea Tiemens, senior wetenschappelijk medewerkster, voor het belangeloos toesturen van de doelenwaaier van Pro Persona. Speciaal dank ook aan de bibliothecaresse van het Willem Arntsz Huis, Els Weijzen, voor het toesturen van een lange reeks boeken en artikelen, Arenda Vos, onderwijskundige, voor de inspiratie, en Niels Zandstra, dramatherapeut, voor dat allerlaatste zetje.

Literatuur

- Brink-Muinen, A. van den, Dulmen, A.M. van, Schellevis, F.G., & Bensing, J.M. (Red.). (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL.
- Does, A.J.W. van der (2005). *Zo ben ik nu eenmaal!* Schiedam: Scriptum Psychologie.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- MacKinnon, R.A., Michels, R. & Buckley, P.J. (2006). *The psychiatric interview in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Staveren, R. van (2015). *Patiëntgericht communiceren. Gids voor de medische praktijk*. Tweede herziene druk. Utrecht: de Tijdstroom.

Deel 1

Basisbegrippen

Het eerste deel van dit boek gaat over de basisbegrippen van patiëntgericht communiceren. Wat is patiëntgericht communiceren nu precies? Wat wil de patiënt van de hulpverlener? Wat levert het op? De patiëntgerichte hulpverlener wil niet alleen weten wat de patiënt mankeert, maar ook wat er in hem omgaat. Als het ook maar enigszins kan, laat de hulpverlener zijn patiënt meebeslissen over het beleid en deelt hij de verantwoordelijkheid met hem. De hulpverlener wil zijn patiënt verantwoorde (liefst wetenschappelijk bewezen) zorg bieden, maar realiseert zich dat die zorg haalbaar en uitvoerbaar moet zijn voor de patiënt wil het effect hebben. Het uiteindelijke doel van patiëntgericht communiceren is het herstel van de patiënt bevorderen (hoofdstuk 1).

Een patiëntgerichte hulpverlener is echt in het contact, accepteert en respecteert de patiënt, en toont zijn compassie. Het gaat het er niet alleen om *wat* de hulpverlener zegt, maar vooral *hoe* hij het zegt. De houding en woorden van de hulpverlener moeten oprecht zijn willen ze het gewenste effect hebben. In de geestelijke gezondheidszorg willen of kunnen lang niet alle patiënten meedenken of meebeslissen. Patiëntgerichtheid betekent in dit opzicht nagaan bij wie en wanneer, welke stijl van communiceren gewenst en geïndiceerd is. De hulpverlener is al naar gelang de omstandigheden gids, coach, expert of adviseur, maar blijft wel zichzelf (hoofdstuk 2).