

Remke van Staveren

Dé basis
voor goede
ggz!

Patiëntgericht communiceren in de ggz

Geheel herziene derde druk



app



Boom | deTJDstroom

MedCom

Patiëntgericht communiceren in de ggz

Remke van Staveren

Derde geheel herziene druk

Boom

© 2023 R. van Staveren, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Derde geheel herziene druk, 2023
Tweede geheel herziene druk, 2019
Eerste druk, 2013

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers.
Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig 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 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, 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 bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.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.

Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede
Omslagbewerking: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht
Vormgeving binnenwerk: Steven Boland

ISBN 9789024455829
NUR 871, 810

www.boom.nl
www.boompsychologie.nl

Inhoud

Voorwoord bij de eerste druk	11	
Voorwoord bij de tweede druk	13	
Inleiding	15	
1 Waar dit boek over gaat	15	
2 Waar dit boek níét over gaat	17	
3 Doelgroep	18	
4 Opzet van het boek	18	
5 Noten	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?	29	
5 De ontwikkeling van patiëntgerichte communicatie	31	
Hoofdstuk 2	De patiëntgerichte hulpverlener	34
1 Kernwaarden	34	
2 Flexibiliteit	38	
3 Communicatiestijlen	38	
4 Patiëntgerichte gespreksvaardigheden en psychotherapie	40	

DEEL 2	BASISGESPREKSVAARDIGHEDEN	45
Hoofdstuk 3	Invoegen	47
1	Inleiding	48
2	Contact maken	49
3	Ruimte geven	50
4	Non-verbaal invoegen: lichaamstaal	50
5	Verbaal invoegen: sleutelwoorden en metaforen	53
6	Emotioneel invoegen: erkenning geven	54
7	De openingsvraag en verwijsbrief	55
Hoofdstuk 4	Actief luisteren, vragen stellen en stil durven zijn	58
1	Inleiding	58
2	Structuur aanbrengen	59
3	Reflectief luisteren	61
4	Vragen stellen	63
5	Specifieke vragen	65
6	Stil durven zijn	69
Hoofdstuk 5	Investeren in de relatie	71
1	Inleiding	72
2	Complimenteren	72
3	Erkenning geven	74
4	Positief formuleren	77
5	Hoop wekken	82
Hoofdstuk 6	Informer en adviseren	85
1	Inleiding	86
2	Overeenstemming bereiken over een persoonlijke diagnose	87
3	Informer	88
4	Slecht nieuws	92
5	Adviseren	94
6	Algemene suggesties bij het formuleren van een advies	95
Hoofdstuk 7	Samen een behandelplan maken	98
1	Inleiding	98
2	Behandeldoelen	100
3	Behandelinterventies	105
4	Het schrijven van het behandelplan	109

Hoofdstuk 8	In gesprek met naasten	110
1	Inleiding	111
2	Invoegen	112
3	Informereren	115
4	Contact met derden over de cliënt	117
5	Afronden	119
Hoofdstuk 9	Evalueren en afronden	121
1	Inleiding	122
2	'Het is tijd'	123
3	Samenvatten	124
4	Houvast bieden	124
5	Evalueren	125
6	Reageren op de deurknopvraag	127
7	Afsluiten van een zorgtraject	128
DEEL 3	MOTIVERENDE GESPREKSVAARDIGHEDEN	131
Hoofdstuk 10	Omgaan met weerstand	133
1	Inleiding	133
2	Invoegen bij weerstand	134
3	Ingaan op onderliggende behoeften	137
4	Metacommuniceren	141
5	Advies geven	142
6	Afronden	145
Hoofdstuk 11	Omgaan met heftige emoties	146
1	Inleiding	146
2	Herkennen van emoties, overdracht en tegenoverdracht	147
3	Contact maken volgens Prouty	149
4	Invoegen bij extreme angst en paniek	150
5	Invoegen bij woede	151
6	Invoegen bij manie	155
7	Invoegen bij intens verdriet	157
8	Erkenning geven bij heftige emoties	159
9	Afleiden bij oplopende spanning	160
10	Grenzen stellen bij disfunctioneel gedrag	160
11	Het gesprek afronden	162

Hoofdstuk 12	Omgaan met lastige interactiepatronen	163
1	Inleiding	163
2	De rol van de hulpverlener in de interactie	165
3	Nogmaals: de openingsvraag	168
4	Onnodig afhankelijk en vermijgend gedrag	168
5	Onnodig dwingend gedrag	171
Hoofdstuk 13	Motiveren tot gedragsverandering	174
1	Inleiding	175
2	Hanteren van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente	176
3	Valkuilen tijdens een motiverend gesprek	177
4	Invoegen	178
5	Van niet willen naar misschien wel willen	180
6	Van misschien wel willen naar zeker willen	183
7	Van zeker willen naar doen, en blijven doen	185
8	Van blijven doen naar tijdelijk terugvallen	186
Hoofdstuk 14	Samen beslissen over medicatie	187
1	Inleiding	187
2	Samen beslissen over medicatie	189
3	Informereren over medicatie	191
4	Samen beslissen over een uitvoerbaar en haalbaar medicatieplan	193
5	Een medicatieadvies geven	194
6	Vervolgafspraken	197
7	Motiveren tot het staken van (onnodige) medicatie	199
8	Omgaan met het feit dat de patiënt geen medicatie (meer) wil innemen	200
Hoofdstuk 15	Assertieve en verplichte zorg	202
1	Inleiding	203
2	Actief contact maken	205
3	Eerst begrijpen, dan pas ingrijpen	206
4	Motiveren met hulp van de veranderingscirkel	206
5	Gespreksvaardigheden bij assertieve zorg	207
6	Gespreksvaardigheden bij verplichte zorg	211
7	Inzet van ervaringsdeskundigen	213
8	Evalueren van assertieve en verplichte zorg	213

DEEL 4	SPECIFIEKE GESPREKSWAARDIGHEDEN	215
Hoofdstuk 16	Het transculturele gesprek	217
1	Inleiding	218
2	Invoegen	220
3	Het perspectief van de patiënt achterhalen	222
4	Tolken	223
5	Adviserende stijl	226
6	Evalueren en afronden	226
Hoofdstuk 17	Verstandelijke beperking	227
1	Inleiding	228
2	Herkennen van verstandelijke beperking	230
3	Invoegen	231
4	Het afnemen van de anamnese bij verstandelijke beperking	232
5	Psychiatrisch onderzoek bij een verstandelijke beperking	234
6	Interveniëren	235
7	Afronden	237
Hoofdstuk 18	Aanhoudende lichamelijke klachten (ALK)	238
	<i>Remke van Staveren en Lineke Tak</i>	
1	Inleiding	240
2	Invoegen	241
3	Informatie inwinnen volgens SCEGS	242
4	Interveniëren	246
5	Afronden	250
Hoofdstuk 19	Psychose	251
1	Inleiding	252
2	Invoegen	254
3	De LEAP-techniek (<i>listen, empathize, agree, partner</i>)	255
4	Medicatieadvies geven	262
5	Afronden	264
Hoofdstuk 20	Autisme	266
1	Inleiding	267
2	ASS en bijkomende psychiatrische stoornissen	268
3	Herkennen	268
4	Invoegen	269
5	Wegvallen van non-verbale communicatie	271

6	Wees concreet, eerlijk en duidelijk	271
7	In gesprek	272
8	Een communicatieprofiel	274
9	Interveniëren	274
10	Naasten en ervaringsdeskundigen	275
11	Afronden	276
Hoofdstuk 21 Suïcidaliteit		277
1	Inleiding	279
2	Invoegen	280
3	Vragen stellen en actief luisteren	283
4	Perspectief bieden	286
5	Afronden	290
Hoofdstuk 22 Herstelondersteunende taal		293
<i>Remke van Staveren en Peter Pierik</i>		
1	Inleiding	294
2	'Lost in translation'	295
3	Doe normaal	295
4	Ervaringsdeskundigen	296
5	Wissel van perspectief	296
6	Zelfonthulling	298
7	Herstelondersteunende intakes	299
8	De Yucelmethode	299
9	Resourcegroepen en Peer-supported Open Dialogue	300
10	Levensverhaal en herstelverhaal	300
Literatuur		303
Over de auteur		312
Register		313

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 separeer, 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 vooreen 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’.¹ 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 Stavoren. Veel leesgenot.

Philippe Delespaul
Maasmechelen, Kerst 2018

Inleiding

1 Waar dit boek over gaat

Goede, herstelondersteunende zorg begint bij goed 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 communiceert bij aanhoudende lichamelijke klachten (ALK), psychose, autisme, en suïcidaliteit. Tot slot is er een hoofdstuk vanuit het perspectief van de cliënt: herstelondersteunende taal.

Waarom heet patiëntgericht communiceren eigenlijk ‘patiëntgericht’ en niet bijvoorbeeld ‘cliëntgericht’ of ‘persoonsgericht’? Is niet alle communicatie gericht op de ander? Patiëntgericht communiceren is een beproefde methodiek. In Angelsaksische landen krijgen zorgverleners al decennia onderwijs in *patient-centered communication*; niet alleen omdat het een respectvolle en prettige wijze van communiceren is, maar ook nog eens zo veel mogelijk bewezen effectief.

Om die reden hanteer ik hier de officiële naam ‘patiëntgericht communiceren’, hoewel ik me realiseer dat in de ggz de aanspreekvorm ‘cliënt’ waarschijnlijk meer gangbaar is dan ‘patiënt’.

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. De verantwoordelijkheid wordt gedeeld. 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 omstandigheden 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 spelenderwijs iets nieuws probeert om te kijken of het bevalt.

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 die onder bepaalde omstandigheden waarschijnlijk wel werken, al valt uiteraard nooit precies te voorspellen hoe je patiënt zal reageren. De ‘juiste’ technieken bestaan niet. De wijze waarop je communiceert 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 níét 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 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 verwijs ik naar uitstekende leerboeken als *The psychiatric interview in clinical practice* van Roger MacKinnon en collega's², *Psychodyna-*

mic psychiatry van Glen Gabbard³ 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!*⁴

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 de intake: 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 latere fasen 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?

5 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 dit boek een overzicht van de referenties. In de tekst zijn alleen literatuurverwijzingen opgenomen waar tekst letterlijk is overgenomen of onderzoeksbevindingen worden genoemd.

Cliënt of patiënt?

In dit boek gebruik ik de termen 'patiënt' en 'cliënt' afwisselend. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt zijn 'cliënt' 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 cliënt 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 cliënt. 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 cliënt. De weg van patiënt naar cliënt kan dus eigenlijk als een continuüm gezien worden en geeft mooi aan waar we naartoe willen: naar eigen regie en herstel.

Hij - zij - hen - die

In dit boek gebruik ik het persoonlijk voornaamwoord 'hij', maar daar waar 'hij' staat, kun je uiteraard ook 'zij', 'hen' of 'die' lezen.

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.