



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Beterweters

Van lastige naar optimale interacties in de (g)gz

De ‘beterweters’ waarover dit artikel gaat, zijn naar ons idee mensen die menen het beter te weten en/of het gewoon ook echt beter weten. Dit kunnen zowel onze patiënten zijn, alsook 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. Denk ook 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 veler mening iets zouden moeten veranderen in hun leven, maar niet veranderingsbereid zijn. Het zijn 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) vaak 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 wel. In dit artikel 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. Omdat dit artikel geschreven is voor professionals werkzaam in de somatische en geestelijke gezondheidszorg, gebruiken we hier overigens de term ‘patiënt’ in plaats van ‘cliënt’.

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%), 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 et al. (2006) kwam naar voren dat 6% 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.

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 uit angst 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 sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen via een vragenlijst aan in hoeverre ze patiënten als 'moeilijk' ervoeren (Koekkoek, van Meijel, Tiemens, Schene, & Hutchemaekers, 2010). Hieruit kwam naar voren dat de sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (hierna: SPV) maar liefst 28% van de patiën-

ten 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:

- ▶ 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
- ▶ behandelinggerelateerd: er was sprake van een hoge frequentie van wekelijkse behandelcontacten, ofwel
- ▶ 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 beterweters vallen volgens de behandelaars meestal in de eerdergenoemde tweede en derde categorie: ‘veeleisend, mondig of juist claimend’ en ‘aandacht vragend en manipulerend’. Daarnaast volgen patiënten soms adviezen van behandelaars niet op en zeggen (of denken) ze overal ‘ja, maar’ op, of staken ze voortijdig de behandeling (drop-outs). Deze beterweters in de ogen van behandelaars worden hieronder 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 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 vonden 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) ziekenhuizen aan om de ervaringen van patiënten vaker in te zetten. Zie ook Bannink en den Haan (2016, hoofdstuk 6 en 7).

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 vanuit het idee van tegenwerking. Door de term manipulatie te gebruiken, worden patiënten al snel tegenspelers (Bannink, 2013; Bannink & den Haan, 2016; den Haan & Bannink, 2012).

Een spv: '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 borderline-persoonlijkheidsstoornis, dysthyme stoornis, afhankelijke trekken in de persoonlijkheid, paniekstoornis en een psychotische stoornis. Tijdens een opname na een suïcidepoging 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 spv, 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 aardappelmesje 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

Het is een bekend verschijnsel: 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). Behandelaren 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) (Bannink, 2013).

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

'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?'

'JA, MAAR'-COLLEGA'S

Ook collega's zeggen wel 'ja, maar'. In een training voor behandelaren in de ggz beginnen de deelnemers hun opmerkingen regelmatig 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 vormt geen last voor anderen 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 behandelplan 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 vergevorderde 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) stelt 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%) vroegtijdig stopt met de behandeling. Deze patiënten worden ook wel drop-outs genoemd. Het percentage drop-outs varieert van 30 tot 80%, ongeacht de gebruikte behandelmethodiek of onderzochte doelgroep (Cornelissen, Poppe, & Ouwens, 2010; Korrelboom, Kernkamp, Vossen, Hoogduin, & Mooren, 1996; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

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.

‘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 moet doen.

Stobbe, Wierdsma, van Beest, en Meulder (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% 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 tot 21%: 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 doordat onderzoekers verschillende definities van drop-out hanteerden.

Baekeland en Lundwall onderscheidden al in 1975 drop-out patiënten 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 'behandelingsverlaters' 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 meest gangbare 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 behandel-doelen 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% 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% van de patiënten niet op een afspraak verschijnt zonder zich af te melden (feitelijke vragen Ministerie van vws, 3 november 2011). De geschatte kosten zijn 300 miljoen euro per jaar. In sommige ziekenhuizen in Nederland loopt dit percentage 'wegblijvers' zelfs op tot 8%.

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, maar de rol van behandelaars in het voorkomen van drop-out kan zeker niet buiten beschouwing worden gelaten (Bannink & den Haan, 2016).

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.'

‘I NEVER INTENTIONALLY OBSTRUCTED TREATMENT’

Een patiënt die door behandelaars als 'moeilijk' werd bestempeld geeft het volgende aan (Koekkoek & Van Tilburg, 2010): 'Two responses come to my mind, reading this case description. First, I feel embarrassed that I was so "difficult" for professionals. Indeed I did some things that are difficult to understand or tolerate. Second, however, I also feel disappointment and frustration about the interpretation of my behaviours as 'difficult' by professionals.'

... I never intentionally obstructed treatment, I just felt very desperate and helpless. Meanwhile, I have more and better coping strategies than before, in part thanks to my therapy.'

BETERWETERS: WAT PATIËNTEN OVER BEHANDELAARS ZEGGEN

Er is weinig onderzoek gedaan naar wat de tevredenheid van patiënten over zorgverleners vergroot. Koekkoek, van Meijel, Schene, en Hutschemaekers (2009) interviewden in hun onderzoek naar 'moeilijke patiënten' 21 personen die volgens behandelaars te boek staan als 'moeilijke, niet-psychootische patiënten'. Vooropstond dat de groep 'moeilijke patiënten' zichzelf meestal niet zo moeilijk vond. Zij stelden wel dat een gebrek aan erkenning van de behandelaar ertoe kan leiden dat zij het de behandelaar moeilijk kunnen maken. Een gebrek aan erkenning was in dit verband de indruk als patiënt of 'ziekte-eenheid' te worden behandeld, dus in termen van 'ziek' of 'niet-ziek' persoon, in plaats van als consument, klant of mens. De verklaring die deze patiënten gaven voor het gebrek aan erkenning bleek vooral samen te hangen met de afwezigheid van overeenstemming tussen de patiënt en de behandelaar over de verwachtingen en het doel van het behandelcontact.

Samengevat: patiënten noemen juist de behandelaars beterweters als zij in de volgende categorieën vallen: behandelaars die geen erkenning geven en niet naar hen luisteren; behandelaars die weinig tijd uittrekken of dominant klinken; behandelaars die de patiënt als ziekte in plaats van als persoon zien, en als er geen overeenstemming is tussen de patiënt en de behandelaar over de verwachtingen en het doel van de behandeling. Deze beterweters worden hieronder beschreven.

Een patiënt: 'Ik heb alle medepatiënten op de afdeling gevraagd om een oud kledingstuk in te leveren. Daar heb ik vervolgens een kussen met vulling van gemaakt. Dat wordt zijn afscheidscadeau. Het is namelijk een hele goede psychiater, hij is heel kundig, maar denkt soms ook dat hij alles beter weet (lacht). Zodoende mag hij straks symbolisch met zijn kont bovenop alle patiënten zitten. Maar dat ga ik hem natuurlijk niet vertellen...'

¶ Geen erkenning geven en slecht luisteren

Een goede behandeling is niet mogelijk zonder het geven van erkenning voor de impact die problemen of klachten op patiënten hebben. Patiënten ervaren vaak veel stress en willen dat meestal ook duidelijk maken in het gesprek. Indien de behandelaar die erkenning achterwege laat, zullen patiënten de samenwerking als

minder prettig ervaren en minder snel veranderingsbereid zijn. Het gaat er niet om wat de patiënt wel of niet wil horen, maar dat de patiënt gehoord wil worden (Bannink, 2013, 2014a, b).

De behandelaar dient respectvol naar het verhaal van patiënten te luisteren. Het is echter een misverstand dat er alleen voldoende erkenning gegeven wordt als elk probleem of elke klacht helemaal ontleed en geanalyseerd is, of als patiënten alle gelegenheid hebben gekregen om de eigen visie op het probleem uitgebreid te vertellen. Uitlatingen van de behandelaar als: 'Ik begrijp dat dit een nare situatie voor je is' of: 'Ik kan me voorstellen dat het moeilijk is om hieruit te komen' geven die erkenning ook en nemen minder tijd in beslag dan een uitgebreide beschrijving van het probleem of de klacht.

Met de vraag naar wat patiënten al gedaan hebben om hun moeilijkheden op te lossen wordt ook erkenning gegeven, omdat de meesten al dingen geprobeerd hebben voordat ze in de spreekkamer terecht kwamen. Meestal krijgt de behandelaar met die vraag echter een opsomming van mislukkingen te horen. Een positieve vraag is: 'Wat hebt u gedaan dat hielp, al is het maar een klein beetje?' Daarmee worden patiënten uitgenodigd te praten over successen in plaats van mislukkingen.

Enkele vragen voor het geven van erkenning zijn:

- ▶ Hoe houdt u het vol?
- ▶ Hoe zorgt u ervoor dat de situatie niet erger is dan het is? Hoe lukt u dat? Welke sterkte kanten of vaardigheden gebruikt u daarbij?
- ▶ Ik zie dat dit een probleem voor u is en ik begrijp dat dit een vervelende situatie is. Hoe zou u dat anders willen?
- ▶ Hoe is dit een probleem voor u?
- ▶ Ik begrijp wat belangrijk voor u is. Welke oplossingen zouden tegemoet kunnen komen aan uw wensen?

Een patiënt: 'Ik heb deze tip voor behandelaars: luister actief tijdens het gesprek. Zeg bijvoorbeeld: "Dus als ik u goed begrijp dan zegt u... klopt dat?"'

DE WATERMELOEN

Lang geleden en ver hiervandaan was er een dorpje. De bewoners leden honger, omdat ze een enge draak op hun velden hadden gezien en de oogst niet binnen durfden te halen.

Op een dag kwam een reiziger aan bij het dorp, en hij vroeg iets te eten. De inwoners vertelden dat er niets te eten was, omdat ze zo bang voor de draak waren. De reiziger was moedig en bood

aan om de draak te verslaan. Toen hij bij hun velden aankwam, zag hij geen draak, alleen een enorme watermeloen. Hij keerde terug naar het dorp en zei tegen de bewoners: 'Jullie hoeven niet bang te zijn, er is helemaal geen draak, alleen een grote watermeloen.' De dorpingen werden boos omdat hij hun angst niet begreep en hakten hem in stukken.

Een paar weken later kwam er weer een reiziger naar het dorp. Toen ook hij iets te eten vroeg, vertelden ze hem over de draak. Ook hij was moedig en bood aan de draak te doden. De inwoners van het dorp waren opgelucht en blij. Toen de reiziger bij de velden aankwam zag ook hij de enorme watermeloen en hij ging terug naar het dorp om hen te vertellen dat ze zich vergist hadden en niet bang hoefden te zijn voor een watermeloen. Ook hij werd in stukken gehakt.

Er ging weer een tijd voorbij en de dorpingen waren wanhopig. Op een dag kwam een derde reiziger voorbij. Hij zag hoe wanhopig men was en vroeg wat er aan de hand was. De dorpingen vertelden over de draak en hij beloofde de draak te verslaan, zodat ze weer naar hun velden konden en de oogst konden binnenhalen. Ook hij zag de enorme watermeloen toen hij bij de velden aankwam. Hij dacht even na, trok zijn zwaard, sprong het veld in en hakte de watermeloen in stukken. Daarop keerde hij terug naar het dorp en vertelde dat hij de draak verslagen had. De dorpingen waren enorm blij. De reiziger bleef nog vele maanden in het dorp, lang genoeg om de dorpingen het verschil uit te leggen tussen draken en watermeloenen.

¶ *Weinig tijd en dominantie*

Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat het behandelaars duur kan komen te staan als ze weinig tijd voor hun patiënten uittrekken of zich dominant gedragen. Het risico om aangeklaagd te worden wegens wanprestatie blijkt echter weinig van doen te hebben met hoeveel fouten een arts maakt. Een analyse van juridische processen wegens wanprestaties onder artsen laat zien dat er hooggekwalificeerde artsen zijn die veel processen aan hun broek krijgen, terwijl sommige artsen veel fouten maken en toch nooit een proces krijgen. Met andere woorden: patiënten doen artsen geen proces aan alleen omdat ze slecht behandeld zijn, maar omdat ze slecht behandeld zijn *en er nog iets anders is gebeurd*. Onderzoeker Levinson (Gladwell, 2007) nam honderden gesprekken tussen artsen en patiënten op. De helft van de artsen was nooit aangeklaagd, de andere helft minstens twee keer. Levinson vond op grond van de gesprekken een duidelijk verschil. De gesprekken met de artsen (de meesten waren chirurgen) die nooit een proces kregen duurden drie minuten langer dan de gesprekken met de andere artsen

(gemiddeld 18,3 minuten versus 15 minuten). Ook maakten de eerste groep meer opmerkingen als: ‘Ik ga u eerst onderzoeken en dan zullen we verder praten over wat er aan de hand is’, waardoor patiënten een idee kregen van wat de bedoeling was van de afspraak en wanneer ze vragen konden stellen. Bovendien waren deze artsen eerder geneigd tot actief luisteren en zeiden ze dingen als: ‘Gaat u door, vertelt u me daar wat meer over.’ Verder waren deze artsen veel eerder geneigd te lachen en grapjes te maken. Interessant is dat ze evenveel en even goede informatie gaven, ze gaven niet meer informatie over medicatie of de toestand van de patiënt. Het verschil zat er alleen in *hoe* ze met hun patiënten spraken.

Een collega luisterde naar de opnames van Levinson en selecteerde voor elke arts twee gesprekken met patiënten. Van elk gesprek koos ze twee stukjes van 10 seconden uit van wat de arts zei, zodat ze in totaal 40 seconden van elke arts had. Ze verwijderde de hoge geluiden uit de spraak, waardoor we aparte woorden kunnen horen. Wat overbleef was een onverstaanbare brij, waarin wel intonatie, hoogte en ritme bewaard bleven. Tot haar verbazing bleek dat ze alleen op grond van die stukjes in staat was te voorspellen welke artsen aangeklaagd werden en welke niet. De mensen die de tapes beoordeelden wisten niets over de competentie van de artsen, hoeveel ervaring en training ze hadden of waarmee ze zich bezighielden. Ze konden niet eens verstaan wat de artsen zeiden. Het enige dat ze voor hun voorspelling gebruikten was de intonatie van de arts. Als de arts dominant klonk, zat de arts bijna altijd in de groep artsen die twee of meer processen aan hun broek hadden gekregen. Als de stem minder dominant en meer bezorgd klonk, zat de arts bijna altijd in de groep die geen proces had gehad. Wanprestaties lijken een gecompliceerd en ingewikkeld probleem. Maar uiteindelijk komt het neer op respect, en de eenvoudigste manier waarop dat respect geuit wordt is in de intonatie van de stem. De slechtste intonatie voor een arts is dus een dominante.

Een patiënt: ‘Ook heb ik ervaren dat sommige behandelaars zich boven je stellen: “Ik ben behandelaar dus ik weet wat het beste voor je is.” Laat als behandelaar zien dat je ook een mens bent, gelijkwaardig.’

..... EEN ZAKJE SNOEP

..... In een onderzoek naar hoe artsen diagnoses stellen werd hen gevraagd hardop te denken terwijl ze een casus voor zich hadden van een patiënt met een leverziekte. Tot hun grote verbazing vonden de onderzoekers dat wanneer de artsen vooraf een cadeautje kregen — een zakje snoep — waardoor zij positieve emo-

ties ervoeren, zij de informatie van de casus beter verwerkten, betere diagnoses stelden en minder gefixeerd waren op hun oorspronkelijke idee, waardoor ze soms te snel een verkeerde diagnose stelden (Isen, Rozenzweig, & Young, 1991).

¶ *Ziekte in plaats van de persoon zien*

Sommige behandelaars stellen patiënten gelijk aan hun diagnose, bijvoorbeeld: 'de blindedarm op kamer 3' of 'mevrouw is een borderliner'. Maar er is altijd een persoon achter en buiten de somatische klacht of psychiatrische stoornis te vinden die zo veel mogelijk zijn of haar gezonde leven en identiteit wil herwinnen. O'Hanlon en Rowan (2003, p. 4) stellen hierover met betrekking tot de psychiatrie: 'Over time, we have become increasingly convinced that traditional pathological language, labels, belief systems, and treatment methods can inhibit positive change. In fact, a hopeless situation can be engendered with unintentional and unfortunate cues from treatment milieus, therapists, family members, and oneself. Iatrogenic discouragement — that which is inadvertently induced by treatment — is often the result of such an unfortunate view of human perception and behavior. The impact of inpatient psychiatric treatment and a pathological view increases the probability of iatrogenic illness and discouragement through stigmatization, self-depreciation, and chronicity. Our approach seeks to avoid iatrogenic harm and, instead, to create iatrogenic health and healing.' O'Hanlon en Rowan bieden een therapieaanpak waarbij de nadruk ligt op gezondheid, competenties en mogelijkheden, in plaats van de traditionele nadruk op pathologie, tekortkomingen en beperkingen.

Een arts: 'De patiënt komt de zaal binnen waar wij artsen onderwijs van de psychiater krijgen. Ik zie hem verbaasd rondkijken en zich afvragen waarom er zoveel belangstellenden zijn. Hij zegt: "Ik moet wel een apart geval zijn." Wij artsen mogen vragen stellen en de psychiater vult aan: "In hoeverre voelt u zich depressief?", "Denkt u weleens na over de dood?", "Hoe vaak heeft u last van zelfkwellende gedachten?", "Kunt u zeggen in welk jaar we leven?", "Wie is op het ogenblik onze president?"

Wanneer de patiënt is bevraagd mag hij de zaal verlaten en mompelt hij nog: "Ik hoop dat jullie er wat aan hebben gehad." Bij de nabespreking wordt gevraagd welke kenmerken de patiënt heeft, hoe zijn bewustzijn is, hoe het denken verloopt, et cetera. Hierna wordt bekeken welke (differentiaal) diagnoses er van toepassing zijn. Maar eigenlijk vraag ik me af of meneer zich wel ziek voelt, of hij zich begrepen voelt, of hij van deze nabespreking een terugkoppeling krijgt, wat hij in het dagelijks leven doet en wat hij op het ogenblik nodig heeft.'

MORIBUNDUS

Een man lag in een klein ziekenhuis en was stervende. De artsen hadden de hoop op genezing opgegeven, ze konden de oorzaak van zijn ziekte niet vinden. Gelukkig kwam er een beroemde diagnosticus naar het ziekenhuis. De artsen vertelden de man dat ze hem misschien konden genezen als deze beroemde arts een diagnose kon stellen. Toen de arts in het ziekenhuis arriveerde was de man al bijna dood. De arts keek even naar hem, mompelde ‘moribundus’ (Latijn voor ‘stervende’) en liep door naar de volgende patiënt.

Enkele jaren later lukte het de man, die geen woord Latijn sprak, de beroemde arts terug te vinden. Hij zei tegen hem: “Ik wil u nog even bedanken voor de diagnose. De doktoren hadden gezegd dat als u de diagnose kon stellen, ik beter zou worden.”

Ten slotte nog een opmerking over het belang om een onderscheid te maken tussen de persoon en de ziekte. Wanneer er naar problemen gekeken wordt is het belangrijk voor ogen te houden dat patiënten niet het probleem of hun diagnose zijn, maar personen zijn die een probleem of klacht hebben. Patiënten zijn veel meer dan hun probleem of diagnose. Als dat gezien wordt ontstaat er vanzelf ruimte voor sterkte kanten en hulpbronnen (Bannink, 2009, 2013, 2016). O’Hanlon en Rowan (2003, p. 49) benadrukken ook het belang van dit onderscheid: ‘Ask not what disease the person has, but rather what person the disease has.’

Een patiënt: ‘Realiseer je wat een diagnose kan doen. Bij mij viel heel mijn leven in duigen. Ook op mijn werk zeiden ze dat ik geen stress meer mocht hebben en dus mijn werk niet meer kon uitvoeren. Alsof dat geen stress was, om je baan te verliezen! Ondersteun iemand hoe hiermee om te gaan.’

¶ *Geen overeenstemming over verwachting en behandeldoel*

Een behandeling kan ook mislukken als er tussen behandelaar en patiënt geen overeenstemming is over het behandeldoel. Het komt voor dat de behandelaar zelf het behandeldoel vaststelt, zonder naar het doel van de patiënt te vragen, of zijn eigen doel belangrijker vindt dan het doel van de patiënt. Daarmee wordt de behandelaar een beterweter.

Patiënten geven vaak als tip (Bannink & den Haan, 2016) dat aan het begin van een behandeling expliciet aan de patiënt gevraagd moet worden welke verwachting hij of zij van de behandeling heeft.

Een patiënt: 'Mijn belangrijkste tip: vraag wat de verwachting is van de patiënt: wat verwacht hij van de arts of van het ziekenhuis? In mijn geval ging het niet om alle mogelijke onderzoeken totdat de oorzaak van een levenslang probleem bekend was of het krijgen van een diagnose, maar samen kijken wat me op langere termijn kon helpen om in evenwicht te blijven.'

Uit diverse publicaties en ervaringsverhalen blijkt dat patiënten zich vaak onbegrepen voelen in het contact en de communicatie met behandelaars. Stewart (1995) analyseerde de samenhang tussen de kwaliteit van communicatie van artsen met patiënten en hun gezondheid. In totaal werden 21 onderzoeken geanalyseerd en in 16 ervan kwam naar voren dat goede communicatie van de arts gunstig is voor de gezondheid van patiënten, zoals hun psychische gezondheid, vermindering van symptomen, herstel van bloeddruk, bloedglucose en vermindering van pijn. Uit dit onderzoek bleek dat artsen de kwaliteit van de communicatie kunnen verbeteren wanneer ze in het consult aandacht schenken aan zowel somatische als emotionele en cognitieve factoren bij patiënten; bespreken welke invloed de klachten op hun functioneren hebben; wanneer het lukt om te komen tot een gedeelde visie op het probleem en het verdere beleid (*shared decision making*) en wanneer zij patiënten de gelegenheid geven om vragen te stellen en feedback te geven.

CONCLUSIE

Beterweters zijn mensen die menen het beter te weten en/of het gewoon echt beter weten. Die mensen kunnen onze patiënten zijn, maar ook wijzelf of collega's.

Behandelaars kunnen patiënten 'veeleisend, mondig of juist claimend' vinden, of 'aandacht vragend en manipulerend'. Ook kunnen behandelaars zich storen aan patiënten die hun adviezen niet opvolgen, aan patiënten die 'ja, maar' zeggen (of denken), of aan patiënten die voortijdig de behandeling staken (drop-outs).

Patiënten kunnen behandelaars die het beter (menen te) weten ook storend vinden. Ze kunnen zich irriteren aan behandelaars die geen erkenning geven en slecht luisteren; behandelaars die weinig tijd uittrekken of dominant klinken; behandelaars die de patiënt als ziekte in plaats van als persoon zien, of behandelaars die niet vragen naar en zorgen voor overeenstemming over de verwachting en het behandeldoel.

Dit artikel is een bewerking van het eerste hoofdstuk uit het gelijknamige boek *Beterweters* (Bannink & den Haan, 2016). In het boek wordt verder ingegaan op lastige interacties, manieren waarop behandelingen kunnen mislukken (met een hoofdrol voor de behandelaar) en manieren waarop ze kunnen slagen (met ook hier een hoofdrol voor de behandelaar) en interacties kunnen optimaliseren. Ook komen verhalen en tips van patiënten aan de orde en veelgestelde vragen bij lastige interacties.

Drs. Fredrike Bannink MDR, klinisch psycholoog en Master of Dispute Resolution, heeft een praktijk voor therapie, training, coaching en mediation in Amsterdam. Zij is docent aan instellingen voor postdoctoraal onderwijs, en trainer/supervisor van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Zij is een international auteur van meer dan 30 boeken, keynote speaker en trainer. www.fredrikebannink.com

Drs. René den Haan is gezondheidszorgpsycholoog en werkt in de ambulante en klinische ouderenpsychiatrie. Hij is docent aan instellingen voor postdoctoraal onderwijs en supervisor voor de gz-opleiding. Als (co)auteur heeft hij samen met Bannink al meerdere titels geschreven.

Referenties

- Alaeddini, A., Yang, K., & Reddy, C. (2011). A probabilistic model for predicting the probability of no-show in hospital appointments. *Health Care Management Science*, 14-2, 146-157.
- Appelo, M. (2009). Misverstanden en mythes: cliënten zijn veranderingsbereid. *Directieve Therapie*, 29, 69-73.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bannink, F.P. (2009). *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Bannink, F.P. (2013). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering (3^e, gewijzigde druk)*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2014a). *Positieve cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2014b). *Posttraumatisch succes*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2016). *Positieve psychologie — de toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F.P. & den Haan, R. (2016). *Beterweters: Van lastige naar optimale interacties in de (g)z*. Amsterdam: Boom.
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.
- Cornelissen, A. J. T., Poppe, W. H., & Ouwens, D. M. (2010). Dropout bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 1, 17-27.
- de Weert-van Oene, G. H. (2000). Dropping out. Prevalence and determinants of noncompliance in inpatient substance dependence treatment. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- den Haan, R. & Bannink, F.P. (2012). *Oplossingsgerichte gespreksvoering met ouderen*. Amsterdam: Pearson.
- Gladwell, M. (2007). *Blink*. New York: Back Bay Books.
- Isen, A. M., Rosenzweig, A. S., & Young, M. J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, 11, 221-227.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). 'Difficult patients' in mental health care:

- a review. *Psychiatric Services*, 57, 795-802.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). A Delphi study of problems in providing community care to patients with nonpsychotic chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 60, 693-697.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Tiemens, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2010). What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as 'difficult': patient, professional, social and treatment variables. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* doi 10.1007/s00127-010-0264-5.
- Koekkoek, B. & van Tilburg, W. (2010). Ineffective chronic illness behaviour in a patient with long-term non-psychotic psychiatric illness: a case report. *British Medical Journal Case Reports* doi:10.1136/bcr.02.2010.2739.
- Korrelboom, K., Kernkamp, B., Vossen, C., Hoogduin, C., & Mooren, H. (1996). Kenmerken van drop-outs bij een geprotocolleerde behandeling van paniekstoornis met agorafobie: een exploratief follow-up onderzoek. *Directieve Therapie en Hypnose*, 14, 311-335.
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcomes in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Lambert, M. J., Whipple, J., Hawkins, E., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Smart, D. (2004). Is it time for clinicians routinely to track client outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology*, 10, 288-301.
- Metcalfe, L. (1998). *Teaching toward solutions*. New York. Simon and Schuster.
- Ministerie van vws, Feitelijke Vragen (2011). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- O'Hanlon, B. & Rowan, T. (2003). *Solution-oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York: Norton.
- Reis, B. F. & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Schippers, G. M. & de Jonge, J. M. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*, 57, 250-265.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 125, 1432-1433.
- Stobbe, J., Wierdsma, R. H. P., van Beest, C., & Mulder, L. (2009). Dropout na gedwongen opname: hoe groot is het probleem? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 11, 801-811.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 4, 547-559.
- van der Ploeg, J. D. & Scholte, E. M. (2000). *Interventies bij zeer problematische jeugdigen*. Utrecht: sJN/ Nippo.
- van Egmond, S., Heerings, M., & Munnichs, G. (2014). *Sterke verhalen uit het ziekenhuis: Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Veeninga, A. T. & Hafkenscheid, A. J. P. M. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van dropout? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 3, 187-195.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.