

14 MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Maarten Merckx, Tim olde Hartman en Ellis Baron

14.1 INLEIDING

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen frequent voor onder de Nederlandse bevolking. Veertig procent van de consulten bij de huisarts gaan over lichamelijke klachten waarvoor geen of onvoldoende somatische verklaring is. Meestal zijn deze lichamelijke klachten kortdurend. Langdurige, ernstige SOLK komt veel minder vaak voor, de jaarprevalentie is 2,5%. (Verhaak et al., 2016). Deze ernstige en invaliderende klachten beïnvloeden de ervaren kwaliteit van leven negatief (Joustra et al., 2015) en doen een onevenredig groot beroep op de gezondheidszorg, inclusief hoge, onnodige kosten (Olde Hartman et al., 2012). Het blijkt dat de communicatie tussen behandelaars¹ en patiënten met SOLK regelmatig te wensen overlaat en voor verbetering vatbaar is (Lucassen et al., 2007; Olde Hartman, 2011; Olde Hartman et al., 2012; Weiland et al., 2012). Slechte communicatie tussen behandelaars en patiënten kan SOLK in stand houden.

Een gespreksmethodiek die de communicatie tussen behandelaars en hun patiënten met SOLK kan verbeteren is Motiverende Gespreksvoering (MGV). Deze directieve gespreksmethodiek besteedt niet alleen aandacht aan ambivalentie ten aanzien van veranderen, maar geeft ook richting aan hoe om te gaan met zorgen van de patiënt, geeft expliciete handvatten over gespreksvaardigheden en doet aanbevelingen op welke wijze informatie en advies gegeven kan worden. MGV wordt gezien als één van de meest innovatieve en snelst groeiende psychologische behandelmethodieken.

MGV heeft een goede wetenschappelijke onderbouwing, zowel in de geestelijke als de somatische gezondheidszorg (Baron et al., 2015). In het boek *Motiverende Gespreksvoering in de GGZ* (Arkowitz et al., 2011) wordt beschreven hoe deze gespreksmethodiek bij andere problematiek kan worden ingezet. In dit hoofdstuk beargumenteren we dat MGV de communicatieproblemen en motivatie tot gedragsverandering met patiënten met SOLK kan verminderen. Eerst beschrijven we kort MGV. Vervolgens worden die aspecten van MGV besproken die volgens ons bijdragen aan een betere communicatie tussen behandelaar en patiënt met SOLK.

¹ De term 'behandelaar' refereert naar huisarts, medisch specialist, psycholoog of andere professional die betrokken zijn bij de behandeling van SOLK.

14.2 KORTE OMSCHRIJVING

MGV is een directieve en een op samenwerking gerichte gespreksmethode waarbij uitspraken aan de patiënt worden ontlokt die gaan over verandering (Baron et al., 2015). Doel van MGV is om de persoonlijke motivatie voor en *commitment* aan verandering te vergroten (Miller & Rollnick, 2014). Uitspraken van de patiënt die gaan over verandering worden verandertaal genoemd. De proportie uitgesproken verandertaal blijkt verandering te voorspellen (Amrhein et al., 2003; Moyers et al., 2007; Vader et al., 2010).

14.3 WAAROM MOTIVERENDE GESPREKSVOERING BIJ SOLK?

Niet-optimale communicatie tussen patiënten met SOLK en behandelaars kan een in stand houdende factor zijn van de problematiek. Slechte communicatie zorgt voor het uitblijven van een gepersonaliseerd behandelplan en daarmee samenhangende gedragsveranderingen. Een belangrijk uitgangspunt om MGV toe te passen bij patiënten met SOLK is om de communicatie te optimaliseren zodat de kans op gedragsverandering toe neemt. Wat zijn nu oorzaken voor deze niet-optimale communicatie? *Allereerst* vinden veel patiënten dat ze niet serieus worden genomen. Behandelaars erkennen de echtheid van hun klachten niet. Patiënten ervaren scepsis van de behandelaars en hebben het idee dat deze denken dat de klachten ‘tussen de oren zitten’. Het label ‘tussen de oren’ of ‘psychisch’ ervaren veel patiënten als beledigend (Stone et al., 2002). Patiënten horen ook frequent ‘het is niks’ of ‘je hebt geen ziekte’. Hierdoor krijgen ze het idee dat behandelaars het vaak ook niet weten. En dat klopt deels ook wel, want behandelaars vinden het vaak erg moeilijk om patiënten uit te leggen hoe ze klachten kunnen hebben zonder ziekte (Olde Hartman et al., 2009).

Ten tweede hebben veel behandelaars vooroordelen over patiënten met SOLK. Ze denken dat patiënten met SOLK niet over psychosociale beïnvloedende factoren willen praten. Behandelaars worstelen met het bespreken van mogelijke uitlokkende of in stand houdende psychosociale factoren van de klachten (Howman et al., 2016). Huisartsen en medisch specialisten ervaren druk om allerlei medisch aanvullend onderzoek en interventies uit te voeren wat gezien kan worden als in stand houdende factor. Behandelaars ervaren vaak een discongruentie tussen de klachten en de gevoelde last van de patiënt met SOLK. Al deze vooroordelen blijken onjuist en kunnen worden weerlegd met de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (Lucassen et al., 2007).

Ten slotte is het ook bekend dat behandelaars anders communiceren met patiënten met SOLK dan met patiënten met andere klachten. Ze exploreren de klachten, ideeën, bezorgdheid en verwachtingen nauwelijks bij deze patiënten (Olde Hartman et al., 2013). Ook wordt minimaal uitleg gegeven

over de herkomst van de klachten waardoor het vaak niet lukt om de patiënt gerust te stellen, waardoor klachten (zowel somatische klachten als spanningsklachten) zelfs kunnen verergeren (Fitzpatrick, 1996; Van Ravesteijn et al., 2012). Ook geven behandelaars nauwelijks emotionele ondersteuning aan patiënten met SOLK en tonen ze weinig empathie. Overduidelijk is er een *mismatch* tussen wat patiënten met SOLK verwachten van hun behandelaar en dat wat ze daadwerkelijk van hen krijgen (Olde Hartman, 2011). Op basis van genoemde bevindingen kunnen we concluderen dat de communicatie tussen de behandelaar en patiënten met SOLK verbetering behoeft.

14.4 DOELGROEP

In principe is MGv van toepassing op problemen in de omgang met zowel begrepen als onbegrepen lichamelijke klachten, vooral wanneer er sprake is van problemen in de communicatie en de motivatie tot gezondheidsbevorderende gedragsverandering

14.5 BESCHRIJVING

In dit onderdeel omschrijven we hoe MGv toegepast kan worden bij SOLK. Eerst beschrijven we de algemene aspecten van MGv.

14.5.1 Algemeen aspecten van MGv

Spirit De basishouding van MGv, de zogenoemde *spirit*, bevat verschillende elementen die belangrijk zijn voor goede en constructieve communicatie met een patiënt. Deze elementen zijn *partnerschap*, *acceptatie*, *compassie* en *ontlokken*.

Partnerschap betekent dat patiënt en behandelaar samenwerken. Beiden zijn experts op zijn of haar eigen gebied. De behandelaar is expert op zijn vakgebied, de patiënt is expert op het gebied van zijn eigen klachtbeleving, verandermogelijkheden, voorkeuren en drijfveren. Activering van deze expertise door de behandelaar is een sleutelvoorwaarde voor verandering (Hibbard et al., 2007; Hibbard et al., 2004). Bij patiënten met SOLK betekent dit dat de klachten serieus genomen worden en dat de behandelaar op dezelfde wijze communiceert als met patiënten met andere klachten.

Aan *acceptatie* (Rogers, 1959) zijn twee begrippen verbonden, te weten empathie en autonomie. Empathie betekent dat de behandelaar poogt het perspectief van de patiënt te begrijpen zonder dat de behandelaar (ver)oordeelt, bekritiseert of beschuldigt. Autonomie heeft betrekking op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt en ook van de behandelaar. De verantwoordelijkheid voor verandering ligt bij de patiënt, niet bij de behandelaar. Laatstgenoemde

kan de beslissing enkel ondersteunen maar niet afdwingen. Omgekeerd geldt hetzelfde, de verantwoordelijkheid om aanvullend onderzoek en interventies uit te voeren bij patiënten met SOLK, ligt bij de behandelaar en is gebaseerd op behandelinhoudelijke argumenten en niet om de patiënt ter wille te zijn.

Compassie houdt in dat de behandelaar zich actief inzet om het welbevinden van de patiënt te verbeteren en zich niet laat leiden door allerlei eigen vooroordelen die een actieve inzet in de weg staat.

Het laatste element, *ontlokken*, is gerelateerd aan het ontlokken van eigen motieven, doelen, waarden en zienswijze over verandering aan de patiënt. Dit activeert de al aanwezige (minimale) motivatie voor verandering.

Processen

MGV onderscheidt vier processen, die opeenvolgend, repeterend en ondersteunend aan elkaar zijn. Deze vier processen zijn engageren, focussen, ontlokken en plannen.

Engageren heeft als doel het opbouwen van een constructieve werkrelatie. Centraal staat het verhelderen en begrijpen van de dilemma's en knelpunten van de patiënt.

Het tweede proces staat in het teken van gezamenlijk *focus* aanbrengen. De klachten worden verhelderd en geprioriteerd wat structuur in het gesprek brengt.

Het derde proces, *ontlokken*, richt zich op zoveel mogelijk verandertaal te ontlokken aan de patiënt. Dit helpt de patiënt om scherper het belang van verandering te zien en het vergroot het vertrouwen van de patiënt om daadwerkelijk te kunnen veranderen.

Als de patiënt duidelijk heeft dat hij wil veranderen, begeleidt de behandelaar de patiënt in het *plannen* van de veranderingen zodat patiënt leert op welke wijze hij het beoogde doel kan halen.

Gespreksvaardigheden

MGV onderscheidt vijf gespreksvaardigheden, namelijk het stellen van *open vragen*, *reflectiefluisteren*, *bevestigen*, *samenvatten* en het *geven van informatie en advies*. Deze vaardigheden worden per proces strategisch ingezet om het aan het proces gekoppelde doel te halen. Elke behandelaar weet dat het stellen van *open vragen* belangrijk is, maar veel behandelaars worstelen met deze vaardigheid.

Reflectief luisteren is een belangrijke basisvaardigheid in MGV. De mate en kwaliteit van de reflecties is gerelateerd aan succesvolle verandering (Miller & Baca, 1983; Moyers et al., 2016). Een reflectie is een verbale interpretatie van de behandelaar over wat de patiënt bedoelt maar niet uitspreekt. Een reflectie stemt de patiënt tot nadenken, het nodigt de patiënt uit om zijn cognities en emoties misschien anders te verwoorden of te preciseren. Een reflectie wordt

gegeven in de vorm van een statement ('U hebt al veel informatie gezocht over uw klachten') en niet als gesloten vraag ('Begrijp ik goed dat u al veel informatie gezocht hebt over uw klachten?'). Het verschil tussen een reflectie en een vraag is de stembuiging. Bij een vraag gaat de toon van de stem iets omhoog en bij een reflectie buigt de stem aan het einde iets naar beneden.

Bevestigen wordt ingezet als waardering voor de inspanningen van de patiënt. De behandelaar gebruikt bevestigen om de sterke kanten van de patiënt, diens vaardigheden, goede wil en inzet te benadrukken. Bevestigen is zowel een gespreksvaardigheid als een manier van denken: de behandelaar benadrukt bewust de sterke kanten van de patiënt en diens intenties en stappen in de goede richting. Een *samenvatting* geeft weer wat de patiënt heeft verteld en structureert het gesprek. Het markeert bijvoorbeeld de overgang van het ene proces naar het andere proces, tussen verschillende onderdelen van een behandelprotocol of als afsluiting van een behandelcontact. Een samenvatting wordt ook gebruikt om de link te leggen tussen wat eerder aan de orde kwam en wat nu besproken wordt. MGV is de enige gespreksmethodiek die het geven van *informatie en advies* als basisgespreksvaardigheid bestempeld. MGV beschrijft ook de wijze waarop informatie en advies gegeven wordt. MGV staat een drietrapsraket voor, ontlokken – aanbieden – ontlokken (O-A-O). Eerst ontlokt de behandelaar kennis aan de patiënt over bijvoorbeeld het probleem, stoornis, mogelijke behandelopties of in stand houdende factoren van de klachten. Vervolgens vraagt de behandelaar toestemming om informatie te geven. De tweede trap, aanbieden, is dat de behandelaar objectieve informatie geeft en deze informatie is aanvullend op dat wat de patiënt al weet. In de derde trap, ontlokken, vraagt de behandelaar aan de patiënt wat deze herkent of laat hij de patiënt nadenken of de gegeven informatie op hem van toepassing is. De behandelaar zorgt er op deze wijze voor dat de patiënt de gegeven informatie actief verwerkt zodat de patiënt daadwerkelijk snapt op welke wijze de informatie op hem van toepassing is (actief begrip: van Rood et al., 2011).

Verandertaal

Verandertaal zijn uitspraken van de patiënt die gerelateerd zijn aan het doelgedrag of de interventies die helpen om het doelgedrag te behalen. Zowel de hoeveelheid uitgesproken verandertaal alsmede de verhouding verandertaal en behoudtaal (uitspraken van de patiënt die pleiten tegen verandering) zijn voorspellend voor daadwerkelijke verandering (Amrhein et al., 2003; Baer et al., 2008; Gaume et al., 2008; Hodgins et al., 2009; Moyers et al., 2007; Moyers et al., 2005; Strang & McCambridge, 2004).

Miller en Rollnick (2014) beschrijven een aantal strategieën om verandertaal doelgericht te ontlokken aan de patiënt. De meest makkelijke strategie is het stellen van open vragen: 'Wat is uw persoonlijke noodzaak om anders met uw klachten om te gaan?', of: 'Hoeveel vertrouwen heeft u dat het u lukt om

uw klachten te leren verdragen?'. Een andere strategie is om te bespreken welke eerdere succeservaringen patiënt heeft met verandering en hoe deze ervaringen hem nu kunnen helpen om de verandering te bewerkstelligen. In het verlengde hiervan ligt het bespreken van de toekomstverwachtingen van de patiënt, mocht het hem lukken om te veranderen. Een voorbeeld is: 'Stel, uw klachten worden minder, wat zou u weer kunnen doen wat u nu niet meer kunt?' Ook het bespreken van de voordelen van veranderen en de nadelen van niet veranderen kan verandertaal ontlokken aan de patiënt. Bijvoorbeeld: 'Wat zou het u kunnen opleveren om op een andere manier met uw klachten om te gaan?' of: 'Stel het lukt niet om uw klachten te leren verdragen, wat is voor u een nadeel?' Een laatste strategie is het inzetten van de zogenaamde schaalvragen. Patiënt wordt gevraagd om op een schaal van 0 tot 10 aan te geven wat het belang is van veranderen of hoeveel vertrouwen hij heeft dat het hem lukt om te veranderen. Het bespreken van het gegeven cijfer kan gebruikt worden om verandertaal uit te lokken. Op het moment dat de behandelaar de patiënt verandertaal hoort uitspreken, wordt er met behulp van open vragen in de trant van 'Wat bedoelt u precies?' of met behulp van reflecties op gereageerd. De patiënt wordt als het ware verlokkt om zichzelf te overtuigen dat verandering wenselijk, belangrijk en haalbaar is.

14.5.2 Motiverende gesprekvoering bij SOLK

In deze paragraaf zal aan de hand van de verschillende gespreksvaardigheden beschreven worden hoe MGV toegepast kan worden bij SOLK. De paragraaf sluit af met een beschrijving hoe verandertaal bij patiënten met SOLK uitgelokt kan worden.

Open vragen

Bij behandeling van SOLK is het stellen van open vragen van groot belang, niet alleen in de intakefase maar ook tijdens de behandeling. Doel van een goede klachtenexploratie is om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de patiënt met zijn of haar SOLK. Nauwkeurige klachtenexploratie om de aard, intensiteit, lokalisatie, ernst en beloop van de klachten geeft handvatten voor het beter begrijpen van de klachten van de patiënt. Ook is het van belang om de factoren die de klachten beïnvloeden en de gevolgen van SOLK voor de individuele patiënt goed uit te vragen. Elke patiënt ervaart gevolgen van SOLK op verschillende gebieden, bijvoorbeeld op cognitief of emotioneel gebied, gedragsmatig maar ook in sociale interactie. Door het stellen van open vragen in plaats van gesloten vragen geeft de hulpverlener de patiënt de mogelijkheid om een duidelijk beeld te schetsen van zijn klachten. Bovendien stelt het de hulpverlener in staat om de gepresenteerde klacht in

de context van het leven van de patiënt te begrijpen. Doorvragen middels het stellen van open vragen is daarbij van groot belang. Voor een verdere uitwerking van de klachtexploratie verwijzen we naar hoofdstuk 11 in dit boek.

TABEL 14.1. OPEN VRAGEN			
GESLOTEN VRAAG	OPEN VRAAG	GESLOTEN VRAAG, DOORVRAGEN	OPEN VRAAG, DOORVRAGEN
Hebt u op een gegeven moment gemerkt dat uw klachten niet meer overgingen?	Wanneer merkte u dat uw klachten niet meer overgingen?	Is er toen iets veranderd?	Waarom merkte u dat precies?
Merkt u dat de klachten tijdens de dag veranderen?	Wat merkt u zelf aan verandering van uw klachten gedurende de dag?	Kunt u dan bepaalde dingen niet meer?	Welke invloed heeft deze verandering op uw dagelijkse activiteiten?
Doet u bepaalde zaken niet meer vanwege uw klachten?	Wat doet u allemaal niet meer vanwege uw klachten?	Reageren uw partner of kinderen soms geïrriteerd als u iets niet doet vanwege uw klachten?	Hoe reageert uw gezin als u weer iets niet kunt vanwege uw klachten?
Denkt u dat deze behandeling u gaat helpen?	In hoeverre denkt u dat de behandeling ² u zal helpen om anders met uw klachten om te gaan?	Denkt u dat een ontspanningsoefening u kan helpen om anders met de klachten om te gaan?	Welke onderdelen van de behandeling hebben volgens u meerwaarde?

Reflecties

Het belang van reflectief luisteren bij SOLK is tweeledig. Ten eerste spoort een reflectie de patiënt aan tot zelfonderzoek. Daarbij heeft de behandelaar de mogelijkheid te kiezen wat hij wel en niet reflecteert. Hierdoor geeft de behandelaar richting aan het denkproces van de patiënt. Ten tweede zorgt reflectief luisteren ervoor dat de patiënt zich begrepen voelt. Veel patiënten met SOLK geven aan dat ze zich regelmatig onbegrepen voelen. Reflectief luisteren, een eenvoudige gespreksvaardigheid, kan dit ervaren knelpunt oplossen. Reflecties kunnen ook ingezet worden op het moment dat de patiënt woorden of non-verbaal gedrag vertoont, die mogelijk aanknopingspunten of hints zijn die verwijzen naar psychosociale achtergronden van de klachten. In SOLK-consulten geven patiënten in meer dan 95% van de gevallen psychosociale hints en cues die niet worden gehoord door de behandelaar (Olde Hartman &

- 2 Rood, Y. van, Ravesteijn, H. van, Spinhoven, P., & Speckens, A. (2011). Protocol voor diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende lichamelijke klachten. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin. *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, boek 2*. (15-47). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Van Ravesteijn, 2008). Actief luisteren en vervolgens de gehoorde cue reflecteren levert diepgang in het gesprek en achterliggende informatie op. Een reflectie geeft die aanknopingspunten of hints woorden. Dit kan zowel de patiënt als de hulpverlener helpen om zijn of haar eigen klachtenpatroon beter te begrijpen. Als de patiënt instemmend op een reflectie reageert, dan is er een nieuw punt geadresseerd. Indien de reflectie niet geheel passend is, zal de patiënt als een soort automatisme zelf verduidelijken wat hij wel bedoelt, wat vervolgens weer nieuwe informatie oplevert voor zowel de behandelaar als de patiënt zelf.

TABEL 14.2. REFLECTIES	
UITSPRAAK VAN DE PATIËNT	MOGELIJKE REFLECTIES DOOR BEHANDELAAR
De buikpijnklasten houden mij 's nachts uit mijn slaap	U slaapt slecht
	U ligt 's nachts te piekeren over uw buikpijn
	Elke ochtend staat u geradbraakt op
	Uw buikpijn is zo erg dat ze u uit uw slaap houdt
	U bent bang dat u tijdens uw slaap meer buikpijn krijgt waardoor u niet kunt slapen
	Uw klachten veroorzaken niet alleen overdag ellende

Bevestigen

Behandelaren zijn vaak geneigd te kijken naar wat er niet goed gaat bij patiënten en hier aandacht aan te schenken. Patiënten met SOLK zijn gewend te horen te krijgen dat hun visie niet strookt met de realiteit, hun oplossing of aanpak niet deugt, of zich er makkelijk vanaf willen maken met een pilletje. Juist het bevestigen van inzet, sterke kanten en gewenst gedrag van de patiënt, kan helpen de motivatie voor verandering te verhogen en komt de kwaliteit van de behandelrelatie ten goede.

TABEL 14.3. BEVESTIGEN	
BEVESTIGEN GERICHT OP BEPERKING OF ONMOGELIJKHEID	BEVESTIGEN GERICHT OP COMPETENTIE OF MOGELIJKHEID
De informatie die u heeft ingewonnen klopt niet	U heeft al veel informatie ingewonnen over mogelijke oorzaken van u klachten
Helaas is er geen oorzaak van u klachten, dus u kunt stoppen met zoeken	U wilt graag van u klachten af en het vinden van antwoorden is belangrijk
U probeert steeds hetzelfde te doen en dat heeft niet gewerkt, misschien handig om iets anders te proberen	Ondanks de tegenslagen blijft u het proberen

Samenvatting

Een samenvatting bij SOLK is van belang omdat een samenvatting structuur geeft aan het gesprek, de patiënt zich gehoord voelt en gelegenheid geeft tot verdere aanvulling door de patiënt.

TABEL 14.4. SAMENVATTING	
UITSpraak	GESPReKsvAARDIGHEID
<i>behandelaar:</i> <i>We hebben nu een tijdje gepraat over uw huiswerkopdracht 'het verplaatsen van uw aandacht naar andere zaken dan uw buikpijn'. U vertelde me dat u ge oefend heeft vooral tijdens het eten omdat het gezamenlijk eten een moment is dat u buikpijn krijgt. U hebt geprobeerd goed te luisteren naar wat uw kinderen u vertelden, daarop te reageren en u heeft ook geprobeerd dat te onthouden. Als de kinderen in bed lagen, vertelde u dat aan uw man, omdat hij vaak later thuis is en niet kan mee-eten. Naarmate u vaker oefende ging het ook daadwerkelijk beter. U zag ook dat uw kinderen meer vertelden naarmate u meer naar ze luisterde. Het werd ook gezelliger aan tafel. Het was niet zo dat uw buikpijn echt minder werd, maar de buikpijn nam een mindere centrale plaats in. Als u mij dit zo hoort vertellen, wat heb ik niet gezegd maar voor u wel belangrijk is.</i>	samenvatting en open vraag
<i>patiënt:</i> <i>Ik heb ook gezegd dat ik nu wil gaan oefenen als ik alleen ben.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Duidelijk, u merkt dat deze oefening effect heeft en u wilt meer oefenen. De volgende stap is oefenen als u alleen bent. Welke ideeën heeft u over hoe u alleen kunt oefenen?</i>	bevestiging, reflectie en open vraag


Informatie en advies

Volgens Thomas (1987) heeft positieve communicatie invloed op zowel de patiëntstatisfactie als op klachten. Patiënten waarmee in zijn optiek positief gecommuniceerd werd, zijn significant meer tevreden en ervaren een significant lager klachtniveau. Een vaardigheid die zorgt voor positieve communicatie is het geven van *informatie en advies*. De gegeven informatie moet plausibel en acceptabel zijn, voor zowel de behandelaars als voor de patiënt. De informatie moet ook niet beschuldigend zijn, aansluiten bij dat wat de patiënt al gezegd heeft en gericht zijn op het activeren van de patiënt. (Burton et al., 2015). De gebruikte strategie bij het geven van informatie is: ontlocken – aanbieden – ontlocken (zie paragraaf 14.5.1 voor een korte beschrijving van de strategie).

TABEL 14.5. INFORMATIE EN ADVIES

stap 1: ontlok kennis aan de patiënt over wat hij al weet over de klachten of stoornis en vraag toestemming om informatie over de klachten te geven

UITSPRAAK	GESPREKSVAARDIGHEID
<p><i>behandelaar:</i> U hebt al veel verteld over uw buikklasten en u hebt er al lang last van. Veel patiënten met dezelfde klachten als u gaan vaak actief op zoek naar mogelijke oorzaken. Waar hebt u al allemaal gezocht?</p>	samenvatting en open vraag
<p><i>patiënt:</i> Klopt, ik heb enorm gezocht op allerlei sites op internet.</p>	
<p><i>behandelaar:</i> Goed te horen, u bent echt op zoek naar een oorzaak. Wat weet u nu al over de mogelijke oorzaak van uw klachten?</p>	bevestigen en open vraag
<p><i>patiënt:</i> Ik heb inderdaad al veel op internet gezocht naar de oorzaak van mijn buikklasten, maar heel eerlijk gezegd heb ik niet iets kunnen vinden wat echt past op mijn klachten. Nergens vond ik informatie waarin ik mezelf echt herkende.</p>	
<p><i>behandelaar:</i> Duidelijk, heel hard gezocht maar niets kunnen vinden. Bezwaar als ik u uitleg hoe wij tegen uw klachten aankijken?</p>	reflectie en toestemming vragen
<p><i>patiënt:</i> Graag.</p>	
<p>Stap 2: Geef objectieve informatie en laat deze aansluiten bij wat de patiënt al weet</p>	
UITSPRAAK	GESPREKSVAARDIGHEID
<p><i>behandelaar:</i> U hebt al langer last van deze klachten en ik merk ook aan u dat u er echt last van heeft en er heel graag vanaf wilt. Wat we echter weten is dat het soms voor kan komen dat klachten niet een bepaalde oorzaak hebben of dat er geen medische oorzaak gevonden kan worden. Dit komt bij ongeveer 2,5% van patiënten voor, wel soms forse klachten die veel last veroorzaken, maar geen echte medische oorzaak. En het lijkt erop dat u en ik op dit moment ook geen oorzaak voor uw klachten kunnen vinden. Wat vindt u ervan dat we geen oorzaak van uw klachten kunnen vinden?</p>	informatie en open vraag
<p><i>patiënt:</i> Ik snap het niet, ik heb de klachten echt. Er moet toch een oorzaak zijn?</p>	

<p><i>behandelaar:</i> U denkt dat ik aan uw klachten twijfel.</p>	reflectie
<p><i>patiënt:</i> Als u dat zo zegt, ja.</p>	
<p><i>behandelaar:</i> U hebt de klachten ook echt, daar twijfel ik echt niet aan. Ik zie u worstelen. Mag ik nog wat vertellen over hoe wij aankijken tegen het belang van het vinden van mogelijke oorzaak?</p>	bevestigen, reflectie en toestemming vragen
<p><i>patiënt:</i> Dat is goed.</p>	
<p><i>behandelaar:</i> Voor patiënten lijkt het soms heel belangrijk om een oorzaak te hebben voor de klachten. Echter, het hebben van een oorzaak voor de klachten is minder belangrijk dan veel mensen denken om de klachten te veranderen, zeker als ze al langer bestaan. Het lijkt verstandiger om te bespreken wat de gevolgen zijn van uw klachten omdat mogelijk deze gevolgen de klachten in stand houden. Verandering van de gevolgen helpen mogelijk bij vermindering van de klachten. Ik wil dit met een persoonlijk voorbeeld verduidelijken. Mijn kinderen zitten op de lagere school. Kinderen nemen, soms helaas, veel van elkaar over. Hoofdluis bijvoorbeeld is één van die mindere zaken. Mijn oudste zoon zat op een gegeven moment onder, het lukte niet om hem in één keer luizenvrij te krijgen. Door het vele krabben raakte zijn hoofdhuid geïrriteerd, wat voor extra jeuk zorgde. Zelfs toen hij luizenvrij was bleef hij krabben. De oorzaak was weg, maar door de gevolgen van het krabben, een geïrriteerde hoofdhuid, bleef hij jeuk houden en dus ook krabben. En als ik over jeuk praat krijg ik zelf ook jeuk.</p>	informatie
<p>Stap 3: vraag de patiënt wat hij van de uitleg herkent of laat de patiënt nadenken of de gegeven informatie op hem van toepassing is </p>	
UITSpraak	GESPREKsvaardigheid
<p><i>behandelaar:</i> Wat herkent u, als ik vertel dat er mogelijk factoren in uw omgeving zijn of bij u zelf die uw buikpijn in stand houden?</p>	open vraag
<p><i>patiënt:</i> Nu u dat zo zegt, ik heb inderdaad een aantal zaken veranderd maar of deze veranderingen er ook voor zorgen dat mijn klachten niet veranderen, dat weet ik nog zo net niet.</p>	
<p><i>behandelaar:</i> Hoe lijkt het u om het er de komende 10 minuten eens over te hebben of deze veranderingen mogelijk uw klachten in stand houden?</p>	open vraag en toestemming vragen

<i>patiënt: Als u dat wilt prima, maar of het echt zo werkt bij mij betwijfel ik</i>	
<i>behandelaar: U twijfelt maar wil het wel een kans geven. Mooi.</i>	reflectie en bevestiging

Ontlokken verandertaal

Het ontlokken van verandertaal is niet gebonden aan een bepaald moment in de behandeling en kan in elke fase van de behandeling ontlokt worden. Ontlokken van verandertaal zorgt ervoor dat de patiënt zichzelf overtuigt dat verandering mogelijk is of dat er al iets veranderd is. De Franse filosoof Blaise Pascal (1623-1663) zei al: ‘Gewoonlijk worden wij eerder overtuigd door de redenen die wij zelf gevonden hebben dan door die, welke in de geest van een ander zijn opgekomen.’

TABEL 14.6. UITLOKKEN VERANDERTAAL	
Verbatim ontlokken verandertaal tijdens het afspreken van de doelen van de behandeling	
UITSPRAAK	GESPREKSVAARDIGHEID
<i>behandelaar: Wat wilt u graag bereiken met de behandeling?</i>	open vraag uitweiden
<i>patiënt: Dat weet ik niet zo goed, maar het zou al mooi zijn als ik minder last heb van mijn buikpijn.</i>	
<i>behandelaar: Minder last zou al een mooi resultaat zijn.</i>	reflectie
<i>patiënt Dat klopt, daar zou ik al tevreden mee zijn.</i>	
<i>behandelaar: Stel het lukt u om minder last te hebben van uw buikpijn, wat gaat u als eerste doen?</i>	open vraag vooruit kijken
<i>patiënt: Ik ga weer Aziatisch eten. Nu durf ik dat niet meer omdat er misschien iets in zit waar ik buikpijn van krijg.</i>	
<i>behandelaar: Minder last betekent dat u weer kunt eten wat u gewend was.</i>	reflectie
<i>patiënt: Nou, ik eet wel Aziatisch maar alleen thuis. Als het misgaat kan ik meteen naar het toilet.</i>	
<i>behandelaar: Wat leuk, niet meer thuis maar echt uit eten.</i>	bevestiging

<i>patiënt:</i> <i>Inderdaad, ik heb dat allang niet meer gedaan.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Met wie zou u dit heugelijke feit, dat u weer uit eten kunt, vieren?</i>	open vraag vooruitkijken
<i>patiënt:</i> <i>Met mijn man natuurlijk. Hij klaagt nu al dat we niets samen meer kunnen doen.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Jullie missen beiden die gezamenlijke momenten en uiteten zou een mooie gelegenheid zijn om weer iets samen te doen, zonder kinderen</i>	reflectie en bevestiging
<i>patiënt:</i> <i>Inderdaad.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Minder buikpijn zou misschien meer gezamenlijkheid opleveren. Wat zou het nog meer kunnen opleveren?</i>	reflectie en open vraag uitweiden
<i>patiënt:</i> <i>Weet ik niet zo goed. Misschien dat ik ook weer meer alleen met de kinderen kan doen. Nu moet mijn man mee, omdat ik mijn kinderen niet alleen wil laten als ik opeens naar de toilet moet.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>De kinderen hebben dan ook weer een moment met mama alleen.</i>	reflectie
<i>patiënt:</i> <i>Ze zeggen soms weleens: 'Mam, moet papa altijd mee?'.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Klinkt alsof ze die kleine momenten met mama missen. Wat zou nu het mooiste zijn wat ze tegen u kunnen zeggen, mocht het zover komen dat ze iets met u alleen kunnen doen?</i>	reflectie en open vraag en naar uitersten vragen
<i>patiënt:</i> <i>Misschien dat ze niets zeggen maar me met een glimlach aankijken.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Alsof ze denken 'lekker, weer eens alleen met mama weg'.</i>	reflectie
<i>patiënt:</i> <i>Zoiets heb ik wel in gedachten.</i>	
<i>behandelaar:</i> <i>Mooi onder woorden gebracht. Andere vraag: op een schaal van 0-10, hoeveel vertrouwen hebt u erin dat het u ook daadwerkelijk gaat lukken om minder last van uw klachten te hebben?</i>	open vraag en schaalvraag

<i>patiënt:</i> Een vier.	
<i>behandelaar:</i> U geeft uzelf een vier. Wat heeft ervoor gezorgd dat het al een vier is en geen een?	open vraag en schaalvraag
<i>patiënt:</i> Soms lukt het me al om ondanks mijn buikpijn toch zaken aan te pakken.	
<i>behandelaar:</i> U heeft er al ervaring mee.	reflectie
<i>patiënt:</i> Ik pak al zaken aan en de buikpijn is niet altijd zo erg dat ik niets kan.	
<i>behandelaar:</i> Hoe hebt u dat voor elkaar gekregen?	open vraag en terugkijken
<i>patiënt:</i> Ik kan me er soms overheen zetten, niet als de buikpijn heviger is maar bij een beetje buikpijn kan ik dat.	
<i>behandelaar:</i> Mooie eerste stap, goed om te horen. Stel u nu eens voor, het vertrouwen om te veranderen is niet meer een vier, maar een iets hoger getal. Hoe heeft u zelf voor deze verandering gezorgd?	bevestiging, open vraag en schaalvraag
<i>patiënt:</i> Als ik ook echt structureel verandering merk en niet af en toe, zoals de afgelopen tijd.	
<i>behandelaar:</i> Klinkt alsof u zorgvuldig wilt nagaan wat het effect is van de behandeling op uw klachten.	reflectie
<i>patiënt:</i> Ja, klopt.	
<i>behandelaar:</i> Misschien een aardig idee om nu eens heel zorgvuldig met elkaar af te spreken wat u graag bereikt wilt hebben op het moment dat we de behandeling afsluiten.	open vraag en uitweiden

14.6 WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

De effectiviteit van MGV is uitgebreid onderzocht met meer dan 200 gerandomiseerde klinische onderzoeken, over een lange reeks van problemen, beroepen, praktijken en landen, en er verschenen meer dan tien meta-analyses (Baron et al., 2015; Miller & Rollnick, 2014). MGV is met name effectief gebleken bij problematisch middelengebruik (Smedslund et al., 2011; Project Match Research Group, 1997) en ook bij verschillende andere probleem-

gebieden, zoals gezondheidsgedrag, bijvoorbeeld roken, meer bewegen en medicatietrouw (Miller & Rollnick, 2014; O'Halloran et al., 2014; Thompson et al., 2011; Heckman et al., 2010). Of onze aanname klopt dat MGV meerwaarde heeft in de behandeling van patiënten met SOLK moet uiteraard verder worden onderzocht, het liefst zowel bij patiënten die behandeld worden in de huisartsenpraktijk, alsmede in de B-GGZ en S-GGZ.

14.7 TEN SLOTTE

MGV is toepasbaar zowel in de geestelijke als de somatische gezondheidszorg. De behandeling van SOLK ligt nu juist op het snijvlak van deze twee vormen van gezondheidszorg waardoor wij denken dat MGV toegevoegde waarde heeft bij de behandeling van patiënten met SOLK. MGV combineert op charmante wijze een patiëntgerichte en gedragsgerichte behandeling die zowel bruikbaar is voorafgaand aan werkelijke verandering (pre-therapie) als tijdens de verandering (toegepast tijdens een CGT-behandeling (cognitieve gedragstherapie)) (Baron et al., 2015).

MGV lijkt ogenschijnlijk eenvoudig. Veel behandelaren zijn van mening dat de beschreven gespreksvaardigheden zoals open vragen, reflecteren, bevestigen en samenvatten al onderdeel zijn van hun standaard behandelroutines. Echter, veel behandelaren (zowel psychologen, huisartsen als verpleegkundigen) overschatten de mate van hun bekwaamheid in behandelvaardigheden (Brosan et al., 2008; Walfish et al., 2012). Voor de meeste behandelaren is training én supervisie nodig om MGV-vaardigheden te verwerven (Miller et al., 2004; Schwalbe et al., 2014). Het toepassen van MGV in de behandeling van patiënten met SOLK is in onze optiek ondanks dat wetenschappelijk onderzoek op dit gebied meer moet plaatsvinden nu al een prachtige oplossing voor de gesignaleerde knelpunten in de communicatie tussen behandelaren in de breedste zin van het woord en patiënten die lijden onder somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

14.8 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk werd betoogd dat een belangrijk knelpunt in de behandeling van somatisch onvoldoende lichamelijke klachten (SOLK) de communicatie is tussen behandelaren en patiënten. Een mogelijke oplossing van dit knelpunt is Motiverende Gespreksvoering. Deze gespreksmethodiek is effectief gebleken bij zowel stoornissen in de geestelijke gezondheidszorg als de somatische gezondheidszorg. De behandeling van SOLK ligt op het snijvlak van deze twee vormen van gezondheidszorg. Motiverende gespreks-

vaardigheden besteedt zowel aandacht aan ambivalentie over veranderen en biedt mogelijkheden om met behulp van gespreksvaardigheden de motivatie voor verandering te vergroten en kan ingezet worden als onderdeel van pre-therapie alsmede als onderdeel van een CGT-behandeling.