

Samenwerken aan een beter leven

Fredrike P. Bannink, *klinisch psycholoog en jurist*, Pieter J.H.A. Jansen, *huisarts*

Samenvatting

Het medische analytische model is vertrouwd. Bij monocausale, relatief stabiele en voorspelbare problemen geeft het goede resultaten. De werkelijkheid is echter vaak complex en snel veranderend. Een eenzijdige focus op het probleem of de klacht is dan niet voldoende. Bij de complementaire functionele oplossingsgerichte benadering worden patiënten gezien als experts van hun eigen leven. Zij worden uitgenodigd anders te denken, hun gewenste toekomst te beschrijven, positieve verschillen op te merken en vooruitgang te boeken. Hun mogelijkheden, competenties en context worden optimaal ingezet. Het gaat om de vraag *hoe* iets bereikt kan worden wat er eerder nog niet was. Dat is de mens centraal stellen en niet de ziekte.

‘Het leven kan alleen achterwaarts begrepen worden, maar het moet voorwaarts worden geleefd’

Søren Kierkegaard, Deens filosoof

Inleiding

Honderd jaar geleden was de dokter de enige expert in de spreekkamer. Aan het eind van de vorige eeuw ontstond evidence-based medicine. Dit werd de nieuwe autoriteit. Nu is het tijd voor het toevoegen van de unieke kenmerken, competenties en context van de patiënt.

Er is behoefte aan vernieuwing in de gezondheidszorg. Waarin de mens centraal staat, niet de ziekte. Dat blijkt uit alle aandacht voor Positieve Gezondheid en persoonsgerichte zorg. Dit themanummer is er een voorbeeld van. Het concept Positieve Gezondheid beschrijft gezondheid als een vermogen, een kracht om te kunnen functioneren en een betekenisvol leven te leiden. Maar hoe groot of behoud je dit vermogen? Is het voldoende om de mens centraal te stellen en te werken in (alleen) de biomedische traditie?

Het goede nieuws is: naast het spinnenwebmodel van Huber en collega's bestaat er al langer een andere werkvorm die de gewenste uitkomst centraal stelt en niet het probleem of de klacht; de oplossingsgerichte aanpak. Deze benadering bestaat al bijna 40 jaar en heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een complete

en volwassen werkvorm. Het kent toepassingen in de (geestelijke) gezondheidszorg, onderwijs, conflictmanagement, leidinggeven en sport. We willen u laten zien dat het niet slechts een sympathieke werkvorm is, maar een fundamenteel andere benadering die goed gecombineerd kan worden met en een goede aanvulling kan zijn op het reguliere medische model.

Het medische model is niet voldoende

Onze gezondheidszorg staat op een zeer hoog niveau en (medisch-)wetenschappelijk onderzoek heeft daaraan veel bijgedragen. De belangrijkste successen lijken echter vooral te vinden bij monocausale, relatief stabiele en voorspelbare onderwerpen waar oorzaak en gevolg onderzocht kunnen worden. Wanneer de verwekker van een infectie bijvoorbeeld gevonden kan worden, dan biedt dat mogelijkheden voor behandeling. Wanneer een ijzer- of schildklierhormoontekort de oorzaak van ziekte is, dan kan dit gecorrigeerd worden. Een kapotte hartklep kan vervangen worden en een verstopt bloedvat kan opengemaakt of omgeleid worden. Tegelijkertijd zien we veel minder vooruitgang bij psychische klachten (depressie, burn-out), chronische ziekten (denk aan de toename van diabetes), SOLK en leefstijl-gerelateerde aandoeningen (overgewicht). Hierbij is vaak niet één oorzaak aan te wijzen en is het verloop minder voorspelbaar en minder maakbaar.

In onze moderne technologische samenleving heerst de (onuitgesproken) opvatting dat wanneer je maar lang genoeg onderzoek doet met steeds sterkere microscopen en krachtigere computers, de onzekerheid zal afnemen en dat uiteindelijk elk onderwerp te begrijpen is. Sapolsky onderzocht de juistheid hiervan.¹ Hij zocht een onderwerp waarover veel studies gepubliceerd zijn op verschillende niveaus van schaalgrootte. De keuze viel op testosterononderzoeken. Hij verdeelde deze in: (1) studies die zich bezighielden met het geheel, (2) zich concentreerden op deelelementen en (3) zich concentreerden op onderdelen van deelelementen, et cetera. Vervolgens keek hij naar de resultaten met de vraag of de mate van onzekerheid afnam bij toenemend inzoomen. De conclusie was ontvondend: dat bleek niet het geval. Meer kennis geeft niet meer zekerheid of voorspelbaarheid. Dit wordt wel de *kennisparadox* genoemd.

Een ander signaal dat er behoefte is aan aanvullende werkwijzen is verwoord in het rapport *Zonder context geen bewijs*² dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in 2017 publiceerde. Het rapport stelt de dominante positie van evidence-based practice (EBP) ter discussie. ‘Hoewel formeel EBP een integratie is van externe kennis, klinische expertise en voorkeuren van de patiënt, heeft de EBP-beweging onvoldoende aandacht besteed aan hoe dit moet’. Er is behoefte aan werkvormen om kennis uit onderzoek naar de context van de patiënt te vertalen.

Een nieuwe werkvorm: de oplossingsgerichte benadering

Je stapt in een taxi en de taxichauffeur vraagt: “Waar wilt u naartoe?” en niet: “Waar wilt u vanaf?” of “Waar komt u vandaan?” Dit is de kern van de oplossingsgerichte aanpak.³

In de jaren 80 was een groep psychotherapeuten in de VS ontevreden over de resultaten van hun aanpak. Zij ontdekten dat het praten over problemen de focus op problemen versterkte. Hiermee raakte de patiënt steeds verder verwijderd van de oplossing. Zij kozen voor een radicaal andere aanpak. Zij namen de gewenste uitkomst als vertrekpunt en legden daarmee de basis voor *Solution-Focused Brief Therapy* (SFBT). Dit is een wezenlijk andere benadering dan het medische model, waarbij behandelaars eerst het probleem onderzoeken, een diagnose stellen en daarmee de behandeling bepalen. Bij oplossingsgericht werken zijn onderzoek en diagnose vaak niet nodig. Het gaat niet om de vraag *waarom*, maar om *hoe*; het is een functionele benadering.

Cliënten, men spreekt liever van cliënten dan van patiënten, zijn co-experts op het gebied van hun eigen leven. Zij worden uitgenodigd anders te denken, hun gewenste toekomst te beschrijven, positieve verschillen op te merken en vooruitgang te boeken. Hun mogelijkheden, competenties en context worden optimaal ingezet. Onderzoek wijst uit dat oplossingsgericht werken minder tijd kost dan probleemgericht werken⁴ en daarmee meer kosteneffectief is, dat de autonomie van patiënten goed is gewaarborgd, en dat er minder burn-out voorkomt bij behandelaars.⁵

Casus

Een man vertelt de huisarts over zijn sombere stemming, lusteloosheid en slapeloosheid. De NHG-Standaard Depressie adviseert een 'brede klacht-exploratie'. De huisarts kiest er echter voor om geen onderzoek te doen. Dat kan zo nodig later; zij volgt een stepped diagnosis benadering.⁶ De arts geeft erkenning voor de lijdensdruk van de man en informeert wat de man voor de klachten in de plaats wil. Zij nodigt hem uit een gedetailleerde beschrijving te geven van zijn gewenste toekomst. Dit is het begin van (samen-)werken aan een beter leven van de man.

De orthopeed vraagt niet naar de klacht of het probleem. "Wat is het doel van uw komst?", is zijn openingsvraag. "Ik heb een rotte knie, maar ik wil nog graag een paar jaar kunnen tennissen met mijn vrienden." "Dat is duidelijk. We gaan zien hoever we komen."

Oplossingstaal

Oplossingstaal heeft een focus op de gewenste toekomst en is een actietaal die de cliënt uitnodigt om de leiding te nemen over het te volgen traject en over het tempo. Het heeft een positieve toon, is eenvoudig en ter zake. De taal sluit zo veel mogelijk aan bij de taal van de patiënt/cliënt.

Casus

Huisarts: “U wilt uw kalmeringstabletten afbouwen en stoppen zodat u weer kunt autorijden en uw werk weer kunt oppakken. Hoe zal uw aanpak daarvoor zijn?”

Patiënt: “Ik ga een schema maken.”

Huisarts: “Wat een goed idee. En hoe ziet dat schema eruit?”

Patiënt: “Per week een halve tablet minder. En als eerste in de ochtend.”

Huisarts: “Ik begrijp het. En wanneer komt u mij vertellen dat het gelukt is?”

Patiënt: “Ik weet het niet”, zei ze, nadat ze uitgebreid met haar oncoloog had gesproken over de verschillende aspecten van de chemotherapie. “Wat zou u doen?”

Oncoloog: “Ik kan niet voor u kiezen. Maar laat me het anders formuleren. Stel uw beste vriendin zit in dezelfde situatie waarin u nu bent. Wat zou u haar adviseren?”

Lichtere gesprekken

Het is altijd mogelijk om over de gewenste toekomst te praten. Het kan bij mensen met blijvende beperkingen en zelfs bij mensen in hun laatste levensfase.

Casus

Een huisarts bezocht haar patiënt die van de specialist te horen had gekregen dat er geen mogelijkheden meer waren voor genezing, en zelfs niet voor verlenging van het leven. Ze vroeg aan de man hoe hij zijn laatste fase zag. De man zei: “Ik wil geen pijn. Ik wil niet stikken. En ik wil ook geen ontluistering.” Hierop antwoordde de arts: “We zullen alles in het werk stellen om dit zo goed mogelijk te doen. En daarnaast waar hoopt u op?” Toen bespraken ze welke mooie dingen de man nog wilde doen met zijn, en voor zijn, geliefden.

Ze bedankt haar praktijkondersteuner. “Ik denk dat ik nu wel weet hoe ik verder kan.” Na jaren van onderzoeken bij specialisten om de oorzaak van haar onbegrepen pijn te vinden was ze bij de POH-ggz gekomen voor oplossingsgerichte gesprekken. Daar leerde ze wat ze nog wél kon. De pijn is niet weg, maar heeft een andere betekenis gekregen. Nu heeft ze weer een vol leven.

Patiënt: “Na jaren met pillen en gesprekken die niet hielpen tegen mijn depressie wilden ze mij behandelen voor een persoonlijkheidsstoornis: er was dus blijkbaar nog meer mis met mij. Ik voelde me zo’n loser. Toen stelde mijn huisarts voor het anders aan te pakken. Hij verwees me naar een psycholoog die niet vroeg naar wat er allemaal verkeerd was. Bij haar leerde ik kijken naar wat er wel goed was en ontdekte ik mijn sterke kanten.”

Feedback vragen

Bij een oplossingsgerichte aanpak hoort een voortdurende monitoring met feedbackvragen aan de patiënt. En dan bedoelen we niet de *routine outcome monitoring* (ROM) voor het maken van gemiddelden ten behoeve van benchmark of best practice, maar feedback voor het volgen van de lopende behandeling. Daarbij worden schaalvragen ingezet die complexe zaken eenvoudig maken. De feedbackvragen hebben betrekking op de inhoud en op het proces. De oplossingsgerichte behandelaar vraagt: “Wat vindt u van de samenwerkingsrelatie?”, “Hebben we het gehad over waarover u het wilde hebben? en “Wat vindt u van mijn aanpak?” Daarna stelt de behandelaar de vraag: “Wat kan ik (als behandelaar) de volgende keer beter of anders doen?”

Twee paradigma's

Het fundamentele verschil tussen het medische model en de oplossingsgerichte benadering lichten we toe met behulp van opvattingen uit de wetenschapsfilosofie. Deze kent een indeling in twee paradigma's, twee wegen om de wereld en het leven begrijpelijk te maken: het paradigma van de analyse en het paradigma van de synthese. Onder het paradigma van de analyse verstaan we de werkwijze waarbij we een onderwerp opdelen in elementen, om die delen in isolatie te onderzoeken in de veronderstelling dat het ons iets leert over het geheel. Analyse is het terugkijken in de tijd in de veronderstelling dat het ons iets leert over de toekomst. Het gaat om de vraag *waarom* iets is zoals het is. Er wordt onderzoek gedaan naar de fundamentele bouwstenen en de basale wetmatigheden om zo een beeld van de wereld op te bouwen. Het gaat uit van maakbaarheid. De manier van denken is: ik wil weten hoe het in elkaar zit, zodat ik het (nog eens) kan toepassen. Het medische model is een voorbeeld van dit oorzaak-gevolgmodel.

Bij het paradigma van de synthese gaan we ervan uit dat de wereld onregelmatig is en dat alles voortdurend verandert. Onderzoek van onderdelen, of leren uit het verleden, is niet bruikbaar. Bij synthese maken we gebruik van de effecten van onderlinge samenhang en dynamiek. Het gaat om de vraag *hoe* iets bereikt kan worden wat er eerder nog niet was, met gebruik van de context. Hier is de manier van denken: Er zal een goede reden zijn waarom het is zoals het is, maar die reden ken ik niet. Dat accepteer ik. Hoe kan ik nieuwe mogelijkheden vinden die passen bij veranderende omstandigheden? Oplossingsgericht werken is een voorbeeld van deze functionele aanpak.

Beide benaderingen vullen elkaar aan en zijn afhankelijk van elkaar. Analyse zonder synthese heeft geen betekenis, en omgekeerd ook niet. Er moet aandacht zijn voor de combinatie. In de medische praktijk gaat bijna alle aandacht nog naar de analyse, alsof de vertaling van externe kennis naar de context van de patiënt vanzelf zal gaan. Dat kan beter met de inbreng van de kennis van de patiënt over zijn eigen leven.

Analyse	Synthese
Oorzaak-gevolg	Onvoorspelbaarheid; groei
Medisch model	Oplossingsgerichte benadering
Reductionistisch Convergent denken	Functioneel Divergent denken Creativiteit, design
Focus op het verleden (onderzoek naar hoe het kwam) Statisch	Focus op de toekomst (hoe het moet worden) Dynamisch
Biomedisch onderzoek: RCT's	Informatietheorie (onderzoek naar) feedbacksystemen
Standaarden, richtlijnen, protocollen (ligt vast)	Wat werkt bij deze persoon, op dit moment, in deze context (flexibel)

Een gecombineerde aanpak

Vragen over oplossingsgericht werken zijn: wat als de patiënt geen doel kan formuleren, wat als hij niet kan of wil veranderen? Het antwoord op deze vragen is dat dit nu juist de kracht is van de oplossingsgerichte aanpak. De oplossingsgerichte vragen en interventies nodigen uit om anders te denken. Behandelaar en patiënt/cliënt werken samen als co-experts. De behandelaar is expert in ziektebeelden, behandelopties en het stellen van oplossingsgerichte vragen. De cliënt is expert van zijn context, zijn eigen leven. Anders dan bij het medische model kent de oplossingsgerichte aanpak het begrip weerstand niet en gaat er vanuit dat er altijd samenwerking is (ook als de patiënt bijvoorbeeld het advies van de behandelaar afwijst, omdat hij daarmee laat zien dat dit advies niet past). Als behandelaars weerstand zien, kunnen ze geen samenwerking zien; als behandelaars samenwerking zien, kunnen ze geen weerstand zien.

Casus

Een man met diabetes is door de praktijkondersteuner verwezen naar het spreekuur van de huisarts, omdat met maximale inzet van tabletten de streefwaarden niet worden gehaald. De volgende stap in het protocol is starten met insuline.

De oplossingsgericht werkende huisarts vraagt: "Wat is het doel van uw komst?"

De man: "Ik moet starten met insuline."

"Dat kan", zegt de huisarts.

De man: "Maar ik wil geen insuline."

"Wat wilt u wel?", vraagt de arts.

De man: "Ik wil minder medicijnen."

"Hoe wilt u dat doen?", informeert de huisarts.

"Dan moet ik zeker afvallen", zegt de man.

"Dat zal zeker helpen", antwoordt zijn arts.

"Ze zeggen dat ik sla moet eten. Maar dat kan ik niet."

"Wat kunt u wel?"

"Helpt het als ik ga stoppen met bierdrinken?"

U raadt het antwoord al. En hij heeft het inderdaad gedaan.

Medische behandelingen worden zo veel mogelijk wetenschappelijk onderzocht. Het protocol dat gemiddeld of bij de meeste patiënten de beste resultaten laat zien, wordt de standaard. Maar binnen elke behandelgroep zijn er patiënten die meer of minder profiteren van de protocollaire behandeling. Mensen zijn echter heel goed in staat om aan te geven wat hun behoeften zijn en welke competenties en hulpbronnen zij kunnen inzetten, wanneer ze de juiste vragen krijgen. Soms zijn protocollen dan niet nodig. In andere gevallen kunnen protocollaire behandelingen effectiever worden door patiënten erbij te betrekken en door te vragen hoe ze zelf kunnen bijdragen om hun behandeling tot een succes te maken. Behandelaars en patiënten werken samen in het ontwerpen en uitvoeren van een effectieve aanpak: wat werkt voor deze patiënt, op dit moment en in deze context.

Casus

De huisarts complimenteert zijn patiënt op het diabetessprekkuur over haar gewichtsverlies. Daarop vertelt zij dat zij een paleodiet volgt en vraagt wat hij daarvan vindt. De arts informeert nieuwsgierig naar wat het inhoudt en hoort dat het gaat om een dieet uit de oertijd met vlees, vis, groente, fruit en noten, maar zonder suiker, melk, granen en aardappelen. Het is nogal bewerkelijk en lastig om goed vol houden. De arts spreekt zijn respect uit voor zoveel doorzettingsvermogen en vraagt of hij een suggestie mag geven: zij zou een diëtist kunnen vragen of ze met haar dieet een volwaardige voeding krijgt. Later bleek dat de diëtist berekend had dat ze goede keuzes maakte. En de vrouw bereikte er een spectaculaire gezondheidswinst mee. Het is niet bepaald een aanpak voor iedereen, maar voor haar werkte het.

Patiënt vertelt trots dat zijn nuchtere glucose weer helemaal normaal is. Bij de vorige afspraak was hij nogal geschrokken toen hij hoorde dat deze te hoog was. Het was beslist niet de bedoeling dat hij diabetes zou krijgen. Nu vertelt hij dat hij een glucosemeter heeft gekocht. Hij heeft daarmee 'experimenten' bij zichzelf gedaan. Hij nam bijvoorbeeld drie koekjes en ging dan zijn glucosewaarde meten. Zijn huisarts vond het interessant. Na veel van zulke testjes kreeg A een goed inzicht in wat voeding en beweging voor hem doen. Je verzint het niet. Maar voor deze man werkte het.

Conclusie

Het medische model is bekend en vertrouwd. In een stabiele omgeving geeft het goede resultaten. De werkelijkheid is echter lang niet altijd voorspelbaar, maar vaak complex en snel veranderend. Een eenzijdige focus op het probleem of de klacht is dan niet voldoende. Vanuit onze ervaring met de oplossingsgerichte

aanpak hebben we gezocht naar mogelijkheden om deze benadering naast het reguliere medische model in te zetten in de medische praktijk. Een uitgebreide beschrijving vindt u in *Positieve gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*⁷ en www.positievegezondheidszorg.nl en in het boek *Positieve psychiatrie*.⁸

Er zal onderzoek gedaan moeten worden naar de toepassing van de combinatie van het medische model met de oplossingsgerichte benadering. Wat ons betreft is dat niet alleen onderzoek op reductionistische indicatoren; de analytische aanpak. Het gaat eveneens over de toename van welbevinden. Tevens zullen we moeten onderzoeken wat de ervaringen van patiënten zijn over beide werkvormen of een combinatie ervan. Dat is de mens centraal stellen en niet de ziekte.

Huisarts: “Het consult is veel lichter en leuker, het is minder zwaar. En daar kan je heel vrolijk van worden. Patiënten komen vaak ook verder. Het is dikwijls effectief”

Literatuur

1. Sapolsky R. (2010). Chaos and Reductionism. Lecture Stanford University.
Via: https://www.youtube.com/watch?v=_njf8jwEGRo.
2. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2017). Zonder context geen bewijs – de illusie van evidence-based practice in de zorg.
Via <https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/zonder-context-geen-bewijs>.
3. Bannink FP. (2019). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson, 4^e geheel herziene druk.
4. Franklin C., Trepper TS, Gingerich WJ, McCollum EE. (2012). *Solution-focused brief therapy. A handbook of evidence based practice*. New York: Oxford University Press.
5. Medina A, Beyebach M. (2014) The impact of solution-focused training on professionals' beliefs, practices and burn-out of child protection workers on Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20:1:7-36.
6. Bakker JM, Bannink FP. (2008) Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50:1:55-59.
7. Bannink FP, Jansen P. (2017) *Positieve gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Pearson.
8. Bannink FP, Peeters F. (2018). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom.