

FREDRIKE BANNINK

Duurzame
gedrags
verander
ing

in de huisartsen
praktijk



Boom

**DUURZAME GEDRAGSVERANDERING
IN DE HUISARTSENPRAKTIJK**

*Over twintig jaar zul je meer spijt hebben van de dingen
die je niet deed dan van wat je wel gedaan hebt.
Dus gooi de trossen los. Zeil de veilige haven uit. Vang de
passaatwind in je zeilen. Onderzoek. Droom. Ontdek.*

– MARK TWAIN, Amerikaans auteur (1835-1910)

**DUURZAME
GEDRAGSVERANDERING
IN DE HUISARTSENPRAKTIJK**

Fredrike Bannink

Boom

© F.P. Bannink p/a Boom, 2024

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of

een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag en binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 2446 440 1
NUR 870, 770

www.boom.nl
www.boompsychologie.nl

INHOUD

| | |
|-----------|---|
| Voorwoord | 9 |
|-----------|---|

INLEIDING

| | |
|--|----|
| <i>Leefstijlgeneeskunde</i> | 14 |
| <i>Een pessimistische visie op duurzame gedragsverandering</i> | 16 |
| <i>Cognitief gemak</i> | 17 |
| <i>Een hoopvolle visie op duurzame gedragsverandering</i> | 18 |
| <i>Oplossingsgericht werken</i> | 19 |
| <i>Voor wie is dit boek?</i> | 21 |

1. THEORETISCHE VERKLARINGEN

| | |
|--------------------------------------|----|
| <i>Inleiding</i> | 23 |
| <i>Vijf thema's</i> | 25 |
| <i>Stadia van gedragsverandering</i> | 27 |
| <i>Hoofdstuk 1 in het kort</i> | 30 |

2. MOTIVATIE

| | |
|---|----|
| <i>Inleiding</i> | 31 |
| <i>Het creëren van een context voor verandering</i> | 32 |
| <i>Motivatie</i> | 32 |
| <i>Twee wegen naar duurzaam gedrag</i> | 34 |

| | |
|---|----|
| <i>De cirkel van valse hoop</i> | 41 |
| <i>Extrinsieke en intrinsieke motivatie</i> | 42 |
| <i>Lage en hoge kwaliteit van motivatie</i> | 43 |
| <i>Motiverende gespreksvoering</i> | 45 |
| <i>Vermijdings- en toenaderingsmotivatie</i> | 48 |
| <i>Het belang van positieve emoties</i> | 49 |
| <i>Het bieden van hoop</i> | 54 |
| <i>De cirkel van echte hoop</i> | 57 |
| <i>Doel als reis of bestemming</i> | 64 |
| <i>Schaalvragen naar motivatie en/of hoop</i> | 67 |
| <i>Hoofdstuk 2 in het kort</i> | 69 |

3. ZELFREGULATIE

| | |
|--|----|
| <i>Inleiding</i> | 71 |
| <i>Zelfregulatie</i> | 73 |
| <i>Belonen en straffen</i> | 73 |
| <i>Zelfregulatie volgens de groei mindset</i> | 74 |
| <i>De mythe van wilskracht</i> | 76 |
| <i>Wilskracht versus vrijwillige strategische zelfbeheersing</i> | 78 |
| <i>De mythe van doorzettingsvermogen</i> | 85 |
| <i>De berijder en de olifant</i> | 86 |
| <i>Als-dan-voornemens</i> | 88 |
| <i>Monitoring van gewenst gedrag</i> | 91 |
| <i>Positief signaleringsplan</i> | 94 |
| <i>Schaalvragen naar vertrouwen</i> | 95 |
| <i>Hoofdstuk 3 in het kort</i> | 97 |

4. EIGEN BRONNEN BENUTTEN

| | |
|-------------------------------|-----|
| <i>Inleiding</i> | 99 |
| <i>Eigen bronnen benutten</i> | 100 |
| <i>Gedrag en identiteit</i> | 102 |

| | |
|---|-----|
| <i>Het derdepersoonsperspectief</i> | 105 |
| <i>Sterkekantenbenadering</i> | 107 |
| <i>Oplossingsgericht werken</i> | 112 |
| <i>Vinden van uitzonderingen</i> | 119 |
| <i>Vervolggesprekken</i> | 127 |
| <i>Het principe van de kleine stap</i> | 128 |
| <i>Positieve imaginatie</i> | 132 |
| <i>Zelfcompassie</i> | 137 |
| <i>Farmacologische behandelingen</i> | 140 |
| <i>Positieve supervisie en intervisie</i> | 142 |
| <i>Hoofdstuk 4 in het kort</i> | 144 |

5. GEWENSTE GEWOONTEN ONTWIKKELEN

| | |
|---|-----|
| <i>Inleiding</i> | 147 |
| <i>Gewenste gewoonten ontwikkelen</i> | 148 |
| <i>Automatismen</i> | 149 |
| <i>Uit de grip van gewoonten</i> | 155 |
| <i>66 dagen</i> | 157 |
| <i>De vier wetten van duurzame gedragsverandering</i> | 158 |
| <i>Happy habits</i> | 160 |
| <i>Hoofdstuk 5 in het kort</i> | 161 |

6. OMGEVINGSFACTOREN

| | |
|-----------------------------------|-----|
| <i>Inleiding</i> | 163 |
| <i>Omgevingsfactoren</i> | 165 |
| <i>Priming en nudging</i> | 166 |
| <i>Contextgerichte benadering</i> | 167 |
| <i>Contextuele disrupties</i> | 170 |
| <i>Sociale bekrachtiging</i> | 172 |
| <i>Positieve bekrachtiging</i> | 173 |
| <i>Sociale steun</i> | 175 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| <i>Vinden van supporters</i> | 179 |
| <i>Sociale druk</i> | 180 |
| <i>Hoofdstuk 6 in het kort</i> | 181 |

7. NAWOORD 183

8. VEELGESTELDE VRAGEN

| | |
|--|-----|
| <i>Inleiding</i> | 187 |
| <i>Vragen</i> | 187 |
| Literatuur | 201 |
| Websites, video's en podcasts | 207 |
| Bijlagen | |
| 1 Eigen onderzoek | 212 |
| 2 Overzicht toepassingen, casus, verhalen en figuren | 218 |
| Register | 222 |
| Dankwoord | 227 |

VOORWOORD

Zeer onder de indruk ben ik van sommige medemensen, die ik de afgelopen dertig jaar als huisarts heb ontmoet in mijn spreekkamer, die hebben laten zien dat duurzame gedragsverandering mogelijk is. Vol compassie en begrip kan ik daarnaast gelukkig nog steeds zijn voor al die medemensen die (vooral nog) strandden in hun pogingen. Wat zijn mensen toch boeiend en interessant en wat bijzonder dat ik soms een stukje mee op mag lopen met hun dromen, wensen, verdriet, (onbeholpen) mislukkingen, dankbaarheid en naar hun verhalen mag luisteren. Het meebewegen met hen op een manier die bij me past, mij meer energie oplevert dan me kost en waarin ik soms, heel soms, (en dat kan in heel kleine dingen zitten) ook een bijdrage kan leveren aan het maken van verschil voor de persoon die voor me zit vervult me met dankbaarheid en maakt dat ik met plezier mijn werk als huisarts doe.

Een van de meest extreme voorbeelden van een duurzame gedragsverandering die ik in mijn praktijk tegenkwam, was die van een trotse en fiere vrouw die op jonge leeftijd (onder dwang) in de straatprostitutie belandde en later ook verslaafd raakte aan de heroïne. Werkelijk tientallen pogingen waagde ze om uit deze doodlopende weg te komen. Opstaan en weer terugvallen naar die letterlijke en figuurlijke goot waar ze dan weer in terecht kwam. Ondertussen zag ze om haar heen de mensen om wie ze gaf een voor een ten onder gaan aan overdoses of andere ellende en ervaarde ze ook hoe haar eigen lichaam langzaam gesloopt werd (bij-

zonder moment in de spreekkamer toen ze me een keer liet voelen hoe beschadigd, getromboseerd en geoblitereerd de aders van haar onderarmen waren). Toen ze psychotisch werd, werd ze onder dwang opgenomen en kickte af, zoals al zo vaak door haar was gedaan. Afkicken vond ze nooit zo moeilijk, alleen was afkicken voor haar het weghalen van alle onkruid uit een verwaarloosde tuin, waarna een troosteloze lege tuin overbleef, waar niets (moois) voor in de plaats kwam. Die troosteloosheid van die leegheid leidde dan weer tot het verlangen naar die kick en de onvermijdelijke terugval.

Tot die laatste keer. Na die gedwongen opname. Het onkruid was weer eens verwijderd en ze liep met haar ziel onder de arm in de stad waar ze een zolderkamer huurde toen er een hond op haar af kwam rennen. Ze maakten contact, maar waar was het baasje van die hond? Ze liep enkele uren met de hond rond en wist warrampel de eigenaar te vinden. Die vertelde dat hij deze hond niet aankon en dat hij er voortdurend vandoor ging, 'Als je wil mag je de hond hebben'. Ik mag geen hond in mijn zolderkamer, gaf ze als antwoord, maar daar kon ze niet van slapen die nacht. De volgende dag ging ze terug naar de man en nam de hond mee, zegde haar zolderkamer op en trok weg van de grote stad naar een camping op het platteland. Die hond werd haar maatje en maakte het verschil. Ze moest en wilde voor hem zorgen en stopte met gebruiken, nu meer dan 25 jaar geleden. Ze blijft er altijd redelijk nuchter onder als ik haar vertel hoe knap ik het vind dat ze dit voor elkaar heeft gekregen. 'Ik werd op dat moment gedragen', antwoordt ze dan, 'je moet gewoon geluk hebben'.

Het boek dat je nu in handen hebt gaat over duurzame gedragsverandering. Het is niet alléén 'gewoon' geluk hebben om dat voor elkaar te krijgen. Wat werkt wel en wat werkt niet? Daar gaat dit boek over. Het is erg fijn dat dit boek er is. Het geeft een kader om te kunnen snappen hoe de vrouw van het voorbeeld van gedragsverandering van hierboven het duurzaam voor elkaar heeft gekregen. Het gaat over de rol van motivatie, zelfregulatie, het benut-

ten van eigen bronnen, het ontwikkelen van gewenste gewoonten en de rol van omgevingsfactoren, waarbij de laatste misschien wel doorslaggevend is.

De rol van de huisarts is hierbij mogelijk maar heel bescheiden, maar zeker niet nul. In Nederland geniet de huisarts het meeste publieke vertrouwen van alle (zorg)professionals en kan (daardoor) een omgevingsfactor zijn die het verschil kan maken. De oplossingsgerichte methode die in dit boek aangereikt wordt, is erg verrijkend voor ons werk(plezier) en ik kan van harte aanraden om daarmee aan de slag te gaan. Ik ben ervan overtuigd dat het eraan kan bijdragen dat de huisartsenpraktijk nog beter in staat is bij te dragen aan duurzame gedragsverandering van bij haar ingeschreven patiënten. Veel leesplezier!

Hans Peter Jung, huisarts te Afferden (Lb)

INLEIDING

Most people see what is, and never see what can be.

– ALBERT EINSTEIN, theoretisch natuurkundige

Dit boek gaat over duurzame, blijvende, gedragsverandering. Over het stoppen met ongewenste en het starten én volhouden van gewenste gewoonten. Het gaat niet alleen over het ‘wat’ van duurzame gedragsverandering, maar vooral over het ‘hoe’.

Het gaat over een andere, positievere, kijk op gezondheidszorg, waarbij ziektezorg voor patiënten verandert in gezondheidszorg voor mensen.

Een doel van behandeling in de huisartsenpraktijk kan zijn patiënten te helpen nieuw gewenst gedrag te ontwikkelen of aansluiting te zoeken bij vroegere gewoonten die bevredigender waren en meer in overeenstemming met de keuzes en identiteit van de patiënt. En/of om te helpen ongewenste gewoonten te stoppen.

De leefstijlgeneeskunde is hiervoor zeer geschikt. Het belang van leefstijl in de reguliere zorg wordt onderstreept in het Integraal Zorg Akkoord (IZA).

Dit boek richt zich op duurzame gedragsverandering van leefstijl en van andere gebieden, zoals gedrag bij psychische en somatische problemen en klachten, die in de huisartsenpraktijk gezien worden.

LEEFSTIJLGENEESKUNDE

Leefstijlgeneeskunde gaat over het begeleiden van patiënten naar een gezonde(re) leefstijl. Het gaat over kennis van de verschillende leefstijlfactoren. Wat is gezonde voeding? Wat is voldoende beweging, hoe zit het met slaap en hoe past zingeving in het verhaal? En het gaat over het wat en het hoe van gedragsverandering. Want om patiënten uit te nodigen hun gedrag (duurzaam) te veranderen, is er meer nodig dan kennis alleen.

Leefstijladviezen worden steeds belangrijker in de begeleiding van patiënten. Het kan plaatsvinden in de vorm van een persoonlijk consult of via e-health. Leefstijladvisering kan nuttig zijn bij:

- patiënten die zelf vragen over hun leefstijl hebben;
- patiënten met klachten en aandoeningen die op een ongezonde leefstijl wijzen;
- patiënten met chronische aandoeningen en risicofactoren bij wie een gezonde leefstijl (verdere) gezondheidsschade kan voorkomen.

Helaas laat onderzoek zien dat slechts een klein percentage van de mensen die aan gedragsverandering begint het langdurig volhoudt. We zien cijfers als 1 op de 9 personen die hun gedrag duurzaam weten te veranderen, maar goed onderzoek is schaars. Een voorbeeld. Fjeldsoe en collega's (2011) vonden dat slechts 13% van de onderzoeken naar bewegen en diëten een succesje op langere termijn liet zien. Twee derde van de onderzoeken deed niet eens een follow-upmeting en er werd alleen succes gevonden bij intensieve een-op-een- én langdurige (> 6 maanden) begeleiding. Veel onderzoek wordt niet volgens wetenschappelijke standaarden uitgevoerd, waardoor de resultaten weinig tot niet betrouwbaar zijn.

Wiseman (2015) vond dat 88% van alle goede voornemens mislukt. Hij baseerde dit op een onderzoek uit 2007 bij meer dan 3000 personen. Het ging over voornemens over afvallen, naar de sport-

school gaan, stoppen met roken en minder alcohol drinken. Aan het begin van zijn onderzoek had 52% van de deelnemers er vertrouwen in dat ze het zouden volhouden. Een jaar later had slechts 12% hun doel bereikt.

Bij de meeste leefstijladviezen ligt de focus op het begin van gedragsverandering en is er (nog) weinig aandacht voor ‘veranderd blijven’. En de adviezen die er zijn gaan voornamelijk over *terugvalpreventie*. Ze zijn probleemgericht en werken vanuit een vermijdingsdoel: hoe voorkom of repareer je terugval? De aandacht is gericht op het probleem/de ongewenste situatie en hoe die te voorkomen of te reduceren is. Denk aan het maken van een *signaleringsplan*: hoe detecteer je terugval en wat moet je dan doen?

In Hoofdstuk 2 zullen we zien dat werken met een toenaderingsdoel en toenaderingsmotivatie betere resultaten geeft dan werken met een vermijdingsdoel en vermijdingsmotivatie.

Verder betekent het geven van adviezen aan de patiënt dat de behandelaar de enige expert in de kamer is en de patiënt niet ziet als expert op het gebied van zijn eigen leven. De Zwitserse arts en filosoof Albert Schweitzer, bekend geworden door zijn werk in Afrika, stelde al dat iedere patiënt zijn eigen innerlijke dokter heeft. Ze weten dat echter nog niet. Artsen zijn op hun best als ze die innerlijke dokter de kans geven aan het werk te gaan.

We zullen zien dat de behandelaar die oplossingsgericht werkt de patiënt als expert beschouwt op het gebied van zijn eigen leven en daardoor vooral vragen stelt in plaats van adviezen geeft. Dit geeft vaak een beter resultaat, omdat de oplossingen van de patiënt zelf komen en daarmee de kans groter wordt dat ze beter passen en blijvend zijn.

Eerst beschrijf ik de – gangbare – pessimistische visie op duurzame gedragsverandering. Daarna laat ik zien dat er een hoopvolle visie bestaat, die ik in dit boek graag aan je voorleg.

EEN PESSIMISTISCHE VISIE OP DUURZAME GEDRAGSVERANDERING

Als gedragsverandering al moeilijk is, dan blijkt duurzame gedragsverandering nog veel moeilijker. *Duurzaam* betekent dat het de bedoeling heeft om lang mee te gaan, dat het blijvend is. We noemen het ook wel *gedragsbehoud*.

Duurzaam veranderen vraagt om twee dingen: beginnen én volhouden. En beide blijken in de praktijk een behoorlijke uitdaging. De stappen om een concreet plan te maken en in actie te komen zijn vaak de lastigste. Het is vooral hard werken en daar wachten we liever even mee. Zo stranden de meeste veranderingen nog voor we eraan begonnen zijn.

Wanneer we begonnen zijn met de nieuwe leefstijl of routine lopen we meestal al snel tegen obstakels aan. Het startplezier, de motivatie als we aan iets nieuws beginnen, verdwijnt meestal snel. Ook vallen we op stressvolle momenten vaak terug in oude patronen, bijvoorbeeld bij tegenwerking of als de omstandigheden veranderen.

Het veranderen van gedrag gaat bovendien meestal niet uitsluitend om het veranderen van dat specifieke gedrag. Roken heeft vaak de functie om even te relaxen en dat mis je als je niet meer rookt. Drinken heeft vaak de functie van sociaal gezellig meedoen en dat verlies je als je nuchter tussen je aangeschoten vrienden zit.

En het heeft vaak ook een grote relationele component. Wanneer degene die kookt gewicht wil verliezen kan dat stuiten op verzet bij gezinsleden die geen zin hebben om gezonder te eten. Of er zijn familietradities (als het feest is eten we taart en drinken we alcohol) die het moeilijk maken zich gezonder te gaan gedragen.

COGNITIEF GEMAK

Gedrag is de zwakke schakel bij veranderingen. In onze hersenen werken twee processen tegen elkaar in. Aan de ene kant maken we bewuste plannen. Aan de andere kant is ons brein primair gericht op automatische herhaling van gedrag dat werkt en weinig moeite kost: gewoontegedrag. Onze hersenen streven naar *cognitief gemak*. Ons brein is gericht op voldoende bereiken met zo min mogelijk moeite.

Wij zijn gewoontedieren. Geautomatiseerd gedrag wordt in de hersenstam verankerd en heeft geen bewuste mentale inspanning van de frontaalschors nodig om op te treden. Het gaat gedachteeloos, geconditioneerd of reflexmatig. Frontaal ‘weten’ dat het beter is om een gewoonte te veranderen heeft vaak niet of nauwelijks effect op het feitelijke gedrag (Iacobino, 2008). Zie de metafoer van de berijder en de olifant in Hoofdstuk 3.

Bij een verslaving is dat goed te zien. Mensen met een verslaving weten wel dat ze zouden moeten stoppen, maar ervaren dat het lekker of bevredigend is en onderwerpen zich aan het automatisme dat de regie heeft over hun gedrag.

Eenmaal gevormde en geautomatiseerde mentale programma’s blijven altijd in ons geheugen opgeslagen. Ze kunnen steeds opnieuw geactiveerd worden en de regie weer overnemen. Vandaar dat terugval na succesvolle gedragsverandering eerder regel dan uitzondering is.

We hebben allemaal de neiging om pijn, ongemak en verlies te vermijden. Dit belemmert onze motivatie om te experimenteren met ander gedrag. Als je gaat sporten zul je merken dat je spierpijn krijgt, je je moe voelt of je conditie te wensen overlaat. Verandering wordt vooral geïnitieerd door lijdensdruk. Een bekende Engelse uitdrukking is: *Change comes out of desperation or inspiration*. Vaak is het eerste, wanhoop, het geval.

Onze (sociale) omgeving is vaak ook een belemmerende factor. Een voorbeeld. Als we een grotere maaltijd of een groter bord voorgezet krijgen eten we meer. We willen graag denken dat we alles onder controle hebben en realiseren ons niet hoeveel invloed de omgeving heeft. We proberen dan toch – vaak tevergeefs – in een gelijkblijvende omgeving tot nieuw gedrag te komen. De context is vaak de baas, zo zullen we zien in Hoofdstuk 6.

Kijken we verder naar de rol van omgevingsfactoren, dan zien we dat leefstijl en kwaliteit van leven onlosmakelijk verbonden zijn met de omgeving waarin we leven. Daarbij zijn *sociale steun* en *sociale bekrachtiging* belangrijk als het gaat om het herhalen, consolideren en automatiseren van gewenst gedrag. Als het gaat om *sociale druk* kan dat echter zowel positief als negatief uitvallen. Het brengt ons tot gedrag dat we alleen niet zo snel zouden uitvoeren en stimuleert ons ermee door te gaan – ondanks innerlijke voorkeur, twijfel of protest. In sportteams kan dit tot geweldige prestaties leiden, maar in de kroeg, bij een stuk taart op een verjaardagsfeestje (‘Toe, je neemt toch wel een stukje?’) of bij jeugdbendes of influencers (‘Gebruik jij nog geen fillers?’) is het effect juist negatief.

EEN HOOPVOLLE VISIE OP DUURZAME GEDRAGSVERANDERING

Optimisme is het geloof dat de toekomst beter zal zijn dan het heden. *Hoop* kent dezelfde definitie én voegt daaraan het geloof toe dat je daarop invloed kunt uitoefenen.

Wat als niet je wilskracht het probleem is als het niet lukt om duurzaam te veranderen, maar de aanpak die je gekozen hebt het probleem is? Wat als je niet langer jezelf de schuld hoeft te geven dat het niet is gelukt een ongewenste gewoonte te doorbreken en/of een gewenste gewoonte op te bouwen, en jijzelf, of je omgeving, concludeert dat je te weinig wilskracht of discipline had? Wat als

je met de juiste aanpak en met hulp van je omgeving wél in staat zult zijn om van gewenst gedrag eerst een gewoonte en daarna een automatisme te maken?

Wat als gedrag juist de sterke schakel kan worden? Door heel concreet het gedrag te formuleren wat je wil zien. Hoe ziet het er precies uit? Het moet zelfs zo concreet zijn dat je het gedrag kunt voordoen of nadoen. Oplossingsgerichte vragen kunnen hierbij helpen: als ik een vlieg ben op de muur bij jou thuis/op het werk, wat zie ik als vlieg jou dan precies anders doen waardoor ik weet dat het beter met je gaat?

Als een duurzame gedragsverandering van patiënten, jezelf of je team tot op heden nog niet gelukt is, dan laat dit boek zien dat het niet persoonskenmerken zijn die het probleem vormen, maar de aanpak. Kortom, het ligt niet aan jou, maar aan je aanpak. Het wil laten zien dat de kans op duurzame gedragsverandering wellicht groter is dan jij of zij tot nu toe aannam(en).

Uit het onderzoek naar theoretische verklaringen komen vijf overkoepelende en onderling verbonden thema's naar voren (zie Hoofdstuk 1). De focus in deze vijf thema's betreft de verschillende aard en rol van 1. motivatie, 2. zelfregulatie, 3. benutten van eigen bronnen, 4. ontwikkelen van gewenste gewoonten en 5. omgevingsfactoren. Allemaal zaken waar we iets mee kunnen en die helpen om duurzaam veranderen te laten lukken. In aparte hoofdstukken beschrijf ik deze vijf thema's.

OPLOSSINGSGERICHT WERKEN

Einstein stelde: *'Most people see what is, and never see what can be.'*

Dit boek kijkt niet achteruit naar wat er is (*'what is'*), maar vooruit naar wat gecreëerd kan worden (*'what can be'*). Het vertrekt niet vanuit het probleemgerichte medische model, maar vanuit het – nog minder bekende – oplossingsgerichte model. Er wordt niet

gewerkt met een vermijdingsdoel (*paradigma van de analyse*: het repareren van wat er mis is; terughalpreventie), maar met een toenaaringsdoel (*paradigma van de synthese*: het bouwen aan wat werkt; gedragsbehoud). ‘Hoe ziet je gewenste toekomst eruit?’ ‘Wanneer kunnen we stoppen elkaar te zien?’ Het gaat om het creëren van een uitkomst die er eerder nog niet was (Bannink & Jansen, 2017).

Een ander verschil is, zoals we ook in de uitspraken, toepassingen, casus en verhalen zullen zien, dat behandelaars wanneer ze oplossingsgericht werken, geen adviezen geven, maar vragen stellen om patiënten – als expert op het gebied van hun eigen leven – uit te nodigen hun expertise te ontdekken en in te zetten en zoveel mogelijk de eigen regie en autonomie te behouden of terug te krijgen. En als ze een advies geven, daarvoor eerst toestemming vragen aan de patiënt. ‘Mag ik iets toevoegen aan wat je hebt gezegd?’, ‘Mag ik een suggestie geven?’ of ‘Mag ik met je delen wat me is opgevallen?’

Ook de term ‘helpen’ vermijd ik liever, omdat het kleinerend kan overkomen. Liever spreek ik over ‘nuttig zijn’. ‘Waarom zul je merken dat dit gesprek/deze behandeling nuttig is geweest?’ Het zorgt bovendien voor meer gelijkwaardigheid in de samenwerkingsrelatie.

In de Hoofdstukken 2 en 4 ga ik nader in op de verschillen tussen het werken vanuit het paradigma van de analyse (medische model) en het werken vanuit het paradigma van de synthese (oplossingsgerichte model).

Huisarts: ‘Het consult is echt veel lichter en leuker, het is minder zwaar allemaal. En daar kun je heel vrolijk van worden. Patiënten komen vaak ook verder, het is dikwijls effectief.’

VOOR WIE IS DIT BOEK?

Boeken over gedragsverandering zijn er genoeg; boeken over duurzame gedragsverandering zijn er minder. Dit boek is bedoeld voor huisartsen en andere behandelaars in de eerste lijn – en daarbuiten – die te maken krijgen met de wens of zelfs noodzaak van patiënten om hun gedrag duurzaam te veranderen. En het is bedoeld voor iedereen die ofwel het eigen gedrag, ofwel dat van anderen, bijvoorbeeld het eigen team, duurzaam wenst te veranderen.

In opleidingen en op internet zijn veel theorieën en strategieën te vinden om gedragsverandering te bevorderen. Maar er zijn maar weinig strategieën – naast die over terugvalpreventie vanuit het medische model – om gedragsverandering vol te houden, om duurzaam te veranderen. Dit boek wil daarop een positieve in- en aanvulling zijn.

Je vindt er 36 toepassingen, die je direct morgen al kunt inzetten.

De 23 casus en 30 verhalen illustreren hoe duurzame gedragsverandering verkregen kan worden, op een makkelijkere, aantrekkelijkere én wellicht effectievere wijze dan tot nu toe werd gedacht.

In Hoofdstuk 7 vind je 22 veelgestelde vragen en mijn antwoorden daarop. In Bijlage 1 beschrijf ik mijn onderzoek(je) naar duurzame gedragsverandering. In Bijlage 2 is een overzicht van alle toepassingen, casus en verhalen opgenomen.

Dit boek is bedoeld voor behandelaars die ontevreden zijn met de eenzijdige focus op problemen of klachten en hun aandacht meer willen richten op wat er (beter) werkt in het leven van hun patiënten, voor behandelaars die de ziektezorg willen veranderen in gezondheidszorg. Het is ook bedoeld voor behandelaars die hun bestaande kennis en vaardigheden willen uitbreiden en optimaal willen samenwerken met patiënten, door hen als expert te zien op het gebied van hun eigen leven.

Huisarts: ‘Wanneer iemand dit boek overweegt, koopt, of openslaat, dan is de kans groot dat zo iemand hoopt nu eindelijk die “gouden tip” voor duurzame gedragsverandering te vinden. Mijn conclusie is dat die gouden tip nu juist zit in de grote variatie aan aangeboden informatie.

Elke lezer, behandelaar of persoon met een veranderwens kan er zijn voordeel mee doen door er een passende aanpak mee samen te stellen.’

Mijn motivatie om dit boek te schrijven? Hoeveel minder persoonlijk leed zou er zijn en hoeveel kosten zouden er worden bespaard wanneer het eerdergenoemde lage percentage van mensen die duurzaam weten te veranderen omhooggaat en het meer mensen lukt een leven te leiden dat hun recht doet!

Die motivatie voedt al meer dan tien jaar mijn belangstelling voor dit onderwerp. Vanuit die hoopvolle visie schrijf ik dit boek.

Fredrike Bannink

Klinisch psycholoog en jurist

www.fredrikebannink.com