

**Praxis 2022**

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

**HET VOORDEEL VAN DE TWIJFEL**

*Sanne van Onna*



**SANNE VAN ONNA** (32) is werkzaam als verpleegkundig specialist ggz bij Pro Persona sinds 14 januari 2022.

Tijdens de opleiding was Sanne binnen Pro Persona werkzaam bij het Vroeg Interventie Psychoseteam (Veenendaal), Forensisch Psychiatrisch Afdeling Kompas en de Winklerkliniek (expertisecentrum neuropsychiatrie).

*Voor de totstandkoming van haar betoog wil Sanne Rob Keukens bedanken voor zijn advies. Daarnaast bedankt Sanne iedereen met wie zij de afgelopen jaren heeft kunnen spreken over het belang en het voordeel van twijfel.*

# Het voordeel van de twijfel

Een goede hulpverlener twijfelt en spreekt deze twijfel uit

## BETOOG

‘We zullen je besluitvaardigheid missen.’ Dat schreef mijn leidinggevende op mijn afscheidskaart toen ik als verpleegkundige afscheid nam om aan de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz te beginnen. Vaak had ik moeite met een gebrek aan daadkracht op de afdeling binnen de langdurige zorg waar ik werkte. De term ‘langdurige zorg’ werd naar mijn idee te letterlijk genomen. Voor mijn gevoel werd bij sommige patiënten steeds hetzelfde proces doorlopen waarbij de hulpverleners geen risico’s durfde te nemen. Mijn behoefte om te vernieuwen was de reden dat ik aan de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz begon. Tijdens de opleiding verbaasde het me dat ik mijzelf in een nieuwe rol als behandelaar van de patiënt steeds vaker hoorde zeggen: ‘Daar moet ik even over nadenken’. Dit hoor ik mijzelf

nu vooral met name zeggen wanneer iemand een plan oppert waarover ik twijfels heb. Ik begon mij af te vragen of ik weer besluitvaardig wilde zijn of juist tevreden moest zijn met mijn behoefte om te twijfelen. Door mij in dit onderwerp te verdiepen, kwam ik uiteindelijk tot de volgende stelling: *Een goede hulpverlener twijfelt en spreekt deze twijfel uit.*

In dit betoog wordt het belang van twijfelen en het uitspreken van twijfel onderbouwd vanuit verschillende invalshoeken. De onderbouwing is gebaseerd op bevindingen over het herkennen en erkennen van onwetendheid, het komen tot een gezamenlijke besluitvorming, veiligheid op de werkvloer, het belang van twijfelen naast *evidence-based practice* en het gevoel van menselijkheid en gelijkwaardigheid wanneer een hulpverlener twijfel uitspreekt.

### Waar is ruimte voor twijfel binnen de CanMEDS rollen?

Aangezien er, zoals ik verderop zal betogen, argumenten zijn die het uitspreken van twijfel aanmoedigen, valt het op dat in de *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS) geen aandacht wordt besteed aan verschillende gespreksvormen waarin ruimte voor twijfel is. De CanMEDS worden gebruikt om de rollen die zorgprofessionals vervullen te beschrijven (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland [v&vn], 2021). Een van deze rollen is professionaliteit en kwaliteit. De site van de v&vn (2021) geeft voorbeelden hoe men zichzelf kan ontwikkelen in de

verschillende rollen. De v&vn (2021) voert aan dat men kan werken aan professionaliteit en kwaliteit door verdieping in wet- en regelgeving, de beroepscode, richtlijnen en protocollen. Onderwerpen als intervisie, supervisie en moreel beraad, waarin ruimte is om twijfel te bespreken, worden echter niet genoemd.

### Herkennen en erkennen van onwetendheid

Om twijfel de ruimte te geven moet eerst worden (h)erkend dat er twijfel is. Mensen hebben vaardigheden nodig om bij zichzelf onervarenheid en kennistekort te herkennen. Zonder deze vaardigheden blijft men onwetend over eigen onervarenheid. Het niet in staat zijn om onwetendheid of onervarenheid te herkennen staat bekend als het Dunning-Kruger effect; dit is het psychologische verschijnsel waarbij mensen die onbekwaam zijn in hun taak hun prestaties hoger inschatten dan ze feitelijk zijn (Dunning et al., 2003). Deze onwetendheid draagt niet bij aan vrijwillige zelfverbetering. Naast een beperkte motivatie tot zelfverbetering heeft deze onwetendheid ook effect op de manier waarop beslissingen worden genomen (Pennycook et al., 2017). Mensen die hun prestaties hoger inschatten dan gerechtvaardigd is reageren meer vanuit hun intuïtie dan mensen met meer zelfkennis. De laatste besluiten meer op basis van analytische overwegingen (Dunning, et al., 2003). Mensen met een hoger analytisch vermogen herkennen vaak bij zichzelf ook een eerste primaire intuïtieve reactie en nemen over het algemeen vervolgens de tijd

om tot een meer analytische conclusie te komen (Pennycook et al., 2017). Zichzelf toestaan om te twijfelen is een verschuiving van een primaire intuïtieve reactie op een situatie naar een hoger analytisch vermogen.

Er zijn overigens wel wat kanttekeningen te plaatsen. Het Dunning-Kruger effect is vooral onderzocht bij psychologiestudenten, hetgeen de vraag oproept in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn (Van Erp, 2020). Bovendien, de mate waarin sprake is van het Dunning-Kruger effect in specifieke situaties, vraagt om een subtiel instrument van zelfbeoordeling (Van Erp, 2020).

### Er is meer nodig naast analytisch denken

Het is goed als mensen hun eigen beperkingen leren kennen en hun analytisch vermogen weten te verstevigen. Echter, ondanks dat dit voordelen heeft, is het zeker niet wenselijk om iedere situatie vanuit een analytische invalshoek te beoordelen. Epstein (2012) schrijft dat wanneer er bij patiënten met een ernstig, langdurig en levensbepalend ziekteverloop alleen beslissingen op basis van analytisch vermogen gemaakt worden, er te weinig aandacht is voor de nuances in de behandeling van de patiënt. Patiënten met een chronische aandoening die grote levensbeslissingen moeten maken, hebben ook behoefte aan het meewegen van intuïtie, gevoelens en de wensen van familieleden, vrienden en hulpverleners. Naast analytisch denken, gevoelens en intuïtie, moet er bij het maken van beslissingen ook

sprake zijn van een *shared mind*. Dit staat voor het delen van overwegingen en twijfel door minstens twee individuen en het vervolgens komen tot een gezamenlijk besluit. Het is noodzakelijk om een ander te betrekken in je twijfel omdat er anders geen gezamenlijke overweging plaatsvindt (Epstein, 2012).

### Laat een gedeelde gedachte tot gedeelde beslissingen leiden

Wanneer we spreken over het belang van een *shared mind* leidt dit tot het begrip *shared decision making*, ofwel gezamenlijke besluitvorming. Bij gezamenlijke besluitvorming worden patiënten en naasten uitgenodigd om een actievere rol te spelen binnen het besluitvormingsproces. Hulpverleners die patiënten niet expliciet naar hun voorkeuren vragen, schatten deze over het algemeen niet goed in (IQ Healthcare, 2013). Volgens Elwyn et al. (2012) blijkt uit 86 gerandomiseerde onderzoeken dat *shared decision making* bij patiënten leidt tot kenniswinst, meer vertrouwen in beslissingen en een actievere betrokkenheid in de behandeling. Daarnaast is er sprake van een meer nauwkeurige verwachting, aangezien de voor- en nadelen van een keuze van tevoren al beter bij de patiënt bekend zijn.

Om goede gezamenlijke besluitvorming uit te voeren, dient de hulpverlener zelf wel goed op de hoogte te zijn van de mogelijke opties. Elwyn et al. (2012) vermelden dat als het besluitvormingsproces niet goed wordt begeleid patiënten onzeker kunnen worden of het gevoel kunnen krijgen

dat zij aan hun lot worden overgelaten. Dit pleit ervoor dat ruimte voor twijfel bij hulpverleners van belang is bij gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, maar houdt ook in dat een hulpverlener wel verantwoordelijk is voor het verwerven van deskundigheid om de patiënt zo goed mogelijk bij te staan.

### Het uitspreken van twijfel normaliseert onzekerheid

Naast dat er meer overleg plaatsvindt door het met elkaar delen van overwegingen, zijn er nog meer voordelen verbonden aan het uitspreken van twijfel. LaDonna et al. (2015) spraken met 28 artsen in opleiding over hun belevingen van ondermaats presteren. Een meerderheid van de respondenten gaf aan zich te herkennen in het imposter syndroom. Ze twijfelden over hun behaalde prestaties. Zelden durfden zij deze gevoelens uit te spreken naar hun collega's. LaDonna et al. (2015) stellen dan ook dat iedereen in de gezondheidszorg twijfels en onzekerheden moet uitspreken teneinde de veiligheid op de werkvloer te vergroten. Deze stellingname normaliseert het ervaren van onzekerheid.

### Naast evidence-based practice is ruimte voor twijfel en context

In een zorglandschap waarin *evidence-based practice* (EBP) in de vorm van protocollen, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en toezichtkaders overal aanwezig is, rijst de vraag of er nog ruimte en noodzaak is voor twijfel door de zorgprofessional. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS, 2017) schreef het advies

om EBP in een ander perspectief te plaatsen. Doordat EBP zo in de huidige gezondheidszorg is verweven, bestaat er risico op de aanname: 'bewezen zorg is goede zorg.' Genoemd moet worden dat het werken volgens EBP de kwaliteit en veiligheid binnen de zorg heeft vergroot. Zo zijn er onder andere instrumenten ontwikkeld die wetenschappelijk onderzoek kunnen vertalen naar de praktijk.

Ondanks het belang van EBP, zijn hier ook kritische noten bij te plaatsen. Doordat EBP zich richt op de resultaten vanuit wetenschappelijk onderzoek, worden belangrijke aspecten van de werkelijke situatie niet meegenomen in de besluitvorming. Dit maakt dat er sprake is van een reductie van de realiteit. Het besluit wat goed is om te doen kan per patiënt en per situatie verschillen. De RVS (2017) stelt dat het bewijs als basis voor goede zorg een illusie is. Voor goede zorg zijn ook klinische expertise, lokale kennis, kennis van patiënten en kennis van de context van belang. Besluitvorming in de zorg moet gezien worden als een experiment in het verbinden van kennisbronnen, waarvan EBP er één is. Bij besluitvorming waarin kennisbronnen worden verbonden is de twijfel van de zorgprofessional om niet direct genoeg te nemen met de informatie vanuit EBP van groot belang. De RVS (2017) noemt dan ook: 'onzekerheid is hieraan inherent en moet niet ontkend maar omarmd worden' (p.10).

### De kwaliteiten van een twijfelende hulpverlener

Een laatste voordeel om twijfel uit te spreken is terug te vinden in de behoeften die patiënten in de GGZ hebben ten aanzien van de hulpverlening. Kragten en Groutars (2007) spraken met dertig patiënten uit de GGZ over de kenmerken van een goede hulpverlener. De algemene conclusie luidde dat een goede hulpverlener sympathiek en menselijk is en niet op de patiënt neerkijkt. Menselijkheid en gelijkwaardigheid ontstaan wanneer de hulpverlener zich niet alwetend opstelt en zijn of haar twijfels bespreekt. De patiënten gaven aan dat zij zich respectvol behandeld voelen wanneer zij als volwassenen worden gezien. Patiënten deelgenoot maken van verschillende afwegingen draagt eraan bij dat zij inzicht krijgen in de besluitvorming – waardoor men zich meer als volwassene behandeld voelt.

In dit betoog is stilgestaan bij de stelling: 'Een goede hulpverlener twijfelt en spreekt deze twijfel uit.' Het herkennen en uitspreken van twijfel heeft op veel vlakken een positief effect. Door het uitspreken van twijfel kunnen onzekerheden worden genormaliseerd. Daarnaast draagt het uitspreken van twijfel bij aan de kwaliteiten die patiënten waarderen in hulpverleners in de GGZ. Het uitspreken van twijfel bevordert overleg en daarmee gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast leidt twijfel ertoe dat hulpverleners verder kijken dan de informatie die beschikbaar is vanuit *evidence based practice*.

Door twijfelen bespreekbaar te maken en ook collega's en patiënten uit te nodigen om hun twijfels te benoemen hoop ik bij te dragen aan de veiligheid op de afdeling en de kwaliteit van zorg. Eerder werd ik door collega's herinnerd als besluitvaardig. Na het vinden van voordelen voor twijfel, hoop ik dat mensen mij met name herinneren als iemand die ruimte geeft om twijfel bespreekbaar te maken.

## LITERATUUR

Dunning, D., Johnson, K., Ehrlinger, J., & Kruger, J. (2003). Why People Fail to Recognize Their Own Incompetence. *American Psychology Society*, 12(3), 83-87. [https://www.sscnet.ucla.edu/comm/kjohnson/Lab/Publications\\_files/Dunning,%20Johnson,%20et%20al.%20%28200%230](https://www.sscnet.ucla.edu/comm/kjohnson/Lab/Publications_files/Dunning,%20Johnson,%20et%20al.%20%28200%230)

Elwyn, G., Frosch, D., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Epstein, R.M. (2012). Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient education and counseling*, 90 (2013), 200-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.035>

IQ Healthcare (2013, 1 januari). *Tool Richtlijnen en shared decision making in de praktijk*. Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/richtlijnen-en-shared-decision-making-in-de-praktijk>

Kragten, R. & Groutars, G. (2007) (*Op zoek naar de ideale hulpverlener*). Basisberaad Rijnmond.

LaDonna, K.A., Ginsburg, S., & Watling, C. (2015). Rising to the Level of Your Incompetence: What Physicians Self-Assessment of their Performance Reveals About the Imposter Syndrome in Medicine. *Academic Medicine*, 93(5) 763-768. <https://doi:10.1097/ACM.00000000002046>

Pennycook, G., Ross, R.M., Koehler, D.J., & Fugelsang, J.A. (2017) Dunning-Kruger effects in reasoning: Theoretical implications of the failure to recognize incompetence. *Psychonomic Bulletin & Review*, 24(2017), 1774-1784. <https://doi:10.3758/s13423-017-1242-7>

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017, 19 juni). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Xerox/OBT. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>

Van Erp, P. (2020). Te dom om te zien hoe dom ze zijn. *Skepsis*. <https://skepsis.nl/dunning-krugereffect/>

V&VN (2021). *CanMeds*. <https://www.venvn.nl/registers/kwaliteitsregister/leren/canmeds/>