

Overvecht Gezond!

**Theoretische onderbouwing van de 'krachtige basiszorg'
in de Utrechtse wijk Overvecht**

Chantal Leemrijse
Dinny de Bakker
Tim Schoenmakers

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN 978-94-6122-429-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Samenvatting

Conclusie

De aanpak van de (gezondheids)zorg voor bewoners van de wijk Overvecht kan goed worden beschreven aan de hand van recent gepubliceerde theoretische modellen over geïntegreerde, patiëntgerichte zorg. Het investeren in persoonlijke relaties en het verbeteren van onderlinge communicatie en samenwerking worden in de literatuur als werkzame elementen voor geïntegreerde zorg aangemerkt. Deze elementen worden door de zorg en hulpverleners in de wijk Overvecht toegepast en gewaardeerd. De samenwerking met grotere niet wijk-gebonden organisaties voor bijvoorbeeld specialistische (psychische) hulp zou kunnen verbeteren door ook daar meer met vaste contactpersonen te werken.

Binnen Krachtige Basiszorg worden klachten bekeken vanuit 4 domeinen: lichaam, geest, sociaal en maatschappelijk met behulp van het 4 Domeinenmodel (4D-model). Vanuit de literatuur zijn de essentiële bestanddelen van de multidisciplinaire benadering van Krachtzorg goed te onderbouwen. Met name voor het in kaart brengen van psychosociale problemen in relatie tot de klacht van de patiënt, het inventariseren van het patiënten-perspectief, het tonen van empathie en het actief betrekken van de patiënt bij beslissingen zijn aanwijzingen dat dit gunstige effecten heeft op de gezondheid van mensen. Het actief betrekken van mensen bij beslissingen en het stimuleren van meer eigen regie en verantwoordelijkheid wordt door de zorg- en hulpverleners in Overvecht actief gedaan, maar is bij deze specifieke populatie moeilijk en tijdrovend.

Met de geïntegreerde aanpak in Overvecht worden de Triple Aim doelstellingen nagestreefd: gelijktijdig verbetering van ervaren kwaliteit van zorg, verbetering van gezondheid van de populatie en verlaging van de kosten. Deze drie doelstellingen hangen onderling samen en veranderingen in de ene doelstelling kunnen zowel positief als negatief effect hebben op de andere doelstellingen. Door hogere kwaliteit van zorg voor individuele personen kunnen kosten stijgen wanneer dit samenhangt met meer zorg, maar door overmatig gebruik van diagnostische procedures tegen te gaan kunnen lagere kosten en betere resultaten worden bereikt. Veranderingen en effecten liggen in de tijd ook niet altijd dicht bij elkaar. Effecten van goede preventieve zorg zal zich vaak pas na jaren laten zien.

De in dit onderzoek uitgevoerde 'toetsing' van de aanpak in Overvecht aan de wetenschappelijke literatuur laat zien dat de aanpak theoretisch gezien inderdaad tot een duurzame verbetering van de kwaliteit van zorg en van de gezondheid zou kunnen leiden. Voor een evaluatie van kosten is ander soort onderzoek nodig. Maar de diversiteit aan hulp- en zorgverlening die op elkaar is afgestemd zou zeker kunnen zorgen voor een kostendaling. Doordat goed wordt samengewerkt is de zorg meer op maat en wordt getracht onder- en overbehandeling te voorkomen. Door te investeren in de (vertrouwens)relatie met de patiënt en samen te werken met wijkspecialisten, wordt zoveel mogelijk zorg dicht bij de patiënt en in de buurt gehouden. Dit kan op langere termijn tot kostendaling leiden doordat verwijzing naar de tweede lijn afneemt.

Achtergrond en doelstelling

De Utrechtse wijk Overvecht is een multiculturele achterstandswijk met relatief veel inwoners met een lage sociaal economische status (SES). Bewoners hebben vaker dan gemiddeld meervoudige en complexe problematiek, zowel op medisch als op sociaal-maatschappelijk gebied en het zorggebruik in de wijk is hoog. De reguliere zorg schiet voor deze complexe patiëntenpopulatie

vaak tekort.

Sinds 2006 werkt een netwerk van zorg- en welzijnsprofessionals in de Utrechtse wijk Overvecht samen aan verbetering van de samenwerking en samenhang in de zorg, welzijn en preventie ('Gezonde Wijk Overvecht'). De verbetering van deze zorg die wordt nagestreefd houdt onder andere in dat er meer zorg dichtbij in de eerste lijn wordt geboden, dat de focus verschuift van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag', en dat er meer aandacht is voor eigen regie en kracht van de bewoners. Ter intensivering van deze geïntegreerde aanpak van de zorg in de Gezonde Wijk Overvecht is in 2014 in samenwerking met de eerste buurtteams gestart met een programma om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren en de zorgkosten nog verder terug te dringen. Dit programma heet 'Krachtige Basiszorg' of 'Krachtzorg' en is gericht op de ca. 15% van de patiëntenpopulatie die maatwerkzorg en welzijnsinterventies het hardst nodig hebben. Vaak zijn het gebruik van zorg en de zorgkosten in deze groep hoog. De Krachtige Basiszorg en het daarbij horende 4 Domeinenmodel (4D-model) zijn ontwikkeld om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor deze meest complexe patiëntengroep binnen de wijk te verbeteren. Krachtzorg wordt gefinancierd door de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG).

De geïntegreerde aanpak in Overvecht wordt gezien als een voorbeeld voor andere wijken in Nederland. Het is een concept dat relevant is voor landelijke ontwikkelingen in de wijkgerichte zorg en ook buiten de gemeente Utrecht kan worden toegepast. Sinds 2006 is de Gezonde Wijk Overvecht verschillende keren kwalitatief geëvalueerd en onderzoek van Zilveren Kruis heeft laten zien dat de aanpak heeft geleid tot een relatieve kostenreductie in de totale zorgkosten voor de wijk, vergeleken met andere Utrechtse wijken. De zorg en ondersteuning in Overvecht is echter nog steeds in ontwikkeling en echt effectonderzoek naar de methode is kostbaar en nog niet uitgevoerd.

Er is behoefte aan verdere onderbouwing van deze vooral 'practice-based' aanpak in Overvecht. Om die reden heeft de Stichting Overvecht Gezond samen met Zilveren Kruis het NIVEL opdracht gegeven de aanpak in Overvecht, en dan met name de Krachtige Basiszorg daarin te evalueren.

In dit onderzoek stonden twee vraagstellingen centraal:

1. In hoeverre kan de geïntegreerde aanpak binnen Overvecht worden onderbouwd door wetenschappelijke literatuur? Wat zijn de werkzame elementen van de Krachtige Basiszorg?
2. In hoeverre sluit de dagelijkse praktijk aan bij de in de literatuur gevonden werkzame elementen van de Krachtige Basiszorg?

De toetsing van de aanpak in Overvecht ten opzichte van de wetenschappelijke literatuur zal laten zien in hoeverre de aanpak op basis van de 'stand der wetenschap' tot duurzame verbetering van zorg en gezondheid moet kunnen leiden. De evaluatie van de dagelijkse praktijk door middelen van interviews zal leiden tot identificatie van knelpunten en bevorderende factoren bij uitvoer van de aanpak.

Theoretisch onderbouwde elementen van geïntegreerde zorg, zoals het verbeteren van persoonlijke relaties en samenwerking, worden binnen Overvecht toegepast en gewaardeerd

De geïntegreerde zorg in 'De Gezonde Wijk Overvecht' komt sterk overeen met het goed omschreven en recent ontwikkelde Regenboog Model voor Geïntegreerde Zorg (RMGZ) van Valentijn: de klinische, professionele en organisatorische integratie is in De Gezonde Wijk Overvecht duidelijk aanwezig, evenals functionele en normatieve integratie.

Met deze geïntegreerde aanpak worden de Triple Aim doelstellingen tegelijkertijd nagestreefd: verbetering van ervaren kwaliteit van zorg, verbetering van gezondheid van de populatie en verlaging van de kosten.

Hoewel in de literatuur de effecten van geïntegreerde zorg niet eenduidig zijn, zijn er zeker aanwijzingen te vinden dat de aanpak in de Gezonde Wijk Overvecht positieve effecten kan hebben op deze drie doelstellingen. Uit onderzoek komt naar voren dat het investeren in persoonlijke relaties belangrijk is voor het succes van samenwerking. Multidisciplinaire teams, gestructureerd patiëntgebonden overleg, het werken op één locatie en het verwijzen naar vaste (zorg)professional(s) zijn effectieve vormen van gecoördineerde zorg en hebben een positief effect op gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid. Het (gezamenlijk) volgen van scholing gericht op samenwerking en communicatie heeft positieve effecten op gezondheidsuitkomsten en tevredenheid van patiënten. Multidisciplinaire bijeenkomsten voor zorgprofessionals kunnen leiden tot verhoogde tevredenheid met hun werk en kan kosten verminderen. Genoemde werkzame elementen uit de literatuur zijn allemaal in Overvecht terug te vinden. In de interviews komt naar voren dat de samenwerking binnen de wijk door de zorg- en hulpverleners positief wordt gewaardeerd: men ervaart een gedeelde visie op zorg en men leert van elkaar. Zorg en hulpverleners kennen elkaar steeds beter en er zijn veel vaste contactpersonen die als een soort schakelpunten in de wijk fungeren. Gezamenlijke besprekingen kunnen volgens geïnterviewde zorgverleners de zorg doelmatiger maken doordat er goede afstemming plaatsvindt over de verschillende vormen van zorg. Ook patiënten zeggen te ervaren dat er goed wordt samengewerkt, wat vertrouwen geeft. Voor samenwerking met verschillende organisaties buiten de wijk worden wel concrete verbeterpunten aangegeven zoals meer vaste contactpersonen bewerkstelligen en elkaar beter leren kennen. Het onderling (elektronisch) uitwisselen van informatie is (ook binnen de wijk) nog lastig, zowel wat betreft ICT als wat betreft privacy. Contact met de wijkspecialisten wordt als zeer positief gezien, met name bij de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek.

Inventariseren van psychosociale problemen in relatie tot de (fysieke)klacht kan leiden tot betere gezondheidsuitkomsten en hogere patiënttevredenheid

De benadering van patiënten binnen de 'Krachtige basiszorg' en het 4D-model sluiten theoretisch goed aan bij het Expanded Four Habits Model (EFHM) van Lundebj. Verschillende onderdelen uit de werkwijze zijn theoretisch goed te onderbouwen en kunnen dus als werkzame elementen worden beschouwd. Zo laat onderzoek zien dat het in kaart brengen van psychosociale problemen in relatie tot de klacht van de patiënt leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en hogere patiënttevredenheid. De geïnterviewde zorgverleners geven aan dat patiënten dit inderdaad waarderen, mits het moment goed wordt gekozen. Patiënten voelen zich hierdoor gezien, iets wat door een van de geïnterviewde patiënten ook wordt bevestigd. Zorgverleners geven aan dat veel patiënten de samenhang tussen verschillende domeinen begrijpen, mits er voldoende tijd voor wordt genomen om het uit te leggen. Voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden is het goed begrijpen van de samenhang wel vaak moeilijk. Daarnaast is het belangrijk dat niet alleen op negatieve kanten van de vier domeinen wordt ingegaan, maar ook op de sterke punten.

Uitvragen van het patiënten-perspectief leidt tot betere gezondheidsuitkomsten

Voor het inventariseren van het patiënten-perspectief (zoals binnen de krachtige basiszorg wordt gedaan) en het vinden van 'common ground' tussen patiënt en zorgverleners worden positieve gezondheidseffecten gevonden in de literatuur.

De geïnterviewde zorgverleners geven aan dat door patiënten bij klachten vaak aan vooral ernstige lichamelijke oorzaken wordt gedacht, en minder aan de relatie met psychosociale problematiek. Deze gedachten moeten dan eerst weerlegd worden voordat een effectieve behandeling kan worden ingezet. Dat kost veel tijd en er moet een vertrouwensband worden opgebouwd voordat mensen goed willen/kunnen vertellen wat er is. Empathie tonen is daarbij volgens hen essentieel om een goede relatie op te bouwen, zoals ook uit de literatuur blijkt. Uit de interviews met patiënten blijkt dat vertrouwen en een goede relatie niet vanzelf komen, maar wel essentieel zijn bij de behandeling, net als empathie. De zorgverleners geven aan dat het op deze manier uitvragen en in kaart brengen van de problematiek weliswaar veel tijd kost, maar uiteindelijk tot betere zorg leidt, doordat de kans dat het juiste probleem wordt aangepakt verhoogd wordt. Door goed te luisteren, aandacht te geven aan de relatie met de patiënt en de zorg dichtbij met meerdere professionals samen op te pakken kan volgens hen onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn worden voorkomen.

Betrekken van de patiënt bij beslissingen ten aanzien van diagnostiek en behandeling is in de praktijk moeilijk

Uit de literatuur komt naar voren dat het geven van goede informatie die is afgestemd op de behoefte, kennis en cognitie van de patiënt belangrijk is. Voor de patiëntengroep van Overvecht blijkt dit wel relatief lastig te zijn. Kennis van gezondheid is over het algemeen beperkt en de belangstelling voor informatie gering. Daardoor is het betrekken van de patiënt bij beslissingen ten aanzien van verdere diagnostiek en behandeling ook moeilijk in de praktijk, terwijl uit onderzoek blijkt dat dit 'shared decision making' zelfmanagement wel kan bevorderen. Door de POH-ers en hulpverleners van het wijkteam wordt de eigen interpretatie van de klachten vaak nog explicieter uitgevraagd dan bij de huisarts, om mensen zelf bij het oplossen van hun problemen aan het werk te zetten. Daarbij is het 4D model een goed hulpmiddel om problematiek uiteen te rafelen en relaties zichtbaar te maken voor de patiënt. Vanuit dit overzicht kunnen mensen vaak iets beter hun prioriteiten voor behandeling aangeven en kunnen zij ook hun eigen keuzes beter maken. Dit is echter een tijdrovend proces, waar huisartsen onvoldoende tijd voor hebben. De samenwerking met POH-ers en mensen van het wijkteam is hierbij dus extra belangrijk.

Stimuleren van eigen regie en zelfmanagement is belangrijk, maar niet iedere patiënt is hiertoe in staat

Het stimuleren van het nemen van eigen regie en het bevorderen van zelfmanagement staat centraal in de Krachtige Basiszorg. Met behulp van het 4D-model kunnen zowel kansen als risico's in kaart worden gebracht. Door dit in een schema te tekenen waarin de patiënt letterlijk in het midden staat, wordt ook visueel benadrukt dat de patiënt een centrale rol heeft in zijn eigen leven en gezondheid.

De intentie van alle geïnterviewde zorg- en hulpverleners is om mensen meer zelf aan hun gezondheid te leren werken en hen niet afhankelijk te laten zijn van zorg- en hulpverleners. Daarbij wordt ook goed samengewerkt tussen huisartsen, POH-ers en mensen van het wijkteam. De zorgverleners geven echter ook aan dat eigen regie voor een deel van de populatie een utopie is, omdat er mensen zijn die hier echt niet toe in staat zijn. Bij die groep kan het juist stress opleveren. Daarnaast is er een grote groep die met begeleiding zeker stappen kan maken richting meer eigen regie en zelfmanagement, maar waarbij niet al te veel verwacht moet worden: zelf opbellen naar een instantie of kiezen voor een behandeling is soms al een hele stap.

Methode en beperkingen van de studie

In dit rapport is op basis van informatie en documentatie die door de stichting Overvecht Gezond ter beschikking werd gesteld een beschrijving gegeven van de geïntegreerde aanpak in Overvecht en de Krachtige Basiszorg daarin. Aan de hand van een literatuurstudie is onderzocht in hoeverre de aanpak wordt ondersteund door gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

De aanpak binnen Overvecht is veelzijdig en voor de theoretische onderbouwing van de aanpak moest om budgettaire redenen een keuze worden gemaakt ten aanzien van de te onderbouwen onderdelen. De huidige theoretische onderbouwing is dus niet volledig. In overleg met vertegenwoordigers van Overvecht Gezond is ervoor gekozen om het zorgproces, zoals dat plaatsvindt met behulp van het '4D model' in het contact tussen huisarts en patiënt het meest gedetailleerd aan bod te laten komen.

Daarbij is geen systematische literatuurstudie uitgevoerd waarin gevonden studies op kwaliteit werden beoordeeld, en studies met positieve resultaten zijn ook niet systematisch afgezet tegen studies waarin geen of zelfs negatieve resultaten werden gevonden. Wel is zoveel mogelijk gefocust op reviewstudies en zijn alleen wetenschappelijk gecontroleerde studies meegenomen. Zowel positieve als ontbrekende of negatieve effecten zijn genoemd.

In een procesevaluatie is, aan de hand van interviews met zorgprofessionals, hulpverleners en patiënten uit Overvecht, gekeken in hoeverre de werkzame elementen uit de literatuur ook daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast en wat de ervaringen hiermee zijn. Voor de procesevaluatie is slechts een klein aantal zorg- en hulpverleners en patiënten geïnterviewd (drie huisartsen, drie praktijkondersteuners huisarts GGZ, drie medewerkers van een wijkteam en drie patiënten). De te benaderen zorgverleners en patiënten zijn niet at random uitgekozen voor deelname, maar aangedragen door de Stichting Overvecht Gezond. De zorgverleners waren afkomstig uit vier verschillende huisartsenpraktijken en twee buurtteams, en werkten langere of kortere tijd actief met het 4 D model in hun consulten. Hoewel het aantal interviews relatief beperkt was, leverden deze veel zinvolle informatie op.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	9
Leeswijzer	10
1 Inleiding	11
1.1 De populatie in Overvecht	11
1.2 Integrale en geïntegreerde zorg	13
2 Geïntegreerde zorg in de Gezonde Wijk Overvecht	15
2.1 Persoonsgerichte zorg in Overvecht	15
2.2 Populatiegerichte zorg in Overvecht	16
2.3 Klinische integratie in Overvecht	17
2.4 Professionele integratie in Overvecht	18
2.5 Organisatorische integratie in Overvecht	20
2.6 Functionele en normatieve integratie in Overvecht	21
3 Krachtige basiszorg	23
3.1 Het 4D model	24
3.2 Vergelijkbare modellen in de literatuur	25
3.3 Wanneer en bij wie wordt het 4D-model ingezet?	28
3.4 Brede inventarisatie van klachten en achterhalen patiënten perspectief	29
3.5 Communicatie met de patiënt	32
3.6 Betrekken van patiënt bij beslissingen, stimuleren zelfmanagement	34
3.7 Inzetten van andere (zorg)professionals of informele hulp	38
4 Conclusie	39
Literatuur	42
Bijlagen:	
Bijlage 1	
Bijlage 2	

Voorwoord

In de Utrechtse wijk Overvecht wordt sinds 2006 op een andere, integrale manier naar gezondheidsproblemen gekeken en nauw samengewerkt met zorg- en hulpverleners en andere voorzieningen in de wijk: Gezonde Wijk Overvecht. De zorg in de Gezonde Wijk Overvecht is verschillende keren kwalitatief geëvalueerd, en eerste kwantitatieve analyses wezen op gunstige ontwikkelingen in de gezondheidskosten. De zorg en ondersteuning in Overvecht is echter nog steeds in ontwikkeling en echt effectonderzoek naar de nieuwe aanpak is kostbaar en nog niet uitgevoerd. Maar er is wel behoefte aan onderbouwing van deze 'practice-based' aanpak. Vandaar onderhavig onderzoek waarin in opdracht van de Stichting Overvecht Gezond en Zilveren Kruis een theoretische onderbouwing wordt gegeven van de aanpak in Overvecht en waarin een procesevaluatie is gedaan door middel van interviews met patiënten, huisartsen, praktijkondersteuners en medewerkers van wijkteams. Wij willen iedereen die aan deze interviews heeft meegewerkt hartelijk bedanken voor hun tijd en openheid.

Leeswijzer

In deze theoretische onderbouwing staat met name de Krachtige Basiszorg centraal. De Krachtige Basiszorg is een programmatische, geïntegreerde benadering van de zorg voor de groep patiënten in Overvecht met de hoogste risico's op gezondheidsproblemen en op hoge zorgkosten. Binnen de Krachtige Basiszorg worden klachten bekeken vanuit 4 domeinen: lichaam, geest, sociaal, maatschappelijk, met behulp van het 4 Domeinenmodel (4D-model).

In dit rapport wordt na de samenvatting en de inleiding in hoofdstuk 1, de aanpak van de zorg in Overvecht beschreven in hoofdstuk 2 en 3. Hoofdstuk 2 gaat in op de algemene geïntegreerde aanpak in de wijk Overvecht. Hoofdstuk 3 gaat in op wat er in de spreekkamer tussen patiënt en zorgverleners gebeurt en beschrijft de 'Krachtige basiszorg' met het 4D model als belangrijk instrument.

Bijlage 1 geeft de gehanteerde methoden weer

Bijlage 2 is een samenvatting van de interviews die met huisartsen, POH-ers, wijkteammedewerkers en patiënten werden gehouden

De aanpak wordt beschreven op basis van (mondelijke en schriftelijke) informatie die door de Stichting Overvecht Gezond beschikbaar is gesteld, en op grond van recente theoretische modellen uit de literatuur die goed aansluiten bij de aanpak.

Na iedere paragraaf in de beschrijving wordt weergegeven welke werkzame elementen in de wetenschappelijke literatuur zijn gevonden voor het betreffende onderdeel uit de aanpak. Werkzame elementen zijn die onderdelen van een aanpak of interventie die ervoor zorgen dat deze de gewenste uitwerking heeft. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur worden kort samengevat in de tekst, meer uitgebreide theoretische informatie is in aparte kaders weergegeven. Wat echt werkt in de praktijk is natuurlijk sterk afhankelijk van de context. Om die reden is een procesevaluatie gehouden: aan huisartsen, praktijkondersteuners GGZ, medewerkers uit een wijkteam en patiënten is gevraagd hoe zij de aanpak in Overvecht ervaren en in hoeverre zij de werkzame elementen uit de literatuur ook daadwerkelijk toepassen in de praktijk. De hoofdpunten uit deze interviews zijn kort weergegeven nà het overzicht van de evidentie van werkzame elementen uit de literatuur. Omwille van de leesbaarheid van het rapport worden de uitgebreide resultaten van deze procesevaluatie weergegeven in bijlage 2.

Samengevat hebben de hoofdstukken 2 en 3 dus de volgende structuur: beschrijving aanpak Overvecht, wetenschappelijke evidentie uit de literatuur, procesevaluatie.

1 Inleiding

In Overvecht wordt sinds 2006 gewerkt aan een nieuwe aanpak van de zorg voor patiënten. Deze aanpak is vanuit de huisartspraktijken ontstaan op grond van ervaringen en verschillende keren kwalitatief geëvalueerd (1, 2). Eerste kwantitatieve analyses wezen op gunstige ontwikkelingen in de gezondheidskosten (3). De geïntegreerde aanpak in Overvecht wordt gezien als een voorbeeld voor andere wijken in Nederland. Het is een concept dat relevant is voor landelijke ontwikkelingen in de wijkgerichte zorg en ook buiten de gemeente Utrecht kan worden toegepast. De zorg en ondersteuning in Overvecht is echter nog steeds in ontwikkeling en echt effectonderzoek naar de methode is kostbaar en nog niet uitgevoerd. Maar er is wel behoefte aan verdere onderbouwing van deze vooral ‘practice-based’ aanpak in Overvecht. Om die reden heeft de Stichting Overvecht Gezond samen met Zilveren Kruis aan het NIVEL opdracht gegeven de aanpak in Overvecht, en dan met name de Krachtige Basiszorg daarin te evalueren. Daarbij is ervoor gekozen de aanpak in Overvecht te toetsen aan de wetenschappelijke literatuur, om te laten zien in hoeverre de aanpak op basis van de ‘stand der wetenschap’ tot duurzame verbetering van zorg en gezondheid moet kunnen leiden. In een procesevaluatie met huisartsen, POH-ers, medewerkers van wijkteams en patiënten is gevraagd hoe zij de aanpak in Overvecht ervaren, en in hoeverre zij de werkzame elementen uit de literatuur ook daadwerkelijk toepassen. Uit deze procesevaluatie (uitgevoerd door middel van interviews) kunnen knelpunten en bevorderende factoren bij de uitvoer van de aanpak worden geïdentificeerd.

Vraagstellingen:

1. In hoeverre kan de geïntegreerde aanpak binnen Overvecht worden onderbouwd door wetenschappelijke literatuur? Wat zijn de werkzame elementen van de Krachtige Basiszorg?
2. In hoeverre sluit de dagelijkse praktijk aan bij de in de literatuur gevonden werkzame elementen van de Krachtige Basiszorg? Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren daarbij?

De aanpak binnen Overvecht is veelzijdig en voor de theoretische onderbouwing van de aanpak moest om budgettaire redenen een keuze worden gemaakt ten aanzien van de te onderbouwen onderdelen. In overleg met vertegenwoordigers van Overvecht Gezond is ervoor gekozen om het zorgproces, zoals dat plaatsvindt met behulp van het ‘4D model’ in het contact tussen huisarts en patiënt het meest gedetailleerd aan bod te laten komen (zie hoofdstuk 3). Voordat de twee onderzoeksvragen aan de orde komen in hoofdstuk 2 en 3, wordt hieronder de populatie van Overvecht geschetst en worden de termen integrale en geïntegreerde zorg verduidelijkt.

1.1 De populatie in Overvecht

Overvecht is een achterstandswijk in Utrecht met een populatie van 31.563 inwoners, van wie veel een lage sociale economische status (SES) hebben. Veel bewoners moeten rondkomen van een bijstandsuitkering en de jeugdwerkloosheid is hoog (4). Bewoners uit Overvecht voelen zich minder gezond en hebben vaker dan gemiddeld meervoudige en complexe problematiek, zowel op medisch als op sociaal-maatschappelijk gebied (5).

Zij ervaren gemiddeld veel belemmeringen in het dagelijks functioneren. Er is een hoog werkverzuim, een hoge werkeloosheid, veel eenzaamheid, sociale uitsluiting (geen/klein sociaal netwerk), psychische problemen en verslavings- en schuldenproblematiek. Daarnaast wonen in Overvecht een groot aantal mensen van niet-Westerse allochtone afkomst die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Het lezen van een bijsluiter van een medicijn is daardoor al moeilijk, net als de vaak complexe informatie van belastingdienst, uitkerende instanties, woningcorporaties of zorginstellingen. Dit heeft tot gevolg dat mensen slecht geïnformeerd zijn en steeds verder in de problemen kunnen komen. Relatief veel bewoners in Overvecht hebben dan ook een lage zelfredzaamheid en een gering vermogen om zelf regie te voeren over het eigen leven of de eigen gezondheid. Het zorggebruik in de wijk Overvecht is hoog (6). Tegelijkertijd is er bij een relatief grote groep bewoners sprake van een beperkt vertrouwen in het zorgsysteem en/of zorgverleners.

De aanleiding om vanuit de huisartspraktijken tot een nieuwe aanpak van de zorg voor deze complexe patiëntenpopulatie te komen was dat de klachten waarmee patiënten komen door de geschetste multi-problematiek niet altijd adequaat zijn te behandelen in een regulier consult, en vaak niet door één zorgverlener. Naast fysieke klachten kunnen sociaal maatschappelijke problemen een rol spelen bij het ontstaan en het in stand houden van de klachten, en bij de manier waarop patiënten met de gezondheidsklachten om (kunnen) gaan. Deze complexe problematiek maakt adequate zorgverlening soms lastig. De patiënt is niet altijd in staat de hulpvraag direct duidelijk te maken aan de zorgverlener. In een regulier consult is te weinig tijd voor een nauwkeurige vraagverheldering en de gepresenteerde klachten van de patiënt liggen soms buiten de expertise van de zorgverlener, waardoor de geboden zorg niet altijd het gewenste effect heeft. Hierdoor verliezen patiënten hun vertrouwen in de zorg, raakt de zorgverlener gefrustreerd en ontstaat soms een moeilijke relatie tussen patiënt en zorgverlener. Enerzijds bestaat de kans dat de patiënt steeds terugkomt of (ook) contact zoekt met andere zorgverleners, waardoor de zorg gefragmenteerd raakt. Anderzijds bestaat de kans dat de patiënt juist helemaal geen hulp meer zoekt voor zijn problemen. Wanneer de door de patiënt gepresenteerde problemen niet helemaal helder zijn of buiten de expertise van één zorgverlener liggen, is het zaak dat zij de kennis van een collega of andere zorg- of hulpverlener kunnen inroepen of adequaat kunnen doorverwijzen. Hierdoor kunnen elkaar onderhoudende problemen op verschillende terreinen samen worden aangepakt. Zorgprofessionals kenden elkaar echter niet altijd goed (genoeg) waardoor er (te) weinig afstemming plaatsvond.

Door deze combinatie van complexe problematiek, te weinig tijd voor een nauwkeurige vraagverheldering, soms tekort schietende expertise en onvoldoende (multidisciplinaire) afstemming ontstond het risico op over- of onderbehandeling van de patiënt. De patiënt kreeg niet altijd de juiste zorg op het juiste moment en klachten bleven bestaan of werden zelfs erger. Deze soms dus ondoelmatige inzet van zorg betekende onnodige kosten. Daarnaast had het voor de zorgverleners een hogere ervaren werkbelasting tot gevolg en dreigde overbelasting. Voor deze complexe groep patiënten was dus een andere aanpak nodig.

Klachten van een individuele patiënt kunnen niet los worden gezien van woonomstandigheden en sociaal-economische context waarin iemand leeft (3). In Overvecht is daarom naast het bieden van goede zorgverlening voor individuele patiënten, tevens een wijk- of populatiegerichte aanpak van zorg en ondersteuning nodig. Een geïntegreerde aanpak dus. In Overvecht krijgen integrale zorg en een geïntegreerde (wijk)aanpak inmiddels vorm sinds 2006 in de 'Gezonde Wijk Overvecht'.

1.2 Integrale en geïntegreerde zorg

Geïntegreerde zorg wordt gezien als een belangrijke strategie om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor patiënten met complexe problematiek te verbeteren en de kosten te verlagen (7, 8). In de praktijk worden de termen integrale zorg en geïntegreerde zorg door elkaar gebruikt. Hoewel de twee vormen van zorg zeker met elkaar samenhangen, zijn ze ook verschillend.

Integrale zorg is zorg waarbij gezondheid bekeken wordt vanuit somatisch, psychisch en maatschappelijk perspectief (9). Maar de term integrale zorg wordt ook wel gebruikt om “continuïteit van zorg” (zoveel mogelijk geleverd door één zorgverlener) aan te geven (10). Huisartsenzorg is te typeren als integrale zorg, dat wil zeggen zorg waarbij de gehele patiënt centraal staat (11). In Overvecht krijgt deze integrale zorg expliciet vorm doordat vanuit de ‘4D gedachte’ of ‘4D model’ wordt gewerkt, dat wil zeggen dat problemen en hulpvragen worden bekeken en ingedeeld in vier domeinen: lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal (12). Het 4D model wordt in hoofdstuk 4 in detail besproken.

Geïntegreerde zorg is samenhangende zorg waaraan meerdere zorgverleners of zorgaanbieders op verschillende momenten een bijdrage leveren, zoals zorg die in ketenzorg wordt geboden en in andere samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders. Integrale huisartsenzorg is onderdeel van geïntegreerde zorg (11).

Singer e.a. (2011) voegen in hun omschrijving van geïntegreerde zorg integrale zorg en geïntegreerde zorg samen door ‘patient centredness’ als essentieel element op te nemen. De centrale rol van de patiënt als actieve deelnemer in zijn of haar eigen gezondheid wordt daarmee benadrukt. Volgens Singer houdt geïntegreerde patiëntenzorg in dat zorgprofessionals in staat zijn de zorg te coördineren tussen verschillende (zorg)professionals, (gezondheids)voorzieningen en ondersteuning vanuit de familie of buurt; dat er continuïteit van zorg is in de tijd en tussen verschillende consulten; dat de zorg is toegespitst op de behoeften en voorkeuren van de individuele patiënt; en dat het geheel van zorg is gebaseerd op een gedeelde verantwoordelijkheid van patiënt en zorgverleners om tot een optimale gezondheid te komen (13). Geïntegreerde zorg vraagt een nauwe samenwerking tussen publieke gezondheid, eerstelijnszorg en het sociale domein (14). Deze omschrijving van Singer e.a. van geïntegreerde zorg past goed bij de zorg die wordt verleend door de zorgverleners in Overvecht.

Hoewel er wel wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar geïntegreerde zorg is er geen eenduidig beeld van de effecten. Er is nog veel onderzoek nodig om de effecten op patiënt-gerelateerde uitkomsten vast te stellen. Van de effecten van geïntegreerde zorg op kosteneffectiviteit is nog minder bekend. Voor het ontbreken van evidentie in de literatuur voor eenduidige effecten van geïntegreerde zorg zijn een aantal verklaringen. In de literatuur staat de samenwerking meestal centraal, maar geïntegreerde zorg (of ook wel: gecoördineerde zorg) wordt zeer verschillend gedefinieerd. Soms gaat het over de integratie van organisaties en systemen en soms over een afgebakende interventie voor specifieke patiëntengroepen zoals mensen met diabetes, kwetsbare ouderen of oncologiepatiënten. Daarnaast zijn de onderzochte vormen van geïntegreerde zorg vaak summier omschreven en is de kwaliteit van de studies en de gehanteerde meetinstrumenten laag (13, 15). De vorm van samenwerking en integratie in de zorg, alsmede de effecten ervan zijn uiteraard ook sterk afhankelijk van de specifieke context waarin dit plaats vindt. Dit alles maakt het onderzoeken van effecten en werkzame elementen van geïntegreerde zorg lastig en resultaten van onderzoek zijn moeilijk te generaliseren (16, 17).

In Overvecht gaat de samenwerking niet alleen over samenwerking in de eerste lijn, maar juist ook over samenwerking met de nulde (wijk) en de tweede lijn. De aanname is dat door doelmatiger zorg in de nulde- en eerste lijn te bieden, minder naar de duurdere tweede lijn zal worden doorverwezen. In het project *Gesundes Kinzigtal* waar ook vergaande samenwerking tussen nulde-, eerste- en tweede-lijn is doorgevoerd, werden inderdaad minder ziekenhuiskosten gemaakt (en minder medicatie voorgeschreven) (18). Een eerste onderzoek binnen de Gezonde Wijk Overvecht liet zien dat patiënten in Overvecht toen de geïntegreerde zorg in toenemende mate werd ingezet (2006-2011), meer huisartsenzorg gebruikten dan bewoners van vergelijkbare controlewijken. Zij maakten met name meer gebruik van langere consulten en van weekend- en avondzorg. Daarentegen werd er minder gebruik gemaakt van ambulante DBC's in de tweede-lijn (3). Uit eigen onderzoek van Zilveren Kruis bleek dat de zorgkosten onder hun verzekerden in Overvecht Gezond van 2006 naar 2011 met 4% daalden en deze trend zich voortzet in 2012.

2 Geïntegreerde zorg in de Gezonde Wijk Overvecht

In dit hoofdstuk wordt de geïntegreerde aanpak in de wijk Overvecht beschreven aan de hand van het Regenboog Model voor Geïntegreerde Zorg (RMGZ) van Valentijn (19-21). Er wordt een relatief beperkte theoretische onderbouwing gegeven van de elementen professionele integratie (§2.4) en organisatorische integratie (§2.5). Professionele, functionele en normatieve integratie zijn in de interviews aan bod gekomen (§2.6). Het onderbouwen van de populatiegerichte zorg (§ 2.2) valt buiten het bestek van dit onderzoek en de onderbouwing van persoonsgerichte zorg (§ 2.1) en klinische integratie (§2.3) wordt in hoofdstuk 3 gegeven.

De Gezonde wijk Overvecht is een netwerk van partijen die samenwerken in zorg, welzijn en preventie in de wijk. Samenwerkingspartners zijn Stichting Overvecht Gezond (eerstelijnszorgverleners), Buurtteamorganisaties, thuiszorgorganisaties Careyn en Buurtzorg, de zorgorganisatie voor basis generalistische GGZ Indigo, St. Antoniusziekenhuis, sociaal makelaars Wijk & Co, Zilveren Kruis en gemeente Utrecht. Gezonde Wijk Overvecht omvat zowel structurele als tijdelijke samenwerkingsvormen.

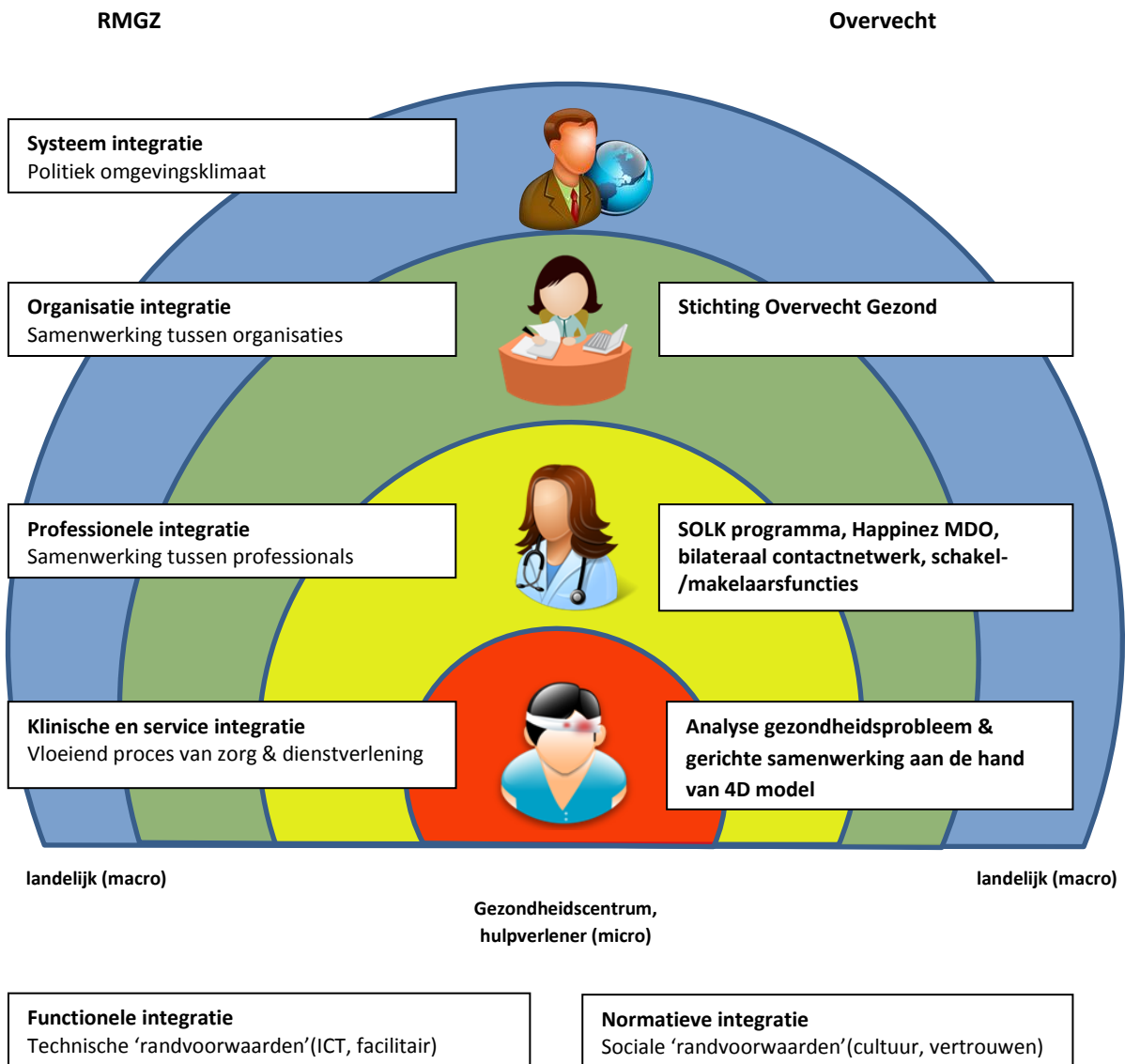
De geïntegreerde benadering in 'De Gezonde Wijk Overvecht' laat zich goed beschrijven met het Regenboog Model voor Geïntegreerde Zorg (RMGZ) van Valentijn (19-21) (figuur 1). Dit recent ontwikkelde model beschrijft geïntegreerde zorg vanuit het perspectief van de eerstelijnsgezondheidszorg. In het model worden twee sturingsmechanismen van de eerstelijnsgezondheidszorg onderscheiden, te weten mens- of persoonsgerichte zorg en populatiegerichte zorg.

Deze twee sturingsmechanismen impliceren integratie op drie niveaus: het microniveau, waar klinische integratie van zorg en hulpverlening plaatsvindt, het mesoniveau waar professionele en organisatorische integratie centraal staan en het macroniveau waar regels en beleid in gezondheidssystemen geïntegreerd (moeten) worden. Hoewel de effecten van deze geïntegreerde zorg op de uitkomsten van patiënten nog verder onderzocht moet worden, geeft het model de relatie tussen geïntegreerde zorg en eerstelijnszorg goed weer (20).

2.1 Persoonsgerichte zorg in Overvecht

Binnen Overvecht wordt de oplossing voor de geschetste problematiek gezocht in de combinatie van persoonsgerichte en populatiegerichte zorg en in een sterke, goed samenwerkende eerste lijn. Patiënten worden benaderd vanuit een persoonsgerichte visie (1, 2). Persoons- of patiëntgerichte zorg heeft als kenmerk dat de klachten van de patiënt niet alleen als medisch probleem worden gezien, maar dat een relatie wordt gelegd tussen medische, psychische en sociale problematiek. De persoonsgerichte benadering is van belang voor wat Valentijn aanduidt als klinische integratie op het microniveau (zie §3.3). In Overvecht wordt persoonsgerichte zorg geboden door het werken vanuit het 4D model. In dit model wordt de relatie gelegd tussen fysieke, psychische en sociale problematiek. Het 4D model wordt later in dit rapport uitgebreid beschreven en met literatuur onderbouwd (hoofdstuk 3).

Figuur 1: Geïntegreerde zorg in het RMGZ model (aangepast model van Valentijn, 1-3)



2.2 Populatiegerichte zorg in Overvecht

De aanpak van De Gezonde Wijk Overvecht is naast persoonsgericht ook duidelijk populatiegericht. Centraal kenmerk van populatiegerichte zorg is de erkenning door (zorg)professionals dat gezondheid van individuen niet alleen wordt bepaald door hun eigen medisch/genetische factoren, maar ook door familieomstandigheden, (woon)omgeving, (gezondheids-)gedrag en de sociaal economische context waarin iemand leeft (22). Om het (gezondheids-)probleem van een individuele patiënt goed te begrijpen en adequaat te behandelen moet met al deze factoren rekening worden gehouden. In een populatiegerichte benadering wordt de zorg en ondersteuning

in een wijk als geheel ingericht op basis van informatie over de gezondheid en zorgbehoefte van groepen wijkbewoners met bepaalde kenmerken. Door de combinatie van patiënt- en populatiegerichte aanpak kunnen belangrijke verbindingen worden gelegd tussen gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen (21). Dit gebeurt ook in Overvecht, waar verschillende gezamenlijke initiatieven worden ontplooid die specifiek zijn afgestemd op de wijk en haar bewoners. Voor kwetsbare groepen jongeren, volwassenen en ouderen in de wijk, zijn gezamenlijk speciale programma's opgezet. Zo bieden de fysiotherapiepraktijken beweegprogramma's aan voor patiënten met verschillende chronische aandoeningen (diabetes, COPD, VRM) en voor mensen met meervoudige problematiek. Hierbij wordt samengewerkt met de beweegmakelaar en het beweegaanbod in de wijk. Er zijn screeningsprojecten geweest voor het opsporen van vitamine D tekort, empowerment programma's voor Marokkaanse vrouwen en projecten om overgewicht bij de jeugd tegen te gaan (2). Er is een buurtteam-sociaal gevormd om mensen met gezondheids- en maatschappelijke problematiek te ondersteunen en is er een buurtteam voor jeugd en gezin. Voor een kwetsbare populatie als die van Overvecht, met veel complexe problematiek en een lage SES is een dergelijke populatiegerichte benadering van (gezondheids-)zorg en samenwerking tussen zorg en welzijn extra relevant (23).

In het project Krachtzorg (zie ho. 3) is een screeningsinstrument binnen het datamanagementsysteem van de huisartspraktijken ontwikkeld om op praktijk- en wijkniveau de risicopopulatie in beeld te brengen. Het screeninginstrument brengt de potentiële risicogroep in kaart op basis van patiëntkenmerken uit het HIS, zoals chronische aandoeningen, GGZ diagnoses, medicatiegebruik, contactfrequentie, etc. Zo kunnen huisartsen en andere professionals in het team bewoners met de hoogste risico's identificeren en zo nodig actief benaderen wanneer zij nog niet in beeld zijn of onvoldoende zorg lijken te ontvangen.

2.3 Klinische integratie in Overvecht

Klinische integratie wil zeggen dat de zorg persoonsgericht is, en (het welzijn van) de persoon als geheel behandelt, in plaats van alleen zijn/haar specifieke (medische) klachten. De zorg is afgestemd op de behoeften en waarden van de patiënt, die waar mogelijk zelf de regie houdt. Dit vraagt een actieve inbreng van de patiënt en een gezamenlijke besluitvorming ten aanzien van het behandeltraject. In Overvecht wordt naar de gehele persoon gekeken en worden fysieke, psychische, sociale en maatschappelijke problemen samen in kaart gebracht. De focus van de zorgprofessionals in Overvecht is daarnaast verschoven van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG)(24, 25), wat aansluit bij deze persoonsgerichte benadering waarin het versterken van de eigen mogelijkheden en kracht van de patiënt een belangrijk uitgangspunt is. Deze klinische integratie, of persoonsgerichte manier van werken in Overvecht komt heel duidelijk tot uitdrukking in het 4D model dat binnen 'Krachtige basiszorg' een centrale plaats in neemt (zie hoofdstuk 3). In de scholing in het werken met het 4D model hebben zorgverleners in Overvecht geleerd om door hun houding en motiverende gesprekmethodiek de patiënt te ondersteunen in het voeren van de eigen regie (2). Zorg- en wijkprofessionals ondersteunen patiënten bij het ontwikkelen van gezond gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en welzijn (1).

2.4 Professionele integratie in Overvecht

Bij een populatiegerichte aanpak zijn professionele en organisatorische integratie op het mesoniveau van belang (21). Professionele integratie verwijst naar de coördinatie van de diensten van professionals van verschillende (zorg)disciplines. Dat betekent dat er samenwerkingsverbanden zijn tussen verschillende professionals die elkaar aanvullen wat betreft competenties en rollen, en die een gedeelde verantwoordelijkheid hebben om een geheel van samenhangende zorg te kunnen bieden aan een bepaalde populatie. Organisatorische integratie verwijst naar de mate waarin deze coördinatie ook op organisatorisch niveau wordt ondersteund en gefaciliteerd (zie § 2.5). Samenwerking van de verschillende professionals en disciplines in de eerste lijn, de tweede lijn en de wijk is zeker in Overvecht cruciaal om de relatief hoge en complexe zorgvraag in Overvecht te kunnen beantwoorden (23). Beide vormen van samenwerking of integratie zijn in De Gezonde Wijk Overvecht duidelijk terug te vinden (26).

Binnen De gezonde Wijk Overvecht werken professionals nauw samen. Deze samenwerking wordt vorm gegeven doordat zorg- en hulpverleners elkaar kennen en regelmatig met elkaar overleggen in zowel patiënt- als niet patiëntgebonden overleg, en zowel in flexibele vormen als in vaste structuren. De gezondheidscentra van Overvecht Gezond bieden aan verschillende eerstelijnszorgverleners en hulpverleners (fysieke) ruimte voor spreekuren op locatie, en er is onderlinge afstemming en overleg. Afhankelijk van de vraag van de patiënt zijn er soms tijdelijke samenwerkingsvormen binnen de Gezonde Wijk Overvecht. De samenstelling van zorg en wijkprofessionals binnen zo'n tijdelijke samenwerking is flexibel. Samenwerking varieert van bilateraal overleg, elkaar consulteren, een tijdje meelopen met een andere professional tot aan het volledig overdragen van de regie aan een andere professional (27).

Er zijn afspraken dat wijkteams en zorgverleners in de eerste lijn elkaar en in ieder geval de huisarts informeren wanneer zij iemand in zorg hebben, zodat de huisarts overzicht heeft van de problematiek van de patiënt en de geboden zorg (26, 27). Onder andere via vaste contactpersonen van het buurtteam en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) die de casusbesprekingen van het buurtteam bijwoont, wordt dit geborgd. Door deze korte lijnen tussen vaste contactpersonen van de verschillende disciplines wordt bijgedragen aan de continuïteit van zorg.

Daarnaast is er samenwerking met diverse wijkspecialisten (van het Antoniusziekenhuis) die door huisartsen als vast contactpersoon gemakkelijk kunnen worden geconsulteerd of die deelnemen aan een multidisciplinair overleg. Door kort overleg en afgestemd beleid tussen huisarts en specialist die elkaar wat beter kennen, kan soms onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn worden voorkomen en worden patiënten eerder terugverwezen. Deze wijkspecialisten werken (ook) in de polikliniek in de wijk. Naast de specialisten van het Antonius zijn er consultatieafspraken en meekijkconsulten van psychiaters, ook op locatie in het gezondheidscentrum. Er zijn korte lijnen voor consultatie van specialisten ouderengeneeskunde.

Professionals in Overvecht werken daarnaast ook op structurele wijze samen aan zorgprogramma's en innovatieve projecten. Huisartsen werken samen met fysiotherapeuten, diëtisten, apotheek, podotherapeuten en andere disciplines aan de uitvoering en kwaliteitsverbetering van de chronische zorg voor diabetes, COPD en CVRM. In de uitvoering van de zorgprogramma's wordt samengewerkt met andere huisartsenpraktijken in de Huisartsen Utrecht Stad.

Daarnaast zijn de interventies SOLK, Happinez en Krachtige Basiszorg ontwikkeld en geïmplementeerd (25, 27-29) (box 1).

Krachtige basiszorg is een programmatische geïntegreerde benadering van de zorg voor de groep patiënten met de hoogste risico's op gezondheidsproblemen en hoge zorgkosten (25, 27) en komt in hoofdstuk 3 uitgebreid aan de orde.

Box 1. Interventies SOLK en Happinez

SOLK is een stepped en matched care behandelingsmethode voor mensen met somatisch onvoldoende verklaarde klachten waarin samenwerking tussen huisartsen, POH-GGZ, fysiotherapeut en soms psychiater of psycholoog een belangrijke kenmerk is. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt en ook schriftelijk vastgelegd tussen betrokken zorgverleners. Er is een SOLK expertteam opgezet bestaande uit een huisarts, POH-GGZ, fysiotherapeut, GZ psycholoog en buurtteam medewerker. Dit team brengt aan huisartsen en POH-GGZ (desgewenst) behandeladvies uit, verzorgt consultatie tijdens behandelingen en organiseert multidisciplinair overleg. Happinez is een multidisciplinair overleg- en intervisiemethode om binnen een team van zorg en welzijnsprofessionals patiënten met gestapelde medische en maatschappelijke problematiek die ook na reguliere doorverwijzing blijft bestaan gezamenlijk te bespreken en gezamenlijk vervolgstappen te zetten.

Meer in het kader van preventie en gezondheidsbevordering vindt er ook multidisciplinaire samenwerking plaats. Het elkaar kunnen vinden is daarbij belangrijk. In samenwerking met partners in de wijk zijn daarom de routes van de zorgverlening naar het preventie/gezondheidsaanbod inzichtelijk gemaakt, een voorbeeld hiervan is de 'keuzehulp bewegen', waarin gerangschikt naar 'type' patiënt (van zelfstandig en intrinsieke gemotiveerd tot mensen met zeer beperkte zelfmanagementvaardigheden) de route naar een aanbod wordt weergegeven (30). Enkele fysiotherapeuten hebben zich gespecialiseerd in het bieden van een 'beweegconsult' voor patiënten. Er zijn beweegmakelaars in de wijk direct aanspreekbaar voor bewoners en hulpverleners om mee te denken welke beweegactiviteit bij de bewoners past, evt. samen met een vrijwilliger (beweegmaatje).

2.4.1 Evidentie professionele integratie uit de literatuur

- verbeteren van de relatie tussen professionals en multidisciplinair samenwerken hebben een positief effect op gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid
- verhogen van de expertise binnen teams kan leiden tot verbeterde patiëntuitkomsten
- nog geen consistente effecten bekend van professionele samenwerking op zorgkosten en -gebruik

Literatuur professionele integratie nader uitgewerkt

Uit de literatuur naar samenwerkingsverbanden tussen professionals van verschillende organisaties is bekend is dat het investeren in persoonlijke relaties belangrijk is voor het succes van de samenwerking (31, 32). In een review van Davies naar geïntegreerde zorg kwam naar voren dat het verbeteren van de relatie tussen professionals door bijvoorbeeld het vormen van multidisciplinaire teams, het werken op één locatie, of het verwijzen naar dezelfde vaste (zorg)professional tot de meest effectieve vormen van gecoördineerde zorg behoort (17).

Zowel gezondheidsuitkomsten als patiënttevredenheid verbeterden in het merendeel van de studies die deze vorm van gecoördineerde zorg onderzochten. Bosch concludeerde daarentegen in een literatuurreview dat het verhogen van de expertise binnen teams veelbelovend was voor het verbeteren van patiëntuitkomsten, maar dat de toegevoegde waarde van verbeterde coördinatie nog onduidelijk was. Er werden in deze review zeer beperkt effecten op kosten en zorggebruik gevonden (33). Uit een recente review van Schepman e.a. (2015) bleek dat samenwerking in de eerste lijn net zo vaak wel als niet tot betere gezondheidsuitkomsten voor patiënten leidt, en dat er naar de kosteneffectiviteit ervan weinig goed onderzoek is gedaan. Schepman concludeert dan ook dat de aanname dat samenwerking in de eerste lijn in het algemeen zal leiden tot betere efficiëntie waaronder kosteneffectiviteit, hogere tevredenheid van professionals en beter uitkomsten van patiënten niet zonder meer wordt ondersteund (15).

Uit de review van Davies bleek gestructureerd patiëntgebonden overleg (zoals in Overvecht is terug te vinden in onder andere SOLK en Happinez) positief te werken op zowel gezondheids-uitkomsten als patiënttevredenheid. Schepman e.a. (2015) vonden in een review naar multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn dat multidisciplinaire bijeenkomsten relatief gezien het meest effect hadden voor zorgprofessionals zoals verhoogde tevredenheid met hun werk of verminderde kosten (15). Geïntegreerde (individuele) zorgplannen (zoals SOLK) lieten in deze review effect zien op klinische effectmaten (bloeddruk, lab-uitslagen) bij patiënten. Bij niet specifieke patiëntengroepen leek het effect van samenwerking groter dan bij interventies die specifiek op ouderen waren gericht.

2.4.2 Ervaring met professionele integratie (interviews; zie ook bijlage 2)

- Samenwerking in de wijk met huisartsen, POH-ers, en paramedici gaat goed en met het wijkteam steeds beter
- Veel zorg- en hulpverleners hebben vaste contactpersonen of schakelpunten in de wijk en kennen elkaar veelal persoonlijk
- Gezamenlijke besprekingen worden gewaardeerd en leveren niet allen veel kennis op, maar maken de zorg volgens geïnterviewden doelmatiger doordat er samen met de patiënt afstemming plaats vindt over de verschillende vormen van zorg en ondersteuning
- Samenwerking met organisaties wat verder buiten de 'eigen' groep, zoals bijvoorbeeld UWV of bedrijfsartsen is voor verbetering vatbaar
- Het doorverwijzen van mensen naar de crisisopvang in geval van acute psychiatrische problematiek wordt vaak als moeizaam ervaren

2.5 Organisatorische integratie in Overvecht

De *Stichting Overvecht Gezond* is binnen de Gezonde Wijk Overvecht een structureel en organisatorisch samenwerkingsverband van gezondheidscentra, waarbij steeds meer zorg- en (sociale)dienstverleners in de wijk zich aansluiten. De organisatie wordt aangestuurd door een bestuur dat wordt gevormd door vertegenwoordigers van de aangesloten gezondheidscentra. Stichting Overvecht Gezond faciliteert samenwerking, sluit overeenkomsten met zorgverzekeraars voor geïntegreerde eerstelijnszorg, ontwikkelt beleid en maakt goede werkafspraken mogelijk.

Op deze manier faciliteert Overvecht Gezond de verbinding tussen zorg, welzijn en preventie in de wijk en zorgt daarmee voor organisatorische integratie. Binnen Overvecht Gezond vindt regelmatig beleids- en besluitvormingsoverleg plaats (25).

Volte, het scholingsinstituut dat is voortgekomen uit Stichting Overvecht Gezond, verzorgt bijeenkomsten, scholing, begeleiding en innovaties gericht op multidisciplinair samenwerken in de wijk voor alle (zorg)professionals uit de eerste lijn en het sociale domein. De scholing wordt in samenwerking met ervaren professionals aangeboden. De in Overvecht ontwikkelde methodiek wordt inmiddels op verzoek van professionals in andere wijken in de stad geïntroduceerd. De gemeente heeft in 2015 voor 5 wijken subsidie beschikbaar gesteld voor een gezamenlijke 4D scholing van buurtteams, huisartsen en andere disciplines als JGZ en wijkverpleging (26).

2.5.1 Evidentie organisatorische samenwerking uit de literatuur

- Vanaf het begin managen van het samenwerkingsproces bevordert het succes ervan
- Scholing gericht op samenwerking en communicatie heeft positieve effecten heeft op de gezondheidsuitkomsten van patiënten en hun tevredenheid met de zorg

Literatuur organisatorische samenwerking nader uitgewerkt

In een onderzoek van Valentijn naar 69 samenwerkingsverbanden uit het programma 'Op één lijn', was het vanaf het begin managen van het samenwerkingsproces (zoals door de Stichting Overvecht Gezond wordt nagestreefd) één van de meest belangrijke voorspellers van het succes van de samenwerking (32). In een systematische review van Davies naar het effect van gecoördineerde zorg kwam naar voren dat het volgen van gezamenlijke scholing of scholing gericht op samenwerking en communicatie (zoals door Volte wordt verzorgd) positieve effecten heeft op de gezondheids-uitkomsten van patiënten en hun tevredenheid met de zorg (17).

2.6 Functionele en normatieve integratie in Overvecht

In het Regenboogmodel worden functionele en normatieve integratie als randvoorwaarden genoemd om de drie niveaus van integratie met elkaar te verbinden zijn. Functionele integratie verwijst naar technische randvoorwaarden zoals faciliteiten en activiteiten (bijv. financieel, management en informatiesystemen) die verantwoording en besluitvorming tussen organisaties en professionals coördineren en ondersteunen. Overvecht Gezond stimuleert en faciliteert dit binnen de eerste lijn o.a. door een gezamenlijke kwaliteits- en datamanagementsysteem en ICT ontwikkelingen, zoals implementatie van zorgmail en het bewonersportaal mijngezondheidinovervecht.nl. Bekend is dat de informatiesystemen van buurtteams en huisartsen in Overvecht nu nog moeizaam met elkaar communiceren en dit verbetering behoeft (27). Het 4D model (hoofdstuk 4) is een belangrijk gemeenschappelijk communicatiemiddel. Het samenwerkings- en financieringsmodel wordt door Overvecht Gezond samen met Zilveren Kruis, gemeente Utrecht en de samenwerkingspartners uit de wijk nog steeds verder (door)ontwikkeld. Normatieve integratie betekent dat er een gedeelde missie, cultuur, normen en waarden bestaan binnen organisaties en groepen professionals. Binnen De Gezonde Wijk Overvecht is een gezamenlijke visie en strategie geformuleerd door alle betrokken partijen waarin doelen, uitgangspunten, activiteiten en benodigde competenties van professionals zijn uitgewerkt (24-26, 34).

Gedeelde missie, normen en waarden worden verder nagestreefd door gezamenlijke zorgprogramma's voor specifieke groepen patiënten maar ook door gezamenlijke bijeenkomsten, casusbesprekingen, afspraken voor overleg en informele contactmomenten. Er is een afspraak dat men elkaar aanspreekt als er iets niet goed gaat (26). Ook de gezamenlijke scholingen gericht op samenwerking kunnen hiertoe bijdragen. Tenslotte speelt het 4D model een belangrijke rol bij het vormen van een gezamenlijk visie ten aanzien van de benadering van (gezondheids)problemen van patiënten en het spreken van één taal. Wel wordt er binnen De Gezonde Wijk Overvecht een spanningsveld gesignaleerd tussen het belang van informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgdomeinen en de privacy van de cliënt (en de wens de regie bij de patiënt te laten (26). Bekend is dat een gedeelde missie, cultuur, normen en waarden binnen organisaties en groepen professionals een belangrijke bepalende factor is voor het succes van samenwerking (14, 31). Het in detail zoeken naar ondersteuning van de effecten van functionele en normatieve integratie vanuit de literatuur viel echter om praktische redenen buiten het bestek van dit rapport.

2.6.1 Ervaring met functionele en normatieve integratie (interviews; zie ook bijlage 2)

- Er wordt door de geïnterviewde zorg- en hulpverleners een gedeelde visie op gezondheid en zorg ervaren
- Het onderling uitwisselen van gegevens is lastig, zowel wat betreft ICT als wat betreft privacy
- Binnen het buurtteam wordt informatie over de problematiek en/of behandeling van de patiënt alleen met elkaar gedeeld wanneer de patiënt daar expliciet toestemming voor geeft, maar liever nog willen zij dat de patiënt zelf iedereen van de relevantie informatie voorziet
- Zorgverleners vinden het moeilijk om voor deze informatie-uitwisseling op de patiënt zelf te vertrouwen: patiënten vergeten dit of weten niet goed wat ze waarom aan wie moeten vertellen
- Zorgverleners geven aan dat zij niet altijd horen of iemand is aangekomen bij het buurtteam wanneer zij hen daarnaar verwezen hebben

3 Krachtige basiszorg

In dit hoofdstuk wordt eerst kort omschreven voor welke patiëntengroep de Krachtige Basiszorg is bedoeld, wat de uitgangspunten van de aanpak zijn en wat het 4D model inhoudt. Vervolgens wordt een aantal andere, bestaande modellen uit de literatuur besproken, die een vergelijkbare aanpak hebben. Uiteindelijk wordt gekozen voor het Expanded Four Habits Model (EFHM) van Lundebj (35) om aan de hand daarvan de aanpak van Krachtzorg te beschrijven en de kenmerkende elementen te onderbouwen.

Ter intensivering van de aanpak Gezonde Wijk Overvecht is in 2014 door Overvecht Gezond in samenwerking met Zilveren Kruis en de eerste buurtteams gestart met een programma om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren en de zorgkosten nog verder terug te dringen. Dit programma heet 'Krachtige basiszorg' of in het kort 'Krachtzorg' en is gericht op de ca. 15% van de patiëntenpopulatie die de hoogste risico's hebben op gezondheidsproblemen en hoge zorgkosten (25, 27). Deze mensen zijn deels al in zorg maar voor een deel juist minder in beeld bij de huisarts. In Overvecht zijn veel mensen met multipale problematiek. Hun klachten hebben soms een medische oorzaak maar soms ook niet. Vaak is sprake van gestapelde problematiek, zowel medisch en psychisch als maatschappelijk. Door onderlinge samenwerking kunnen huisartsen en andere zorg- en hulpverleners hun patiënten beter ondersteunen bij het oplossen van deze problematiek, maar ook bij het ondersteunen van mensen in het voeren van de regie over hun eigen gezondheid (25, 27).

Krachtige basiszorg heeft de volgende uitgangspunten (25, 27):

- Professionals in de basiszorg, medisch (incl. psychische basiszorg) en sociaal, werken volgens een gezamenlijk kader met een gedeelde visie, één 'taal' (met het 4-Domeinen model als basis), heldere samenwerkingsafspraken en een gezamenlijk signaleringssysteem¹.
- Krachtzorg is voor alle bewoners in de buurt met complexe problematiek, er is verbinding naar preventie en de wijk en de eigen regie van de bewoners staat centraal.
- Medische- en sociale professionals hebben in de uitvoering van de basiszorg ieder een eigen opdracht en eigen expertise in de ondersteuning van bewoners.
- Voor versterking van de basiszorg creëren partijen een 'lerende omgeving' en sturen zij op gezamenlijke verantwoordelijkheid, vertrouwen en onderlinge feedback.
- Krachtzorg wordt uitgevoerd door proactief samenwerkende generalistische professionals. De samenwerking is flexibel en wordt toegesneden op de vraag van de cliënt.

Bovenstaande uitgangspunten zijn niet uniek voor Krachtige basiszorg maar staan centraal in de gehele geïntegreerde aanpak in De Gezonde Wijk Overvecht, die in hoofdstuk 2 is beschreven; Het verschil is dat Krachtzorg er specifiek is voor patiënten met de meest complexe problematiek Het 4D model, dat binnen de Krachtige Basiszorg een centrale plaats inneemt is als instrument wel nieuw.

¹ Case-finding in de praktijk en via het screeningsinstrument in het HIS

3.1 Het 4D model

Het 4 Domeinenmodel (4D-model) is bedoeld om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor de meest complexe patiëntengroep binnen Overvecht te verbeteren (12). Het model is practice based, in eerste instantie opgezet door huisartsen en later samen met andere professionals doorontwikkeld. Het model is een communicatie- en analysemodel voor professionals in het medische en sociale domein, zoals huisartsen en praktijkondersteuners van de huisarts voor GGZ of voor somatische klachten, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, medewerkers van sociale wijkteams of buurtteams.

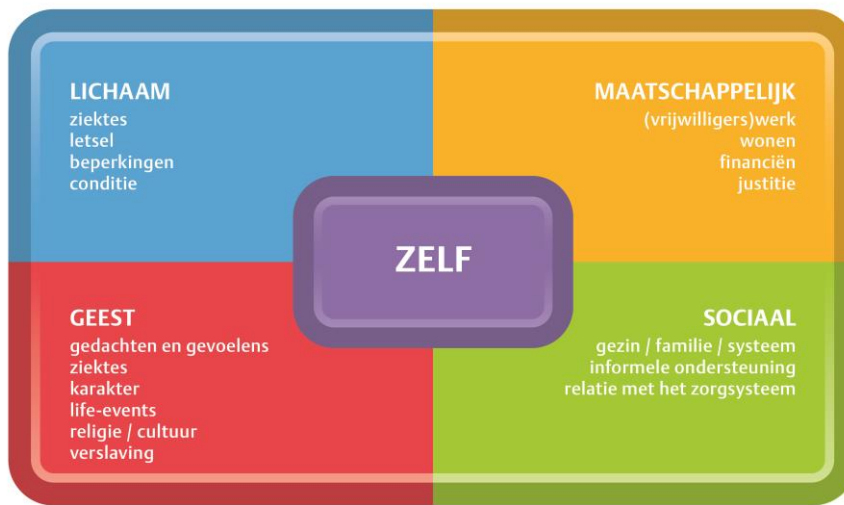
De belangrijkste onderliggende (persoonsgerichte) gedachte bij de ontwikkeling van het 4D model was dat niet-medische aspecten de gezondheid(sbeleving) kunnen beïnvloeden. Als deze aspecten niet bij de risico-analyse en behandeling worden betrokken, blijven de lichamelijke klachten bestaan. Daarnaast is monodisciplinair werken voor de doelgroep vaak ontoereikend. Het 4D model is daarmee een belangrijk instrument voor wat Valentijn aanduidt met klinische integratie (§ 2.3).

Binnen het 4D model dat is gebaseerd op de ICF2, worden problemen en hulpvragen ingedeeld in vier domeinen: lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal (12). Van het 4D model is een papieren formulier gemaakt dat samen met de patiënt kan worden ingevuld en aan de patiënt kan worden meegegeven. Het model geeft zo zicht op wat er speelt in de vier verschillende domeinen, hoe dat elkaar onderling beïnvloedt en wat de invloed is op de gezondheidsbeleving van de patiënt. De patiënt kan met behulp van het model aangeven wat prioriteit heeft voor zijn gezondheid. Het feit dat de patiënt in het midden van het model staat symboliseert dat hij of zij zelf de regie heeft, of zou moeten hebben. Daarmee sluit de werkwijze aan bij de nieuwe definitie van gezondheid van Huber (2012): 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'(36).

Door (gezondheids)problemen in deze 4 domeinen uiteen te rafelen ontstaat overzicht over de klachten van de patiënt en hun samenhang. Ook wordt duidelijk op welke terreinen er zorg of hulp moet worden ingezet, of misschien reeds ingezet is. Dat brengt in beeld wie er allemaal bij deze patiënt betrokken is en geeft zicht op kansen en risico's. Met dit 4D model wordt een patiëntgerichte benadering of communicatie bewerkstelligd (37). Tevens helpt dit overzicht bij de afstemming en communicatie tussen verschillende zorg- en hulpverleners. Daarmee is het 4D-model dus niet alleen bruikbaar bij het verhelderen van de hulpvraag, maar is het tevens een hulpmiddel in de interactie tussen professional en patiënt en tussen professionals onderling.

² <http://www.rivm.nl/who-fic/indexned.html>

Figuur 2 4D-MODEL, Professional Subitems © Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond (12)



4D-MODEL Professional Subitems © Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond

3.2 Vergelijkbare modellen in de literatuur

Het 4D model en de gehele benadering binnen de Krachtige Basiszorg in Overvecht sluiten theoretisch goed aan bij het six function model van de Haes en Bensing (38), het Four Habits Model van Frankel (39) en de zes communicatievaardigheden die door van Stensrud zijn ontwikkeld (40). Het Four Habits Model van Frankel (39) is zowel een manier van gestructureerde gegevensverzameling over de patiënt en zijn (gezondheids)probleem, als een manier van omgaan met emoties van de patiënt. Smit e.a. (2013) noemen het Four Habits Model een methode om het biopsychosociale model van Engel (41) 'wetenschappelijk' of in ieder geval concreter en beter overdraagbaar te maken (42). In het Four Habits Model worden op systematische wijze problemen op biologisch, psychologisch en sociaal gebied in kaart gebracht en in samenhang beschreven. Doordat het 4D model sterk is gebaseerd op het biopsychosociale model van Engel worden deze domeinen ook hier expliciet in kaart gebracht, maar is daar een relevant vierde, maatschappelijk domein aan toegevoegd.

De vier 'habits' die in het Four Habits Model worden onderscheiden en die ook binnen de 4D benadering bestaan zijn:

- I Investeer in het begin van het consult (vraag kort naar de klacht, naar de zorgen van de patiënt en plan het consult)
- II Achterhaal het perspectief van de patiënt: wat zijn de patiënt's eigen ideeën, wat zijn specifieke (hulp)vragen wat is de impact van de klachten op het leven van de patiënt?
- III Laat empathie zien (sta open voor de patiënt zijn/haar emoties, toon verbaal en non-verbaal empathie)
- IV Investeer in het einde van het consult (geef diagnostische informatie, betrek de patiënt bij beslissingen en rond het consult af)

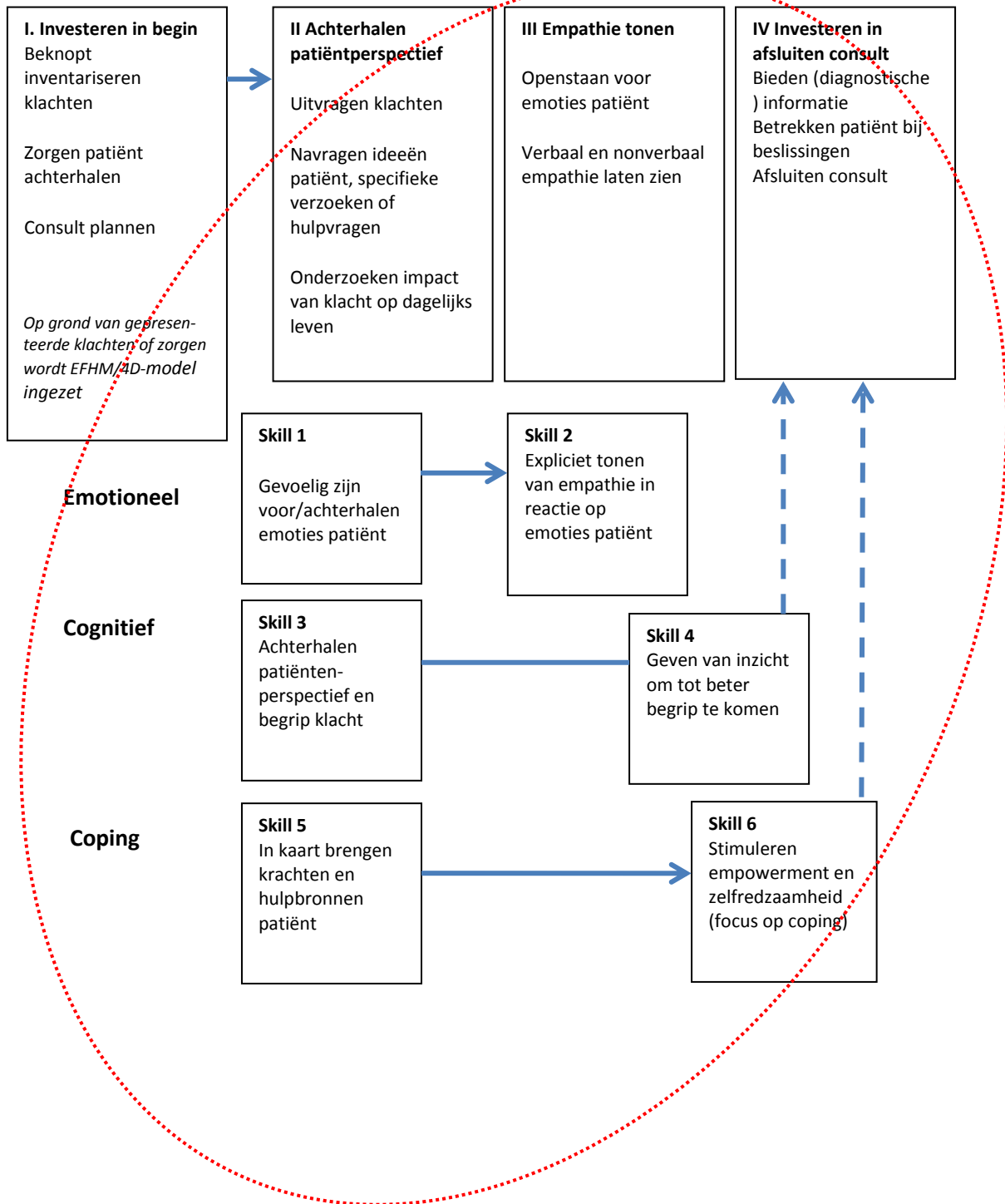
De manier van bevragen van de patiënt die wordt bepleit in het Four Habits Model past binnen een patiëntgerichte benadering of communicatie. Zonder goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt is het moeilijk om tot een adequate diagnostiek en behandeling te komen (43). Er bestaan verschillende omschrijvingen van patiëntgerichte communicatie, maar gemeenschappelijke aspecten zijn: het inventariseren van het gezondheidsprobleem en de manier waarop dit door de patiënt zelf begrepen en ervaren wordt; het benaderen van de patiënt als geheel met aandacht voor zijn emotionele behoeften, waarden en leefomstandigheden; het werken aan een goede arts-patiënt relatie; het actief betrekken van de patiënt bij de beslissingen ten aanzien van zijn of haar behandeling; en het versterken van de eigen mogelijkheden en krachten van de patiënt (35, 37, 44-48). Deze aspecten van patiëntgerichte communicatie zijn allen terug te vinden in de 4D benadering binnen Krachtzorg (12).

Goede (patiëntgerichte) communicatie vraagt specifieke vaardigheden van de zorgverlener. Door Stensrud et al. (40) zijn zes communicatievaardigheden beschreven waarvan is aangetoond dat zij een relatie hebben met positieve uitkomsten van een consult bij mensen met uiteenlopende complexe en/of mentale klachten. Deze vaardigheden zijn:

1. Gevoelig zijn voor en verkennen van de emoties van de patiënt (belangrijk bij habit II)
2. Expliciet empathie tonen in reactie op de door de patiënt getoonde emoties (zie habit III)
3. Inventariseren en ontrafelen van het perspectief van de patiënt en zijn of haar (cognitieve) begrip van de klacht(en) (belangrijk bij habit II)
4. Inzicht geven in de klachten en hun samenhang om tot een beter begrip te komen (belangrijk bij habit IV)
5. In kaart brengen van de (hulp)bronnen van de patiënt en zijn of haar eigen krachten (belangrijk bij habit II)
6. Bevorderen van zelfredzaamheid (belangrijk bij habit IV)

Lundeby heeft deze vaardigheden samengenomen met het Four Habits Model van Frankel en gecombineerd tot het Expanded Four Habits Model (EFHM) (35). Een meerwaarde van het Expanded Four Habits Model model boven het six function model van Haes en Bensing is dat expliciet aandacht wordt gegeven aan het inventariseren van de eigen hulpbronnen en krachten van de patiënt, wat ook in De Gezonde Wijk belangrijk wordt gevonden. Het Expanded Four Habits Model kan daarom goed worden gebruikt om de 4D aanpak van Krachtzorg te beschrijven. Het Expanded Four Habits Model is recent ontwikkeld en als zodanig nog niet empirisch onderbouwd, maar veel van de kenmerkende elementen van het model wel. In de volgende paragrafen wordt aan de hand van het Expanded Four Habits Model weergegeven hoe het gebruik van het 4D model in de praktijk plaatsvindt en wat de evidentie vanuit de literatuur is voor de kenmerkende elementen uit deze aanpak.

Figuur 3. Het Expanded Four Habits Model en de 4D benadering (Krachtige Basiszorg) (4D=....)



3.3 Wanneer en bij wie wordt het 4D-model ingezet?

(Habit I van het EFHM)

Het 4D-model kan worden gebruikt bij patiënten met complexe problematiek die hun gezondheid als slecht ervaren en problemen hebben in meerdere levensgebieden. Niet alle patiënten zullen hun zorgen of problemen zo expliciet uiten dat deze door de zorgverlener direct kunnen worden opgepikt. Daarom is het uitvragen van de zorgen van de patiënt en het samen bepalen van de verdere inhoud en prioriteiten van het consult belangrijk.

Een patiënt die bij de huisarts komt presenteert zich meestal met fysieke klachten. In een consult wordt primair op deze fysieke klachten in gegaan om te bepalen of er direct actie moet worden ondernomen, bijv. in de vorm van verder onderzoek of een verwijzing naar de tweede lijn. Bij enkelvoudige fysieke gezondheidsklachten gaat een patiënt gewoon de reguliere zorg in bij de huisarts.

Wanneer de patiënt direct complexe problematiek aangeeft in het eerste contact, of min of meer expliciete signalen afgeeft van zorgen of emotioneel lijden wordt het 4D model ingezet. Er kan dan sprake zijn van potentiële mentale gezondheidsproblemen, maar het kan bijvoorbeeld ook iemand zijn met lichamelijke klachten die daarnaast kampt met schulden en slapeloosheid en een beperkt sociaal netwerk heeft.

Ook wanneer de patiënt onvoldoende zorg draagt voor zijn eigen gezondheid, of wanneer de reeds ingezette behandeling stagneert kan het 4D model behulpzaam zijn om dingen expliciet bespreekbaar te maken (12). In die gevallen kan het zijn dat er voor de patiënt problemen spelen in een domein waar de zorgprofessional niet mee bezig is. Met het 4D-model kan de professional samen met de patiënt inventariseren wat er speelt en kunnen samen prioriteiten worden gesteld. Hierna kan een plan worden gemaakt dat zich richt op de belangrijkste problemen.

Het 4D model kan tevens worden ingezet wanneer de patiënt met hulpvragen komt die buiten het domein van de zorgprofessional liggen, of wanneer de patiënt het verband niet lijkt te zien tussen problemen in verschillende levensgebieden en zijn (ervaren) gezondheid.

Het 4D model is in al deze gevallen een goed hulpmiddel om te inventariseren wat precies de hulpvraag is van de patiënt en op welke wijze de patiënt hier zelf mee omgaat. Pas dan kan de juiste zorg voor de patiënt worden bepaald. In het EFHM model wordt deze brede inventarisatie omschreven als Habit II (Achterhalen van het cliëntperspectief).

3.3.1 Evidentie inzetten 4D model

Het 4D model is nieuw en practice-based. Er is daarom nog geen wetenschappelijke evidentie over wanneer en bij wie het inzetten van het model het meest effectief is.

3.3.2 Ervaring met inzetten van 4D model (interviews; zie ook bijlage 2)

- Alle geïnterviewde professionals onderschrijven het belang van de 4D benadering
- Het 4D model wordt verschillend ingezet: enkele huisartsen werken altijd vanuit de 4D benadering, terwijl een ander de eerste of de tweede keer dat iemand met een (fysiek) gezondheidsprobleem komt eerst alleen serieus naar de somatische klacht kijkt
- Het is belangrijk om het juiste moment te kiezen om het gesprek met een patiënt aan te gaan over de andere levensdomeinen; iemand die nog sterk aan een somatische oorzaak denkt of daar bang voor is, staat hier niet voor open

- Het gebruik van het 4D model hangt vooral van de klacht af. Bij hoofdpijn of vermoeidheidsklachten worden medische oorzaken eerst goed onderzocht en behandeld, maar ook direct al kort aangegeven dat andere oorzaken een rol kunnen spelen
- Het model wordt ook ingezet wanneer behandeling (van huisarts of POH-er) na enige tijd stagneert of gaandeweg duidelijk wordt dat er ook andere problemen zijn. Er wordt dan met het 4D model breder gekeken wat er allemaal speelt, wat moet er gebeuren en wie betrokken moet worden
- Voor het goed uitvragen van klachten met het 4D model is een consult van 20 minuten minimaal
- POH-ers hebben meer tijd om met behulp van het 4D model te problematiek te ontrafelen en worden door de huisarts hiervoor ingeschakeld
- Bij de wijkteams wordt het model nu nog zeker niet door iedereen gebruikt, maar wel door enkele 'voorlopers'

3.4 Brede inventarisatie van klachten en achterhalen patiënten perspectief

(Habit II van het EFHM)

Brede inventarisatie klachten

Tijdens deze fase van het consult, die in het EFHM wordt aangegeven met Habit II, moeten de klachten van de patiënt goed worden uitgevraagd. Daarbij wordt eerst in kaart gebracht wat de klachten precies zijn, hoe lang deze al bestaan, wat het precieze verzoek is van de patiënt aan de zorgverlener of wat zijn of haar vragen zijn, en wordt getracht een analyse te maken van de impact van de klacht op het leven van de patiënt. Dat gebeurt binnen Krachtige Basiszorg gestructureerd aan de hand van het 4D model. Wanneer de klachten van de patiënt en zijn/haar beleving daarvan worden geïnventariseerd met het 4D model wordt op een gestructureerde manier relevante informatie uit de vier domeinen 'lichaam', 'geest', 'sociaal' en 'maatschappelijk' verkregen, zonder dat er een domein wordt overgeslagen (12). Het model geeft zicht op wat er speelt in de vier verschillende domeinen, hoe dat elkaar onderling beïnvloedt en wat de invloed is op de gezondheidsbeleving van de patiënt. De patiënt kan met behulp van het model ook aangeven wat prioriteit heeft voor zijn gezondheid. In de Krachtige Basiszorg wordt voor de inventarisatie van de klachten soms ook aanvullend gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten zoals onder andere het SECGS model (49), waarin somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige- en sociale factoren van de klacht worden onderzocht.

3.4.1 Evidentie brede inventarisatie van klachten uit de literatuur

- Het meenemen van psychosociale informatie van patiënten leidt tot een verhoogde tevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten
- Een expliciete inventarisatie van klachten op meerdere levensdomeinen benadrukt dat de patiënt als persoon en op een holistische manier wordt gezien, wat bij complexe problematiek noodzakelijk is

Literatuur brede inventarisatie van klachten nader uitgewerkt

Het inventariseren van de klachten op verschillende levensgebieden wordt als een belangrijk element van goede patiëntgerichte zorg gezien (45-47, 50, 51). Onderzoek laat zien dat het

meenemen van psychosociale informatie tot een verhoogde tevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten kan leiden (51).

Een dergelijke expliciete inventarisatie op meerdere domeinen benadrukt tevens dat de patiënt als een persoon, en op een holistische manier wordt gezien (44). Zeker voor mensen met complexe problematiek is een dergelijke holistische benadering waardevol. In een literatuur review naar ervaringen van patiënten met multi-morbiditeit met de gezondheidszorg werd een gebrek aan holistische kijk van professionals door patiënten als grootste knelpunt genoemd (52). In een onderzoek van O'Brien gaven huisartsen werkzaam in Schotse achterstandswijken aan dat een holistische benadering voor hun patiënten met veelal complexe problematiek noodzakelijk was om de patiënt en zijn/haar klachten goed te behandelen (53).

3.4.2 Ervaring met brede inventarisatie van klachten (met het 4D model) (interviews; zie ook bijlage 2)

- Geïnterviewde zorg- en hulpverleners geven allen aan dat een brede inventarisatie van klachten aan de hand van het 4D model door patiënten wordt gewaardeerd en begrepen
- Huisartsen moeten soms wel goed uitleggen waarom niet alleen naar lichamelijke klachten wordt gekeken, maar ook naar problemen in het psychische en sociaal/maatschappelijk domein; patiënten die bij de POH-er komen weten vaak al dat ze zijn verwezen omdat hun problemen niet (alleen) lichamelijk zijn
- Door de klachten in het 4D model in kaart te brengen en relaties tussen de domeinen uit te leggen ontstaat inzicht bij patiënten in hun eigen klachten
- Voor patiënten is het vaak ook een erkenning dat al deze klachten ook eens door de huisarts of andere hulpverlener met elkaar in beeld en verband gebracht worden
- Zorg- en hulpverleners moeten blijven controleren of de patiënt wel volgt: er moet niet te snel heel breed naar klachten worden gekeken als de patiënt misschien nog vragen heeft over het somatische deel van de klacht
- Een risico van werken met het 4D model is dat te snel in oplossingen wordt gedacht terwijl de patiënt nog graag eerst een analyse van zijn problemen wil
- POH-ers en wijkteammedewerkers benadrukken dat met het 4D model niet alleen naar klachten moet worden gekeken, maar ook expliciet kan worden ingegaan op wat wèl goed gaat

Inventarisatie perspectief en begrip van de patiënt

Tevens wordt aan de hand van het 4D model geïnventariseerd hoe de patiënt zelf tegen zijn klacht aankijkt (cognitief), wat zijn ideeën zijn over de klachten en wat de patiënt zelf al weet of begrijpt van zijn klacht (34). Ook voor het structureren van deze inventarisatie is het 4D model geschikt, omdat het eventueel bestaande problemen binnen de 4 domeinen enerzijds uiteen rafelt, en anderzijds met elkaar in verband kan brengen. Per domein verkent de zorgverlener met de patiënt wat de feiten en de beleving zijn. Hij kan zowel ingaan op wat goed gaat als op klachten, en zo kansen en risico's inventariseren. Daarmee wordt niet alleen verkend hoe de patiënt zijn probleem zelf vanuit zijn perspectief ervaart, begrijpt en interpreteert, maar kan de professional ook gericht informatie geven en de samenhang tussen de verschillende domeinen uitleggen wanneer de patiënt dit zelf (nog) onvoldoende ziet (12).

De professionals in Overvecht gebruiken in de praktijk ook het zogenaamde 'cijfer voor gezondheid'. Door aan de patiënt te vragen: 'Welk cijfer zou u uw gezondheid op dit moment geven?' heeft de professional de beleving van de patiënt helder en kan daar op aansluiten.

3.4.3 Evidentie inventariseren van het perspectief en begrip patiënt vanuit de literatuur

- Systematisch inventariseren van het patiënten-perspectief levert belangrijke informatie voor de zorgverlener op en kan de patiënt-tevredenheid verhogen
- Deze inventarisatie zou moeten plaatsvinden vóórdat de zorgverlener zijn/haar visie geeft op het gezondheidsprobleem of dit uitlegt
- Het begrijpen van elkaars perspectief en het vinden van 'common ground' is belangrijk in de communicatie en wordt ook door patiënten met een lage SES gewaardeerd
- Patiënten waarderen het krijgen van duidelijke en begrijpelijke informatie
- Meer inzicht geven aan patiënten om eigen (soms verkeerde) ideeën bij te sturen kan het vertrouwen tussen arts en patiënt vergroten en een positief effect hebben op gezondheidsuitkomsten
- Het geven van goede informatie en het verhogen van de kennis van de patiënt kan actieve participatie in het consult stimuleren, het omgaan met klachten verbeteren en het commitment van de patiënt voor behandeling verhogen
- Niet iedere patiënt heeft behoefte aan informatie, de mate waarin dit wordt gegeven moet hierop worden afgestemd

Literatuur inventariseren van perspectief en begrip patiënt nader uitgewerkt

Experimenteel onderzoek van Lang e.a. laat zien dat het systematisch inventariseren van het patiënten-perspectief, de eigen ideeën van de patiënt, zijn of haar zorgen en interpretatie van de klacht niet alleen belangrijke nieuwe informatie geeft aan de zorgverlener maar ook de patiënt-tevredenheid kan verhogen (54). Daarbij is het belangrijk dat het inventariseren van het patiëntenperspectief plaats vindt vóórdat de zorgverlener zijn/haar visie op het probleem geeft en het probleem indien nodig op een andere manier uitlegt. Daarna geeft de zorgverlener zijn of haar eigen visie op het probleem, zodat de patiënt zijn/haar gezondheidsprobleem indien nodig anders gaat begrijpen. Het begrijpen van elkaars perspectief en het vinden van 'common ground' of gemeenschappelijke visie is een belangrijk element van patient centred communication (50, 51) en wordt ook door patiënten met een lage SES gewaardeerd. Patiënten geven aan hierdoor het gevoel te krijgen dat zij 'iemand zijn' en het kan de (hiërarchische) afstand tussen zorgverlener en patiënt verkleinen (55). Meer inzicht bieden aan de patiënt en indien nodig zijn eigen (verkeerde) interpretaties en ideeën bijsturen of wijzigen, kan het onderlinge begrip en vertrouwen tussen arts en patiënt vergroten (35).

Patiënten waarderen het wanneer zij duidelijke en begrijpelijke informatie krijgen (56). Het geven van goede informatie en het verhogen van de kennis van de patiënt kan verder ook een actieve participatie in het consult stimuleren, het omgaan met de klachten verbeteren en het commitment van de patiënt voor behandeling verhogen (57, 58). Stewart geeft aan dat er sterke aanwijzingen zijn dat patiëntervaringen en gezondheidsuitkomsten verbeterd kunnen worden door aandacht te besteden aan het begrip van de patiënt van gezondheid en ziekte (50). Daar staat tegenover dat niet iedere patiënt in elke situatie evenveel behoefte zal hebben aan informatie (43, 59). Met name lager opgeleide patiënten, patiënten met een allochtone achtergrond, de meer angstige patiënten en patiënten met een slechtere prognose geven minder vaak de voorkeur aan een sterk patiëntgerichte benadering waarin hun perspectief wordt bevraagd en zij veel informatie krijgen. De mate waarin informatie wordt gegeven aan de patiënt zal daarom moeten worden afgestemd op de behoefte van de patiënt.

Daarnaast moet er naar worden gestreefd om daar waar mogelijk de patiënt die informatie te geven waarmee niet alleen het inzicht in en begrip van de klachten verhoogd, maar waardoor de patiënt ook meer positieve verwachtingen krijgt ten aanzien van het behandelproces, zelfmanagement en (indien reëel) ten aanzien van de prognose. Positieve verwachtingen hebben een gunstig effect op bijvoorbeeld pijn (60), angst, stemming en soms ook ziektespecifieke aspecten als bloeddruk (61-63). Er zijn ook aanwijzingen dat het creëren van positieve verwachtingen ten aanzien van eigen effectiviteit het gebruik van zorg kan terugbrengen (61).

3.4.4 Ervaring met inventariseren perspectief en begrip patiënt (interviews; zie ook bijlage 2)

- Huisartsen en POHers ervaren dat vragen naar de eigen ideeën van de patiënt ten aanzien van de klacht niet altijd gewaardeerd wordt en goed moet worden ingekleed
- Kennis van patiënten ten aanzien van het lichaam en gezondheid is over het algemeen laag, vaak afkomstig uit familie verhalen en moeilijk weerlegbaar door de zorgverlener
- Eigen interpretatie van klachten is veelal somatisch waarbij snel aan ernstige dingen wordt gedacht; de relatie tussen gezondheid en problematiek op een ander terrein is niet voor iedereen helder
- In verband met tijd en (medische) prioriteit geven meerdere geïnterviewde huisartsen aan de ideeën van de patiënt niet eerst uit te vragen
- Eén van geïnterviewde huisartsen vraagt juist wel eerst naar de ideeën van de patiënt, om zo bij het eerste (lichamelijke) onderzoek dan al te kunnen ingaan op eventuele angsten
- Door POH-ers en mensen van het wijkteam wordt wel vaker naar eigen interpretatie van klachten en problemen gevraagd, ook om mensen te helpen hun eigen hulpvraag (die ze niet altijd hebben) te leren uitvinden
- Alle geïnterviewde zorg- en hulpverleners benadrukken het belang van het hebben van 'common ground' (overeenstemming) met de patiënt over de factoren die een rol spelen bij de klachten van de patiënt, zodat er geen verkeerde gedachten in de weg zitten bij de verdere behandeling
- De belangstelling voor meer informatie over de klacht is verschillend maar vaak laag; veel patiënten willen graag dat de dokter gewoon beslist

3.5 Communicatie met de patiënt

(Habit III en vaardigheden 1 & 2 in het EFHM)

Het 4D model is een belangrijk hulpmiddel in de communicatie met de patiënt. Gedurende het gehele consult waarin de klachten van de patiënt, zijn ideeën en begrip van deze klachten en de vragen aan de zorgverleners worden geïnventariseerd, is het belangrijk dat de zorgverlener goed luistert, gevoelig is voor de emoties van de patiënt en deze goed uit vraagt. In de visie van Gezonde Wijk Overvecht worden goed luisteren en uitvragen van de kern van het probleem tot vereiste competenties van de (zorg)professional gerekend (34). Een goede (zorg)relatie met de patiënt wordt expliciet nagestreefd.

3.5.1 Evidentie communicatie vanuit de literatuur

- Goed luisteren en empathie tonen is belangrijk in het contact tussen zorgverlener en patiënt
- Patiënten vinden goed luisteren een essentiële component bij het verzamelen van klinische informatie en het stellen van de diagnose
- Patiënten geven aan dat luisteren op zich zelf al helend en therapeutisch kan werken, en de relatie tussen zorgverlener en patiënt versterkt
- Empathie tonen kan leiden tot een betere therapeutische samenwerking, meer vertrouwen, beter omgaan met klachten, hogere patiënt-tevredenheid, toegenomen zelfredzaamheid, minder angst en depressie, en minder pijn
- Een goede relatie tussen patiënt en zorgverleners heeft een positief effect op patiënt tevredenheid, therapietrouw en gezondheidsuitkomsten
- Een patiëntgerichte benadering heeft positieve effecten op patiënttevredenheid, zelf-management en gezondheidsuitkomsten als ongemak, zorgen en emotionele gezondheid
- Een patiëntgerichte aanpak leidt tot minder diagnostische testen en verwijzingen

Literatuur communicatie met de patiënt nader uitgewerkt

Goed luisteren en empathie tonen aan patiënten is belangrijk in het contact tussen zorgverlener en patiënt (56). Ware vond in een interview met een groep patiënten met een lage SES dat het 'zich gekend voelen' heel belangrijk werd gevonden. Patiënten voelen zich gekend wanneer de zorgverlener goed naar hen luistert, gericht antwoord geeft, en tussendoor geen andere dingen doet zoals de telefoon opnemen (55). Uit de review van Van der Ae bleek dat het niet luisteren van zorgprofessionals één van de veel voorkomende negatieve ervaringen van patiënten met multimorbiditeit was. Jagosh inventariseerde onder een grote groep patiënten waarom zij goed luisteren door hun zorgverlener belangrijk vonden. De patiënten vonden dat goed luisteren een essentiële component was bij het verzamelen van klinische informatie en het stellen van de diagnose. Verder gaven zij aan dat luisteren op zich zelf al helend en therapeutisch kan werken, en dat luisteren een manier is om de relatie tussen zorgverlener en patiënt te versterken (64).

Empathie is eveneens belangrijk voor (het versterken van) de arts-patiënt relatie en heeft positieve effecten op verschillende patiëntuitkomsten (65). Empathie is niet alleen als troost bedoeld, maar ook als een middel om de emoties van de patiënt te erkennen en de patiënt te stimuleren deze te uiten. Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat empathisch gedrag leidt tot een betere therapeutische samenwerking, meer vertrouwen, beter omgaan met klachten, hogere patiënttevredenheid, toegenomen zelfredzaamheid, minder angst en depressie, en minder pijn (35, 58, 60, 66-68).

In het algemeen zijn er veel aanwijzingen in de literatuur dat een goede communicatie en een goede relatie tussen patiënten en zorgverleners belangrijk is. Het leidt tot het vormen van een therapeutische alliantie of samenwerking, wat relevant is in het kader van het opstellen en opvolgen van een behandelplan. Maar een goede relatie heeft ook een positief effect op patiënttevredenheid en gezondheidsuitkomsten (51, 58, 62, 69-71), en communicatie bevordert therapietrouw van patiënten (71, 72). Onderzoek van Jani bij patiënten met een depressie uit een achterstandswijk liet zien dat de mate van patiëntgerichtheid in het huisartsconsult een voorspeller was voor de (korte termijn) uitkomst van depressie (73). Een patiëntgerichte benadering laat positieve effecten zien op patiënttevredenheid (74), zelf-management (75), verbeterde gezondheidsuitkomsten zoals ongemak, zorgen en emotionele gezondheid (50). Hogere patiënttevredenheid is geassocieerd met meer therapietrouw (76). Een patiëntgerichte aanpak leidt verder tot minder diagnostische testen en verwijzingen (50, 77).

3.5.2 Ervaringen met communicatie (interviews; zie ook bijlage 2)

- Unaniem wordt door alle zorg- en hulpverleners aangegeven dat het goed luisteren naar de patiënt, het tonen van empathie en emotie een heel belangrijk onderdeel is van de behandeling
- Goed luisteren en inleven kan ook voorkomen dat te snel aan oplossingen wordt gewerkt terwijl iemand bijvoorbeeld eerst zijn verhaal nog even kwijt wil
- Laten zien dat je luistert, empathie toont en begrip hebt is weliswaar heel belangrijk, maar ook heel lastig bij mensen uit een andere cultuur; voordat mensen gaan vertellen moet er een vertrouwensband zijn en deze opbouwen kost tijd
- Opgemerkt wordt dat meer hulpverleners met een Turkse of Marokkaanse achtergrond heel welkom zou zijn, zodat de patiënt zichzelf wellicht beter begrepen voelt

3.6 Betrekken van patiënt bij beslissingen, stimuleren zelfmanagement

(Habit IV en skill 5 en 6 van het EFHM)

Wanneer de klachten van de patiënt zover als mogelijk zijn verhelderd wordt binnen de Krachtige Basiszorg uiteraard indien nodig aanvullende diagnostiek verricht of een medische behandeling ingezet. Tevens wordt de reeds ingezette (andere) zorg in kaart gebracht, samen met de persoonlijke kracht- en hulpbronnen van de patiënt en zijn omgeving. De kansen en risico's worden met behulp van het 4D model zo systematisch inzichtelijk gemaakt. Wanneer een goed overzicht bestaat van de klachten en problemen van de patiënt en mogelijke kracht- en hulpbronnen in kaart zijn gebracht, kan worden beoordeeld of er misschien sprake is van dubbele zorg, of dat juist zorg ontbreekt.

Aan de hand van deze analyse kan de patiënt prioriteiten aangeven en komen patiënt en professional in samenspraak tot een afgestemde keuze en tot een plan met eventuele vervolgspraken. Daarbij wordt het *matched care* principe gehanteerd: bij de behandeling wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande (behandel)relaties van de patiënt en van wat goed bij hem/haar aansluit (78).

Ook wordt gekeken naar de manier waarop de patiënt zelf omgaat met zijn klacht. In het EFHM zijn dit belangrijke vaardigheden (skill 5) (35). Door de hulpbronnen en eigen kracht van de patiënt goed te inventariseren en te kijken wat eventueel werkzame strategieën in het verleden waren, wordt de patiënt gestimuleerd zelf ook verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar gezondheid. Deze eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden worden in de afbeelding van het 4D-model benadrukt doordat de patiënt in het midden staat (ZELF)(12). Dit betekent dat de patiënt centraal staat en zelf ook dingen kan doen of laten om zich beter te gaan voelen. Vragen als “wat heeft de patiënt nodig om zich beter te voelen?” en “wat heeft hij of zij nodig om zelf de regie te nemen?” zijn daarbij belangrijk. Hierbij kan ook het eerder genoemde cijfer voor gezondheid gebruikt worden als startpunt om te bepalen wat de patiënt én de zorgverlener kunnen bijdragen om bijvoorbeeld naar een cijfer 8 te gaan (12). Zelfmanagement wordt zoveel mogelijk gestimuleerd (skill 6 in het EFHM) door te focussen op eigen regie, motivational interviewing, en gebruik te maken verschillende zelfmanagement hulpmiddelen als gezondheidslogboek, bewonersportaal, activity monitors, e-health of beweegprogramma's in de buurt.

3.6.1 Evidentie betrekken van de patiënt bij beslissingen vanuit de literatuur

- Het betrekken van patiënten bij de beslissing ten aanzien van verdere diagnostiek of behandeling is een essentieel onderdeel van 'patient centered care' en relevant voor het bevorderen van zelf-management
- De mate waarin patiënten kunnen en willen meebeslissen over hun behandeling varieert per persoon en per situatie
- persoonsgerichte zorginterventies waarbij doelen en behandelplannen door zorgverlener en patiënt samen werden opgesteld, laten meer effect zien op verschillende gezondheidsuitkomsten, algemene gezondheidsbeleving, eigen effectiviteit, patiënten-activatie en ervaren steun dan reguliere zorg

Literatuur betrekken van de patiënt bij beslissingen nader uitgewerkt

Het inzetten van eigen kracht als therapie past goed binnen het model van Huber (36) en in theorieën omtrent empowerment (79). Laerum vond dat een inventarisatie van hulpbronnen, leefomstandigheden en coping stijl niet alleen een positief effect had op de relatie tussen zorgverlener en patiënt maar dat het de patiënt ook hielp om zelf met de klachten om te gaan (80, 81).

Het betrekken van patiënten bij de uiteindelijke beslissing ten aanzien van verdere diagnostiek of behandeling is een essentieel onderdeel van 'patient centered' of patiëntgerichte care (37, 45, 46, 48, 82), is relevant voor het bevorderen van zelfmanagement (83) en wordt belangrijk gevonden door patiënten zelf (56). Echter, de mate waarin patiënten kunnen en willen meebeslissen varieert per persoon en per situatie (43, 59, 84). Het uitwisselen van begrijpelijke informatie, het begrijpen van elkaars perspectief en het vinden van een gemeenschappelijke visie bevordert overeenstemming over het te volgen behandelplan (58). In een recente systematische review werden persoonsgerichte zorginterventies waarbij doelen en (behandel)plannen door zorgverlener en patiënt samen werden opgesteld vergeleken met 'reguliere zorg'. Persoonsgerichte zorg had iets meer effect op Hb1ac bij diabetes patiënten, de longfunctie bij astma patiënten, depressie bij meerdere chronische aandoeningen, algemene gezondheidsbeleving, eigen effectiviteit, patiënten-activatie en ervaren steun dan de reguliere zorg. Dit effect was duidelijker naarmate de interventie intensiever was en wanneer de eigen zorgverlener betrokken was (85).

3.6.2 Ervaringen met het betrekken van de patiënt bij beslissingen (interviews; zie ook bijlage 2)

- POH-ers en wijkteammedewerkers geven aan dat patiënten door de veelheid aan problematiek niet altijd duidelijk prioriteiten hebben ten aanzien van diagnostiek of behandeling; door middel van het 4D model wordt overzicht verkregen en kunnen deze prioriteiten duidelijker worden
- Zoeken naar 'eigen kracht' van de patiënt en kijken waar hij/zij echt zelf aan kan werken wordt heel belangrijk gevonden; vaak is eerst overzicht geven (al dan niet met behulp van het 4D model) nodig, want alleen dan kunnen mensen aangeven wat zij belangrijk vinden in hun gezondheid/leven en eigen keuzes maken
- Wanneer prioriteiten voor behandeling van patiënten en hulpverlener uiteen lopen (met name genoemd door POH-ers en wijkteammedewerkers) wordt geprobeerd overeenstemming te bereiken; in hoeverre de zorgverlener in de goede richting kan 'duwen' is maatwerk

- Uiteindelijk bepaalt de patiënt de prioriteiten omdat deze zich in het traject moet kunnen vinden; eigen regie betekent mede dat de patiënt zelf prioriteiten bepaald, ook als de zorg- of hulpverlener liever andere prioriteiten zou leggen
- Patiënten in Overvecht willen vaak niet mee beslissen over hun (medische) behandeling, wel wordt door de huisarts altijd goed uitgelegd waarom een bepaalde behandeling wordt ingezet
- Mensen worden soms ook onrustig van het kunnen kiezen uit verschillende opties, omdat ze dan bang zijn de verkeerde te kiezen; beslissingen worden daarom in de praktijk vaak aan de dokter overgelaten en 'shared decision making' wordt vaak als een illusie gezien bij deze groep

3.6.3 Evidentie zelfmanagement in de literatuur

- Er zijn aanwijzingen dat patiëntgerichte zorg zelfmanagement verhoogt
- Zelfmanagement wordt beïnvloed door veel factoren van en rond de patiënt en het promoten en ondersteunen ervan moet worden aangepast worden aan de patiënt en zijn/haar leefomstandigheden
- Informatie bieden resulteert niet automatisch in toegenomen kennis en zelfmanagement
- Programma's om patiënten zelfmanagement aan te leren zijn effectiever voor het verbeteren van gezondheidsuitkomsten dan alleen het geven van informatie
- Zelfmanagement programma's bevorderen niet alleen gezondheidsuitkomsten, maar resulteren soms ook in lagere zorgkosten

Literatuur zelfmanagement nader uitgewerkt

Het coachen, of stimuleren van zelfredzaamheid en het bevorderen van een adequate manier om met de klachten om te gaan is een belangrijk onderdeel van het EFHM en van patient centred care (skill 6) (46, 47, 50, 51). Er zijn aanwijzingen dat patiëntgerichte zorg zelfmanagement verhoogt (75). Zelfmanagement wordt beïnvloed door veel factoren van en rond de patiënt (zoals psychische gesteldheid, opleiding, gezondheidsvaardigheden, activatieniveau, zelfvertrouwen (in zelfmanagement), coping stijl, sociale steun) en het promoten ervan moet daarom op een individuele manier worden aangepakt. Eikelenboom e.a. pleiten daarom voor het gebruik van de SeMaS vragenlijst die de factoren die bij zelf management van belang zijn in kaart brengt (86). Ook Hibbart vond in een experimentele studie dat het coachen van een patiënt naar zelfmanagement tot betere gezondheidsuitkomsten en een lager zorggebruik leidde wanneer het programma individueel was aangepast op basis van een systematische inventarisatie van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van de patiënt (87). Deze bevinding wordt bevestigd door Heijmans et al. in een recente kennissynthese naar zelfmanagement door mensen met een chronische aandoening (88) en ook van Houtum pleit voor het specifiek aanpassen van de zelfmanagement ondersteuning aan de patiënt aan zijn of haar leefomstandigheden (89).

Informatie bieden resulteert niet automatisch in toegenomen kennis en zelfmanagement, maar hangt af van veel meer bewuste (attitude, intentie, beliefs) en vooral ook onbewuste processen zoals gewoonten en invloed vanuit de omgeving (90). Uit een reeks interviews die door O' Brien werden uitgevoerd onder huisartsen werkzaam in achterstandswijken kwam naar voren dat de zorgverleners zich zorgen maakten over hun (beperkte) mogelijkheden (wat betreft tijd en relaties) om hun patiënten te ondersteunen bij het aanleren van zelfmanagement (53). Hun ervaring was dat juist hun patiëntengroep de persoonlijke, sociale en materiele voorzieningen miste om zelfstandig en zonder ondersteuning aan zelfmanagement te doen.

Ook Crow pleit op grond van een systematische review voor het expliciet trainen van de zelfmanagement vaardigheden van patiënten (61). Bodenheimer geeft aan dat uit verschillende klinische onderzoeken blijkt dat programma's om patiënten zelfmanagement aan te leren effectiever zijn voor het verbeteren van gezondheidsuitkomsten dan alleen het geven van informatie. Zelfmanagement programma's bevorderden niet alleen gezondheidsuitkomsten, maar resulteerden soms ook in lagere zorgkosten (91).

3.6.4 Ervaringen met het stimuleren van eigen regie van patiënten, zelfmanagement en gezonde leefstijl (interviews; zie ook bijlage 2)

- Huisartsen, POH-ers en vertegenwoordigers van het wijkteam verstaan onder eigen regie dat patiënten niet afhankelijk worden van hulpverleners; mensen worden gestimuleerd om zelf dingen te regelen en zelf instanties te bellen
- Er wordt ook genoemd dat eigen regie ook is het goed vertellen wat er aan de hand is zonder informatie weg te laten, net als het kopen van een thermometer en op tijd naar de dokter komen als er klachten zijn
- Zoeken naar 'eigen kracht' van de patiënt, en kijken waar hij/zij echt zelf aan kan werken (vaak met behulp van het 4D model) wordt heel belangrijk gevonden door geïnterviewde zorg- en hulpverleners; alleen vanuit overzicht kunnen mensen aangeven wat zij belangrijk vinden in hun gezondheid/leven en eigen keuzes maken
- De geïnterviewde POH-ers hebben meer tijd om mensen te leren om meer eigen regie te nemen; hiervoor wordt soms ook wel gericht verwezen naar een buurtteam die mensen kunnen leren hoe ze hun problemen zelf kunnen oplossen
- Alle zorg- en hulpverleners geven aan dat veel mensen eigen regie niet aan kunnen en dat daar toch op aandringen alleen maar extra stress oplevert; wanneer patiënten door verstandelijke/psychiatrische problemen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vinden hulpverleners het hun rol om de regie over te nemen of te kijken wie dat anders zou kunnen doen
- Huisartsen en POH-ers geven aan dat bevorderen van een gezonde leefstijl erg lastig is bij deze complexe patiënten
- Zelfmanagementvaardigheden als zelf bloed controleren is voor veel mensen (te)moeilijk, maar bij diegene die wat meer begrip van hun aandoening hebben lukt het soms wel
- Al dan niet met behulp van het 4D model proberen met name POH-ers om mensen het verband te leren tussen hun gedrag en de klachten die ze hebben; er worden wel ontspanningsoefeningen aangeleerd, of mensen leren om regelmatig tijd voor zichzelf te nemen door te wandelen/fietsen
- De geïnterviewde patiënten geven aan dat zij het prettig vinden dat ze manieren hebben geleerd om zelf iets aan hun klachten te doen, zoals bijvoorbeeld goed drinken, bewegen en ontspannen in plaats van pillen slikken bij hoofdpijn
- De relatie met zorg- en hulpverleners wordt ook als een belangrijk aspect van zelfmanagement beschouwd; wanneer iemand onvoldoende vertrouwen heeft in bijvoorbeeld de huisarts is het belangrijk dat zij leren om dingen toch nog eens na te vragen
- Assertiviteit en opkomen voor jezelf worden als belangrijke gezondheidsvaardigheden gezien en met name POH-ers proberen dit te stimuleren

- Huisartsen noemen wel vaak het belang van gezond leven, maar gaan daar alleen expliciet op door als iemand duidelijk daarvoor belangstelling toont; alleen wanneer er echt een medische noodzaak bestaat zetten huisartsen zwaarder in op het verbeteren van leefstijl
- In de wijk zijn veel beweegactiviteiten of een beweeg- en vitaliteitsmakelaar waarnaar verwezen kan worden; als mensen daarvoor open staan worden ze verwezen

3.7 Inzetten van andere (zorg)professionals of informele hulp

Wanneer de hulpvraag buiten het domein van de zorgverlener ligt komt dat door de werkwijze met het 4D model duidelijk aan het licht, doordat alle domeinen gestructureerd doorgesproken worden en er geen domein vergeten wordt om te bevragen. De professional kan aan de patiënt verhelderen wat hij vanuit zijn domein voor de patiënt kan betekenen, en wat niet. Aan de hand van het model wordt in kaart gebracht welke hulp(verlener) al betrokken is, en welke eventueel nog nodig is. Zo nodig benadert de professional proactief andere professionals of informele zorg. Wie dat is, is afhankelijk van het domein waarin de belangrijkste klachten lijken te spelen of met wie de patiënt al een goede relatie heeft (matched care). Door deze gestructureerde analyse van de bestaande problemen op de 4 domeinen, wordt de kans groter dat de juiste zorgverlener betrokken wordt, of (wijk)voorziening wordt ingeschakeld). Op deze manier kan het 4D-model helpen bij een doelmatige inzet van professionals.

De evidentie uit de literatuur en de resultaten van de interviews met betrekking tot het inzetten van en samenwerken met andere (zorg)professionals in de buurt is aan de orde gekomen in hoofdstuk 3.4, professionele integratie in Overvecht.

4 Conclusie

In dit rapport stonden de volgende twee vragen centraal:

1. In hoeverre kan de geïntegreerde aanpak binnen Overvecht worden onderbouwd door wetenschappelijke literatuur? Wat zijn de werkzame elementen van de Krachtige Basiszorg?
2. In hoeverre sluit de dagelijkse praktijk aan bij de in de literatuur gevonden werkzame elementen van de Krachtige Basiszorg?

De aanpak van de (gezondheids)zorg voor bewoners van de wijk Overvecht is weliswaar ‘practice-based’ ontstaan, maar kan goed worden beschreven aan de hand van recent gepubliceerde theoretische modellen over geïntegreerde, patiëntgerichte zorg. Multidisciplinaire teams, gestructureerd patiëntgebonden overleg, het werken op één locatie en het verwijzen naar vaste (zorg)professional zijn effectieve vormen van gecoördineerde zorg en hebben een positief effect op gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid. Genoemde werkzame elementen uit de literatuur zijn allemaal in Overvecht terug te vinden. In de interviews komt naar voren dat de samenwerking binnen de wijk door de zorg- en hulpverleners positief wordt gewaardeerd en dat men daar een gedeelde visie op ervaart. Voor samenwerking met verschillende (grotere) organisaties buiten de wijk worden wel concrete verbeterpunten aangegeven zoals meer vaste contactpersonen en elkaar beter leren kennen. Het onderling (elektronisch) uitwisselen van informatie is (ook binnen de wijk) nog lastig, zowel wat betreft ICT als wat betreft privacy.

Centraal binnen Krachtige Basiszorg staat het 4D model waarmee klachten worden bekeken vanuit de domeinen lichaam, geest, sociaal en maatschappelijk. Vanuit de literatuur zijn de essentiële bestandsdelen van deze multidisciplinaire benadering van Krachtzorg goed te onderbouwen. Zo laat onderzoek zien dat het in kaart brengen van psychosociale problemen in relatie tot de klacht van de patiënt leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en hogere patiënttevredenheid. De geïnterviewde zorgverleners geven aan dat patiënten dit inderdaad waarderen, mits het moment goed wordt gekozen.

Ook voor het inventariseren van klachten vanuit het patiënten-perspectief worden positieve gezondheidseffecten gevonden in de literatuur. De zorgverleners geven aan dat patiënten in Overvecht niet allemaal een heel duidelijk beeld hebben van hun problematiek en dat het in kaart brengen van dit patiënten-perspectief daardoor veel tijd kost. Uiteindelijk leidt het volgens hen wel tot betere zorg omdat de kans groter is dat het juiste probleem wordt aangepakt, en onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn soms wordt voorkomen.

Daarnaast komt uit de literatuur naar voren dat het geven van goede informatie welke is afgestemd op de behoefte, kennis en cognitie van de patiënt belangrijk is. Voor de patiëntengroep van Overvecht blijkt dit geven van informatie echter vaak lastig te zijn. De kennis van patiënten over gezondheid is over het algemeen beperkt en de belangstelling voor informatie is gering. Daardoor is het in de praktijk ook vaak moeilijk om de patiënt bij beslissingen ten aanzien van verdere diagnostiek en behandeling te betrekken.

De intentie van alle geïnterviewde zorg- en hulpverleners is om mensen meer zelf aan hun gezondheid te leren werken en hen niet afhankelijk te laten zijn van zorg- en hulpverleners.

Daarbij is de samenwerking met POH-ers en mensen van het wijkteam heel belangrijk. Vooral de POH-ers en hulpverleners van het wijkteam proberen vaak om mensen zelf bij het oplossen van hun problemen aan het werk te zetten. Daarbij vinden zij het 4D model een goed hulpmiddel om de problematiek eerst uiteen te rafelen. Dit is echter een tijdrovend proces, waar huisartsen onvoldoende tijd voor hebben. Hierdoor ligt het uiteenrafelen van de problematiek voornamelijk bij de POH-ers.

De zorgverleners geven echter ook aan dat eigen regie voor een deel van de populatie van Overvecht een utopie is, omdat er mensen zijn die hier echt niet toe in staat zijn. Daarnaast is er een grote groep patiënten die met begeleiding zeker stappen kan maken richting meer eigen regie en zelfmanagement. Maar de verwachtingen hieromtrent moeten niet te hoog gespannen zijn.

Beperkingen van de studie

In dit rapport is op basis van informatie en documentatie die door de stichting Overvecht Gezond ter beschikking werd gesteld een beschrijving gegeven van de geïntegreerde aanpak in Overvecht en de Krachtige Basiszorg daarin. Aan de hand van een literatuurstudie is onderzocht in hoeverre de aanpak wordt ondersteund door gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

De aanpak binnen Overvecht is veelzijdig en voor de theoretische onderbouwing van de aanpak moest om budgettaire redenen een keuze worden gemaakt ten aanzien van de te onderbouwen onderdelen. De huidige theoretische onderbouwing is dus niet volledig. In overleg met vertegenwoordigers van Overvecht Gezond is ervoor gekozen om het zorgproces, zoals dat plaatsvindt met behulp van het '4D model' in het contact tussen huisarts en patiënt het meest gedetailleerd aan bod te laten komen.

Daarbij is geen systematische literatuurstudie uitgevoerd waarin gevonden studies op kwaliteit werden beoordeeld, en studies met positieve resultaten zijn ook niet systematisch afgezet tegen studies waarin geen of zelfs negatieve resultaten werden gevonden. Wel is zoveel mogelijk gefocust op reviewstudies en zijn alleen wetenschappelijk gecontroleerde studies meegenomen. Zowel positieve als ontbrekende of negatieve effecten zijn genoemd.

In een procesevaluatie is, aan de hand van interviews met zorgprofessionals, hulpverleners en patiënten uit Overvecht, gekeken in hoeverre de werkzame elementen uit de literatuur ook daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast en wat de ervaringen hiermee zijn. Voor de procesevaluatie is slechts een klein aantal zorg- en hulpverleners en patiënten geïnterviewd (drie huisartsen, drie praktijkondersteuners huisarts GGZ, drie medewerkers van een wijkteam en drie patiënten). De te benaderen zorgverleners en patiënten zijn niet at random uitgekozen voor deelname, maar aangedragen door de Stichting Overvecht Gezond. De zorgverleners waren afkomstig uit vier verschillende huisartsenpraktijken en twee buurtteams, en werkten langere of kortere tijd actief met het 4 D model in hun consulten. Hoewel het aantal interviews relatief beperkt was, leverden deze veel zinvolle informatie op.

Triple Aim

Met de geïntegreerde aanpak in Overvecht worden de Triple Aim doelstellingen nagestreefd: gelijktijdig verbetering van ervaren kwaliteit van zorg, verbetering van gezondheid van de populatie en verlaging van de kosten. Deze drie doelstellingen hangen onderling samen en veranderingen in de ene doelstelling kunnen zowel positief als negatief effect hebben op de andere doelstellingen.

Door hogere kwaliteit van zorg voor individuele personen kunnen kosten stijgen wanneer dit samenhangt met meer zorg of gebruik van dure medicatie, maar door overmatig gebruik van zorg en/of diagnostische procedures tegen te gaan kunnen lagere kosten en betere resultaten worden bereikt. Veranderingen en effecten liggen niet altijd dicht bij elkaar in de tijd wat het lastig maakt de relatie tussen beiden te leggen. Effecten van goede preventieve zorg zal zich vaak pas na jaren laten zien.

De in dit onderzoek uitgevoerde 'toetsing' van de aanpak in Overvecht aan de wetenschappelijke literatuur laat zien dat de aanpak theoretisch gezien inderdaad tot een duurzame verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg en van de gezondheid kan leiden. Voor een evaluatie van kosten is ander soort onderzoek nodig. Maar doordat goed wordt samengewerkt binnen Overvecht is de zorg meer op maat en wordt getracht onder- en overbehandeling te voorkomen. Door te investeren in de (vertrouwens)relatie met de patiënt en samen te werken met wijkspecialisten, wordt zoveel mogelijk zorg dicht bij de patiënt en in de buurt gehouden. Dit kan op langere termijn tot kostendaling leiden doordat verwijzing naar de tweede lijn afneemt.

Literatuur

1. van den Broeke J, Plochg, T., Schreurs, H., Quack, S., Egberts, M., van der Vorst, E., Verhoeff, A., Stronks, K. . Wat is de werkwijze van zorg- en welzijnsorganisaties in Utrecht en Amsterdam om de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken te verlagen? . TSG. 2014;92(1):41-51.
2. van den Broeke J, van der Aa, M., Busschers, W., Stronks, K., Plochg, T. Renewing the expertise of health and social care professionals to provide integrated care: Evaluation of an intervention in a deprived Dutch neighbourhood. European Journal of Person Centered Care. 2015;3(4):442-53.
3. Kringos D, van den Broeke, JR., van der Lee, APM., Plochg, T., Stronks, K. How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? An explorative study. BMC Public Health. 2016;16.
4. Carlier B, van Engen, M. WijkWijzer 2016. De 10 Utrechtse wijken en 5 krachtwijken in cijfers. Utrecht: Gemeente Utrecht; 2016.
5. Volksgezondheidsmonitor Utrecht. Utrecht: Gemeente Utrecht; 2014.
6. Databestanden Zorgverzekeringswet 2011 - 2013: NZA; 2015.
7. OECD. Health Reform, meeting the challenges of ageing and multiple morbidities. Paris: OECD; 2011.
8. Zorgautoriteit N. Advies bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg2014.
9. Schrijvers G. Integrale zorg is geen geïntegreerde zorg 2012.
10. Boesveld I. Integrale- of geïntegreerde geboortezorg?2013.
11. Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg: Verkenning van vier opties [Internet]. 2012.
12. Volte S. Het 4 Domeinenmodel. Utrecht: 2015.
13. Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, Rosenthal MB, Leape L, Schneider E. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. Medical care research and review : MCR. 2011;68(1):112-27.
14. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, Macdonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J, et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. Primary health care research & development. 2012;13(4):327-46.
15. Schepman S, Hansen J, de Putter ID, Batenburg RS, de Bakker DH. The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. International journal of integrated care. 2015;15:e027.
16. Busetto L, Luijckx KG, Elissen AM, Vrijhoef HJ. Intervention types and outcomes of integrated care for diabetes mellitus type 2: a systematic review. Journal of evaluation in clinical practice. 2015.

17. Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *The Medical journal of Australia*. 2008;188(8 Suppl):S65-8.
18. Struckmann V, Boerma, W., van Ginneken, E. The Gesundes Kinzigtal programme, Germany.
19. Valentijn P. Waardecreatie door integratie van zorg. *DE EERSTELIJS* 2015:28-9.
20. Valentijn PP. Rainbow of chaos. A study into the theory and practice of integrated primary care. Tilburg: Tilburg University; 2015.
21. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*. 2013;13:e010.
22. Arah OA. On the relationship between individual and population health. *Medicine, health care, and philosophy*. 2009;12(3):235-44.
23. The world health report 2008: primary care now more than ever Geneva: World Health Organisation (WHO)2008.
24. Gezonde wijk Overvecht: visie en strategie Utrecht: Gezonde Wijk Overvecht; 2013.
25. Jaarverslag Huisartsenkliniek Overvecht. Utrecht: 2015.
26. Samenwerken in de basiszorg medisch en sociaal Werkdocument samenwerkingsafspraken huisartsenpraktijken en buurtteams. Utrecht: >HUS maakt meer mogelijk, GEZ Utrecht, Buurtteam; 2015.
27. Samenwerking bij de zorg voor psychiatrische patienten in Utrecht Overvecht. Utrecht: Buurtteam, Overvecht Gezond, Gemeente Utrecht; 2015.
28. Sarink D, Nedkoff L, Briffa T, Shaw JE, Magliano DJ, Stevenson C, et al. Projected age- and sex-specific prevalence of cardiovascular diseases in Western Australian adults from 2005-2045. *European journal of preventive cardiology*. 2016;23(1):23-32.
29. Wiersma D. Happinez Maatwerk in gezondheid: Utrecht; 2013.
30. Nilsson P, Brandstrom H, Lingfors H, Erhardt L, Hedback B, Israelsson B, et al. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? *Scandinavian journal of primary health care*. 2003;21(1):37-42.
31. Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. The Healthy ALLiances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family practice*. 2012;29 Suppl 1:i132-i8.
32. Valentijn PP, Vrijhoef HJ, Ruwaard D, de Bont A, Arends RY, Bruijnzeels MA. Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes. *BMC health services research*. 2015;15:32.

33. Bosch M, Faber MJ, Cruisberg J, Voerman GE, Leatherman S, Grol RP, et al. Review article: Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Medical care research and review : MCRR*. 2009;66(6 Suppl):5s-35s.
34. Kooiker S. HN. *Burgers en gezondheid : Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. RIVM, editor. Bilthoven2014.
35. Lundeby T, Gulbrandsen P, Finset A. The Expanded Four Habits Model-A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. *Patient education and counseling*. 2015;98(5):598-603.
36. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ (Clinical research ed)*. 2011;343:d4163.
37. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*. 2012;30(1):6-15.
38. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient education and counseling*. 2009;74(3):287-94.
39. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Journal of medical practice management : MPM*. 2001;16(4):184-91.
40. Stensrud TL, Gulbrandsen P, Mjaaland TA, Skretting S, Finset A. Improving communication in general practice when mental health issues appear: piloting a set of six evidence-based skills. *Patient education and counseling*. 2014;95(1):69-75.
41. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, NY)*. 1977;196(4286):129-36.
42. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient education and counseling*. 2013;91(3):265-70.
43. de Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient education and counseling*. 2006;62(3):291-8.
44. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2013;13(8):29-39.
45. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine (1982)*. 2000;51(7):1087-110.
46. Scholl I, Zill JM, Harter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS one*. 2014;9(9):e107828.
47. Scholl I, Zill JM, Harter M, Dirmaier J. How do health services researchers understand the concept of patient-centeredness? Results from an expert survey. *Patient preference and adherence*. 2014;8:1153-60.

48. Zill JM, Scholl I, Harter M, Dirmaier J. Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter? - Results of a Web-Based Expert Delphi Survey. *PLoS one*. 2015;10(11):e0141978.
49. Olde Hartman TC BA, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma Tj, Woutersen-Koch H. . NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). . *Huisarts en Wetenschap* 2013;56(5):222-30.
50. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of family practice*. 2000;49(9):796-804.
51. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1995;152(9):1423-33.
52. Van der Aa M, Van den Broeke, JR., Stronks, K., Plochg, T. . Experiences with the healthcare process of patients with multimorbidity: a scoping review. *Journal of Comorbidity*, Accepted november 2016.
53. O'Brien R, Wyke S, Guthrie B, Watt G, Mercer S. An 'endless struggle': a qualitative study of general practitioners' and practice nurses' experiences of managing multimorbidity in socio-economically deprived areas of Scotland. *Chronic illness*. 2011;7(1):45-59.
54. Lang F, Floyd MR, Beine KL, Buck P. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Family medicine*. 2002;34(5):325-30.
55. Ware NC, Tugenberg T, Dickey B. Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2004;55(5):555-9.
56. O'Gara PE, Fairhurst W. Therapeutic communication part 1: general approaches that enhance the quality of the consultation. *Accident and emergency nursing*. 2004;12(3):166-72.
57. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1993;12(2):93-102.
58. Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling*. 2009;74(3):295-301.
59. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient education and counseling*. 2000;39(1):17-25.
60. Mistiaen P, van Osch M, van Vliet L, Howick J, Bishop FL, Di Blasi Z, et al. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *European journal of pain (London, England)*. 2015.

61. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 1999;3(3):1-96.
62. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet (London, England)*. 2001;357(9258):757-62.
63. Vase L, Robinson ME, Verne GN, Price DD. Increased placebo analgesia over time in irritable bowel syndrome (IBS) patients is associated with desire and expectation but not endogenous opioid mechanisms. *Pain*. 2005;115(3):338-47.
64. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, Macdonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient education and counseling*. 2011;85(3):369-74.
65. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling*. 2009;74(3):339-46.
66. Kim SS, Park BK. Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. 2008;87(12):998-1005.
67. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British journal of cancer*. 2003;88(5):658-65.
68. Graugaard PK, Holgersen K, Finset A. Communicating with alexithymic and non-alexithymic patients: an experimental study of the effect of psychosocial communication and empathy on patient satisfaction. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):92-100.
69. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*. 2002;15(1):25-38.
70. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of family medicine*. 2004;2(6):595-608.
71. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008;20(12):600-7.
72. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009;47(8):826-34.
73. Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick B, Little P, Watt GC, et al. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2012;62(601):e576-81.

74. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 1999;49(446):711-6.
75. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical care research and review : MCRR*. 2013;70(4):351-79.
76. Barbosa CD, Balp MM, Kulich K, Germain N, Rofail D. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient preference and adherence*. 2012;6:39-48.
77. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Annals of family medicine*. 2005;3(5):415-21.
78. Makkes N. *Zorgprogramma SOLK*. Utrecht: Stichting Overvecht Gezond; 2013.
79. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social science & medicine (1982)*. 2003;57(10):1969-80.
80. Laerum E, Schattner P, McCall L, Steine S, Murtagh J. The patient perspective survey. Can consultations for complex health problems be enhanced? *Australian family physician*. 2001;30(6):616-9.
81. Laerum E, Steinea S, Finset A. The Patient Perspective Survey (PPS): a new tool to improve consultation outcome and patient involvement in general practice patients with complex health problems. Psychometric testing and development of a final version. *Patient education and counseling*. 2004;52(2):201-7.
82. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2011;10(4):248-51.
83. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2003;26(1):1-7.
84. Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social science & medicine (1982)*. 2007;64(6):1297-310.
85. Coulter A, EVA, Eccles A., Ryan S., Shepperd S., Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2015.
86. Eikelenboom N, Smelee I, Faber M, Jacobs A, Verhulst F, Lacroix J, et al. Validation of Self-Management Screening (SeMaS), a tool to facilitate personalised counselling and support of patients with chronic diseases. *BMC family practice*. 2015;16(1):165.
87. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *The American journal of managed care*. 2009;15(6):353-60.

88. Heijmans M, Lemmens, L., Otten, W., Havers, J., Baan, C., Rijken, M. Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten: kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Utrecht: NIVEL; 2015.
89. van Houtum L. Self-management and support needs of chronically ill people: Utrecht Universiteit; 2015.
90. van de Goor I. Van gezondheid verzekerd? Tilburg: Tilburg University 2011.
91. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama*. 2002;288(19):2469-75.

Bijlage 1

Methoden

In dit rapport is een beschrijving gegeven van de geïntegreerde aanpak in Overvecht en de Krachtige Basiszorg daarin, op basis van mondelinge informatie en schriftelijke documentatie die door de stichting Overvecht Gezond ter beschikking werd gesteld. In de literatuur is vervolgens onderzocht in hoeverre de aanpak wordt ondersteund door gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Daarbij is er in overleg met vertegenwoordigers van Overvecht Gezond is voor gekozen om het zorgproces, zoals dat plaatsvindt met behulp van het '4D model' in het contact tussen huisarts en patiënt het meest gedetailleerd aan bod te laten komen.

Voor de onderbouwing van de effecten van geïntegreerde zorg is gezocht naar literatuur met betrekking tot de relatie tussen gezondheids-uitkomsten van patiënten of patiënt tevredenheid en "integrated care", "person centered care" of "coordinated care". Daarbij is alleen literatuur over eerstelijns zorg meegenomen en werd de zoekactie beperkt tot reviews en overzichtsartikelen. Voor het onderbouwen van de 4D aanpak zoals die binnen de spreekkamer plaatsvindt is gericht gezocht naar gecontroleerde studies waarin de relatie werd onderzocht tussen gezondheids-uitkomsten voor patiënten of patiënt tevredenheid en enkele kernelementen van de 4D-aanpak. Als kernelementen van de 4D aanpak werden meegenomen een brede inventarisatie van klachten vanuit zowel fysiek, psychosociaal als maatschappelijk perspectief, het inventariseren van het patiënten-perspectief, communicatie, het goed luisteren naar patiënten, het tonen van empathie, het actief betrekken van de patiënt bij beslissingen en het stimuleren van zelfmanagement. Bij het verwerken van de resultaten werden de conclusies van de auteurs overgenomen. In een procesevaluatie is vervolgens gekeken in hoeverre de werkzame elementen uit de literatuur ook daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast. Dat is gedaan door middel van interviews met zorgprofessionals, hulpverleners en patiënten uit Overvecht. Hiervoor werden drie huisartsen, drie praktijkondersteuners GGZ, drie medewerkers van een wijkteam en drie patiënten geïnterviewd. De te interviewen personen werden door Petra van Wezel van de Stichting Overvecht Gezond gevraagd voor deelname.

Bijlage 2

Interviews met zorg- en hulpverleners

De paragraafnummers komen overeen met de corresponderende paragraaf in het rapport.

2.4.2 Ervaren professionele samenwerking binnen Overvecht

Volgens de geïnterviewde zorgverleners gaat de samenwerking in de wijk met huisartsen, POH-ers, en paramedici goed. Ook niet medische hulp zoals schuldhelpverlening kan in samenwerking met het wijkteam gemakkelijk worden ingeschakeld. De huisartsen en POH-ers geven aan dat zij hun eigen vaste contactpersonen of 'schakelpunten' hebben en dat zijn vaak mensen die ook met de 4D methode werken. De 4D benadering landt langzaam in de wijk, het is een soort olievlek. Ook bij wijkteams begint dat nu wel te komen. Enkele zorgverleners missen het wel dat zij daar niet altijd een vast contactpersoon kunnen kiezen. Er zijn wel 100-150 wijkteammedewerkers en je kent elkaar dus niet. Terwijl het belangrijk wordt gevonden om elkaar persoonlijk te kennen. Dat schakelt makkelijker en maakt dat men er op kan vertrouwen dat collega's aan de bel trekken wanneer er iets aan de hand is. Maar het contact met het sociaal domein gaat wel steeds beter. Regelmatig worden er ook casuïstiek besprekingen gedaan waar iemand van het wijkteam bij is en binnen enkele praktijken worden speciale koffiemomenten gehouden om elkaar beter te leren kennen. Soms gaan POH-ers of huisartsen ook wel eens mee op huisbezoek met mensen van het wijkteam, op verzoek van de zorgverlener of de patiënt.

“Met buurtteam proberen we nu elkaar te leren kennen en gezamenlijk (bij)scholing te doen om elkaar visie en werkwijze te leren kennen om goed samen te kunnen werken en de goede dingen over te dragen”

Rondom patiënten is vooral veel bilateraal overleg, de lijnen zijn kort. Wanneer dingen echt niet goed lopen met een patiënt komt men wel eens met meerdere disciplines, mensen van het wijkteam en regelmatig ook de patiënt zelf bij elkaar, maar dat kost erg veel tijd. Hierbij wordt soms het 4D model gebruikt om overzicht te krijgen in wat er allemaal speelt en wie er allemaal betrokken zijn. Zo'n gezamenlijk overleg levert volgens de geïnterviewde zorg en hulpverleners vaak extra inzicht op. Iedereen heeft zijn eigen expertise en het is goed elkaars kennis en informatie te delen. En een thuiszorg-medewerker voor fysieke zorg hoort soms toch andere dingen dan een POH-GGZ.

“Dan zie je dat iedereen toch net weer aan wat andere dingen heeft gedacht vanuit zijn eigen expertise en dat je elkaar goed aanvult. Of dat je signaleert dat je van bepaalde dingen toch nog heel weinig weet”

Mensen vanuit het wijkteam geven aan nog wel eens onvoldoende op de hoogte te zijn van iemands medische achtergrond en dat kan in zo'n overleg goed worden besproken. Met name bij jeugd- en gezinsproblematiek blijkt nog wel eens dat er ook nog van alles via school en medisch dagverblijf gebeurt, of via allerlei andere instanties in de wijk. In het gesprek kan met elkaar worden afgesproken wie wat op welk moment gaat doen. En ook of bepaalde hulpverlening misschien voorlopig even moet worden stopgezet. Of er wordt ontdekt dat iemand ook nog in het

ziekenhuis loopt met allerlei onderzoeken die niet altijd even zinvol zijn. Dat leidt er soms toe dat de zorg in overleg met de specialist weer wordt teruggenomen naar het eerste lijns-team.

“Iemand die vaak komt krijgt vaak een labonderzoek hier, een foto daar, een scan o.i.d. Door alle zorg in kaart te brengen en het overzicht te hebben zie je ook dat dat niet altijd weer opnieuw nodig is..... zo kun je bepaalde dingen uitsluiten en bespreken met de patiënt dat de oplossing wellicht op een ander terrein moet worden gezocht. We verwijzen hierdoor zeker minder naar de tweede lijn”

Dat overzicht helpt volgens de zorgverleners daarmee onnodig medicaliseren, en beperkt doorverwijzen naar de tweede lijn. In zo'n overleg ziet de patiënt ook dat er goed wordt samen gewerkt. Dat geeft vertrouwen en zorgt er ook voor dat de patiënt geen tegenstrijdige informatie van verschillende zorgverleners krijgt, en andersom.

“Het is altijd wel heel verhelderend, je kunt taken goed verdelen en ook voorkomen dat je door een patiënt (soms bewust maar soms ook onbewust) tegen elkaar wordt uitgespeeld”

Meerdere geïnterviewde zorg- en hulpverleners denken dat door deze samenwerking in de wijk en afstemming met de patiënt de zorg doelmatiger wordt. De samenwerking onderling met de eerstelijns zorgverleners en wijkteams in de wijk wordt positief beoordeeld, maar ten aanzien van de samenwerking met andere organisaties worden ook kritische geluiden geuit. Eén van de POH-ers geeft aan veel problemen met ARBO artsen, UWV en job-coaches te hebben. Zij zijn moeilijk bereikbaar en zetten de mensen soms echt op de verkeerde manier onder druk. Er zou meer afstemming en samenwerking moeten zijn, dan zou er veel meer kunnen worden bereikt. Ook samenwerking met grotere organisaties als Indigo en Altrecht loopt nog niet altijd soepel, mede omdat daar ook nog niet veel/geen vaste contactpersonen zijn.

“Hele belangrijke voorwaarde voor samenwerken is elkaar kennen. Bijvoorbeeld het spreekuur van Indigo is hier een paar dagen. Dat scheelt zo veel. Zelfde werkplek. Vanuit casuïstiek krijg je goed helder welke processen nog niet goed gaan, en welke wel. Ook vertrouwen is heel belangrijk, dan durf je dingen over te dragen en weet je dat iemand je wel informeert als dat nodig is. En daar moet je elkaar echt voor zien”

Door de recente herziening van de zorg is er soms ook nog wel gewoon sprake van concurrentie en verschuiving. Patiënten die vroeger door Indigo werden gezien, komen nu bij de POH-GGZ in de eerste lijn.

“Dus er spelen ook financiële factoren. Daar proberen we dan ook maar open in te zijn, we moeten het toch met elkaar doen. Dat beseffen we nu wel steeds beter en ook de organisaties Indigo en Altrecht worden wel meer op maat, en vraag-gestuurd..... Op de vloer gaat de samenwerking goed en is het daar steeds meer op gericht, maar de organisaties zijn groot en dat gaat 'bovenin' niet snel.”

Er worden veel mensen in de huisartsenpraktijk en ook binnen de wijkteams gezien die misschien eigenlijk in de 2^e lijn thuishoren, maar daar om allerlei redenen niet terecht komen. Mensen hebben te weinig ziekte inzicht om daar naar toe te gaan of worden liever bij de POH-er in de vertrouwde huisartspraktijk gezien dan weer een andere hulpverlener toe te moeten die ze niet

kennen. Dat betekent dat er mensen met psychiatrische problemen in de eerste lijn worden behandeld die daar eigenlijk niet thuis horen. Door zowel huisartsen, POH-ers, als mensen van het wijkteam wordt aangegeven dat het nu soms heel moeilijk is om in een crisissituatie iemand snel in de 2^e lijn te krijgen. Dan bestaat er soms verschil van mening over wat wel of geen crisissituatie is. Wat dat betreft zouden meer vaste contactpersonen bij Altrecht wel heel waardevol zijn.

“Soms meldt je iemand aan voor crisisopvang en dan zijn ze na de eerste keer verdwenen, of ze stellen dat het geen crisis is terwijl ik dat echt wel vond”

2.6.2 Ervaren functionele en normatieve integratie in Overvecht

Het onderling uitwisselen van gegevens is nog wel lastig. Ten eerste wat betreft ICT. Het 4D model kan op een papieren formulier worden ingevuld, maar nog niet digitaal en wordt in die zin nu nog niet als onderdeel van het dossier gebruikt. Zorgverleners wisselen niet elkaars 4D schema uit, terwijl dat in de toekomst misschien wel zinvol zou zijn. Nu wordt de informatie gewoon in het actuele journaal gezet, maar dat is dan wel dubbel werk als je eerst op papier het 4D schema invult. Uitwisselen van gegevens mag niet via de gewone mail, maar het gebeurt dagelijks. Er wordt geopperd dat een gezamenlijk dossier, ook met buurtteam een goede zaak zou zijn om elkaar goed op de hoogte te kunnen houden. Met name de huisartsen geven aan dat zij bijvoorbeeld niet altijd horen of iemand is aangekomen bij het buurtteam wanneer zij hen daarnaar verwezen hebben. Een van de POH-er noemt dat dat ook bij instanties als Altrecht nog wel lastig is.

“Heb ik iemand met goede motivaties en informatie specifiek naar afd. A bij Altrecht gekregen, dan blijkt bij een later bezoek aan de huisarts om een andere reden, dat de verwijzing toch is misgegaan omdat intern werd besloten deze mevr. naar afdeling B. te laten gaan. Daar moet ik dan actief achteraan voordat ik dat hoor, en mijn motivatie/informatie van destijds is ergens in de organisatie verdwenen”

Wat betreft het delen van gegevens is privacy wel een punt. Dat wordt met name bij het buurtteam erg belangrijk gevonden en informatie wordt alleen gedeeld wanneer de patiënt daar expliciet toestemming voor geeft. Liever nog willen zij dat de patiënt zelf iedereen op de hoogte houdt. De geïnterviewde medewerkers van het buurt team geven ook aan dat zelf ook wel lastig te vinden. Zij mogen niet overleggen met de huisarts als de patiënt daar niet expliciet toestemming voor gegeven heeft, terwijl zij soms zelf ook wel behoefte hebben aan bijvoorbeeld diagnostische informatie. En ook aan hen wordt wel eens informatie gevraagd door huisarts of POH-er, maar zij moeten dan echt zeker weten dat de patiënt daar toestemming voor gegeven heeft. Om voor deze informatie-uitwisseling op de patiënt zelf te vertrouwen is moeilijk, want veel patiënten weten niet goed wat ze waarom aan wie moeten vertellen, of vergeten het gewoon. De regelgeving omtrent privacy loopt ook achter, dat is voor medische hulpverlening wel geregeld, maar voor sociaal maatschappelijke hulpverlening nog niet. Zij zijn niet BIG geregistreerd, dus er is geen regelgeving.

3.3.1 Interviews: Wanneer en bij wie wordt het 4D-model in de praktijk ingezet?

De geïnterviewde huisartsen, POH-ers en wijkteam medewerkers erkennen allemaal dat het denken in de 4 domeinen belangrijk is omdat sociaal-maatschappelijke problemen, psychische problemen en fysieke klachten meestal met elkaar samenhangen. Zeker bij de patiëntenpopulatie van Overvecht groep is het belangrijk om naar alle vier de levensdomeinen te kijken omdat er vaak

erg veel tegelijk speelt. Wat dat betreft is er duidelijk sprake van een gedeelde visie over het belang van de 4D benadering.

Er is wel verschil in de mate waarin het 4D model expliciet door de huisarts wordt ingezet. Een aantal huisartsen geeft aan eigenlijk altijd vanuit de 4D benadering te werken. Soms heel gestructureerd en soms gebeurt dat wat meer tussendoor. Het model wordt vooral gebruikt wanneer een patiënt signalen afgeeft dat er meer aan de hand is, naast de lichamelijke klacht waarvoor hij/zij op het spreekuur komt.

“Deze signalen worden vaak onbewust afgegeven door de patiënt, maar door als arts goed te luisteren en breed te kijken leer je dat wel op te pikken”

Een andere huisarts geeft aan de eerste of de tweede keer dat iemand met een gezondheidsprobleem komt eigenlijk nooit op de 4D manier te denken, maar eerst alleen serieus te kijken naar de somatische klacht. Daarentegen is er ook een huisarts die aangeeft ook bij relatief enkelvoudige klachten het 4D denken toe te passen, omdat eigenlijk elke fysieke klacht invloed heeft op andere levensdomeinen.

“Het beleid bij een enkelverstuiking bij iemand die nog thuis bij zijn ouders woont is toch anders dan bij een moeder die voor drie kleine kinderen moet zorgen”

Maar het gebruik van het 4D model hangt volgens de huisartsen en POH-ers ook vooral van de klacht af. Bij hoofdpijn of vermoeidheidsklachten is de strategie om de medische oorzaken goed te onderzoeken en te behandelen, maar ook in het eerste consult al kort aan te geven dat dit klachten zijn waarbij vaak ook andere oorzaken een rol spelen dan alleen lichamelijke.

“Je zet mensen in een soort biopsychosociaal denken en schudt het somatisch denken een beetje los, omdat ik denk dat ze er wel bij varen als ze op die manier naar gezondheid gaan kijken. Dus een kleine hint en dan laat ik het weer los”

Wanneer mensen dan een volgende keer met dezelfde klachten terugkomen en er (weer) geen lichamelijke oorzaak is, wordt aan de patiënt voorgesteld om in een apart consult wat uitgebreider over alle andere dingen die genoemd zijn door te praten en te kijken wat er gedaan kan worden. Daarvoor is een dubbele afspraak van 20 minuten dan wel echt minimaal.

De huisartsen geven aan dat het 4D model niet bij iedere patiënt voor wie dat nuttig zou zijn gebruikt wordt. De voornaamste reden hiervoor is tijd.

“Als ik merk dat ik geen tijd heb, vind ik het heel frustrerend omdat ik voel dat de ‘reguliere aanpak’ niet de klacht opgelost en niet tot de kern van de zaak komt”.

Huisartsen en POH-ers geven allen aan dat het belangrijk is het juiste moment te kiezen om met iemand over de andere levensdomeinen te praten. Als iemand nog sterk aan een somatische oorzaak denkt of daar bang voor is, heeft het bijna geen zin om over andere factoren te beginnen. Dan moet iemand eerst echt overtuigd zijn dat daar niets over het hoofd wordt gezien.

“Soms weet je als arts dat er meer speelt, maar elke suggestie dat er andere dingen dan de somatische aspecten spelen wordt niet opgepakt. Dan moet je ook niet verder proberen”

Patiënten kunnen via de huisarts ook naar de POH-GGZ worden doorgestuurd. Dat gebeurt soms wel, maar meestal niet met een ingevuld 4D model, afhankelijk van de hulpvraag maar ook van de verwijzend huisarts. Het kan ook juist de vraag aan de POH zijn om de problematiek te ontrafelen met behulp van het 4D model, omdat de huisarts vermoedt dat er meerdere dingen spelen. De POH-er heeft hier meer tijd voor. De POH-ers vinden het zeker niet per se nodig of zinvol dat iemand wordt verwezen met een ingevuld 4D model omdat de problematiek toch altijd opnieuw wordt uitgevraagd. De focus van de POH-er is vaak net iets anders dan die van de huisarts, die toch primair naar fysieke/medische klachten kijkt.

De POH-ers gebruiken het 4D model ook niet altijd. Vaak wel bij het eerste contact om de problemen op alle 4 de domeinen te inventariseren en een plan te bepalen, en soms als terugkoppeling naar de huisarts bij complexe patiënten wanneer het te volgen traject nog niet zo duidelijk is. Wanneer er echter sprake is van een redelijk duidelijke hulpvraag, bijvoorbeeld een rouwproces, wordt niet standaard het hele 4D model bevroegd. Wanneer de behandeling na enige tijd stagneert of gedurende het traject duidelijk wordt dat ook andere problematiek een rol speelt, dan wordt met het 4D model breder gekeken wat er allemaal speelt, wie er betrokken is en wat moet er gebeuren.

Bij de wijkteams wordt het model zeker nog niet door iedereen gebruikt, maar wel door enkele ‘voorlopers’. Van de twee wijkteammedewerkers die zijn geïnterviewd gebruikt een van hen het 4D model nog niet zo vaak, maar is wel van plan dat meer te gaan doen, mede naar aanleiding van de gevolgde cursus samenwerking in complexiteit van Volte.

“In mijn hoofd doe ik het wel, maar juist het op papier zetten werkt eigenlijk heel goed, en dan ook met de patiënt samen. Je creëert er rust mee: wat speelt er nu allemaal, waar weet ik genoeg van en waar ontbreekt ook eigenlijk nog informatie voor mij”.

3.2.2 Interviews: brede inventarisatie van klachten

Zowel huisartsen, POH-ers als medewerkers van het wijkteam gaven aan dat een brede inventarisatie van klachten aan de hand van het 4D model door patiënten wordt gewaardeerd en begrepen. De huisartsen geven aan dat wel goed aan de patiënt moet worden uitgelegd waarom niet alleen naar de lichamelijke klachten wordt gekeken, maar ook naar klachten in het psychisch, sociaal en maatschappelijk domein. Eén van de geïnterviewde patiënten geeft aan:

“Direct werd door de huisarts verteld dat er niet alleen naar lichamelijke klachten zou worden gekeken, maar ook naar de rest. Er is goed uitgelegd dat doordat de klachten zolang duurden mijn pijngrens ook verstoord was Er is veel met het 4D model gewerkt, dat gaf mij veel inzicht. Je kunt dan ook op dingen terug komen en kijken hoe het toen was en nu gaat, welke problemen er waren en welke nu opgelost zijn. Er waren veel dingen, op mijn werk, ellende met de wederpartij van het ongeluk, etc.”

Door de POH-ers wordt ook aangegeven dat het goed is om uit te leggen waarom breder naar hun problemen wordt gekeken, maar vaak weten mensen al wel dat ze naar hen zijn verwezen omdat hun klachten niet (alleen) een lichamelijke oorzaak hebben. Door de klachten in het schema in

kaart te brengen en relaties tussen de domeinen uit te leggen ontstaat vaak inzicht bij patiënten in hun eigen klachten. Voor sommige mensen is dit inzicht dat problemen in verschillende domeinen samen hangen helemaal nieuw, maar voor de populatie in Overvecht geldt toch vaak dat zij al zo lang complexe problemen hebben dat zij zelf die samenhang ook wel ervaren. Dan is het vooral een soort erkenning dat al deze klachten ook eens door de huisarts of andere hulpverlener met elkaar in beeld en verband gebracht worden. Een van de huisartsen geeft aan:

“Het inventariseren met het 4D model heeft een functie: patiënt voelt zich gehoord, kan eindelijk alles even kwijt. Je geeft tijd en aandacht, inzicht aan patiënt en maakt voor jezelf de brij van info overzichtelijk. Er komen toch ook weer dingen naar boven die je nog niet wist. En doordat je mensen zelf vraagt wat ze willen, blijf je dicht bij de patiënt”

Tegelijk wordt een aantal keer aangegeven dat je moet blijven controleren of de patiënt je wel volgt en of je niet te snel heel breed naar klachten gaat kijken terwijl de patiënt misschien nog vragen heeft over het somatische deel van de klacht. Een ander risico van het model dat ook door wijkteam-medewerkers wordt aangegeven is dat te snel in oplossingen wordt gedacht terwijl de patiënt nog graag eerst een analyse van zijn problemen wil. Tenslotte zijn er ook mensen die de relaties echt niet zien of begrijpen waardoor de enige ingang de somatische klacht blijft.

3.2.4 Interviews: inventariseren van het perspectief en begrip van de patiënt

Huisartsen en POH-ers geven allen aan dat het vragen naar de eigen ideeën van de patiënt ten aanzien van zijn/haar klachten voorzichtig moet gebeuren en dat een rechtstreekse vraag daarnaar ook averechts kan werken. De vraag moet wel een beetje worden ingekleed. Eén van de huisartsen vraagt eigenlijk nooit naar de eigen ideeën, maar vraagt wel wat mensen er nu zelf van vinden nadat alle problemen in de verschillende domeinen zijn geïnventariseerd. Over het algemeen komt daar weinig uit. De eigen interpretatie die mensen geven aan hun klachten zitten vaak op het lichamelijke terrein en dan is er bij hoofdpijn bijvoorbeeld vaak angst voor een tumor. De relatie tussen gezondheid en problematiek op een ander terrein is niet voor iedereen helder. Een andere huisarts geeft aan dat het uitvragen van de eigen ideeën ook veel tijd kost die niet altijd beschikbaar is en daarom juist eerst vertelt wat zij als arts denkt.

“Ik leg eerst zelf uit wat ik denk, dat is ook omdat ik in 10 minuten moet kijken of iemand een ernstige aandoening heeft en of ik moet handelen, dit fout doen kan grote gevolgen hebben. Dus er is geen tijd eerst uitgebreid over iemands eigen denkmodel te praten. Als iemand terug blijft komen en toch blijft denken dat hij heel ziek is dan moet je er wel over praten, want dan bevordert dat zijn gezondheid”.

Een collega huisarts geeft aan juist wel graag van tevoren te willen weten wat iemands ideeën zijn:

“De kennis die mensen hebben is vaak erg beperkt en komt veelal van familie of buurvrouwen, dus dat zijn meer ideeën dan kennis. Maar het is wel heel fijn om deze ideeën en angsten te kennen voor dat je lichamelijk onderzoek doet, dan kan je daarin soms specifiek aandacht geven aan waar iemand bang voor is. Dat scheelt je tijd”.

Een van de POH-ers vraagt wel altijd wat mensen zelf van hun klachten denken, hoe ze dat interpreteren.

“Er is verschil tussen HA en POH, bij de HA komen ze iets halen, iets ‘krijgen’: een onderzoekje, een lab, een pil. Ik vraag wat van mensen, ze moeten zèlf nadenken, de hulpvraag leren uitvinden, die hebben ze namelijk niet altijd”

Vinden van ‘common ground’

Zowel huisartsen, POH-ers als medewerkers van de wijkteams geven aan dat het belangrijk is overeenstemming te hebben over de factoren die een rol spelen bij de klachten van de patiënt. Anders blijven de verkeerde gedachten of veronderstelde verbanden van de patiënt in de weg zitten bij de verdere behandeling. Iemand die bang is kanker te hebben staat niet open voor ontspannings-oefeningen. Een van de POH-ers geeft aan ook wel expliciet te vragen of mensen voldoende gerust gesteld zijn dat er inderdaad fysiek niet iets ernstigs is, omdat patiënten soms niet tegen de huisarts durven te zeggen dat ze daar toch nog bang voor zijn.

Ook liggen de prioriteiten voor behandeling van mensen wel eens in een ander domein dan waar de zorg- of hulpverlener zou willen beginnen, maar door daar over te praten komt men er over het algemeen samen met de patiënt wel uit. Patiënten onderkennen soms niet dat zij een probleem hebben of zien zij echt de relatie niet tussen verschillende probleemgebieden. Het duurt soms lang voordat mensen dat zien, soms een jaar. In Overvecht zijn veel mensen zijn die eigenlijk in de psychiatrie thuishoren maar daar om allerlei redenen niet heen willen of kunnen. Bijvoorbeeld door taalproblemen, door de ernst van de problematiek, of doordat de hulp niet aan sluit. Deze mensen komen dan bij de POH-GGZ terecht. Doel is dan soms vooral het werken aan een ingang om iemand toch naar die specialistische hulp toe te krijgen. Voordeel daarbij dat meerdere keren wordt genoemd is dat er een wijkspecialist psychiatrie is, die voor overleg geraadpleegd kan worden.

Informatie geven

Over het algemeen wordt aangegeven dat informatie geven aan deze patiëntenpopulatie lastig is. Mensen hebben weinig kennis van het menselijk lichaam en van ziekte en de ‘kennis’ die ze hebben komt vaak van familie en is dan lastig te weerleggen door de huisarts of POH. Door verschillende zorgverleners wordt aangegeven dat ze wel eens naar een website verwijzen en daar dan eerst samen met de patiënt naar kijken. De belangstelling hiervoor is erg verschillend, veel patiënten willen graag dat de dokter gewoon beslist en hebben geen behoefte aan al te veel informatie. Ook wordt door meerdere zorgverleners opgemerkt dat er relatief veel zwakbegaafdheid voorkomt in de wijk, wat begrijpelijke informatie aanbieden moeilijk maakt. Informatie over mogelijkheden van behandeling komt ook niet altijd zo goed over of kan soms veel te confronterend zijn, bijvoorbeeld bij psychiatrische problematiek.

3.3.2 Interviews: communicatie

Unaniem wordt door alle zorg- en hulpverleners aangegeven dat het goed luisteren naar de patiënt, het tonen van empathie en emotie een heel belangrijk onderdeel is van de behandeling. Een van de wijkteam medewerkers geeft aan dat goed luisteren en inleven is ook belangrijk om ervoor te zorgen dat je niet te snel aan oplossingen gaat werken, als iemand vooral even zijn verhaal nog even kwijt wil.

Door een van de huisartsen wordt opgemerkt dat laten zien dat je luistert, empathie toont en begrip hebt weliswaar heel belangrijk is, maar ook heel lastig bij mensen uit een andere cultuur.

Emoties teruggeven is bij de Marokkaanse groep bijvoorbeeld wel moeilijk. Zeggen: “ ik merk dat u boos wordt” komt niet aan. Dat werkt pas als je iemand goed kent en een vertrouwensband met hen hebt.... het wantrouwen naar Nederlandse dokters is groot. Een goede relatie opbouwen kost heel veel tijd, het levert het gehele gezin gezondheidswinst op, maar deze tijd wordt door niemand betaald.

Een van de POH-ers merkt op dat het voor goed kunnen luisteren en empathie tonen belangrijk is dat je niet aan 5 consulten gebonden bent omdat er eerst een vertrouwensband moet zijn voordat mensen gaan vertellen. Iemand anders merkt op dat meer hulpverleners met een Turkse of Marokkaanse achtergrond heel welkom zou zijn, zodat de patiënt zichzelf wellicht beter begrepen voelt.

Wanneer de communicatie om de een of andere reden met de huisarts moeizaam verloopt en dit adequate zorgverlening in de weg staat, wordt door de POH-er nog wel eens een bemiddelende rol aangenomen. Dit was ook het geval bij één van de geïnterviewde patiënten:

Zelf denk ik altijd snel dat wanneer ik iets heb, ik K of iets anders ernstigs heb. Dat is iets uit mijn jeugd denk ik..... [naam POH-er] heeft mij vooral geleerd hoe ik anders kan gaan denken en niet altijd van het ergste uit moet gaan. En hij heeft ook gezegd dat ik aan de huisarts duidelijk moet maken wat mijn angst is. Dat deed ik voor die tijd niet zo, dan voelde ik me een zeur. Nu heb ik dat niet meer en is die drempel weg. En ik durf nu ook gewoon als ik ergens last van heb om naar de huisarts toe te gaan.

3.4.2 Interviews: betrekken van de patiënt bij opstellen behandeldoelen en beslissingen ten aanzien van behandeling

Meerdere geïnterviewde zorgverleners geven aan dat het betrekken van de patiënt bij het opstellen van behandeldoelen nog wel eens lastig is. Er wordt wel gevraagd wat mensen graag willen, maar de doelen zitten toch soms meer in het hoofd van de zorgverlener. Wel wordt altijd uitgelegd waarom een bepaalde behandeling wordt ingezet. Door de huisartsen wordt aangegeven dat patiënten in Overvecht vaak niet per se willen mee beslissen over hun behandeling, of goed weten welk onderzoek ze willen. Over het algemeen is er bij veel patiënten weinig kennis. Een van de huisartsen geeft aan de beslissing wel aan de patiënt voor te leggen als er echt wat te kiezen is, maar vaak zijn er niet zo duidelijk gelijkwaardige opties voorhanden. Daarbij kunnen mensen ook onrustig worden van verschillende opties, omdat ze dan bang zijn de verkeerde te kiezen. Beslissingen worden daarom in de praktijk vaak aan de dokter overgelaten. Een beslissing moet natuurlijk niet aan iemand worden opgedrongen en de patiënt moet wel worden betrokken bij het proces, maar bij deze groep wordt ‘shared decision making’ toch vaak als een illusie gezien.

“Shared decision making is voor hoogopgeleiden al heel moeilijk, je bent toch vaak afhankelijk van andermans kennis. Dat is al als je auto gerepareerd moet worden, dus ga maar na”

Maar er zijn natuurlijk ook patiënten die het wel prettig vinden om mee te beslissen, zoals degenen die geïnterviewd werden aangeven:

“Ik mag ook altijd wel meebeslissen, ze vragen wat ik zelf denk. Als ik bijv. heel graag een foto wil dan kan dat wel, maar als de huisarts het echt niet nodig vindt zegt hij dat ook wel eerlijk en daar durf ik inmiddels ook wel op te vertrouwen. Maar ik mag zeker meedenken, dat is heel prettig”

En:

“Er werd ook goed aan mij gevraagd wat ik wilde. Er werd heel veel gepraat wat ik wilde en wat de doelen waren en ik was echt degene die besliste. Ik voelde mij centraal staan, het ging echt om mij”

Ook wordt door de zorgverleners aangegeven dat af en toe op verzoek van de patiënt een onderzoek wordt aangevraagd waarvan de arts denkt dat het minder zinvol is. Dat onderzoek is dan eigenlijk nodig is om daarna weer verder te kunnen met iemand. Anders blijft deze onvervulde behoefte toch in de weg zitten.

Eén van de POHers geeft aan dat samen doelen opstellen en een behandelplan bepalen wel erg ideëel gedacht is voor deze groep. Het is natuurlijk het uitgangspunt, maar komt er vaak niet echt van.

“Dan word ik soms ook niet goed meer van het woord ‘eigen kracht’. De betekenis daarvan mag je voor deze groep wel wat vernauwen. Je bedoelt dan gezondheidsvaardigheden, dat betekent dat je dingen moet kunnen snappen, verbanden kunt zien, maar ook wilt zien, cultuur speelt daarbij een rol. Het is vaak wel veel gevraagd”

Meerdere POH-ers en medewerkers van het wijkteam geven aan dat mensen niet altijd duidelijk prioriteiten hebben. Doordat er zoveel problematiek tegelijk speelt is dat juist vaak het probleem. De eerste taak is dan om samen en door middel van het 4D model overzicht in de problematiek te krijgen en prioriteiten voor behandeling te stellen. Door veel te vragen gaat iemand ook zelf nadenken en kunnen patiënten toch wel een ‘eerste’ hulpvraag formuleren, maar het is wel even zoeken waarbij goed luisteren essentieel is.

En dan komt het ook regelmatig voor dat mensen met problemen komen die ze willen oplossen terwijl de hulpverlener liever met een ander probleem zou willen beginnen. Door samen te praten en dingen uit te leggen aan de patiënt wordt dan geprobeerd overeenstemming te bereiken. Daarbij geven veel hulpverleners aan dat zij vaak een traject voorstellen omdat mensen meestal niet zelf weten wat er allemaal mogelijk is. Maar uiteindelijk bepaalt de patiënt de prioriteiten, want deze moet zich in het traject en de volgorde van aanpakken kunnen vinden. Een van de medewerkers van het wijkteam geeft aan:

“Soms is wel lastig dat ik denk dat er heel veel speelt terwijl mensen dan toch maar met één stukje aan de slag willen. Aan de andere kant: als je alles gaat doen waarvan je denkt dat allemaal nodig is, dan kun je bij een heleboel mensen hier in de wijk wel aan de gang blijven. Er speelt vaak heel veel”.

3.5.3 Interviews: stimuleren eigen regie, zelfmanagement en leefstijl

Huisartsen, POH-ers en vertegenwoordigers van het wijkteam verstaan onder eigen regie dat patiënten niet afhankelijk worden van hulpverleners, en dat niet alles voor ze wordt geregeld. Zeker huisartsen hebben hier geen tijd voor en alle geïnterviewde professionals vinden het ook

beter als iemand zelf dingen regelt omdat het daarmee ook echt een eigen keuze van de patiënt wordt. Dus als de patiënten graag wil dat de huisarts met de bedrijfsarts overlegt, moet hij/zij zelf zorgen dat de bedrijfsarts belt.

Eigen regie betekent ook dat de patiënt zelf prioriteiten aangeeft, óók als de zorg- of hulpverlener liever andere prioriteiten zou leggen. De huisartsen of POH-ers geven wel de mogelijkheden aan. In hoeverre de zorgverlener in de goede richting kan duwen is maatwerk en bij iedere patiënt verschillend. Om te zoeken naar de 'eigen kracht' van de patiënt, en te kijken waar hij/zij echt zelf aan kan werken wordt overzicht bieden, al dan niet met behulp van het 4D model heel belangrijk gevonden. Vanuit overzicht kunnen mensen aangeven wat zij belangrijk vinden in hun klachten/gezondheid en in hun leven en hun eigen keuzes maken. Dat helpt hen ook hun hulpvraag helder te krijgen. Als iemand adviezen niet opvolgt wordt wel geprobeerd de reden daarvan te achterhalen en ook worden de consequentie van verkeerde keuzes in bijvoorbeeld leefgewoonten worden wel uitgelegd, maar de patiënt beslist uiteindelijk.

“Hier helpt het 4D model ook bij: als arts heb je goed overzicht wat je hebt gedaan en besproken, waar de keuzes lagen en dat je dan soms gewoon even niets meer kunt doen als iemand zelf een andere of verkeerde keus maakt”

Daarnaast geeft een van de huisartsen aan dat ook het goed vertellen wat er aan de hand is zonder informatie weg te laten een vorm van eigen regie is, net als het kopen van een thermometer en op tijd naar de dokter komen als er klachten zijn.

De geïnterviewde POH-ers hebben meer tijd om mensen te leren om meer eigen regie te nemen. Zij proberen uit te vragen wat mensen nodig hebben om zelf de regie te nemen en helpen daar bij, maar vooral door hen zelf te laten aangeven wat ze willen en kunnen. Mensen worden daarvoor dan ook wel gericht verwezen naar een buurtteam, maar moeten daar wel zelf heen gaan. Daarbij is verwachtingsmanagement van anderen van belang. Het buurtteam gaat het ook niet voor mensen oplossen, maar leren hen wel hoe ze het straks verder zelf kunnen.

Een ander belangrijk aspect van eigen regie dat wordt genoemd is de relatie met zorg- en hulpverleners. Wanneer een patiënt onvoldoende vertrouwen heeft in bijvoorbeeld de huisarts is het belangrijk dat zij leren om dingen nog eens te vragen. Assertiviteit en opkomen voor jezelf worden ook als gezondheidsvaardigheden gezien. Daarnaast is eigen regie ook dat mensen hun huisarts op de hoogte houden van eventuele andere hulp-trajecten die lopen. Voor veel mensen is het echter moeilijk om in te schatten welke informatie voor hun huisarts belangrijk is.

Maar alle geïnterviewde zorg- en hulpverleners geven unaniem aan dat heel veel mensen eigen regie niet aan kunnen en dat daar toch op aandringen alleen maar extra stress oplevert. Als patiënten door verstandelijke of psychiatrische problemen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vinden hulpverleners het hun rol om de regie over te nemen of te kijken wie dat zou kunnen doen. Ook geeft iedereen aan dat het soms nog wel lastig is om niet snel even iets zelf te regelen, omdat die hulpverlenersreflex er nog wel in zit en mensen het ook vaak verwachten.

“En soms ben ik heel directief. Dan bel ik Mitros als de verwarming voor de 10e keer stuk is. Dat zou dan wellicht anders moeten of via het buurtteam of via de cliënt zelf, maar dan schiet het niet

op.....dus soms niks eigen regie. Je moet flexibel zijn en je aanpassen aan wat op het moment nodig is en wat iemand kan”

“Maar als ik 2 keer de telefoon in handen heb gegeven doe ik het wel op de luidspreker. Ik kan dan wel een discussie aangaan dat ze beter zelf kunnen bellen, doe ik ook wel, maar daar zit een eind aan”

Maar ieders uitgangspunt is zeker om mensen te stimuleren zelf dingen te regelen en zelf instanties te bellen. Daarbij wordt ook goed uitgevraagd wat de positieve dingen in iemands omgeving zijn, en wordt gekeken wie uit de omgeving misschien kan helpen. Met name de POH-ers en mensen uit het wijkteam geven aan dat daar het 4D model ook heel geschikt voor is. Er wordt dan niet alleen naar klachten gekeken, maar ook wordt expliciet ingegaan op wat wèl goed gaat en het netwerk wordt in kaart gebracht. Wanneer er één probleem uit een domein (bijv. financiën) even tijdelijk door iemand worden overgenomen kan dat helpen bij het nemen van eigen regie. Als andere problemen dan weer wat rustiger zijn gaat iemand er daarna zelf weer mee verder. Dus het goed aftasten van iemands draagkracht is belangrijk.

“Als je de positieve dingen zwart op wit op papier zet krijgt de patiënt daar ook een andere kijk op. Die komt in de rol van patiënt met een probleem, terwijl hij/zij meer is dan een probleem, er zijn ook dingen die wel goed gaan en die kunnen ze gebruiken”.

De huisartsen en POH-ers geven unaniem aan dat het bevorderen van een gezonde leefstijl en zelfmanagement daarin erg lastig is bij deze complexe patiënten. Cultureel is het soms lastig omdat er veel slechte eetgewoonten zijn, en mensen hebben ook vaak veel andere problemen die gezonde leefstijl tot een luxe maken. Huisartsen noemen vaak wel dat een gezonde leefstijl belangrijk is en peilen dan of iemand open staat voor adviezen hierover. Wanneer dat het geval is wordt er in een volgend consult over door gepraat of wordt iemand doorverwezen naar beweegprogramma in de buurt of naar een fysiotherapeut, diëtist of psycholoog. Dat gebeurt echter alleen als iemand zelf heeft laten zien dat hij/zij daar echt gemotiveerd voor is.

“Ik ga niet duwen, daar heb ik ook echt geen tijd voor. Ik geef opties en als ze meer willen weten moeten ze daar zelf een keer voor terugkomen”.

De huisartsen geven aan wel wat zwaarder op het verbeteren van leefstijl in te zetten wanneer er echt een medische noodzaak bestaat. Dan wordt het volgens hen ook echt een taak van hen als arts.

“...Hooguit bij een dreigend hartinfarct wordt ik fanatieker en vasthoudender in mijn leefstijladviezen....dan vind ik het mijn plicht als arts”

Zelfmanagementvaardigheden als zelf bloed controleren is voor veel mensen moeilijk, maar wanneer mensen wat meer begrip van hun aandoening hebben lukt het wel. Een van de geïnterviewde patiënten geeft aan:

“Ik vind het fijn om zelf dingen te kunnen doen en aan mij zelf te kunnen werken. Ik ben niet iemand die graag pillen wil, die heb ik zoveel gehad. Ik heb allerlei dingen geleerd om klachten op te lossen: hoofdpijn? Dan eerst goed drinken, ontspannen, dan pas pillen als het niet anders kan”

De POH-ers hebben iets meer tijd per cliënt om op leefstijl in te gaan, maar erkennen ook dat het een moeilijk onderwerp is dat niet voor iedere patiënt prioriteit heeft. De herhaling van de boodschap is belangrijk en daarom is het volgens hen wel goed als alle betrokken hulpverleners aangeven dat leefstijl belangrijk is, zodat mensen dat uiteindelijk ook zelf gaan inzien. Al dan niet met behulp van het 4D model proberen de geïnterviewde POH-ers om mensen het verband te leren tussen hun gedrag en de klachten die ze hebben. Met name ontspanningsoefeningen worden veel aangeleerd, of mensen leren om regelmatig tijd voor zichzelf te nemen door bijvoorbeeld een stukje te wandelen of te fietsen.

Daarbij maken de POH-ers soms gebruik van digitale ondersteuningsprogramma's of verwijzen zij mensen door naar een beweeg- of vitaliteitsmakelaar in de wijk als zij daarvoor open staan.

“Dan leer ik tijd vrij maken voor zichzelf, even 1 x per dag wandelen zodat ze ervaren dat dat iets doet. Het hoeft niet lang. Dat moet je herhalen zonder te drammen anders gaan ze zich daar ook nog schuldig over voelen als ze te weinig doen...”

Maar tegelijkertijd wordt aangegeven dat het volhouden hiervan soms moeilijk is, mede gezien de complexe problematiek waar mensen mee te maken hebben.

“Dat geeft op de langere termijn wel inzicht en dan gaan mensen dat wel doen, maar één brief van de bedrijfsarts bijvoorbeeld en het gezonde gedrag verdwijnt weerdat gebeurt veel”.

Ook de medewerker uit het wijkteam geeft aan dat leefstijl beïnvloeding vaak wel wordt besproken maar meestal weinig prioriteit heeft.

Verwijzen naar voorzieningen in de wijk

In de wijk zijn volgens geïnterviewde zorg- en hulpverleners wel ruim voldoende mogelijkheden, zoals Harten voor Sport en een beweeg- en vitaliteitsmakelaar waarnaar verwezen kan worden. Maar ook wordt aangegeven dat het lastig is om mensen naar een activiteit te krijgen, zeker wanneer er veel problematiek speelt. Soms staat iemand er nog niet voor open of wil niet bij nog meer voorzieningen lopen. Maar ook sluiten groepstijden bijvoorbeeld niet aan of is er geen kinderopvang, hoewel wordt aangegeven dat dat laatste wel verbetert.

Verschillende zorg- en hulpverleners geven aan dat er in Overvecht misschien wel te veel wordt georganiseerd, zij hebben geen goed overzicht van alle activiteiten en mogelijkheden omdat het zo veel is. Bovendien verandert het aanbod vrij snel. Zorgverleners verwijzen patiënten dan naar mensen knooppunten in de wijk die overzicht hebben over een deel van deze voorzieningen.

Er zijn veel dezelfde dingen en er lijkt weinig afstemming te zijn. Sociale makelaars kunnen bijvoorbeeld dingen organiseren als ze een vraag krijgen, maar mensen met een vraag komen daar niet altijd terecht. Of allemaal apart in plaats van met een groepje. Mensen worden nu eigenlijk niet samen gebracht terwijl dat hulpverleners uiteindelijk ook ontlasten. Volgens een medewerker van het wijkteam zou het mooi zijn de saamhorigheid en de verantwoordelijkheid voor elkaar te vergroten in Overvecht, zodat bewoners elkaar meer kunnen helpen.

“Soms is er wel een hele groep mensen die eenzaam is en een groep mensen die wel wat meer zou willen doen in de buurt, zingeving zoeken, maar daar zijn we dan apart van elkaar mee bezig. Die zouden we moeten kunnen samenbrengen. Daar zit wel potentie”