

Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk

Een onderzoek naar drie modellen
voor persoonsgerichte gespreksvoering





Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk

Een onderzoek naar drie modellen
voor persoonsgerichte gespreksvoering

Colofon

Auteurs

Nina Bos, Trimbos-instituut
Jenny Boumans, Trimbos-instituut
Veerle Schutjens, Trimbos-instituut
Anne van Jaarsveld, Trimbos-instituut
Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met medewerking van

Hilde Boei, Zorgbelang Inclusief
Karianne Buddingh, Leids Universitair Medisch Centrum
Miriam Heijnders, Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept
Jan Joost Meijs, Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept
Laura Shields-Zeeman, Trimbos-instituut
Richard Starmans, Leids Universitair Medisch Centrum, PsyHAG
Wienke Thoonen, De Achterstandsfondsen

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met dank aan

Alle geïnterviewde experts, huisartsen, praktijkondersteuners (POH's) en patiënten.
Zonder hen had dit rapport niet tot stand kunnen komen.

Financier

ZonMw, onderzoeksprogramma ggz, dossiernummer: 06360332210016

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Dit rapport is gratis te downloaden via www.trimbos.nl met artikelnummer **TRI-61-011**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725, 3500 AS Utrecht
T 030-297 11 00

© 2024, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel en aanpak van het onderzoek	12
1.3 Achtergrond en relevantie	15
1.4 Leeswijzer	19
Deel A	20
Drie gespreksmodellen voor het brede gesprek: een literatuurstudie	20
2. Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid	21
2.1 Wat is het en bij wie kan het worden ingezet?	21
2.2 Hoe werkt het Spinnenwebmodel?	22
2.3 In hoeverre wordt het model gebruikt in de huisartsenzorg?	24
2.4 Bevindingen uit eerder onderzoek	24
3. Het 4Domeinen model van Krachtige Basiszorg	27
3.1 Wat is het en bij wie kan het worden ingezet?	27
3.2 Hoe werkt het 4Domeinen model?	28
3.3 In hoeverre wordt het model gebruikt in de huisartsenzorg?	29
3.4 Bevindingen uit eerder onderzoek	30
4. Het KOP-model	33
4.1 Wat is het en bij wie kan het worden ingezet?	33
4.2 Hoe werkt het KOP-model?	34
4.3 In hoeverre wordt het model gebruikt in de huisartsenzorg?	35
4.4 Bevindingen uit eerder onderzoek	35
5. Overeenkomsten en verschillen tussen de drie gespreksmodellen	37
5.1 Overeenkomsten en verschillen in beoogde toepassing	37
5.2 Overeenkomsten en verschillen van bevindingen uit onderzoek	37
5.3 Overeenkomsten en verschillen in gebruik in de Nederlandse huisartsenzorg	38



Deel B	39
Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk: gebruik en meerwaarde	39
6. Het gebruik van de drie gespreksmodellen in de praktijk	40
6.1 Frequentie van gebruik	40
6.2 Doelgroepen en patiëntkenmerken	41
6.3 Op welk moment wordt een gespreksmodel ingezet?	43
6.4 Volledige en selectieve toepassing	45
6.5 Relationeel versus instrumenteel gebruik	48
6.6 Wat gebeurt er na het brede gesprek?	50
6.7 Samenvattend	53
7. Het brede gesprek: wat levert het op?	54
7.1 Ervaren meerwaarde van het brede gesprek	54
7.2 Het brede gesprek: mogelijke uitkomsten van het gesprek zelf én het vervolg	60
7.3 Samenvattend	63
Deel C	64
Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk: draagvlak en belangrijke (rand)voorwaarden	64
8. Draagvlak voor het brede gesprek	65
8.1 De beweging richting persoonsgerichte huisartsenzorg	65
8.2 Draagvlak voor brede gespreksmodellen	66
8.3 De beweging wordt omarmd maar roept ook vragen op	68
8.4 Samenvattend	70
9. Randvoorwaarden voor een duurzame inbedding van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk	72
9.1 Kennis en vaardigheden bij de professional	72
9.2 Voldoende tijd voor de huisarts	75
9.3 Samenwerking in de praktijk en samenwerking met het sociaal domein	76
9.4 Samenvattend	78
Deel D	80
Conclusies en aanbevelingen	80
10. Conclusies en aanbevelingen	81
10.1 Sterktes en beperkingen van het onderzoek	81
10.2 Kernbevindingen	82
10.3 Conclusies en aanbevelingen	85



Literatuur	89
Bijlagen	93
I. Topiclijst voor de huisartsen/POH's die een gespreksmodel inzetten	94
II. Topiclijst voor de huisartsen/POH's die geen gespreksmodel inzetten	96
III. Topiclijst voor de patiënt interviews	97
IV. Korte vragenlijst voor huisarts/POH-ggz voorafgaand aan het interview	98

Aanleiding, doel en aanpak

Tegen de achtergrond van onder meer de opkomst van positieve gezondheid, een beter inzicht in sociaaleconomische determinanten van mentale gezondheid en de toenemende druk op de huisartsenzorg vanwege psychische en psychosociale hulpvragen, wordt het steeds belangrijker dat huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) een brede, persoonsgerichte aanpak hanteren. Een manier om dat te doen is middels het voeren van het brede gesprek met een patiënt.

Wat is het brede gesprek? Het brede gesprek is een persoonsgerichte vorm van gespreksvoering, waarmee integraal en holistisch naar een persoon en diens hulpvraag wordt gekeken. Op deze wijze kan de nadruk worden gelegd op zijn/haar unieke verhaal, het ontwikkelen of benutten van veerkracht en aanpassingsvermogen, in plaats van op de aanwezigheid van ziekte en beperkingen. De focus verandert met zo'n gesprek van 'wat kan niet' naar 'wat kan wel' vanuit het perspectief van de patiënt; van 'klachten wegnemen' naar zingeving. Centraal hierbij staat *shared-decision making*: de professional en de patiënt delen hun kennis en voorkeuren om samen tot een passend vervolgtraject te komen. Dit vervolgtraject kan een verwijzing naar het sociaal domein omvatten, maar ook andere acties, activiteiten en interventies kunnen onderdeel vormen van het vervolg.

Om huisartsen en POH's te ondersteunen in het voeren van het brede gesprek, zijn gespreksmodellen zoals het Spinnenwebmodel, het 4Domeinen(4D)-model en het KOP-model ontwikkeld. Dit onderzoek beoogt inzicht te verwerven in de toepassing en meerwaarde van het brede gesprek in de dagelijkse huisartsenpraktijk, de manier waarop de drie gespreksmodellen hierbij behulpzaam kunnen zijn, en welke factoren relevant zijn voor een bredere en duurzame inbedding van het brede gesprek in de praktijk. Hiertoe is een literatuurstudie gedaan naar de drie brede gespreksmodellen en zijn 28 interviews gehouden met experts, huisartsen, POH's en patiënten. De opgehaalde kennis is van belang om bij te dragen aan de verschuiving richting een meer samenhangende, continue en persoonsgerichte huisartsenzorg.

Resultaten literatuurstudie

Het Spinnenwebmodel, het 4D-model en het KOP-model zijn gespreksmodellen die een integrale benadering van gezondheid hanteren, waarbij uit wordt gegaan van een interactie van fysieke, mentale, sociale en emotionele factoren. Alle drie de modellen zetten in op *shared-decision making* en het faciliteren van eigenaarschap van de patiënt.

- Het Spinnenwebmodel richt zich op het bevorderen van veerkracht en eigen regie door zes dimensies van gezondheid en veerkracht te belichten.

- Het 4D-model biedt een integrale benadering door gezamenlijk vier levensdomeinen te verkennen en is vooral bedoeld om in te zetten bij patiënten met complexere problematiek op meerdere levensgebieden.
- Het KOP-model richt zich specifiek op het analyseren van de interactie tussen klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl om psychische klachten te behandelen, waarbij het versterken van coping centraal staat.

Het Spinnenweb- en 4D-model worden door huisartsen en POH's gebruikt, het KOP-model hoofdzakelijk door POH's-ggz. Het beperkte onderzoek naar het gebruik van de modellen wijst op positieve uitkomsten, zoals het versterken van eigen regie van patiënten, meer gezondheidswinst, betere domeinoverstijgende samenwerking en lagere zorgkosten. Ook geeft het bestaande onderzoek aan dat de implementatie van de modellen in de dagelijkse praktijk een complex veranderproces is dat tijd en inspanning vergt.

Resultaten interviews

Gebruik in de huisartsenzorg

Uit de interviews komt naar voren dat de modellen nog niet volledig in de praktijk zijn ingebed. Hoewel enkele geïnterviewde huisartsen en POH's de modellen zeer vaak inzetten, zetten de meeste geïnterviewde professionals de modellen laagfrequent in, ondanks welwillendheid. Dit geldt met name voor het 4D- en Spinnenwebmodel. Wanneer modellen worden ingezet dan is dat bij een brede en diverse groep patiënten. Wat de boventoon lijkt te voeren, is dat de professional een inschatting maakt of een breed gesprek bij een specifieke patiënt en op een specifiek moment toegevoegde waarde heeft, en of de patiënt ervoor openstaat om zo'n gesprek te voeren. Sommige geïnterviewde professionals passen het model volledig toe (met gebruikmaking van alle stappen en elementen), maar ook selectieve toepassing van stappen of elementen van een model komt regelmatig voor. Voorts is er onderscheid te maken tussen een meer relationele en een meer instrumentele toepassing, waarbij in het tweede geval wel aandacht is voor het uitvragen van meerdere levensgebieden, maar minder voor de samenwerking met, en empowerment van de patiënt. Voor alle drie de gespreksmodellen geldt dat er na het brede gesprek diverse vervolgopties worden gevonden, waaronder doorverwijzing naar het sociaal domein, een (vervolg)gesprek in de huisartsenpraktijk, of het zelf aan de slag gaan door de patiënt.

Meerwaarde

Alle geïnterviewde professionals die een gespreksmodel voor het brede gesprek inzetten, ervaren duidelijke meerwaarde daarvan. Vaak genoemde voordelen zijn dat het makkelijker wordt om aan te sluiten bij de patiënt, meer gelijkwaardigheid en een verschuiving van focus naar mogelijkheden en veerkracht. Brede gespreksmodellen bieden tevens structuur en overzicht en maken ingewikkelde processen en verbanden visueel. Ook helpen de modellen om gericht door te verwijzen, beter samen te werken met professionals uit andere disciplines en domeinen. Dit alles maakt de gesprekken tussen patiënten en professionals leuker. Patiënten benadrukken vooral dat zij zich meer gehoord voelen, dat er overzicht ontstaat in een chaotische situatie, dat het aanzet tot zelfreflectie en tot bewustwording leidt. Daarbij waarderen zij de visuele eenvoud van de modellen.

Inbedding brede gesprek in de huisartsenzorg

Het belang van het brede gesprek wordt vrij algemeen onderschreven door de geïnterviewde professionals. Zij zien regelmatig patiënten voor wie een puur medische of psychologische blik ontoereikend is, en dat versterkt hun motivatie. Er lijken echter wel verschillende factoren te bestaan die een duurzame en optimale toepassing in de weg zitten. Zo leven er bij sommigen nog vragen over rollen en verantwoordelijkheden, zoals 'waar begint en eindigt mijn rol als huisarts?.' Sommigen ervaren te weinig keus in het type model, doordat een bepaald gespreksmodel hen van bovenaf is 'opgelegd'. Daarnaast spelen diverse praktische en organisatorische randvoorwaarden een rol. Het gaat dan om kennis en vaardigheden op het gebied van persoonsgericht werken, voldoende tijd, een goed georganiseerde samenwerking binnen de huisartsenpraktijk, en korte lijnen en een goede samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. Deze randvoorwaarden zijn in de praktijk dikwijls nog onvoldoende gerealiseerd.

Belangrijkste conclusies

Al met al schetst dit onderzoek een beeld van een veld in transitie, waarbij het brede gesprek en het persoonsgericht werken al veel voet aan de grond hebben gekregen, maar er ook nog uitdagingen bestaan. We trekken de volgende conclusies:

1. Ondanks draagvlak en ervaren meerwaarde, is persoonsgericht werken met het brede gesprek bij een deel van de huisartsen en POH's nog niet ingebed in de dagelijkse routine.

Het idee van breed kijken naar gezondheidsklachten is niet nieuw en zelfs gemeengoed te noemen, maar dit geldt nog niet voor het aspect van *shared-decision making*, voor het *daadwerkelijk* verschuiven van mandaat naar de patiënt en de coachende rol die de professional daarbij dient in te nemen. Een deel van de professionals lijkt op dit gebied nog handelingsverlegen, wat een verklaring kan zijn voor laagfrequente, onvolledige en instrumentele inzet van brede gespreksmodellen. Mogelijk ligt hierachter dat bij veel professionals een gevoel bestaat 'met een oplossing te moeten komen', wat logisch is omdat professionals dat vanuit opleiding en ervaring gewend zijn. Dat brede gespreksmodellen juist onderscheidend zijn in het feit dat de professional *niet* met een oplossing hoeft te komen, moet nog meer 'landen' in de praktijk.

2. Een beweging naar persoonsgerichte zorg behoeft tijd, doorlopende aandacht en netwerk-samenwerking.

Om de beweging naar persoonsgerichte zorg verder te brengen, is meer kennis nodig over de relationele aspecten van persoonsgericht werken. Het vraagt om (het oefenen met) een andere basishouding; een kanteling van de bestaande rollen van zowel de professional als de patiënt. Een dergelijke kanteling kost tijd en doorlopende aandacht omdat men, zelfs bij motivatie voor verandering, snel terugvalt in oude rollen en gewoonten. En daarnaast vraagt het om een context van (gelijkwaardige) samenwerking met andere professionals. Ook hier moet een kanteling in plaatsvinden.

3. Diverse praktische en organisatorische randvoorwaarden voor een kanteling naar persoonsgericht werken behoeven nog aandacht.

Op veel plaatsen zijn diverse praktische en organisatorische randvoorwaarden onvoldoende gerealiseerd. Er is vooral winst te behalen bij het verstevigen van de samenwerking *binnen*

de huisartsenpraktijk en het realiseren van korte lijnen en een goede samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. Vragen over de precieze rol die iedere actor speelt in de nieuwe netwerksamenwerking, zijn legitiem en behoeven dialoog tussen alle betrokken partijen.

Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en conclusies kan een vijftal, onderling samenhangende aanbevelingen worden geformuleerd voor een bredere en beter inbedding van het brede gesprek in de huisartspraktijk. Deze aanbevelingen dienen allen, met oog voor de onderlinge wisselwerking, aandacht te krijgen:

1. Meer en blijvende aandacht voor empowerment als kernconcept bij persoonsgerichte zorg.
2. Verduidelijk ieders rol en verantwoordelijkheid in de kanteling naar persoonsgerichte zorg.
3. De uitgangspunten van persoonsgericht werken dienen integraal onderdeel te zijn van de opleidingen van huisartsen en POH's.
4. Het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal domein verdient meer aandacht.
5. De (mogelijke) opbrengsten (zoals betere uitkomsten van patiënten, betere domeinoverstijgende samenwerking en lagere zorgkosten) van het brede gesprek, en de vervolgstappen die hieruit voortvloeien, dienen beter te worden onderbouwd door onderzoek.

1. Inleiding



Het Trimbos-instituut heeft samen met projectgroepleden vanuit PsyHAG (het netwerk van kaderhuisartsen GGZ), de huisartsopleiding van Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept, Zorgbelang Inclusief en De Achterstandsfondsen, een literatuur- en kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar modellen voor 'het brede gesprek' in de huisartsenzorg. In dit eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding, het doel en de aanpak van het onderzoek. Ook wordt stilgestaan bij een aantal bredere ontwikkelingen om de relevantie van het voeren van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk aan te geven.

1.1 Aanleiding

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor passende zorg, dichtbij huis. Echter, door onder andere de vergrijzing van de Nederlandse bevolking, de groeiende zorgvraag en de tekorten aan personeel komt de huisartsenzorg in toenemende mate onder druk te staan. Om de eerstelijnszorg toegankelijk te houden, beter aan te sluiten bij de persoonlijke situatie van patiënten¹ en meer bij te dragen aan hun kwaliteit van leven, is een beweging ingezet naar meer samenhangende, continue en persoonsgerichte zorg en ondersteuning (visie eerstelijnszorg 2023 file (overheid.nl)). Deze moet ervoor zorgen dat in de toekomstige huisartsenzorg beter tegemoet kan worden gekomen aan de uitdagingen waar huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) zich voor gesteld zien staan.

Een van die uitdagingen is dat huisartsen en POH's steeds meer vragen krijgen die gaan over gezondheidsklachten die ontstaan of in stand worden gehouden door psychosociale factoren. In een huisartsenpraktijk gaat een deel van de consulten over klachten waar geen medische oorzaak voor aan te wijzen is, maar waarbij onderliggende sociaalmaatschappelijke problemen zoals eenzaamheid, schulden of werkloosheid, of zingevingsvraagstukken een rol spelen. Een puur medische- of symptomatische aanpak is dan vaak niet toereikend en/of leidt niet tot een duurzame oplossing. Passend is een bredere benadering waarbij de arts of POH, samen met de patiënt, kan inventariseren hoe het unieke spel van gezondheidsdeterminanten, gezondheidsstatus en ervaren gezondheid in elkaar zit. Op basis daarvan kan samen worden onderzocht wat een passende oplossingsrichting is, of passende oplossingsrichtingen zijn, waarbij het handelingsperspectief nadrukkelijk óók mogelijkheden buiten het medische- of psychologische domein omvat.

Om huisartsen en POH's te ondersteunen in zo'n brede, persoonsgerichte benadering van gezondheidsvragen zijn de laatste jaren verschillende gespreksmodellen voor het brede gesprek ontwikkeld.

¹ In de ggz en het sociaal domein wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In de huisartsenzorg is de term patiënt gebruikelijk. In deze publicatie is daarom voor de benaming patiënt gekozen.

Wat is het Brede gesprek? Het brede gesprek is een persoonsgerichte vorm van gespreksvoering, waarmee integraal en holistisch naar een persoon en diens hulpvraag wordt gekeken. Op deze wijze kan de nadruk worden gelegd op zijn/haar unieke verhaal, het ontwikkelen of benutten van veerkracht en aanpassingsvermogen, in plaats van op de aanwezigheid van ziekte en beperkingen. De focus verandert met zo'n gesprek van 'wat kan niet' naar 'wat kan wel' vanuit het perspectief van de patiënt; van 'klachten wegnemen' naar zingeving. Centraal hierbij staat shared-decision making: de professional en de patiënt delen hun kennis en voorkeuren om samen tot een passend vervolgtraject te komen (Meijers et al., 2019). Dit vervolgtraject kan een verwijzing naar het sociaal domein omvatten, maar ook andere acties, activiteiten en interventies kunnen onderdeel vormen van het vervolg.

Ontwikkelde gespreksmodellen zijn onder andere het Spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid, het 4D-model van Krachtige Basiszorg (KB) en het KOP-model.² Al deze modellen zijn gericht op het voeren van het brede gesprek. Dergelijke modellen hebben bekendheid en worden in sommige huisartsenpraktijken ingezet, al dan niet in combinatie met de interventie Welzijn op recept als mogelijke vervolgstap (zie 1.3.4.). Er is echter nog weinig kennis over de manier waarop ze worden toegepast in de praktijk, de ervaren meerwaarde en randvoorwaarden voor succesvolle implementatie.

1.2 Doel en aanpak van het onderzoek

1.2.1 Doelstelling en centrale onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft als doel inzicht te verwerven in de toepassing en meerwaarde van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk, de manier waarop de drie gespreksmodellen hierbij behulpzaam (kunnen) zijn, en welke factoren relevant zijn voor een goede inbedding van het brede gesprek in de praktijk. Deze kennis is van belang om bij te dragen aan de verschuiving richting een samenhangende, continue en persoonsgerichte huisartsenzorg (in het vervolg genoemd: verschuiving richting persoonsgerichte huisartsenzorg). In het onderzoek staan drie bestaande modellen voor het voeren van het brede gesprek centraal: het KOP-model, het Spinnenwebmodel en het 4Domeinen(4D)-model.

De volgende vier onderzoeksvragen staan centraal:

1. Wat is er uit de (onderzoeks)literatuur bekend over de drie gespreksmodellen: het Spinnenwebmodel, het 4D-model en het KOP-model?
2. Hoe gebruiken huisartsen en POH's de gespreksmodellen in de praktijk om het brede gesprek te voeren met hun patiënten?
3. Welke meerwaarde ervaren huisartsen, POH's en patiënten van het brede gesprek in de huisartsenzorg?
4. Welke factoren beïnvloeden de inbedding van het brede gesprek in de huisartsenzorg?

² KOP-model: Klacht = Omstandigheden x Persoonlijke stijl. Het KOP-model wordt als onderdeel van de opleiding tot POH-praktijkondersteuner ggz aangeboden

1.2.2 Methode

Beantwoording onderzoeksvraag 1: literatuuronderzoek

Voor dit onderzoek is allereerst een verkennend literatuuronderzoek gedaan naar de drie gespreksmodellen. Hierbij is (aan de hand van de sneeuwbalmethode) gezocht naar (wetenschappelijke) artikelen, (hand)boeken, (onderzoeks)rapporten en andere relevante documentatie over de drie modellen. Waar passend zijn er quotes uit de interviews met de experts toegevoegd. De geïdentificeerde literatuur is geanalyseerd en beschreven op hoofdlijnen, met aandacht voor overeenkomsten en verschillen tussen de modellen.

Beantwoording onderzoeksvragen 2 t/m 4: kwalitatief onderzoek

Om onderzoeksvragen 2 t/m 4 te beantwoorden zijn semigestructureerde interviews gehouden met experts, huisartsen, POH's en patiënten.

Werving

De experts en professionals zijn geworven via bestaande netwerken van de leden van de projectgroep van het onderzoek, onder andere via (herhaalde) oproepen in de nieuwsbrieven en directe benadering van potentiële deelnemers. Ook werd aan een aantal 'sleutelpersonen', onder andere binnen Krachtige Basiszorg en het institute for Positive Health (iPH) gevraagd of zij konden meedenken over mogelijke deelnemers. De patiënten zijn via de geïnterviewde professionals geworven (getrapte werving) en via een oproep in verschillende relevante kanalen zoals het MIND Expert Center en PsyHAG.

Inclusiecriteria

De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

Huisartsen en POH's³:

- kennen minimaal één van de drie gespreksmodellen en zetten deze ook in; **OF**
- kennen minimaal één van de drie gespreksmodellen, maar gebruiken deze niet of weinig in de praktijk.

Patiënten

- zijn 18 jaar of ouder; **EN**
- er is een "breder gesprek" met hen gevoerd aan de hand van één van de drie gespreksmodellen. Daar zijn zij zelf van op de hoogte en/of dat is bekend via hun huisarts of POH.

Deelnemers

Er zijn 28 (individuele, duo- en groeps-) interviews gehouden met in totaal 39 personen, waaronder:

- Experts/ontwikkelaars met diepgaande, specifieke kennis over (één van) de gespreksmodellen (n=4)
- Huisartsen en POH's die minimaal één van de drie gespreksmodellen voor het brede gesprek kennen en toepassen de praktijk (n=18). Deze professionals zijn geïnterviewd om o.a. zicht te krijgen op het gebruik van de modellen in de praktijk, en de ervaren meerwaarde en benodigde randvoorwaarden.

3 Dit zijn POH's-ggz en POH's-somatiek

- Huisartsen en POH's die minimaal één van de drie gespreksmodellen voor het brede gesprek kennen, maar *niet* toepassen in de praktijk (n=8). Deze professionals zijn geïnterviewd om o.a. inzicht te krijgen in hun beweegredenen om de modellen (nog) niet gebruiken en mogelijke ontbrekende randvoorwaarden.
- Patiënten die met hun huisarts of POH een breed gesprek hebben gevoerd aan de hand van één van de modellen (n=9).

Van de (individuele, duo- en groeps-)interviews met professionals (13 huisartsen en 13 POH's) en experts (n=4) hadden zeven interviews primair betrekking op het KOP-model, zeven op het 4D-model, negen op het Spinnenwebmodel en een op alle drie de modellen⁴. In bijna de helft van de interviews over hoofdzakelijk het KOP- en het 4D-model kwam overigens óók het Spinnenwebmodel ter sprake. Het grootste deel van de geïnterviewde huisartsen en POH's is werkzaam in praktijken die zich bevinden in de provincie Zuid-Holland; het overige deel in praktijken in de (omgeving van) Arnhem, Utrecht, Den Bosch en Almere. Van de (duo)interviews met patiënten hadden zes interviews primair betrekking op het Spinnenwebmodel, een op het 4D-model en een op het KOP-model.^{4,5}

Gegevensverzameling

Voorafgaand aan de interviews werd elke deelnemer geïnformeerd over het doel van het onderzoek en gaf deze toestemming voor deelname door het ondertekenen van een toestemmingsbrief. De meeste interviews vonden online plaats via het platform Teams en werden, met toestemming van de deelnemers, opgenomen voor transcriptie. De interviewverslagen zijn geanonimiseerd. Tijdens de interviews met de professionals zijn onder andere ideeën en perspectieven omtrent de gespreksmodellen en motieven en voorwaarden voor (effectieve) inzet in kaart gebracht. Tijdens de interviews met de patiënten werd er gevraagd naar de ervaringen met het brede gesprek met de huisarts of POH, en wat dit voor hen heeft opgeleverd. De topiclijsten (zie bijlagen) zijn voorafgaand met de projectgroep afgestemd.

Data-analyse

De getranscribeerde interviews met experts zijn geanalyseerd op hoofdlijnen, en zijn ook gebruikt om het literatuuronderzoek te verrijken. De interviews met professionals en patiënten zijn onderworpen aan een thematische analyse (Braun & Clarke, 2006), door middel van inductieve en deductieve codering in het programma MAXQDA. De deductieve codes waren gebaseerd op de topiclijsten die gebruikt werden tijdens de interviews. De inductieve codes waren gebaseerd op nieuwe thema's die voortkwamen uit de interviews. Vier onderzoekers van het Trimbos-instituut hebben de interviews deels samen en deels individueel gecodeerd, met tussentijdse overleggen over het proces. Dit heeft geleid tot een overzicht van belangrijkste patronen rond het gebruik, de ervaren meerwaarde en de (rand)voorwaardelijke factoren voor het succesvol voeren van het brede gesprek.

4 Het telt op tot 24 en niet tot 30, omdat het deels ging om duo- of groepsinterviews.

5 Het telt op tot 8 en niet tot 9, omdat het bij een interview ging om een duo-interview.

1.3 Achtergrond en relevantie

De veranderende focus in de huisartsenzorg van (bio)medische naar meer persoonsgerichte zorg en – in het verlengde daarvan – de relevantie van het voeren van het brede gesprek, hangen samen met een divers palet aan bredere ontwikkelingen. Zonder volledigheid te pretenderen, gaan we hieronder in op een aantal van deze ontwikkelingen: een toenemende druk op de huisartsenzorg door een toename van een (complexere) psychische en psychosociale hulpvraag, de aandacht voor sociale determinanten van mentale gezondheid, de opkomst van Positieve Gezondheid, de landelijke uitrol van de interventie Welzijn op Recept, en de aandacht in beleid voor integraal werken.

1.3.1 Toenemende druk op huisartsenzorg door toename van een (complexere) psychische- en psychosociale hulpvraag

Cijfers uit de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn geven aan dat in de afgelopen 12 jaar steeds meer mensen de huisartsenpraktijk bezoeken vanwege psychische of psychosociale problemen, waarbij de stijging met name plaatsvond in de jaren 2011 tot en met 2018 (De Beurs et al., 2018; Nuijen et al., 2021). De landelijke uitrol van de functie praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) in deze periode zal een grote rol hebben gespeeld bij deze stijgende trend. In de jaren 2019 tot en met 2023 blijft het aantal personen dat vanwege psychische of psychosociale problemen contact heeft met de huisartsenpraktijk betrekkelijk stabiel (Bes et al., 2024)⁶. Wanneer specifiek wordt gekeken naar het aantal consulten bij de POH-ggz is er in deze meest recente jaren wel een stijging te zien⁷. De stijging in aantal consulten in relatie tot psychische hulpvraag in de huisartsenzorg, is in lijn met de stijging van psychische aandoeningen in de algemene populatie (NEMESIS 3 Ten Have et al., 2023). Een stijging in de algemene populatie is ook te zien in het psychische onwelbevinden zoals dat in de Gezondheidsenquête van het CBS wordt bevraagd met een korte vragenlijst, de Mental Health Inventory 5.⁸

De toenemende vraag over de afgelopen twaalf jaar naar hulp bij psychisch en psychosociaal onwelbevinden, of deze zich nu direct presenteert, of meer secundair (bijv. via aanhoudende lichamelijke klachten⁹), heeft geleid tot een toenemende druk op de huisartsenzorg.

6 In deze jaren was het aantal personen (per 1.000 personen) dat vanwege psychische problemen contact had met de huisartsenpraktijk respectievelijk: 305,3 (2019), 299,4 (2020) 309,1 (2021), 308,5 (2022) en 309,4 (2023).

Het aantal personen (per 1.000 personen) dat vanwege sociale problemen contact had met de huisartsenpraktijk was respectievelijk: 65,1 (2019), 64,5 (2020), 60,5 (2021), 60,2 (2022), 61,6 (2023).

7 Het aantal contacten met de POH-ggz (per 1.000 personen) steeg van 150,3 in 2019 naar 168,3 in 2023, een toename van 12%.

8 <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/angst-of-depressiegevoelens>

9 Voor zover ons bekend bestaan er geen (representatieve) trendgegevens over het aantal mensen dat de huisartsenpraktijk bezoekt vanwege aanhoudende lichamelijke klachten. De NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) (2023) geeft aan dat tot 40% van de consulten bij de huisarts gaat over lichamelijke klachten waarvoor geen of een onvoldoende somatische verklaring gevonden wordt. Langdurige, ernstige SOLK komt veel minder vaak voor en kent een prevalentie van 2,5%.

Hier speelt mee dat door wachtlijsten in de ggz, de substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg en taakherschikking¹⁰ de laatste jaren meer verantwoordelijkheid en een grotere rol is komen te liggen bij de huisartsenzorg in het bieden van zorg aan mensen met psychische en psychosociale problemen¹¹. Er zijn aanwijzingen dat huisartsen en POH's-ggz hierdoor te maken hebben gekregen met een toenemend aantal patiënten met complexere problematiek (Magnée et al., 2020; LHV, 2017; Nuijen, Kenter & Ringoir, 2021). Aan de ene kant wordt de huisarts hiervoor gecompenseerd door een langere consulttijd en extra uren POH-ggz per normpraktijk (zie 1.3.5), aan de andere kant vraagt het een verandering van werken en denken in de praktijk.

1.3.2 Inzicht sociale determinanten van mentale gezondheid

Een andere ontwikkeling die invloed heeft op de veranderende manier van werken in de huisartsenzorg is het toenemend inzicht in de rol die sociaaleconomische factoren spelen in mentale (on)gezondheid van mensen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de invloed van de leefomgeving en leefomstandigheden waarin iemand woont, werkt en ouder wordt. Vanuit onderzoek is er toenemend bewijs dat het verbeteren van sociaaleconomische omstandigheden, sociale context of buurt beschermend kan werken op de mentale gezondheid. Andersom kunnen negatieve sociaaleconomische omstandigheden zoals eenzaamheid en armoede ook een risicofactor vormen voor de mentale gezondheid (van Baar et al., 2022). Als iemands sociaaleconomische omstandigheden fungeren als risicofactoren kan zich dat vertalen naar psychische klachten zoals stress en angst, die op hun beurt ook cognitieve klachten of lichamelijke klachten kunnen veroorzaken, zoals hartklachten, buikpijn en een slechter werkend immuunsysteem waardoor iemand meer vatbaar kan zijn voor ziektes (Yaribeygi et al., 2017). Inzicht in sociaaleconomische determinanten geeft aangrijpingspunten om integraler aan gezondheid te werken, binnen en buiten de medische sector.

1.3.3 De opkomst van Positieve Gezondheid

Een andere relevante ontwikkeling die de beweging naar persoonsgericht werken beïnvloedt, is de opkomst van het concept Positieve Gezondheid. In 2011 ontwikkelde voormalig huisarts en onderzoeker Machteld Huber, samen met de Gezondheidsraad en ZonMw (Huber et al., 2011) een nieuwe gezondheidsdefinitie als reactie op de statische en in sommige ogen onwerkzame definitie van gezondheid door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Waar de WHO sinds 1948 gezondheid definieert als een 'toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden', is de definitie van Huber gebaseerd op het concept '*sense of coherence*'. Dit begrip, dat is ontwikkeld door Aaron Antonovsky, gaat over het gevoel van 'samenhang': de mate waarin mensen in staat zijn om hun (gezondheids)situatie te begrijpen (in tegenstelling tot verwarring), te beheersen (in tegenstelling tot machteloosheid) en er zin aan te geven (in tegenstelling tot zinloosheid) (Antonovsky, 1979). Op basis van de theorievorming over *sense of coherence*, werd het nieuwe, dynamische concept van gezondheid als volgt geformuleerd: 'gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen' (Huber et al, 2011). Vervolgens werd, uitgaande van

10 Taakherschikking is de reorganisatie van zorg binnen het vakgebied met als voorwaarde dat de kwaliteit van zorg gehandhaafd blijft. Substitutie is het vervangen van (een deel van de) bestaande voorzieningen door (een deel van) een andersoortige voorziening waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft en voor een vergelijkbare patiënten populatie. Het hoofddoel van substitutie is kostenbesparing in de zorg (Van Dijk et al., 2013).

11 Overigens stijgt het aantal verwijzingen naar de ggz ook nog steeds (Nederlandse Zorgautoriteit, 2023).

patiëntervaringen, de definitie van gezondheid verder uitgewerkt in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Tezamen kregen deze dimensies de naam 'Positieve Gezondheid'. Het herdefiniëren van gezondheid, als zijnde niet de 'afwezigheid van ziekte' (WHO 1948) maar als een dynamisch begrip dat persoonsafhankelijk is, markeert een kanteling in het denken over gezondheid. Inmiddels is vrijwel iedereen binnen de zorg bekend met het begrip. Hiermee heeft de beweging om het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan, en om zo veel mogelijk eigen regie te voeren, een grote impuls gekregen binnen beroepsgroepen en ook maatschappelijk en beleidsmatig.

1.3.4 De uitrol van Welzijn op recept

Een concrete werkwijze die voortbouwt op bovenstaande ontwikkelingen en momenteel breed wordt uitgerold, is Welzijn op Recept (WoR) (Heijnders & Meijs, 2019). Welzijn op Recept is een oplossingsgerichte, domeinoverstijgende interventie voor patiënten met klachten die niet medisch kunnen worden opgelost. Met WoR kan de patiënt worden doorverwezen naar een welzijnscoach die een goed overzicht heeft van informele netwerken en het activiteiten aanbod in de wijken en gemeente en een schakel vormt tussen eerstelijnszorgverleners, patiënten en de maatschappelijke welzijnsorganisatie. De coach gaat samen met de persoon op zoek naar wensen, behoeften en mogelijkheden, met als doel veerkracht versterken en autonomie vergroten. Dit kan leiden tot activiteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur, waarmee de patiënt (opnieuw) kan ontdekken wat hem of haar gelukkig maakt. Centraal in de werkwijze staat Weten, Willen en Kunnen (WWK) (Heijnders & Meijs, 2019). Dat houdt in dat de patiënt inzicht verkrijgt in waar de klachten vandaan komen en een oplossingsgerichte blik ontwikkelt. Om dit te bereiken is het voor betrokken professionals de kunst goed door te vragen en aan te sluiten bij diens mogelijkheden, wensen en behoeften. Een randvoorwaarde om WoR goed uit te voeren, is dat er een 'breed gesprek' is gevoerd, voorafgaand aan de verwijzing. Het brede gesprek helpt de huisarts of POH te ontdekken en onderkennen dat een patiënt gebaat kan zijn bij een interventie op het gebied van welzijn. Het maakt daarbij niet uit welk instrument voor het brede gesprek gebruikt wordt, als het brede gesprek maar gevoerd wordt. Ook een goede samenwerking tussen huisartsen en sociaal domein is een randvoorwaarde. Inmiddels wordt in meer dan 175 gemeenten WoR uitgevoerd en vrijwel alle gemeenten zijn bezig WoR te implementeren in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). WoR is in het IZA opgenomen als één van de vijf verplichte regionale ketenaanpakken.

Evidentie Welzijn op Recept

Uit onderzoek blijkt dat Welzijn op Recept in Nederland, naar verwachting niet alleen bijdraagt aan betere, meer persoonsgerichte zorg, maar ook tot goedkopere zorg (Pomp, 2023). In de internationale literatuur is onderbouwing te vinden voor het aan WOR verwante *social prescribing*. Social prescribing richt zich op verschillende doelgroepen (Lee et al, 2023), waaronder: patiënten met psychosociale klachten (sociale isolatie, eenzaamheid, problemen met basisbehoeften zoals huisvesting of schulden), patiënten met veel voorkomende psychische aandoeningen naast onvervulde sociale en/of fysieke gezondheidsbehoeften (bijv. depressie en angst), patiënten met langdurige lichamelijke gezondheidsproblemen, handicaps of mobiliteitsproblemen, patiënten die regelmatig naar de huisarts gaan, patiënten met polyfarmacie, middelbare leeftijd en/of oudere volwassenen. Een belangrijk uitgangspunt van social prescribing is dat de interventie idealiter een vehikel vormt voor het opbouwen van sociaal kapitaal wat patiënten vervolgens het vertrouwen, de motivatie, de connecties, de kennis en de vaardigheden geeft om hun eigen welzijn te beheren, waardoor hun afhankelijkheid van huisartsen wordt verminderd (Tierney et al, 2020).

Vooraf in het Verenigd Koninkrijk is hier veel ervaring mee opgedaan, vanwege een groot-schalige landelijke implementatie binnen het National Health Service (Alderwick & Dixon, 2019). *Social prescribing* wordt gezien als een "alomvattend model van gepersonaliseerde zorg" met als doel psychosociale ondersteuning te bieden en de kloof tussen medische en niet-medische diensten te dichten. Hierbij worden tussenpersonen, de zogenoemde 'link workers', ingezet. Link workers verwijzen patiënten ofwel direct door naar relevante lokale voorzieningen (bijv. (zelfhulp)groepen, organisaties, vrijwilligersinstellingen, activiteiten, evenementen), ofwel nemen de tijd om hen te helpen bij het identificeren en prioriteren van hun 'niet-medische' behoeften en deze te verbinden met relevante lokale voorzieningen (Tierney et al, 2020).

Hoewel diverse reviewstudies naar social prescribing nog geen (sterk) bewijs laten zien van de effectiviteit van social prescribing en uitkomsten tussen studies sterk wisselen, lijken er positieve resultaten te kunnen worden behaald op mentaal welzijn, eenzaamheid, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, zorggebruik, zelfvertrouwen en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Kiely et al., 2022; Napierala et al., 2022 ; Percival et al., 2022; Costa et al., 2021; Grover et al., 2023, Chatterjee et al., 2018; Tanner et al., 2023; Bickerdike et al., 2017; Kilgarriff & O'Cathain, 2015; Pescheny et al., 2020; Vidovic et al., 2021; Mossabir et al., 2015). Door (Muhl et al., 2023) wordt benadrukt dat zo'n verwijzing in het sociaal domein er in verschillende contexten anders uit kan zien.

1.3.5 Beleidsontwikkelingen

De ontwikkelingen zoals hierboven geschetst voltrekken zich niet alleen binnen de huisartsenzorg en de beroepsgroepen zelf, maar krijgen ook steeds nadrukkelijker een plaats in het (zorg)beleid narratief. In diverse beleidsstukken zoals het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) (Rijksoverheid, 2022; Rijksoverheid, 2023) wordt persoonsgericht en integraal/domeinoverstijgend werken binnen zorg en welzijn bepleit en, mede door het beschikbaar stellen van middelen, gefaciliteerd. Niet alleen als een manier om meer passende zorg en ondersteuning te realiseren,

maar ook als onderdeel van de oplossing voor een aantal knellingen waar de zorg in toenemende mate mee te maken heeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om capaciteitstekorten, wachtlijsten en stijgende kosten (WRR, 2021). Het brede gesprek en het beter samenwerken in een netwerk, worden gezien als manieren om mensen beter en gericht te helpen en te verwijzen, hen meer te empoweren en verwijzingen naar de tweede lijn, of steeds terugkomen bij de huisarts, te voorkomen. Een van de maatregelen in het IZA om de huisartsenzorg te faciliteren om een breder gesprek te voeren en beter samen te werken met andere partijen, is 'Meer Tijd Voor De Patiënt' (MTVP). Dit houdt in dat een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten mogelijk wordt gemaakt. Bovendien is vanaf 2024 het maximumaantal uren POH-ggz per normpraktijk met vier uur extra verhoogd. Gehoopt wordt dat POH's-ggz hiermee meer ruimte hebben voor samenwerking, o.a. met het sociaal domein.

1.4 Leeswijzer

Het rapport is opgedeeld in deel A, B, C en D. In deel A worden de resultaten van de literatuurstudie, inclusief verrijking vanuit de expert interviews, naar de drie gespreksmodellen voor het brede gesprek, gepresenteerd. Daarbij wordt ingegaan op de theoretische uitgangspunten van de drie modellen en bevindingen uit eerder onderzoek. In deel B worden de interviewresultaten over het gebruik en de meerwaarde van de gespreksmodellen gepresenteerd. In deel C komen de interviewresultaten met betrekking tot de factoren die belangrijk zijn voor de inbedding van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk aan bod. In deel D eindigt het rapport met een beschouwend hoofdstuk waarin de belangrijkste bevindingen en conclusies worden beschreven. Ook worden aanbevelingen geformuleerd voor het realiseren van een bredere en duurzame inbedding van het brede gesprek in de huisartsenzorg, wat op zijn beurt kan bijdragen aan de verschuiving richting een persoonsgerichte huisartsenzorg.

DEEL A



Drie gespreksmodellen voor het brede gesprek: een literatuurstudie

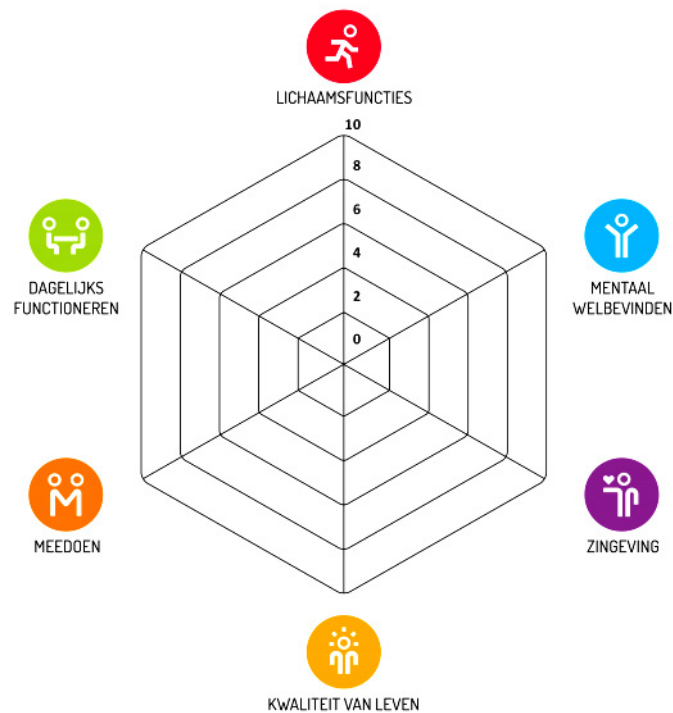
2. Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid



2.1 Wat is het en bij wie kan het worden ingezet?

Het Spinnenweb (ook MijnPositieveGezondheid genoemd) is een gespreksmodel gebaseerd op het concept van Positieve Gezondheid (PG). Vanuit PG ligt de focus van het gesprek op het toewerken naar een betekenisvol leven in plaats van op het wegnemen van ziekte. PG kenmerkt zich door een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociale en maatschappelijke participatie (meedoen) en dagelijks functioneren (Figuur 1).

Figuur 1 Spinnenwebmodel (iPH, n.d)



Vanuit een brede benadering wil het model bijdragen aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan (Huber et al., 2011). De concepten 'veerkracht', 'zingeving' en 'eigen regie' staan hierbij centraal en worden onderbouwd door de 'Sense of Coherence theory' van medisch socioloog Antonovsky (1979). Het Spinnenweb is primair ontwikkeld voor toepassing bij mensen met een chronische aandoening, ggz-problemen, eenzaamheidsproblematiek, onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK/ALK) of bij mensen die vastlopen in het leven of hun werk (iPH, 2020).

Toelichting expert

“Het Spinnenweb past heel erg goed bij mensen die graag verandering willen, maar moeite hebben om die verandering te realiseren. En dus is het niet zozeer belangrijk om het probleem beter uit te diepen, maar om erachter te komen wat belangrijk is voor iemand, wat iemand helpt. En vanuit daar te kijken met die inzichten, die persoon te helpen, passend bij de ‘sense of coherence’, dat je eerst leert begrijpen hoe zit het met mijn situatie, en daarna helpen laten zien waar ze invloed hebben, daar helpt het Spinnenwebmodel bij.”

2.2 Hoe werkt het Spinnenwebmodel?

Het doel van het Spinnenwebmodel is dat de persoon inzicht krijgt in de eigen gezondheid in brede zin en om zelfreflectie te stimuleren. Het instrument gaat uit van drie opeenvolgende stappen (IPH, 2020):

1. Het invullen van de vragenlijst op mijnpositievegezondheid.nl. Deze bestaat uit 44 vragen met een score van 0–10 (helemaal niet mee eens tot helemaal mee eens), ondergebracht bij de zes dimensies van PG. Hierbij wordt de status van iemands PG gevisualiseerd als een spinnenweb, om zo de ervaren gezondheid in kaart te brengen en de patiënt te laten reflecteren op diens situatie. Ook kan de eigen gezondheidsbeleving longitudinaal in beeld worden gebracht wanneer het model meerdere keren wordt ingevuld¹².
2. Het voeren van het brede gesprek op basis van de uitkomsten van het Spinnenwebmodel. Kenmerkend voor dit gesprek is dat klachten en problemen niet op de voorgrond staan. De focus ligt op wat de patiënt opvalt, belangrijk vindt en wat hij/zij zou willen én kunnen veranderen. Belangrijke therapeutische elementen voor de professional zijn aandachtig luisteren en het blijven stellen van oplossingsgerichte vragen.
3. Het samen bedenken wie of wat kan helpen om de situatie te verbeteren (het zoeken van ‘het eerste stapje’). Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het Actiewiel (Figuur 2) als hulp bij besluitvorming.

¹² Daarnaast ontwikkelden van Vliet et al. (2021) een passend instrument om de effecten van PG meetbaar te maken in een studie waarin 708 panelliden van de gemeentelijke gezondheidszorg deelnamen.

Figuur 2 Actiewiel (IPH, 2020)



De bedoeling van het Spinnenwebmodel is dat de patiënt in *the lead* komt: wat de patiënt wil aanpakken is leidend. Om te voorkomen dat het Spinnenwebmodel verschillende dimensies van het leven onnodig medicaliseert, benadrukken de ontwikkelaars het belang van een medische professional die samenwerkt binnen een multidisciplinair netwerk, met experts op de niet-medische dimensies (Huber, 2016).

Toelichting expert

"Je vraagt eerst om het Spinnenweb in te vullen. Vervolgens ga je in gesprek. Stel dat iemands lichaamsfuncties een 4 scoren, dan vraag je niet per se vertel eens over die 4. Maar meer: wat valt jou op, herken je dit, waar wil je wat over vertellen? En mensen beginnen dan te vertellen daarover en dan krijg je een beeld en dat kan je dan samenvatten. En daarna vraag je, als je gaat denken over wie jij bent als persoon, kijk eens naar deze 44 aspecten en omcirkel er een aantal waarvan je denkt, dit past bij mij. Dit is waar ik blij van word, waar ik trots op ben, dan ga je zien hoeveel vaardigheden mensen hebben en ook welke ze zijn kwijtgeraakt. Dan zeggen mensen: ik vind het lastig want eigenlijk lukt niks meer. Dan ga je zeggen; wat deed je dan vroeger als kind? Je gebruikt het om daar inzicht in te krijgen en vanuit daar kan je met de persoon verder. 'Als dit het nu is, waar zou je dan meer van willen?'. Niet: waar wil je van af, maar: waar wil je meer van?"

2.3 In hoeverre wordt het model gebruikt in de huisartsenzorg?

Landelijk zijn er momenteel 142 gecertificeerde iPH trainers¹³. Aantallen over actueel gebruik in de huisartsenpraktijk zijn niet beschikbaar. Sinds de introductie van het pg-concept in 2011 is er belangstelling voor ontstaan. Professionals en organisaties in zorg, welzijn, preventie en daarbuiten zijn actief aan de slag gegaan met het gedachtegoed, waaronder huisartsen. Voor het in het Integraal Zorgakkoord (IZA)/het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) opgestelde 'Meer tijd voor de patiënt', zijn er zorggroepen die gekozen hebben voor de implementatie van het brede gesprek door middel van werken met het Spinnenweb. Verondersteld kan worden dat het gebruik toeneemt. Professionals die een keer getraind zijn, gebruiken het echter lang niet allemaal omdat het een verandering van het dagelijkse handelen inhoudt, wat een langer implementatieproces vergt.

2.4 Bevindingen uit eerder onderzoek

Er is beperkt onderzoek gedaan naar het Spinnenwebmodel (Tabel 1). De bevindingen worden hieronder besproken.

Tabel 1 Overzicht van uitgevoerd onderzoek naar inzet van Spinnenwebmodel in de praktijk.

Auteurs (publicatiejaar)	Doel	Wijze van data-verzameling	Respondenten
Van Steekelenburg et al. (2016)	Ervaringen, behoeften, obstakels t.a.v. inzet PG in kaart brengen.	Digitale vragenlijst (kwantitatief) en Interviews (kwalitatief).	Organisaties en mensen werkzaam in zorg, welzijn, preventie (n=89) 12 van de 89 deelnemers.
Lemmen et al. (2021)	In kaart brengen van effect van gebruik brede gesprek op werktevredenheid professional.	Semigestructureerde interviews (kwalitatief).	Professionals (praktijkverpleegkundigen en huisartsen; n=11).
Lemmens et al. (2022)	Pijler 1: Veranderproces en leerervaringen ophalen en uitwisselen tussen de drie leerregio's.	2020-2021: Interviews om ontwikkelingen in leerregio's te monitoren; Drie leersessies om leerbehoeften aan te scherpen (kwalitatief).	2019 (n=9); 2021 (n=7) Vertegenwoordigers van deelnemende partijen in de leerregio's.
	Pijler 2: Inzichtelijk maken opbrengsten toepassing 'breder kijken'.	Narratieve interviews (kwalitatief).	35 interviews; ouderen en mensen met een psychische kwetsbaarheid (n=8), professionals (n=17), beleidsmakers (n=4), bestuurders (n=6).

13 Volgens een adviseur van het iPH die werd benaderd via info@iph.nl

Auteurs (publicatiejaar)	Doel	Wijze van data-verzameling	Respondenten
Zorg & Zekerheid (2022)	Onderzoek om te kijken naar nut zorginkoop vanuit Zorg & Zekerheid voor PG-gesprekken.	Digitale vragenlijsten (kwantitatief of kwalitatief wordt niet gespecificeerd) professionals. Professionals en inwoners worden beide geïnterviewd (kwalitatief).	Zorg- en welzijns-professionals (n=29); inwoners (Zorg & Zekerheid verzekerden) uit Leiden, Alphen ad Rijn en Zoeterwoude (n=70).

Ervaringen van de professional

Door het iPH werd onder 89 geïnteresseerden¹⁴ een vragenlijst uitgezet om inzichten te verkrijgen in hun motieven om PG te gebruiken (Van Steekelenburg et al., 2016). Vervolgens werd een selectie van twaalf deelnemers geïnterviewd. In deze interviews werden onder andere motieven en verwachtingen over het gebruik van PG en obstakels, behoeften en adviezen besproken. Veel professionals waren enthousiast over het concept. De belangrijkste motieven om met PG te (gaan) werken waren de bredere kijk op gezondheid en het idee dat het concept paste bij de visie en werkwijze van de organisatie. Ook werd de focus op mogelijkheden en kansen in plaats van op problemen benoemd als een belangrijk motief (Van Steekelenburg et al., 2016). Daarbij werden het mobiliseren van eigen kracht en zelfregie als belangrijke pijlers genoemd. Wel werd het daadwerkelijk in de praktijk implementeren van PG vaak uitdagend bevonden. Deze uitdaging zat volgens de professionals in de cultuuromslag die nodig is in de praktijk; voor een goede overdracht van het gedachtegoed is meer samenwerking nodig tussen organisaties. Ook benoemden professionals de behoefte aan het concreet en meetbaar maken van het concept PG en aan (meer) onderzoek naar de effecten en opbrengsten van werken met PG (Van Steekelenburg et al., 2016).

In onderzoeken van Lemmen et al. (2021) en Lemmens et al. (2022) gaven huisartsen en praktijkverpleegkundigen aan dat PG bijdroeg aan de arbeidssatisfactie door te functioneren als een aanpasbaar kader voor verandering. Door de 'bredere kijk' werd het mogelijk om het model te laten aansluiten op de behoeften van de patiënt. Daarnaast konden de professionals dankzij dit aanpasbare kader hun visie uitdrukken en inhoud geven, en holistisch kijken naar gezondheid. Een toename in de arbeidssatisfactie zou op zijn beurt indirect kunnen bijdragen aan de houdbaarheid van de zorg vanwege een stijging in duurzame inzetbaarheid (Lemmens et al., 2022).

Uit pilots in Leiden, Alphen aan de Rijn en Zoeterwoude kwam naar voren dat de 29 geïnterviewde zorg- en welzijnsprofessionals het prettig vonden om patiënten een luisterend oor te kunnen bieden en goede vragen te stellen (Zorg en Zekerheid, 2022). De professionals ervoeren dat patiënten zich daardoor bewuster werden van hun behoeften en mogelijkheden (Zorg en Zekerheid, 2022). In Flevoland, Texel en Leidsche Rijn-Vleuten de Meern zagen professionals de toegevoegde waarde van de 'brede kijk' op gezondheid en vonden ze het prettig om mensen op deze manier te kunnen helpen (Lemmens et al., 2022). Ook werd in de drie leerregio's bevonden dat brede gezondheidsconcepten de mogelijkheid bieden om domeinoversteigend samen te

14 Mensen en organisaties met een gevarieerde achtergrond die interesse toonden in het concept PG: gezondheidscentra, huisartsen- en zorggroepen, wijkteams, instellingen voor langdurende zorg, thuiszorgorganisaties, GGD-en, verzekeraars en opleidingen e.a. die contact zochten vanuit de belangstelling om met PG te (gaan) werken.

werken. Hierdoor werd ervaren dat organisaties en professionals elkaar beter konden vinden, waardoor het gemakkelijker werd om activiteiten op te zetten om de gezondheid van inwoners te verbeteren. Ook was het mogelijk om kennis en ideeën uit te wisselen tussen verschillende regio's (Lemmens et al., 2022). De tijd die deze aanpak en het breder kijken naar gezondheid vergt, aangezien het om een complex veranderproces gaat, werd als nadeel ervaren (Lemmens et al., 2022). Ook zorgt het ervoor dat resultaten niet direct zichtbaar zijn.

Ervaringen van patiënten

Uit kwalitatieve pilots in onder andere Leiden, Alphen aan den Rijn, Zoeterwoude, Flevoland, Texel en Leidsche Rijn-Vleuten de Meern bleek dat inwoners die in aanraking kwamen met PG de gesprekken als positief ervaren (Lemmens et al., 2022; Zorg en Zekerheid, 2022). Deelnemers gaven aan het prettig te vinden om zelf te bepalen aan welke doelen ze willen werken en hierbij steun van de professional te krijgen. Daarnaast waren deelnemers positief over de begeleiding die ze ontvingen van de zorg- of welzijnsprofessional met wie zij de gesprekken voerden. Ze ervaren dat de professional een luisterend oor bood en goede vragen stelde, waardoor er diepgang ontstond en mensen zich bewuster werden van hun behoeften en mogelijkheden (Zorg en Zekerheid, 2022). Gezondheidswinst werd volgens de deelnemers bereikt doordat zij bewuster met hun gezondheid bezig waren, meer regie hadden over hun eigen welzijn en meer zingeving ervaren (Lemmens et al., 2022; Zorg en Zekerheid, 2022).

3. Het 4Domeinen model van Krachtige Basiszorg



3.1 Wat is het en bij wie kan het worden ingezet?

Het 4D-model adresseert vier domeinen: Lichaam, Geest, Maatschappelijk en Sociaal en gaat net als het Spinnenwebmodel, uit van een brede, integrale kijk op gezondheid (Volte, 2015). Patiënt en huisarts of praktijkondersteuner huisarts (POH) verkennen samen de relaties tussen de ervaren gezondheid en verschillende factoren die een rol spelen in het leven van de patiënt. Het 4D-model is geïnspireerd op het biopsychosociaal model van Engel, het *International Classification of Functioning, Disability and Health*, en het 4D-denkraam van Robert Copenhagen (te Bieseke et al., 2019). Het wordt veelal, maar niet uitsluitend, toegepast als gespreksmodel binnen Krachtige Basiszorg (KB) praktijken (Volte, 2015). Binnen KB bieden professionals uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein samen geïntegreerde persoonsgerichte zorg dicht bij huis, voor mensen met een stapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problemen. Dit soort gestapelde problematiek wordt vaak gezien bij mensen die wonen in achterstandswijken. Het doel is om met maatwerk de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor de meest complexe patiëntengroep te verbeteren en het werkplezier en de effectiviteit van professionals te vergroten (Krachtige Basiszorg, 2018; Sikka et al., 2015). Vaak heeft een POH of praktijkverpleegkundige een centrale rol in de samenwerking en vormt deze de verbinding tussen de huisartsenpraktijk en zorgverleners in de wijk en het sociaal domein.

De beoogde doelgroep voor het 4D-model zijn mensen met hoge gezondheidsrisico's en/of hoge zorgkosten, waarbij problemen in meerdere leefdomeinen spelen (te Bieseke et al., 2019). Vanuit KB werken de huisartsenpraktijk en het buurtteam nauw samen in de begeleiding van een patiënt met problemen op meerdere gebieden (vaak psychisch, medisch en sociaal). Afhankelijk van de problematiek wordt daarbij ook met andere eerste-lijns- en welzijnsdisciplines in de wijk samengewerkt en/of met specialisten in de tweede lijn waarvan de inzet laagdrempelig op en af kan worden geschaald (Krachtige Basiszorg, 2018).

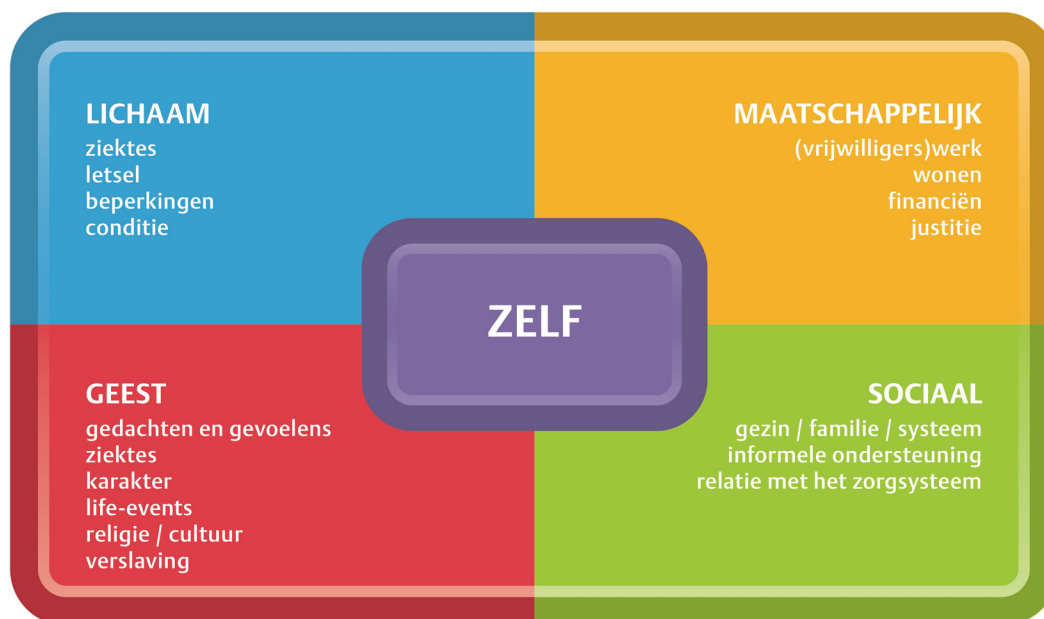
Toelichting expert

"Mensen kwamen met allerlei complexe hulpvragen die dan geduid werden in het medische domein. Wij gingen mee met die duiding in het medische domein en dan loop je dus gewoon vast. Dat voelt heel onprettig. Zowel voor de patiënt als voor de dokter omdat je dan allebei doorhebt dat je je machteloosheid over en weer gooit, maar er geen strategie zichtbaar wordt. [...] We moeten ophouden met alleen maar nadenken over het medisch domein, we moeten het breder trekken. In het begin zijn we daarvoor op een groot papier aan de slag gegaan. We tekenden een groot kruis op het papier en in het midden sta jij. Dan zie je het medische domein, je geest, het sociale en het maatschappelijke en dan met de vraag erbij: 'Wat speelt er nou?'. Op die manier zijn we gaan experimenteren met hoe kan je nou het Brede Gesprek voeren. En waar we onder andere achter kwamen, is dat er heel veel problemen leiden tot een medische vraag die niet altijd door ons kan beantwoord. Maar als je uit elkaar gaan rafelen wat er allemaal speelt, kom je wel tot hele interessante andere inzichten. Dat was ongeveer tussen 2010 en 2012."

3.2 Hoe werkt het 4Domeinen model?

Het 4D-model is bedoeld als een praktisch, dynamisch en interactief instrument om samen met de patiënt complexe hulpvragen op verschillende leefdoeinen te ontrafelen. De werkwijze is als volgt: tijdens een '4D-gesprek' vullen de huisarts of POH samen met de patiënt het 4D-model in (Figuur 3).

Figuur 3. 4Domeinen model ©Jacqueline van Riet & Nikki Makkes (Stichting Overvecht Gezond)



Dit houdt in dat in steekwoorden de belangrijke thema's op elke dimensie worden genoteerd, idealiter door de patiënt zelf. Vervolgens prioriteert de patiënt zelf waarmee hij/zij aan de slag wil gaan en maken professional en patiënt daartoe een gezamenlijk plan. Het invullen en prioriteren in het 4D-formulier zelf is feitelijk al de interventie. Patiënten krijgen op die manier inzicht in hun mogelijkheden om zelf met hun klacht aan de slag te gaan. Het 4D-formulier werpt licht op factoren die een patiënt zelf kan aanpakken en op welke vlakken een hulpverlener nodig is. Zo krijgen de professional en de patiënt beter zicht op de problematiek en op welke zorg of vervolgstap de patiënt nodig heeft. Een ingevuld 4D-model kan worden meegenomen of doorgegeven aan andere instanties: de huisarts of POH kan bijvoorbeeld maatschappelijk werk of welzijn in de wijk inschakelen wanneer dit nodig blijkt. Op die manier kan het 4D-model helpen om in kaart te brengen wat er speelt en als belangrijk wordt geacht en helpt om in te schatten welke acties kunnen worden ondernomen, bijvoorbeeld in het sociaal domein (Krachtige Basiszorg, 2018; Overvecht Gezond, n.d.).

Toelichting expert

“Als mensen enorme kluwen aan opeengestapelde problemen hebben en daarin een slechte ervaren gezondheid hebben dan kan het helpen om het 4D model ertussen te leggen. Zo kan je samen uitpluizen waar het aan ligt. Bijvoorbeeld een rapportcijfer geven over je gezondheid. Wat is ervoor nodig om dan tot een hoger cijfer te komen? Waar is er invloed op? Dat maakt het generiek. Je pakt er allerlei kennis bij. Steeds opnieuw integraal/ holistisch kijken naar de patiënt wat er gedaan kan worden. [...] Om dat goed uit elkaar te rafelen is het een handig instrument.”

3.3 In hoeverre wordt het model gebruikt in de huisartsenzorg?

Het concept KB, waar het 4D-model een onderdeel van is, werd tussen 2014 en 2017 ontwikkeld en getest in gezondheidscentra in de Utrechtse wijk Overvecht. Vervolgens werd het model geïmplementeerd in tien huisartsenpraktijken en gezondheidscentra in achterstandswijken in Amsterdam, Den Haag, Haarlem, Rotterdam en Utrecht (Leemrijse & Korevaar, 2021). In 2023 werd een nieuwe subsidie verleend voor de ontwikkeling van het leerlandschap van KB in 2023-2024, met als doel de implementatie van KB te verbreden (Krachtige Basiszorg, 2023). In Amsterdam is het aantal praktijken dat KB inzet tussen 2019 en 2022 toegenomen van vier naar twintig praktijken (Skipr, 2022). Actuele cijfers over het totaal aantal KB-praktijken in Nederland zijn onbekend.

3.4 Bevindingen uit eerder onderzoek

Er is een beperkt aantal onderzoeken gedaan waarin het gebruik van het 4D-model is geëvalueerd (Tabel 2). De bevindingen staan hieronder beschreven.

Tabel 2 Overzicht van uitgevoerd onderzoek naar inzet van 4Domeinen model in de praktijk.

Auteurs (publicatiejaar)	Doel	Wijze van dataverzameling	Respondenten
Leemrijse et al. (2016)	Onderbouwing voor gebruik KB.	Literatuurinventarisatie & Interviews professionals en patiënten.	Huisartsen (n=3); POH-GGZ (n=3); medewerkers van een wijkteam (n=3); patiënten (n=3) uit Overvecht.
Roosenboom et al. (2019)	Onderbouwing voor gebruik KB.	Inventarisatie van cijfers Nivel (Leemrijse et al., 2016), Zilveren Kruis en Raedelijm (contextanalyse).	-
Leemrijse & Korevaar (2021)	Ervaringen van KB monitoren onder patiënten en professionals.	Interviews met KB coördinatoren; vragenlijsten (kwantitatief) onder patiënten (eenmalig, na 4D-gesprek) en professionals (in 2019 en 2021); bijeenkomsten met coördinatoren.	Coördinatoren (n=onbekend) Patiënten (n=106) Professionals in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra (eerste meting in 2019: n=109, tweede meting in 2021: n=98)

Ervaringen van de professional

In 2016 werd een kleinschalig onderzoek gepubliceerd ter onderbouwing van de KB-aanpak in Overvecht, waar het 4D-model werd uitgerold. Hiervoor werd de geïntegreerde aanpak binnen Overvecht onderbouwd door wetenschappelijke literatuur. Daarnaast werden negen zorgverleners en drie patiënten geïnterviewd om te kijken in hoeverre de dagelijkse praktijk aansloot bij de in de literatuur gevonden werkzame elementen (i.e., het investeren in persoonlijke relaties en het verbeteren van onderlinge communicatie en samenwerking) van KB (Leemrijse et al., 2016). Uit deze interviews kwam naar voren dat samenwerking in de wijk als positief werd ervaren. Ook benoemden zorgverleners dat het 4D-model tot betere zorg kan leiden, omdat het uitgebreider in kaart brengen van de problemen van de patiënt zorgde voor een lager aantal verwijzingen naar de tweede lijn en een grotere kans dat het juiste probleem werd aangepakt. Zeker wanneer er bij patiënten problemen op meerdere domeinen tegelijkertijd speelden, zoals door huisartsen vaker werd gezien in Overvecht. Daarnaast werd ervaren dat het 4D-model leidde tot een goede samenwerking met POH's en het wijkteam. Dankzij het 4D-model kon de problematiek van de patiënt worden ontrafeld, zodat patiënten zelf de regie kregen om binnen het netwerk in de wijk zelf hun problemen op te lossen. Het uiteenrafelen van de problematiek werd echter als tijdrovend ervaren en de zorgverleners benoemden dat eigen regie en zelfmanagement lastig kunnen zijn voor patiënten waarbij de kennis over gezondheid beperkt is en de belangstelling voor informatie gering (Leemrijse et al., 2016).

In een onderzoek naar de ervaringen van professionals en patiënten naar aanleiding van pilots in tien gezondheidscentra in achterstandswijken van Amsterdam, Den Haag, Haarlem, Rotterdam en Utrecht, vulden professionals in 2019 en 2021 een vragenlijst in over hun ervaringen met het 4D-model (Leemrijse & Korevaar, 2021). Daarin werd benoemd dat het gebruik van de afbeelding van het 4D-model volgens hen hielp om structuur aan te brengen en verbanden uit te leggen in het gesprek met de patiënt. Ook droeg het model bij aan de beeldvorming om inzichtelijk te krijgen wat er speelde bij de patiënt binnen alle vier de levensdomeinen. Daarnaast kwam naar voren dat er in 4D-praktijken meer vergoede tijd werd ingeruimd voor de patiënt met gestapelde problematiek. Ook vond er meer integrale diagnostiek plaats, evenals meer samenwerking met andere zorg- en hulpverleners in de wijk. Deze samenwerking zorgde, volgens de professionals, voor meer motivatie en meer mogelijkheden om goede zorg te leveren.

Tevens ervoeren zij dat het 4D-gesprek nieuwe informatie naar boven bracht waardoor zij patiënten beter konden begrijpen en hun klachten beter konden plaatsen. Het gaf zicht op de betrokkenheid van andere hulpverleners, of inzicht in hulpverleners die betrokken dienden te worden. Het 4D-gesprek hielp volgens huisartsen ook goed bij het samen beslissen, omdat er meer tijd beschikbaar was voor uitleg en dialoog. Hierdoor begrepen patiënten volgens hen beter waarom zij bijvoorbeeld niet naar het ziekenhuis maar naar een maatschappelijk werker werden verwezen. Daarmee leidde het 4D-gesprek tot minder verwijzingen naar de tweedelijnszorg en veel preventie van gezondheidsverlies door een tijdige, brede aanpak (Leemrijse & Korevaar, 2021).

Van de 98 respondenten gaf 71% aan dat KB hun werkplezier verhoogde. Huisartsen gaven dit significant vaker aan dan andere medewerkers uit de praktijk. Enerzijds verhoogde KB de ervaren werkdruk voor sommige professionals (14%) door een toename van het aantal problemen van de patiënt waarbij men betrokken raakte, anderzijds verlaagde KB de ervaren werkdruk voor de meerderheid van de professionals (63%), doordat de zorg efficiënter werd en er meer en betere samenwerking ontstond. Een huisarts benoemde dat hij, ondanks een toename in de werkdruk, meer werkplezier ervoerde, omdat KB tot betere zorg leidde. Daarnaast nam het percentage professionals dat het gevoel had zijn patiënten tekort te doen door een gebrek aan tijd om problemen te doorgronden af van 39% - voor de invoer van de pilots - naar 16% bij de tweede meting. Ook het percentage professionals dat het gevoel had zijn/haar patiënten niet altijd de juiste zorg te kunnen geven, nam af van 27% naar 7% (Leemrijse & Korevaar, 2021).

De deelnemende huisartsenpraktijken waren vrijwel unaniem tevreden met de invoer van KB en de daarmee gepaard gaande verbeteringen. De professionals benoemden enkele positieve opbrengsten van KB, waaronder goede samenwerking in de wijk, een verbetering in werksfeer, een afname in werkdruk, meer betrokkenheid van het team en beter passende zorg voor kwetsbare patiënten (Leemrijse & Korevaar, 2021). Toch werden er ook zorgen uitgesproken over het gebrek aan structurele financiering, waardoor consulten uiteindelijk weer korter worden. Een toename in tijdsdruk kan volgens hen leiden tot een toename van zorgconsumptie vanwege een stijging in het aantal verwijzingen en inefficiënt gebruik van hulpmiddelen, waaronder medicatie (Leemrijse & Korevaar, 2021).

Ervaringen van de patiënt

Patiënten ervoeren het 4D-gesprek als positief. In eerdergenoemd onderzoek van Leemrijse et al., (2019) vond 98% van de 106 respondenten het prettig om langer dan normaal over hun klachten en situatie te kunnen praten. Zij ervoeren dat zijzelf en de zorgverlener hun klachten en problemen daardoor beter begrepen. Hierdoor wisten patiënten beter wat zij (samen met hun zorgverlener) aan hun problemen konden doen. Er werden geen verschillen gevonden tussen de ervaringen van mannelijke en vrouwelijke patiënten en de ervaringen waren ook niet verschillend wanneer een huisarts, POH of praktijkverpleegkundige het gesprek voerde (Leemrijse & Korevaar, 2021). Deze bevindingen corresponderen met eerder kleinschalig onderzoek waarin drie patiënten aangaven dat zij dankzij het 4D-model manieren vonden om zelf iets aan hun klachten te doen, zoals bijvoorbeeld meer bewegen en ontspannen in plaats van medicatie gebruiken bij hoofdpijnlachten (Leemrijse et al., 2016). Dezelfde respondenten ervoeren dat het 4D-model hen inzicht bood in welke problemen er in welke domeinen speelden en welke problemen er al waren opgelost. Ook gaven zij aan het fijn te vinden om te kunnen meebeslissen over hun behandeling, vanuit het idee van *'shared decision making'* (Leemrijse et al., 2016).

Verlaging van zorgkosten

In 2019 werd een overzicht gepubliceerd door Roosenboom et al. waarin de resultaten van de eerste pilot (2012-2015) van KB in Overvecht werden samengevat. Daaruit kwam naar voren dat er in 2015 een verbetering optrad van de doelmatigheid van inzet van zorg. Hiervoor werd een groep patiënten die stond ingeschreven bij een KB-praktijk vergeleken met een controlegroep van patiënten die bij andere praktijken stonden ingeschreven. Zilveren Kruis analyseerde dat de kosten per verzekerde in de KB-groep drie jaar na de invoer van KB 700 euro goedkoper waren dan de kosten per verzekerde in de controlegroep. Het zorggebruik bij de KB-groep nam af, terwijl het zorggebruik bij de controlegroep steeg ten tijde van de interventie.

4. Het KOP-model



4.1 Wat is het en bij wie kan het worden ingezet?

KOP staat voor Klachten-Omstandigheden-Persoonlijke Stijl. KOP is gebaseerd op het idee dat (psychische) klachten ontstaan door een verminderde draagkracht, wat op haar beurt ontstaat door een wisselwerking van omstandigheden en persoonlijke stijl. De formule die daarvoor is opgesteld, is $K = O * P$ (Starmans et al., 2018). Het KOP-model is geschikt als techniek voor professionals die patiënten zien met veelvoorkomende psychische klachten – zoals eenzaamheid, psychosomatische klachten, relatieproblemen, angst- en stemmingsstoornissen – die kortdurende interventies nodig hebben (Rijnders & Heene, 2015a; Starmans et al., 2018). Het model werd ontwikkeld in 1999, met als doel een verkorte vorm van psychotherapie te ontwerpen waarbij de participatie van de patiënt in het behandelproces wordt vergroot (Rijnders & Heene, 2015b). Het concept van KOP is gerelateerd aan de leertheorie en gedragstherapie, maar legt – in tegenstelling tot in de gedragstherapie – de nadruk meer op de coping stijl van de patiënt in plaats van op diens klacht. Voor de probleemanalyse en de oplossingsvormen wordt er aandacht besteed aan de context, en bij de probleemanalyse en de behandeling wordt het systeem van de patiënt actief betrokken. Er wordt bij het KOP-model gewerkt aan eigen regie, doordat de patiënt gestimuleerd wordt om eigen problemen aan te pakken en op te lossen nadat de professional enige uitleg, steun en coaching biedt (Rijnders & Heene, 2015b).

Toelichting expert

*“Het KOP model kijkt naar persoonlijkheid en omstandigheden. Dus de manier waarop je in het leven staat, je kijk op jezelf, de verwachting die je hebt van anderen, hoe je met dingen omgaat. En natuurlijk komt dit tot stand door de context waarin jij je ontwikkelt. Als je in armoede opgroeit, of in een rampgebied, of in een rustige welvaart. Word je wel gepest of niet gepest? Heb je te maken met overlijdens? Word je slachtoffer van een vechtscheiding? Dat heeft allemaal impact op je kijk op jezelf, en op je kijk van wat je van een ander mag verwachten. En dat vatten we samen in ‘persoonlijke stijl’. En als die P erg gekenmerkt wordt door ‘ik twijfel aan mezelf’ en ‘ik heb weinig verwachtingen van anderen’, dan heb je te maken met een levensvisie, een leefstijl die eerder neigt tot vermijding, die eerder neigt tot een depressieve attitude, of tot veel controleren, dwanghandelingen. Met name als de omstandigheden uitdagender worden, om wat voor reden dan ook (..) Wat we proberen te doen is die samenhang te laten zien. En dat is $K = O * P$. Dus als we halverwege het tweede gesprek in beeld hebben wat klacht, omstandigheden en persoonlijke stijl zijn, dan zeg ik: vind je het goed als we gaan kijken hoe die dingen met elkaar samenhangen? Dat je nu die klacht hebt, zou dat te maken kunnen hebben met dat er te veel op je bord ligt, en misschien ook wel dat je het eigenlijk allemaal harstikke goed wil doen?”*

Het KOP-model is bedoeld als hulpmiddel om de patiënt inzicht te verschaffen in zijn of haar klacht(en). Door het gesprek over klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl te voeren, kan dit inzicht ter plekke ontstaan. De huisarts of POH-GGZ onderzoekt vervolgens gezamenlijk met de patiënt welke aanpak het meest passend is. Daarbij kunnen adviezen en interventies worden benoemd bij elk onderdeel van het KOP-model (Starmans et al., 2018). Voor de *klachten* kan een advies worden gegeven over bijvoorbeeld mindfulness, beweging, of slaap. Voor het omgaan met *omstandigheden* kunnen passende interventies zijn: het verbeteren van hulp en steun, timemanagement, *problem-solving* therapie, of het inzetten van professionele steun zoals een maatschappelijk werker of geestelijk verzorger bij problemen rondom eenzaamheid, een scheiding of huisvesting. Interventies om de *persoonlijke stijl*, oftewel de coping van een patiënt, te versterken, zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), oplossingsgerichte therapie, of andere technieken die het adaptieve vermogen van een patiënt kunnen verbeteren.

4.2 Hoe werkt het KOP-model?

Het KOP-model bestaat uit vijf stappen: probleeminventarisatie, probleemanalyse en probleem-samenhang, formuleren van doelen, gedragsverandering en terugvalpreventie (Rijnders & Heene, 2015a). De patiënt wordt in dit proces gestimuleerd om te reflecteren op de redenen waarom klachten ontstaan of in stand worden gehouden.

De professional start met een zo concreet mogelijke beschrijving van de klachten op basis van gegeven antwoorden op vragen die aan de patiënt worden gesteld. Terwijl de patiënt antwoord geeft, maakt de professional aantekeningen op een formulier met het KOP-schema. Tijdens het gesprek licht de professional het KOP-schema toe, om de patiënt deelgenoot te maken in de uitvoering van de behandeling. Ook wordt telkens om de mening van de patiënt gevraagd wanneer de professional toelichting geeft over wat hij heeft opgeschreven, zodat dit de betrokkenheid van de patiënt bij de diagnostiek en behandeling vergroot. De patiënt wordt hierbij uitgenodigd om de rol van een "co-therapeut" aan te nemen, waardoor de patiënt beseft dat hij of zij in staat is eigen keuzes te maken. Vervolgens wordt de O van de patiënt in beeld gebracht om in kaart te brengen hoe de klachten zich hebben ontwikkeld en welke omstandigheden de klachten wellicht hebben versterkt. Tot slot brengt de professional de P in kaart door het habituele reactiepatroon van de patiënt in beeld te brengen, om na te gaan welke persoonskenmerken een rol kunnen hebben gespeeld bij het ontstaan van de klachten. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de korte en lange termijn en wordt met name gekeken naar de mate van coping van de patiënt. Het creëren van overzicht en reflectie heeft als doel de klachten van de patiënt te verminderen en diens coping te versterken (Rijnders & Heene, 2015b). Tijdens het formuleren van doelen wordt de relatie tussen de K, O en P van de patiënt in het oog gehouden en worden samen met de patiënt concrete en uitvoerbare doelen geformuleerd. Dit is de inleiding tot de gedragsverandering, waarbij de focus wordt gelegd op observatie van het eigen gedrag, het observeren van de consequenties van dat gedrag en het observeren van het gedrag van anderen. Om deze gedragsverandering te ondersteunen, worden de motivatie en het doorzettingsvermogen van de patiënt in kaart gebracht en wordt gekeken naar situaties waarin het nieuwe gedrag kan worden uitgetoond en welke steun iemand hierbij kan ontvangen (Rijnders & Heene, 2015b). Om terugval te voorkomen, wordt de formule $K = O * P$ gedurende het hele behandelproces onder de aandacht van de patiënt gebracht (Rijnders & Heene, 2015b).

4.3 In hoeverre wordt het model gebruikt in de huisartsenzorg?

Het KOP-model maakt onderdeel uit van het curriculum van diverse opleidingen, zoals de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en de opleiding tot POH-GGZ. Daarnaast zijn er cursussen beschikbaar voor GZ-psychologen, eerstelijnspsychologen, basispsychologen, gedragstherapeuten, artsen, POH's-GGZ en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (Rinogroep, 2024). Een ledenpeiling van de LV POH-GGZ uit 2022 vond aanwijzingen dat ongeveer de helft van de POH's-ggz het KOP-model regelmatig of vaak inzet in de praktijk¹⁵. Echter, het is onduidelijk in hoeverre de respondenten representatief waren voor de gehele groep van POH's-ggz in Nederland.

4.4 Bevindingen uit eerder onderzoek

Er is een beperkt aantal onderzoeken gedaan naar het gebruik van het KOP-model. De onderzoeken staan hieronder beschreven.

Tabel 3 Overzicht van uitgevoerd onderzoek naar inzet van het KOP-model in de praktijk.

Auteurs (Publicatiejaar)	Doel	Wijze van dataverzameling	Aantal respondenten
Hakkaart-Van Roijen et al. (2006)	Kosteneffectiviteit en kwaliteit van leven evalueren van KOP ten opzichte van cognitieve gedragstherapie.	Vragenlijsten (kwantitatief). Data werd verzameld over directe kosten, indirecte kosten en kwaliteit van leven (EQ-5D) in zeven meetmomenten gedurende 1,5 jaar.	Patiënten met depressie- of angstklachten in GGZ-instellingen (n=702).
Van Straten et al. (2006)	Lichamelijke en psychische klachten en ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven evalueren na behandeling met KOP ten opzichte van cognitieve gedragstherapie en gebruikelijke zorg ('matched care').	Vragenlijsten (kwantitatief): SCL-90 en SF-36. Zeven meetmomenten gedurende 1,5 jaar.	Patiënten met depressie- of angstklachten in GGZ-instellingen (n=702).
Rijnders et al. (2016)	Evalueren van pre- en post tests van coping en algemeen functioneren.	Vragenlijsten (kwantitatief). OQ en UCL-uitkomsten werden driemaal gemeten gedurende 36 maanden.	Patiënten in de huisartsenpraktijk (n=1829; van 559 patiënten volledige data beschikbaar).

Van oorsprong werd het KOP-model in de ggz ingezet en werd het nog niet toegepast in de huisartsenpraktijk. De onderzoeken uit 2006 (Tabel 3) hebben het KOP-model dan ook geëvalueerd als behandeling van patiënten met depressie- en angstklachten, tegenover de zorg die zij anders zouden ontvangen binnen de ggz (i.e., cognitieve gedragstherapie en gebruikelijke

¹⁵ Uit deze peiling onder leden van de LV POH-GGZ kwam naar voren dat 10% van de 336 responderende POH's-ggz aangaf het KOP-model altijd te gebruiken tijdens de hulpverlening aan volwassen patiënten. 39% gaf aan het model vaak te gebruiken, en 31% soms (ongepubliceerde cijfers).

zorg). Uit deze onderzoeken bleek dat terugval bij patiënten die behandeld werden middels het KOP-model niet hoger was dan bij een traditionele behandeling (Van Hakkart-Roijen et al., 2006; Van Straten et al., 2006). Daarnaast werd geconcludeerd dat de directe kosten voor patiënten waarbij het KOP-model werd toegepast, lager uitvielen dan de kosten voor patiënten die cognitieve gedragstherapie ondergingen (Van Hakkart-Roijen et al., 2006). Uit het onderzoek van Van Straten et al. (2006) kwam naar voren dat het KOP-model net zo effectief was in het verbeteren van lichamelijke en psychische klachten en ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven als cognitieve gedragstherapie als eerste stap in getrapte zorg. De bevindingen uit beide onderzoeken suggereren dat het KOP-model als generiek model kan worden gebruikt bij een verscheidenheid aan klachten.

In een recenter onderzoek van Rijnders et al. (2016) werd het KOP-model binnen de setting van de huisartsenpraktijk geëvalueerd. De auteurs vonden dat er na gemiddeld drie gesprekken waarin het KOP-model werd toegepast een significante afname van lichamelijke klachten optrad (gemeten met de OQ-45) en dat er na gemiddeld zes gesprekken significante verbetering zichtbaar was op verschillende copingstrategieën van de patiënt (gemeten met de Utrechtse Copinglijst (UCL), zoals actieve en passieve coping, het invoeren van steun en het genereren van geruststellende gedachten (Rijnders et al., 2016).

5. Overeenkomsten en verschillen tussen de drie gespreksmodellen



5.1 Overeenkomsten en verschillen in beoogde toepassing

De beschreven gespreksmodellen, Spinnenwebmodel, 4D-model en het KOP-model, faciliteren een brede kijk op gezondheid. Zij kijken verder dan lichamelijke symptomen en houden rekening met sociaaleconomische, zingeving, emotionele en maatschappelijke aspecten die de klachten en het herstel beïnvloeden, vanuit een holistische benadering. De gespreksmodellen zijn in zichzelf al een interventie omdat ze beogen de patiënt inzicht te geven in hun situatie. Daarnaast leggen alle drie de modellen nadruk op de samenwerking met de patiënt, waarbij de patiënt een actieve, bij voorkeur een leidende rol heeft in het meedenken en het (mee)beslissen over vervolgstappen. Patiënten worden aangemoedigd om zelf keuzes te maken die hen in staat stellen hun welzijn te verbeteren. Ook zijn alle drie de modellen gericht op duurzame interventies. Ze proberen niet alleen kortetermijnoplossingen te bieden, maar willen bijdragen aan langdurige gezondheidswinst door de patiënt handvaten te bieden voor de lange termijn.

De modellen verschillen echter in sommige facetten. Zo richt het KOP-model zich op klachten die ontstaan door een verminderde draagkracht en een persoonlijke stijl die tekortschiet bij belastende omstandigheden. Het biedt een gestructureerd kader voor het analyseren en aanpakken van deze klachten en wordt vaak ingezet door de POH-ggz. Het Spinnenwebmodel richt zich juist niet primair op (het ontrafelen van) klachten, maar verlegt de focus direct naar gezondheid en het vermogen van de patiënt om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen. Het is daarbij dan ook niet de bedoeling dat alle dimensies worden nagelopen, maar dat de patiënt zelf beslist waar de focus komt te liggen. Het Spinnenwebmodel wordt zowel door huisartsen als POH's gebruikt. Het 4D-model richt zich, net als het KOP-model, wel op het ontrafelen van klachten. Daarbij is er nadrukkelijke aandacht voor oorzaken die buiten het medische domein, in de verschillende leefdomeinen van patiënten kunnen liggen en wordt er aandacht besteed aan de sociale determinanten van gezondheid en de verbanden daartussen. Qua toepassing en focus ligt de benadering van het 4D-model echter dichter bij het Spinnenwebmodel, waarbij het doel is de veerkracht van mensen aan te wakkeren. Hierdoor gaan zij met onderliggende hulpvragen aan de slag, in plaats van te focussen op de klacht zelf. Het 4D-model wordt daarbij vaak als een vereenvoudigde versie van het Spinnenwebmodel gezien.

5.2 Overeenkomsten en verschillen van bevindingen uit onderzoek

Voor alle drie de modellen geldt dat er beperkt onderzoek naar is gedaan. Het Spinnenwebmodel en het 4D-model zijn voornamelijk kwalitatief onderzocht, waarin ervaringen van zowel professionals als patiënten in kaart zijn gebracht. Uit deze onderzoeken bleek onder andere dat professionals door de 'bredere kijk' op gezondheid een beter inzicht kregen in wat er speelt bij een patiënt, en waar zijn of haar mogelijkheden en behoeften liggen. Ook gaven zij aan dat het gebruik van de

modellen bijdroeg tot betere samenwerking tussen zorgverleners binnen en tussen organisaties, resulterend in efficiëntere zorg en minder doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg. Gegeven deze positieve ervaringen is het niet verrassend dat professionals ook aangaven dat het gebruik van de modellen hun werkplezier verhoogde. Wel werd in de onderzoeken van beide modellen door professionals benoemd dat de aanpak meer tijd vergt, waardoor de complexiteit van het bredere gezondheidsbeeld en het intensievere gesprek met patiënten de implementatie uitdagend maakten. Daarnaast is er, volgens de professionals, een verandering in de dagelijkse praktijk en cultuur voor nodig, waardoor de modellen een lange implementatieperiode vereisen. Kijkend naar het patiëntenperspectief, bleek uit het onderzoek dat zij bij zowel het Spinnenwebmodel als het 4D-model de holistische, persoonsgerichte aanpak waardeerden. Daarnaast ervaren patiënten de mogelijkheid om zelf doelen te stellen en actief deel te nemen aan hun behandeling als positief, omdat het bijdroeg aan een gevoel van empowerment.

De drie geïdentificeerde onderzoeken naar het KOP-model waren kwantitatief van aard en gericht op het in kaart brengen van veranderingen in patiëntuitkomsten. Eén van deze studies is in de huisartsenpraktijk uitgevoerd. Gevonden werd dat de toepassing van het KOP-model tijdens consulten gepaard ging met een verbetering in het algemeen functioneren van patiënten. Ook werd er een samenhang gevonden met het hanteren van effectievere copingstrategieën door patiënten. In de onderzoeken naar het KOP-model zijn de ervaringen en meningen van patiënten en professionals niet uitgevraagd, wat een vergelijking met de uitkomsten van de onderzoeken naar de andere twee modellen lastig maakt.

Ten slotte vonden de onderzoeken naar het 4D-model en het KOP-model aanwijzingen dat het gebruik van de modellen gepaard gaat met een afname in zorgkosten. Bij de pilots van het 4D-model werd gevonden dat de zorgkosten van patiënten die stonden ingeschreven in een Krachtige Basiszorg (KB) praktijk en waar het model was ingevoerd, lager waren in vergelijking met patiënten die stonden ingeschreven bij andere praktijken. Verder bleek uit een onderzoek in ggz-instellingen dat de zorgkosten van patiënten die hulp ontvingen aan de hand van het KOP-model lager waren dan de zorgkosten van patiënten die reguliere therapie ontvingen.

5.3 Overeenkomsten en verschillen in gebruik in de Nederlandse huisartsenzorg

Er zijn geen representatieve cijfers beschikbaar over de huidige inzet van de drie modellen door huisartsen en POH's in de Nederlandse huisartsenzorg. De implementatie van het Spinnenwebmodel binnen zorggroepen en huisartsenpraktijken heeft met de invoer van 'Meer tijd voor de patiënt' door het IZA en GALA een impuls gekregen. Het 4D-model wordt voornamelijk ingezet in KB praktijken in achterstandswijken en kent een groeiende, maar meer regionale toepassing. Het KOP-model is ingebed in het curriculum van verschillende opleidingen, zoals die van de POH-ggz. Bovendien zijn er aanwijzingen dat een substantieel deel van de POH's-ggz het model regelmatig of vaak inzet in de dagelijkse praktijk. Huisartsen lijken het model minder of niet te gebruiken. Hoewel representatieve en actuele cijfers over het feitelijk gebruik van de modellen in de huisartsenpraktijk ontbreken, kan worden verondersteld dat – mede onder invloed van de beweging naar meer persoonsgerichte zorg – er een groeiende belangstelling is voor de modellen en dat zij steeds meer gebuikt worden.

DEEL B

Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk: gebruik en meerwaarde



6. Het gebruik van de drie gespreksmodellen in de praktijk



In deel A werd beschreven wat er bekend is over drie gespreksmodellen in de huisartsenzorg. We zagen onder andere dat het KOP-, het 4D- en het Spinnenwebmodel allen ontwikkeld zijn vanuit een sterke visie op persoonsgerichte zorg, uitgangspunten delen, maar ook op onderdelen verschillen. Het bestaande onderzoek naar de modellen – beperkt in omvang – laat veelal positieve bevindingen zien. In dit hoofdstuk maken we de stap naar ervaringen in de praktijk. Op basis van interviews met huisartsen, POH's en patiënten gaan we in op de vraag hoe huisartsen en POH's gespreksmodellen in de praktijk toepassen: hoe vaak, bij wie, op welk moment, en op welke manier.

6.1 Frequentie van gebruik

Aan de geïnterviewde professionals die aangaven minimaal één van de modellen te kennen én te gebruiken, is – als onderdeel van een korte vragenlijst¹⁶ – gevraagd hoe vaak per maand zij een gespreksmodel inzetten. Hoewel niet alle professionals deze vraag hebben beantwoord, geven de antwoorden enig zicht op de frequentie van gebruik. Voor het KOP-model varieert het gebruik door POH's aanzienlijk, van 8 tot 24 keer per maand. Voor de POH's die het 4D-model of het Spinnenwebmodel gebruiken, ligt dit tussen een tot vier keer per maand. De huisartsen die werken met het Spinnenwebmodel of het 4D-model, zetten deze modellen gemiddeld een of twee keer per maand in. Over het algemeen lijken de modellen dus (nog) niet heel frequent te worden ingezet. Waarbij aangetekend dat vanwege de gehanteerde onderzoekopzet het onduidelijk is in hoeverre dit beeld representatief is voor de Nederlandse huisartsenzorg. Wat wel geconstateerd kan worden is dat een deel van de professionals zelf aangeeft dat zij het brede gesprek minder vaak toepassen dan ze zelf eigenlijk zouden willen. Dit geldt met name voor de professionals die middels een training of nascholing met het brede gesprek in aanraking kwamen. Zij geven aan dat de kennis die ze opdeden snel kan wegzakken als je het brede gesprek niet vaak voert in de praktijk. En andersom dat je het als professional minder toepast als je je minder bekwaam voelt.

“Soms heb je een week waarbij er vier patiënten zijn waarbij je zoiets toe zou kunnen passen en dan heb ik vier, vijf weken of langer helemaal geen patiënt waar ik het op zou kunnen toepassen. En dan voordat ik denk ‘oja, zou ik hier iets mee kunnen doen?’ dan is het consult alweer voorbij.” – Huisarts, alle modellen

“Je hebt er weinig tijd voor. Het is een investering. Eigenlijk werkt het in de waan van de dag niet. Dus je doet het niet. Dus je bent niet meer zo bekwaam. En op een gegeven moment zakt het weg. Zo gaat dat.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

¹⁶ Deze online vragenlijst werd na afloop van het interview naar een deelnemer opgestuurd.

“De ervaring voert de boventoon en achteraf denk je pas aan het 4D-model. Ik heb het 4D-model daarom op mijn bureau gelegd ter herinnering. Om het effectief in te kunnen zetten zou meer tijd nodig zijn en het moet meer top-of-mind zijn.” – Focusgroep 4D model.

De professionals die we spraken die zich uit eigen beweging hebben verdiept in een gespreksmodel geven aan niet goed te kunnen aangeven hoe vaak ze het inzetten. Omdat zij het gedachtegoed van het model hebben geïnternaliseerd speelt het bij zo'n beetje iedere patiënt wel een rol in het gesprek.

6.2 Doelgroepen en patiëntkenmerken

Zoals beschreven in deel A kwamen er voor elk van de drie gespreksmodellen ook doelgroepen naar voren, voor wie het model primair bedoeld of geschikt is. Uit de interviews blijkt dat professionals de modellen in de praktijk inderdaad inzetten bij deze beoogde doelgroepen. Echter, tegelijkertijd wordt ook, met name bij het 4D- en Spinnenwebmodel, van dit patroon afgeweken. In de volgende paragrafen worden in dit kader de gespreksmodellen één voor één besproken.

KOP-model

Het KOP-model wordt in de praktijk primair ingezet door de POH, nadat een patiënt met psychische of psychosociale klachten hiernaar is verwezen door de huisarts. Geïnterviewde POH's noemen dat zij het KOP-model inzetten bij mensen die veel stress ervaren of een burn-out hebben, maar ook bij mensen met stemmings- of angstklachten. Zij geven aan het model alleen niet in te zetten wanneer zij een ernstige psychische aandoening vermoeden. Daarnaast wordt benoemd dat de patiënt idealiter wel in staat moet zijn om zelf te reflecteren op zijn of haar situatie. Ook geven POH's aan dat het gesprek over omstandigheden en persoonlijke stijl makkelijker te voeren is wanneer iemand taalvaardig of hoger opgeleid is. Het is bijvoorbeeld moeilijker bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of laaggeletterdheid toe te passen. Dit vraagt extra inzet van de POH om het gesprek dan in eenvoudiger taal te voeren.

“Er is eigenlijk niet veel onderscheid. Het KOP-model wordt standaard gebruikt bij iedereen, bij de intake” – POH-ggz, KOP-model en Spinnenwebmodel

“Het is lastig om in te zetten bij laaggeletterden. Als er hiaten zijn en beperkt inzicht en begrip, dan voer je het gesprek op een andere manier. KOP gebruik ik dan zelden.” – POH, KOP-model

“Om met mensen die laaggeletterd zijn of een LVB hebben zo'n gesprek te voeren praat je simpel en in Jip en Janneke taal.” – POH, KOP-model

Het Spinnenwebmodel

Uit de interviews komt naar voren dat het Spinnenwebmodel bij diverse patiëntengroepen wordt ingezet, waaronder mensen die veel terugkomen bij de huisarts, mensen met SOLK/ALK¹⁷, mensen met chronische klachten, mensen die eenzaamheid ervaren, studenten die prestatiedruk ervaren, en mensen die vastlopen in het leven. Er wordt benadrukt dat het Spinnenwebmodel bij vrijwel iedereen kan worden ingezet, maar dat er patiëntkenmerken zijn die het moeilijker of makkelijker kunnen maken om het gesprek te voeren. Als iemand niet de regie lijkt te kunnen of willen pakken is het Spinnenwebmodel minder aantrekkelijk om in te zetten. Verder wordt benoemd dat zelfreflectie en taalvaardigheid bij de patiënt helpend zijn. Al lijkt dit niet een vereiste te zijn en hangt het ook af van de vaardigheden van de professional. Ten slotte heeft het Spinnenwebmodel verschillende versies die het model breed toegankelijk maken voor verschillende doelgroepen.

“Spinnenweb kan ook bij iedereen, hoog of laag IQ maakt niet uit. En ook onafhankelijk van de diagnose, het kan echt bij iedereen. Er zijn ook allerlei verschillende tools zoals voor kinderen, die werkt goed voor mensen met een LVB. Mensen met een LVB vinden dat heel leuk om te doen, met de smileys werken.” – POH, KOP-model en Spinnenwebmodel

“Eigenlijk [is de doelgroep] heel divers. Maar je moet wel reflectievermogen hebben. Want je hebt wat lager geletterden, daarbij is het lastiger. Kan ook wel hoor maar dan moet je wat harder werken. Met name de koppeling van waarom ze dit moeten doen. Dat vergt meer uitleg. Eigenlijk kan het wel bij iedereen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Het 4D-model

Het 4D-model kent zijn oorsprong in achterstandswijken. Dit is terug te zien in de doelgroep waarvoor 4D primair wordt ingezet door de geïnterviewde professionals. Huisartsen geven aan het vaak in te zetten bij patiënten waarbij veel speelt en de situatie complex is. Dit kan verschillende redenen hebben: de patiënt heeft bijvoorbeeld meerdere klachten of vage klachten, de hulpvraag is onduidelijk, de patiënt komt vaak terug, of de klacht (zoals hoofdpijn, overspannenheid, somberheid, slaapproblemen) is een typische klacht waarbij levensomstandigheden (zoals iemands financiële situatie) een rol kunnen spelen. Ook kan het worden ingezet (alleen al als hulpmiddel om het gesprek aan te gaan) wanneer de professional zelf voelt “wat moet ik hiermee?”. Of wanneer er veel weerstand is vanuit de patiënt en deze enkel de ‘gewenste’ antwoorden geeft. Wel maken huisartsen hierbij de kanttekening dat het nodig is om eerst uit te sluiten dat de klacht van lichamelijke aard is. Wederom wordt benadrukt dat het 4D-model in principe voor iedereen helpend kan zijn, maar dat het niet altijd haalbaar is om het bij iedereen in te zetten.

“Hoofdpijn, overspannen, somberheid, slaapproblemen. Alle klachten waarbij meer dingen een rol kunnen spelen. Dat kan. In de thuis/sociale situatie/financiële/huisvesting/relatieel, als daar veel dingen zijn. Als mensen klem zitten. Dan komen er vaak ook andere klachten.” – Huisarts, 4D-model

17 SOLK: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten; ALK: aanhoudende lichamelijke klachten.

Vergelijkbaar met het KOP-model en het Spinnenwebmodel wordt ook bij het 4D-model aangegeven dat het helpend is wanneer een patiënt “een bepaald IQ” heeft om het model te snappen, en ook de taalvaardigheid heeft om erover te praten. Maar tegelijkertijd wordt benoemd dat het juist geschikt is om in te zetten bij lager opgeleide patiënten of laaggeletterde patiënten (waaronder patiënten met een niet-Nederlandse komaf). Ten slotte wordt ook hier benoemd dat zelfreflectie van een patiënt belangrijk is om het brede gesprek aan de hand van het 4D-model te kunnen voeren.

“Patiëntkenmerken zoals IQ en taal spelen een rol. Er moet een bepaald niveau van begrip zijn, anders heeft het geen zin om het model toe te passen. Ook moet iemand Nederlands spreken en begrijpen.” – Focusgroep, 4D-model

“Patiënten moeten wel openstaan voor hulp op een andere manier in plaats van een doorverwijzing te krijgen. Ze moeten echt een verandering willen. Openstaan om de stap te nemen om wat aan het probleem te doen (wat geen fysieke oorzaak heeft).” – Focusgroep, 4D-model

6.3 Op welk moment wordt een gespreksmodel ingezet?

De geïnterviewde professionals noemen diverse aanleidingen om een breder gesprek te voeren. Voor het KOP-model geldt dat het vaak in de intake of anamnese zit verwerkt. Het 4D-model en het Spinnenwebmodel worden vaak ingezet wanneer de professional in de gaten heeft dat er meer speelt dan alleen de medische hulpvraag. Hieronder wordt het moment van inzet van de gespreksmodellen nader besproken.

Het KOP-model

Het KOP-model wordt zoals hierboven vermeld doorgaans alleen gebruikt door POH's (en niet door huisartsen). Vaak wordt het al in het beginstadium door de POH ingezet als onderdeel van de intake. Patiënten die voor de eerste keer bij de POH komen, hebben vaak te maken met verschillende klachten, ingewikkelde ervaringen en/of vragen. Het KOP-model kan dan helpen om de belangrijkste aspecten van de hulpvraag te identificeren. Sommige POH's geven aan dat zij het model juist niet standaard inzetten bij het begin, maar alleen wanneer het gesprek met een patiënt niet op gang komt na één of meer consulten. Ook wordt aangegeven dat het model gebruikt kan worden om preventief met patiënten in gesprek te gaan om verdere klachten te voorkomen bij mensen die eerder wel in de tweede lijn zijn geweest.

“Het KOP-model zit eigenlijk in de anamnese verwerkt, dus het is belangrijk dat dat in je hoofd zit. Maar het is heel belangrijk dat iemand zijn verhaal kan doen. Als je heel strikt gaat vragen dan slaan mensen dicht of haken ze af. Mensen lopen over en hebben hun moed bijeengeraapt om naar die huisarts te gaan en krijgen dan een plek waar ze hun ei kwijt kunnen en die gaan hier spuien. Als hulpverlener ga je dan filteren met alle onderdelen van het KOP-model.” – POH, KOP-model

“Je neemt het mee als een rode draad in de gesprekken. Je begint er mee als je het inzicht wilt oppakken, maar je begint er niet mee tijdens het eerste gesprek. Je wilt eerst iemand wat leren kennen en het wat luchtiger houden.” – POH, KOP-model

Het Spinnenwebmodel en het 4D-model¹⁸

Voor het Spinnenwebmodel en het 4D-model geldt dat het vaak pas in een vervolgesprek wordt ingezet door een professional. Bijvoorbeeld wanneer iemand vaker langskomt en een lichamelijke oorzaak is uitgesloten, maar de klachten blijven aanhouden. De huisarts kan een model dan zelf inzetten, of de patiënt naar de POH (somatiek of ggz) doorsturen die het dan verder oppakt.

“Vaak wordt het niet bij het eerste consult ingezet, maar bij een vervolg.” – Focusgroep, 4D-model

“Als je het idee hebt dat er op meer domeinen dingen spelen die dus welbevinden beïnvloeden, dan zet ik het in.” – Huisarts, 4D-model

“Je moet eerst weten met welke hulpvraag iemand in je spreekkamer komt. Als iemand wil weten of hij wel of niet kanker heeft en je begint over positieve gezondheid, dan wordt dat ‘m niet. Maar als je zegt: ‘Ik zie dat je vaak komt met pijntje hier en pijntje daar, herken je dat?’ Je moet toetsen hoe de patiënt er in staat. Gaat hij mee in jouw gedachte? Als je dan zegt: ‘Er zijn veel mensen zoals jij. Daarbij werd dit ingezet en dat heeft hen geholpen. Zou dat iets voor jou zijn?’ Dat je zo toetst of er een opening is om het er over te hebben.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Wanneer je vastloopt met iemand en er is geen enkele verbetering te zien, dan kun je het Spinnenwebmodel inzetten. Ik heb bijvoorbeeld ook iemand die niet lekker in zijn vel zit, maar bij mij zit voor hart- en vaatproblematiek.” – POH, Spinnenwebmodel

Een cruciaal element voor het moment van inzetten van een gespreksmodel is dat de professional vaardig is om in te schatten wanneer patiënten er minder, of juist meer voor openstaan om een breder gesprek te voeren. Motivatie bij de patiënt is een voorwaarde om het brede gesprek op een goede manier te kunnen voeren. Wanneer een patiënt er nog niet voor openstaat, proberen professionals vaak wel een opening te vinden, of de patiënt te helpen om op het punt te komen dat hij of zij er wel open voor staat. Het aanvoelen en toetsen van hoe en wanneer je als professional een gespreksmodel kan inzetten bij een patiënt wordt steeds benoemd als bepalend voor wanneer een breder gesprek zinvol is.

“Je moet er op het goede moment mee komen. Ze zullen er ongetwijfeld niet altijd voor openstaan, maar dan is er dus nog ander werk te doen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

¹⁸ Het 4D-model en het Spinnenwebmodel worden samen besproken vanwege vergelijkbare resultaten.

6.4 Volledige en selectieve toepassing

In de vorige paragrafen leren we dat los van algemene patronen, er ook enige variatie bestaat in bij wie de gespreksmodellen worden ingezet, en in het moment waarop. Hoe zit het met de *manier waarop* de modellen worden ingezet tijdens de gesprekken met een patiënt? Deze volgende paragrafen gaan hierop in voor de drie gespreksmodellen.

Het KOP-model

Het KOP-model wordt als een hulpmiddel in de gesprekken gebruikt voor het creëren van overzicht voor zowel de patiënt als de POH. Aldus vormt het KOP-model een basis voor de gesprekken, waarbij de POH niet altijd uitlegt aan de patiënt dat gebruik wordt gemaakt van het model. De meeste geïnterviewde POH's gebruiken het model in de volledigheid (d.w.z. zij volgen alle vijf de stappen: probleeminventarisatie, -analyse, doelen, gedragsverandering en terugvalpreventie) en gebruiken ook de praktische werkvormen binnen het model. Zoals eerder benoemd starten veel POH's met de inventarisatie van de drie elementen K (klachten), O (omstandigheden) en P (persoonlijke stijl) bij de intake, en worden vervolgstappen in volgende consulten uitgewerkt. Het opschrijven van de uitkomsten op deze elementen wordt door de POH gedaan, en in het huisartseninformatiesysteem opgeslagen. Soms wordt het ook meegegeven aan de patiënt.

“Dus uitvragen van klachten, omstandigheden en hoe je bent als persoon. Als mensen heel erg overstuur zijn dan kan je het een beetje laten gaan. Tijdens de intake notuleer ik wel meteen de K, de O en de P onderdelen.” – POH, KOP-model

“Bij de ene helpt het om op een bord te schrijven, bij een andere helpt het om op een blaadje te schrijven. En dat je het dan meegeeft en zegt dat ze er nog maar eens naar moeten kijken.” – POH, KOP-model

“Iemand krijgt inzicht in wat de problematiek is en wat er aan de hand is, in zijn/haar coping vaardigheden, en omstandigheden. Dan kan je aan de hand van dat inzicht interventies oppakken met de patiënt. Dus je blijft steeds terugkomen op het KOP-model. Waar je het over zijn/haar perfectionisme hebt gehad, de meegegeven opdrachten, hoe is daar mee omgegaan en wat is er uit gekomen. Je neemt het iedere keer terug in het gesprek, het is een werkmodel.” – POH, KOP-model

Daarnaast wordt benoemd dat het bespreken van leefgebieden en/of persoonlijke stijl soms ook op andere manieren, dus los van het KOP-model, aan bod kan komen. Dit zit dan verweven in een gesprek. Daarbij vormt het KOP-model voor sommige geïnterviewde POH's, vooral degenen die al langer werkzaam zijn als POH, een bevestiging en legitimering van het type gesprekken dat zij altijd al voerden.

“Door de achtergrond van sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV) zit je al naar leefgebieden te kijken en dan pak je dus al een groot deel van het verhaal mee.” – POH, KOP-model

“Het was een soort moment dat je je realiseerde dat je dat al wel deed, maar nu kreeg het een naam. Wanneer je het brede gesprek aangaat, gaat de POH-ggz niet alles opschrijven van dit zijn uw klachten, dit de omstandigheden en dit is uw persoonlijke stijl. Dit wordt wel besproken maar niet zo letterlijk.” – POH, KOP-model

“Een deel van wat er toen geleerd is werd daarvoor ook al wel gedaan: wat voor persoon is iemand, waar zitten zijn of haar sterke en minder sterke kanten? Het is fijn dat je dat nu aan een soort model kan koppelen en dat je ook tot een gezamenlijke probleemdefinitie kan komen.” – POH, KOP-model

Het Spinnenwebmodel

Uit de interviews komt naar voren dat het Spinnenwebmodel vaak in zijn volledigheid wordt ingezet door professionals (waarbij alle stappen worden gevolgd). Echter, sommige professionals zijn minder modelgetrouw en gebruiken elementen of stappen uit het model. Zij laten zich vooral inspireren door het model en gebruiken het als denkkader. Er is ook variatie te zien in de mate waarin patiënten zelf actief met het Spinnenweb aan de slag gaan. Het is de bedoeling dat patiënten gevraagd wordt om het Spinnenweb thuis in te vullen en mee te nemen. Maar het komt ook voor dat professionals het Spinnenweb meer op de achtergrond gebruiken, zonder dat de patiënt daarvan op de hoogte is, of daar heel actief bij betrokken is. Verder varieert de wijze waarop geïnterviewde huisartsen en POH's binnen een praktijk samenwerken rond het Spinnenweb. In sommige praktijken pakt de huisarts de eerste stappen op en verwijst hij/zij vervolgens naar de POH, die de vervolgstappen met de patiënt begeleidt. In andere praktijken blijft de patiënt bij de huisarts, of wordt de patiënt juist direct naar de POH doorverwezen als de huisarts vermoedt dat het Spinnenweb nuttig kan zijn. Al met al lijkt de manier waarop het Spinnenweb in praktijken wordt ingezet, sterk af te hangen van de persoonlijke stijl en voorkeur van de betrokken professionals.

“Ik wil graag dat je dat thuis voorbereid, dat je het invult, dat je terugkomt, dan gaan we het erover hebben. Dan ga ik achteroverleunen. Dat is heerlijk. Ik hoef dan heel weinig te doen. Ik hoef alleen te vragen: “Wat valt je nou op? Wat zou je anders willen?” En de patiënt komt dan zelf: ik zou wel dat willen doen. Dat komt goed want dat heb ik, en ik stuur u door naar degene die dat verder kan oppakken.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Dus wat ik nu doe: ik houd het in mijn achterhoofd. Ik gebruik het op de achtergrond als tool, bijvoorbeeld als ik in gesprek ben met een chronische pijn patiënt. Dan vraag ik bijvoorbeeld wat vond je vroeger leuk, wat waren je hobby's. dus het welzijn bevorderen op een positieve manier.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Ik ga dit spinnenweb mailen, ze gaan ermee aan de slag en dan kan de POH dat van tevoren al bekijken. Echt een heel erg mooi houvast van oké, hoe scoorde je, wat vind je ervan, wil je er iets mee? Dus daar zijn we nu ook mee bezig, om die gesprekken leuker te maken voor de POH en voor de patiënten ook.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Het 4D-model

De interviews laten voor het 4D-model een vergelijkbaar patroon zien als voor het KOP-model en het Spinnenwebmodel: ook dit model wordt vaak in zijn volledigheid uitgevoerd, maar niet altijd. Het kan ook meer als denkkader op de achtergrond fungeren. Bij het 4D-model betekent volledig gebruik dat alle vier de domeinen worden uitgevraagd en dat er cijfers worden gegeven voor hoe het gaat op die domeinen. Vervolgens wordt inzicht gecreëerd in het klachtenpatroon van een patiënt zodat gezamenlijk met hem/haar vervolgstappen kunnen worden bepaald. Uit de interviews blijkt dat in hoeverre dat in de praktijk gebeurt, afhangt van de ervaring en voorkeuren van de professional en zijn of haar inschatting van wat er besproken moet worden met de patiënt. Dit kan dus betekenen dat bij een patiënt soms niet alle domeinen worden besproken.

“Ik dacht bij het 4D-model, eigenlijk doe ik dat wel de hele tijd. Maar niet het hele 4D-model.” – Huisarts, 4D-model

“Bijvoorbeeld, iemand komt met hoofdpijn, het gaat op werk niet lekker, de echtgenoot gaat vreemd, er zijn grote spanningen rondom een kind. Met de burenruzie. Dan ga ik niet ook nog bijvoorbeeld het financieel welbevinden uitvragen. Dat laat ik dan even zitten. Het is al genoeg. Dan denk ik, dan komt de rest later wel. Dan kom ik er niet aan toe om iemand een cijfer te laten geven. Dan laat ik de rest over aan de POH-ggz.” – Huisarts, 4D-model

Overigens wordt benadrukt dat het lichamelijke domein in ieder geval moet worden geadresseerd, en het liefst als eerste, omdat dit het gesprek met de patiënt bevordert.

“Het is wel belangrijk om eerst te kijken of er niet iets lichamelijks is waar je overheen kijkt, natuurlijk. Dus daar moet je het altijd even over hebben. Maar meestal stip ik gelijk aan, ook al is er iets lichamelijks, dat andere factoren er ook een rol in kunnen spelen. Dan pak ik dat blok erbij en gaan we kijken of er iets anders is waar we wél wat aan kunnen doen. Dan zeg ik: ‘Misschien wordt jouw klacht wel erger door...’ en dan ga ik het hele systeem uitleggen.” – Huisarts, 4D-model

Enige mate van variatie is verder te zien in hoe er concreet met het 4D-model wordt gewerkt. Sommige geïnterviewde professionals pakken het figuur van 4D erbij en schrijven hier tijdens het gesprek kernwoorden bij, of laten patiënten dat in enkele gevallen zelf doen. De blocnote erbij pakken kan het doel dienen om de samenhang inzichtelijk te maken voor de patiënt. Er wordt echter door sommigen aangegeven dat er niet wordt meegeschreven tijdens het gesprek. Een gesprek volgens het 4D-model vastleggen in een verslag in het patiëntendossier wordt door sommige professionals als uitdagend bevonden. Bijvoorbeeld doordat er niet genoeg schrijfruimte is, of omdat er mee werd geschreven op de blocnote en die niet in het dossier gezet kan worden.

“Meestal laat ik het 4D-model niet zelf invullen door de patiënt, maar laat ik aan de patiënt zien wat ik schrijf omdat het anders te veel tijd kost. Eigenlijk zou je dit liever wel doen ten behoeve van eigenaarschap, maar niet iedereen kan goed lezen en schrijven.” – Focusgroep, 4D-model

“Er zijn dan echt van die blocnotes voor met zo'n in vieren gedeeld blaadje. We hebben daar stapels van liggen. Eerlijk gezegd weet ik niet hoeveel het in de praktijk daadwerkelijk gebruikt wordt. Nou ja, in praktische zin. Je hebt dan een papieren blaadje waar je met pen allemaal dingen op hebt gekrabbeld. Hoe krijg je dat dan weer in het digitale dossier? Ik denk dat het nog wel vaker daadwerkelijk gebruikt kan worden. En ik gebruik ook dus niet letterlijk dat blocnote. Nee.” – POH, 4D-model en KOP-model

Ten slotte bestaat ook bij het 4D-model variatie in de manier waarop de rollen verdeeld zijn tussen huisarts en POH. Meestal start de huisarts met het model, waarna het specifieker wordt uitgewerkt door de POH. In sommige praktijken is een POH-Krachtige Basiszorg werkzaam, die zich specifiek richt op het 4D-model en de samenwerking met het sociaal domein.

“Je hebt het eerste gesprek. Als het heel veel is heb je nog een keer een vervolggesprek om het specifieker uit te werken. Dan wordt er een plan gemaakt waarbij mensen worden doorgestuurd.” – Huisarts, 4D-model

6.5 Relationeel versus instrumenteel gebruik

Naast het onderscheid tussen volledige en selectieve toepassing, is er in de interviews een ander onderscheid zichtbaar in de *manier* waarop de modellen worden toegepast. Dit geldt voor alle drie de modellen. Zo zien we enerzijds professionals die de *relationele* aspecten van de modellen benadrukken. Hierbij staat het centraal dat bij het voeren van het brede gesprek een patiënt regie ervaart, de nadruk ligt op zijn of haar unieke verhaal, en er sprake is van gezamenlijke besluitvorming. De patiënt-huisarts hiërarchie verdwijnt en er ontstaat een mens-tot-mens relatie, waarbij de huisarts oprechte interesse heeft in de niet-medische problematiek van de patiënt, alsook – wanneer passend – in het gezamenlijk vinden van een niet-medische aanpak of oplossing voor diens klachten. De intentie van de professional is in dit geval om te verbinden met de patiënt, en naast hem of haar te gaan staan.

“Mijn visie op zorg is: ik ben deel van hun leven, voor een klein stukje, en af en toe komen ze even bij mij als ze denken dat ze iets aan mij hebben, of als ze hun verhaal willen vertellen. Ik ben heel benieuwd naar hun verhaal, ik let natuurlijk goed op of er iets medisch-technisch is, wat mijn verantwoordelijkheid is om daar wat aan te doen. Maar het belangrijkste is toch echt dat ik naar hun verhalen luister en met hun meeloop, en dan gaat het als vanzelf over zingeving.” – Huisarts, alle modellen

“Ja, zij begon er eigenlijk zelf over. Ze vroeg: hoe voel je je, hoe gaat het nou met je? Terwijl ik toen voor iets anders kwam. Dus er was wel echt oprechte interesse, dat is wel echt een voorwaarde. Anders wordt het zo van: 'wij van de huisartsen vinden dat je dit maar moet doen'.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

Tegenover de relationele manier van toepassen staat een meer instrumentele toepassing. Hierbij voert de houvast en het overzicht dat een model biedt de boventoon. Professionals gebruiken een model voornamelijk om inzichtelijk te krijgen op welke domeinen er problemen spelen, of waar iemand aan wil werken, zodat zij de patiënt door kunnen verwijzen naar de juiste hulp of voorziening. De regie blijft in dit geval meer bij de professional. Met andere woorden: deze professionals gebruiken de technieken meer instrumenteel, en niet per se als een hulpmiddel om een gelijkwaardige samenwerking met de patiënt op te bouwen (maar ook niet per se niet).

“Het is een fijn houvast. Het verschilt welke mensen je voor je hebt zitten. Sommigen ratelen aan een stuk door. Je kan met het KOP terug naar de basis: dit is wat ik nu van je wil weten en deze kant gaan we op. Je kan daardoor ook de leiding weer pakken in het gesprek en geen dingen over het hoofd zien met bepaalde thema's en ook dat je bewust wordt gemaakt om wat langer stil te staan bij dingen en het niet als vanzelfsprekend ziet en aanneemt. Het is niet zo dat alles van boven tot beneden gebruikt wordt, maar je haalt er wel dingen uit die helpend zijn en dat je daardoor het idee hebt dat je het volledige verhaal van iemand kan horen en daar een plan van aanpak mee maakt.” – Focusgroep, KOP-model

“Stel er komt wat uit en ze zijn het 4D-model bij mij gaan doen, dan zet ik ze door naar onze POH meestal. Want die weet dan waar welke zorg te halen is, die werkt het verder uit. Meestal schets ik het nu dus zelf even kort en laat ik de diepte over aan POH, die er verder mee aan de slag gaat. Zij haalt dan de juiste voorzieningen, instanties, en personen erbij.” – Huisarts, 4D-model

Een belangrijke nuancering is dat de meer relationele toepassing en de meer instrumentele toepassing op een spectrum liggen: het ene sluit het andere niet uit, en vaak is het een combinatie. Het kan wel zo zijn dat de ene professional meer neigt naar relationeel gebruik en de andere meer naar instrumenteel gebruik. Het lijkt er daarbij op dat de professionals die vanuit eigen intrinsieke motivatie met een breed gespreksmodel zijn gaan werken, over het algemeen wat meer nadruk leggen op het relationele aspect, en professionals die in aanraking kwamen met het model via een (verplichte) training een wat meer instrumentele toepassing hanteren.

“De ene POH is de andere niet. De ene vinkt af en werkt heel protocollair. Ik voel me daar niet goed bij, want ik vergeet dan wie er voor me zit. Dus dat is per POH verschillend, per huisarts denk ik ook dat het zeer verschillend is.” – POH, Spinnenwebmodel

6.6 Wat gebeurt er na het brede gesprek?

Wat gebeurt er nadat een eerste gesprek met een patiënt heeft plaatsgevonden aan de hand van een gespreksmodel? In deze laatste paragrafen wordt ingegaan op de genoemde (mogelijke) vervolgstappen, waarbij de drie gespreksmodellen weer één voor één worden besproken.

KOP-model

Wanneer er een gesprek aan de hand van het KOP-model heeft plaatsgevonden zijn er verschillende stappen die POH's kunnen zetten. Er kunnen vervolggesprekken plaatsvinden, waar een verwijzing naar hulp in het sociaal domein onderdeel van kan zijn. Soms wordt er toch doorverwezen naar de tweede lijn ggz, al wordt dit idealiter zoveel mogelijk vermeden door geïnterviewde POH's. Wanneer een POH zelf meerdere gesprekken blijft voeren aan de hand van het KOP-model, maar er geen verbetering op lijkt te treden bij een patiënt, overlegt de POH met de huisarts over wat de beste vervolgstap kan zijn (bijv. een doorverwijzing of medicatie). Algemeen gesteld zijn POH's laagdrempelig beschikbaar, ook na een laatste gesprek of een verwijzing: een patiënt mag altijd langskomen of bellen.

“Het is de eerste basis en vanuit daar kijken we wat er moet gebeuren, zoals eHealth, het wijkteam of we gaan zelf aan de slag. Als je niet uitkijkt gaan vijf gesprekken over een klacht en dan is er niemand geholpen. [...] Het is een fijn model om mensen in actie te zetten. Soms wordt het KOP-model er weer bijgehaald om terug te kijken naar wat er eerder is besproken. Mensen zeggen bijvoorbeeld soms dat het goed gaat, maar iets kan niet altijd zo gauw opeens opgelost zijn als het bijvoorbeeld in de omstandigheden zit, want ze willen niet meer aan de problemen denken. Maar meestal is het de basis.” – POH, KOP-model

“Je maakt duidelijk dat de patiënt altijd langs kan komen. Je maakt bijvoorbeeld een afspraak voor over zes maanden, maar als er tussendoor iets is dan kunnen ze bellen voor een eerdere afspraak.” – POH, KOP-model

Voor een doorverwijzing zijn de lijnen met het sociaal domein van belang. Veel geïnterviewde POH's geven aan de sociale kaart goed in beeld te hebben, maar hierin is veel variatie te zien (er zijn ook POH's die minder zicht hebben op het sociaal domein en of geen korte lijnen ervaren). In sommige praktijken is een POH speciaal aangesteld om de sociale kaart inzichtelijk en up-to-date te houden. Veel POH's nemen deel aan bepaalde verbanden of netwerken, wat helpt om de lijntjes kort te houden en de juiste doorverwijzing te vinden.

“Ja, bij ons zijn inderdaad dus de lijntjes kort. [...] Het hangt er een beetje van af hoe mijn pet staat en of ik een beetje tijd heb of niet. Of ik dus zelf met iemand even bijvoorbeeld de gemeente bel of even een formulier invul of dat ik het wijkteam bel en zeg: ‘deze mevrouw, die komt er aan bij jullie en die heeft die en die hulp nodig’. Ja, dat wisselt dus een beetje. Ik draag ook over aan het wijkteam of ik doe zelf wat praktische ondersteuning. En wij hebben in de wijk ook nog een soort inloopsprekuren in de bibliotheek.” – POH, KOP-model

Spinnenwebmodel

De geïnterviewde professionals die het Spinnenwebmodel gebruiken, geven aan dat een oplossingsrichting in het sociaal domein vaak onderdeel is van de vervolgstap. Soms wordt hiervoor Welzijn op Recept ingezet. Dit vertaalt zich in een verwijzing naar een welzijnscoach en/of een specifieke voorziening, afhankelijk van wat de patiënt wil en zelf inschat als helpend. Ook kan het voorkomen dat het blijft bij één gesprek in de huisartsenpraktijk. Of dat de patiënt zelf hulp of aansluiting kan vinden door bijvoorbeeld een cursus te doen, of andere voorzieningen of activiteiten in de sociale basis te proberen. Professionals geven aan niet altijd goed zicht te hebben op wat er na het brede gesprek precies gebeurt. De lijnen met het sociaal domein zijn niet overal voldoende gerealiseerd.

“Ik heb wel voorbeelden van iemand die ik heb doorgestuurd naar een welzijnscoach bij de gemeente, dat is meer dat Welzijn op Recept, of mensen die in aanraking komen met maatschappelijk werk bij de gemeente. Dus op die manier geven wij daar wel invulling aan. Dat is persoonlijk, ook of die patiënt daar voor openstaat.” – POH, Spinnenwebmodel

“Onze praktijk is een Welzijn op Recept praktijk. Dat was een initiatief van de praktijkmanager. Sinds een jaar doen een aantal praktijken in de regio daarin mee. We proberen Welzijn op recept te incorporeren in dagelijks werk. Er is een welzijnscoach, dat loopt goed, met name bij kortdurende sociaal domein verwijzingen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“De huisarts gaf zelf advies aan mij. Ik had toen bijvoorbeeld zelf al mindfulness therapie, dan ga je ook al uit je hoofd en meer met je lichaam bezig. En ik sportte toen ook. Maar zij zei toen: je moet eigenlijk iets gaan doen waarbij je niet echt kan nadenken, iets van handwerken, breien of haken, dat soort dingen. Maar ik wist helemaal niet hoe dat moest. Maar toen gaf ze ook aan dat er vlak bij mij in de buurt een cursus haken was, ze gaf meteen het adres. Toen heb ik vrij snel contact gezocht en een paar weken later ben ik daarmee begonnen.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

Sommige professionals geven aan dat ze na een verwijzing zelf een terugkoppeling en follow-up organiseren door vervolggesprekken in te plannen met de patiënt. Soms blijven professionals via hun netwerk in het sociaal domein op de hoogte van hoe het met een patiënt gaat. Dit laatste is echter vaak niet structureel geregeld.

“Op een gegeven moment stel ik voor of het Spinnenwebmodel iets zou kunnen zijn en licht ik het toe, dat is één consult. Dan komen ze terug, dat is een of twee keer. En dan ga ik contact leggen met een welzijnscoach of maatschappelijk werk en dan geef ik dat – dat kan vaak telefonisch – door aan de patiënt. Dus drie à vier consulten in totaal.” – POH, Spinnenwebmodel

“Ja precies, als ik het gevoel heb, hier zit iets wat verbeterd kan worden, of bij chronische klachten, dan pak je daar op door. En wat ik ook echt wel doe, als ik iemand toch verwijst naar de nulde lijn, kom dan over drie, vier maanden terug en dan hoor ik van jou hoe het is gelopen. Dat is een stok achter de deur voor patiënten. Dan denken ze: ik moet terug naar de dokter en ik heb er nog niks aan gedaan.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Ja op het moment dat je wel weet wie daar zit en dat er korte lijnen zijn, en dat je een soort van terugkoppeling krijgt. Dat ze kunnen laten weten als ze met iemand of een gezin bezig zijn. Dan gaat het echt werken. Veel meer als team gevoel doen, i.p.v. over de schutting gooien en succes ermee.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

4D-model

Het is gebruikelijk dat praktijken waar het 4D-model gehanteerd wordt een Krachtige Basiszorg (KB) praktijk zijn, maar dit hoeft niet per se het geval te zijn. Geïnterviewde professionals die werkzaam zijn in een KB praktijk hebben vaak mogelijkheden om aan de hand van het 4D-model patiënten door te verwijzen naar diverse voorzieningen in de buurt, omdat daarmee structureel wordt samengewerkt. Dit kan ook Welzijn op Recept of een lokaal initiatief zijn.

“Het grote voordeel van Krachtige Basiszorg is dat je die banden met mensen in de wijk erdoor kan aantrekken. Na zo'n 4D-model kun je de patiënt doorzetten naar de juiste mensen. Dus alleen het 4D-model zonder dat achterland werkt niet.” – Huisarts, 4D-model

Het is afhankelijk van de professional en de praktijk hoe de terugkoppeling verloopt. Soms zien ze een patiënt terug op het spreekuur, en soms wordt een patiënt besproken in een samenwerkingsverband met andere professionals. Ook komt het voor dat een huisarts het overlaat aan de POH die het verder oppakt met de patiënt.

“Ik zeg: hoe was het? Heb je een goede klik? Heb je het idee dat je dingen kwijt kan? Meestal is dat wel zo. We hebben een goede POH. Maar soms zie je dat de afspraken af worden gezegd. Of dat mensen weer heel erg terug gaan op de somatische klacht. Dan moet je toch proberen een andere manier te vinden.” – Huisarts, 4D-model

“We hebben één keer in de week overleg met de POH en de aanwezige artsen. Daarin krijgen we ook terugkoppeling over de patiënten van de POH. Ik persoonlijk doe er dan niks meer mee, want meestal gaat het richting het sociaal domein.” – Huisarts, 4D-model

“Vanuit het lokale initiatief komen ze ook één keer in de twee weken bij elkaar, de POH, gezondheidsvoorlichter, wijkteam, welzijn op recept, om aanmeldingen te bespreken. Voor de complexere patiënten komen ze één keer in de maand samen, ook met de huisarts, om als team van het [lokale initiatief] deze door te nemen.” – Focusgroep, 4D-model

6.7 Samenvattend

Dit hoofdstuk geeft zicht op het gebruik van de drie gespreksmodellen in de praktijk van de huisartsenzorg. Het valt op dat de gespreksmodellen (nog) niet zeer frequent worden ingezet; veel geïnterviewden geven ook aan dat zij het brede gesprek minder vaak toepassen dan ze zelf eigenlijk willen. Kijkend naar hoe het brede gesprek wordt ingezet, valt op dat er verschillende patronen te zien zijn in de doelgroepen bij wie het wordt ingezet, het moment, en de manier waarop het wordt ingezet en in de vervolgstappen die worden genomen, maar dat er ook afgeveken wordt van deze patronen. Hoe het wordt ingezet is afhankelijk van de stijl, inzichten, kennis en voorkeuren van de betrokken professionals, wat bijvoorbeeld beïnvloed kan worden door iemands ervaring met het brede gesprek in het algemeen, of door de patiënt die hij of zij voor zich heeft.

7. Het brede gesprek: wat levert het op?



In het vorige hoofdstuk zagen we dat de manier waarop het gesprek in de praktijk wordt gevoerd, varieert en afhankelijk is van de stijl, inzichten en voorkeuren van professionals. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het brede gesprek oplevert. We baseren ons op de interviews met professionals die de modellen gebruiken en patiënten met wie een breed gesprek is gevoerd in de huisartsenpraktijk.

7.1 Ervaren meerwaarde van het brede gesprek

Uit de interviews komt naar voren dat alle professionals die een gespreksmodel voor het brede gesprek gebruiken, duidelijke meerwaarde daarvan ervaren. Dit staat grotendeels los van de manier waarop ze het brede gesprek voeren en hoe ze het model precies inzetten (hoofdstuk 6), al leggen verschillende professionals wel verschillende nadrukken. Ook de patiënten die wij interviewden, zijn positief over de gespreksmodellen waarmee zij in aanraking zijn gekomen¹⁹. In de analyse van de interviews kwamen acht overkoepelende thema's die de meerwaarde beschrijven. Hieronder worden deze thema's besproken.

7.1.1 Meer zien, meer aansluiten

Huisartsen en POH's geven aan dat het werken met een breed gespreksmodel hun blik op klachten, gezondheid, ziekte, hun patiënten en hun eigen rol heeft verruimd en verrijkt. Vooral sociale thema's en thema's als zingeving zijn meer onderdeel geworden van het denk- en handelingskader. Daarmee ervaren zij betere zorg te kunnen bieden, omdat zij beter kunnen aansluiten bij hun patiënten en adequater kunnen inspelen op behoeften en vragen. Zij zijn naar eigen zeggen hun patiënten door deze inhoudelijke verbreding meer gaan zien als unieke wezens met unieke verhalen en zijn dat 'unieke' ook meer centraal gaan stellen in hun handelen, in plaats van het generieke (bijvoorbeeld het klachtenpatroon). Dit zorgt er ook voor dat zij de klachten van patiënten beter begrijpen, serieuzer kunnen nemen, minder aannames doen en minder met lege handen staan als een patiënt klachten heeft die niet goed binnen het medische frame te begrijpen zijn.

“Elk verhaal is anders. Het helpt mij ook om meer in de belevingswereld van de patiënt te zitten. Hoe ziet jouw dag eruit. Niet: iemand heeft stemmingsklachten en spanningshoofdpijn, maar: ‘hoe gaat het nou, hoe kom jij je leven door?’ Het voelt voor mij fijner. En ik herken het gevoel van dat je van tevoren denkt ‘o heb je die weer, wat moet ik daar mee’, dat is een heel naar gevoel als hulpverlener. Zeker iemand die zelf niet goed een hulpvraag kan formuleren, en waarbij je er ook niet echt uitkomt met doorvragen, blijft

19 Waarbij we de kanttekening moeten plaatsen dat vanwege tegenvallende werving, het patiënten-perspectief wat onderbelicht blijft.

open 'nou dokter doet het hier weer pijn'. Ja, oké, wat wil je dan van mij. Zo gaat dat dan. En dus als je het gesprek gaat omtrenten, middels dit model, dan zit je zelf ook niet met 'o mijn God wat moet ik nou weer.' – Huisarts, Spinnenwebmodel

7.1.2 Meer gelijkwaardigheid en eigenaarschap patiënt

De bredere blik op de persoon met de klacht, waarbij de klacht in een context wordt geplaatst, zorgt ook dat er iets verandert in de onderlinge verhouding tussen patiënt en professional. Geïnterviewde huisartsen en POH's ervaren dat ze echt contact maken met patiënten, en 'echtere' gesprekken kunnen voeren. De relatie wordt gelijkwaardiger. Zij ervaren dat ze meer naast de patiënt komen te staan in plaats van ertegenover. Vanuit die positie is het gemakkelijker om aan te geven dat je soms als professional het antwoord ook niet hebt, of om samen te zoeken naar een oplossingsrichting. Daarmee wordt een *transfer* van het probleem van de patiënt naar de professional voorkomen en blijft de patiënt vanzelf meer de probleemeigenaar. Hoewel het in het begin tegennatuurlijk voelt om niet meteen 'medisch of psychologisch' te gaan helpen, geven verschillende geïnterviewden aan dat ze het gevoel hebben juist meer toe te voegen als ze met mensen op gelijkwaardigere manier samenwerken. Ook ervaren ze dat patiënten zich minder afhankelijk opstellen omdat je tot een gezamenlijke probleemdefinitie kan komen, wat vervolgens de basis is voor een zelfgekozen oplossing. Deze vorm van meerwaarde werd vooral ervaren door professionals die een relationele toepassing hanteren van het brede gesprek (zie hoofdstuk 6.5).

"Dat je een echt gesprek hebt, echt contact maakt, en dat het niet zo is van 'ik ben de dokter', 'ik heb er gruwelijk lang voor geleerd' en 'ik ga het antwoord geven'. Ik weet het vaak ook niet. Dat vinden mensen echt heel erg fijn, als je naast ze zit. Af en toe moet je wel iets weten. Dan vraagt iemand, ik wil een MRI van mijn rug. Dan zeg ik: MRI is niet aangewezen, maar ga naar de fysio. Dus soms heb je heus wel een medische rol weer even, en daartussen moet je kunnen switchen. Ik denk dat collega's dat heel spannend vinden. Soms ben ik even de expert, en dan ben ik weer mens, net als die andere mens, en ben ik net zo goed aan het zoeken." – Huisarts, alle modellen

Ook door patiënten wordt het 'samen doen' en 'gelijkwaardiger' samenwerken benadrukt. Patiënten vinden het heel prettig dat er echt geluisterd wordt naar hun verhaal, om een actieve rol te krijgen in het gesprek en in het zoeken naar oplossingsrichtingen. Zij denken dat dit bijdraagt aan hun empowerment, eigen kracht en het sneller bereiken van een oplossing.

"Zij gebruikte een whiteboard, daar heeft ze het schema opgeschreven. En ik had ook zelf een formulier waar het schema op stond wat ik mee naar huis kon nemen, waardoor ik mee kon schrijven met haar, met wat zij op het bord deed. Daardoor waren we er echt samen mee bezig. [J: Dus dat gevoel had je wel, dat je daar ook zelf een belangrijke rol in had?] Ja, we deden dat echt samen, dat vond ik heel fijn." – Patiënt, KOP-model

“Wat vooral fijn was dat ik echt het gevoel had dat het iemand is die mij echt hoort. Hij empowerde mij zo door zijn manier van luisteren. Dat was gewoon heel fijn. Ik was vrij snel uit dat paniek gedoe. Ik ben toen op het pad gekomen van, ik wil hier zelf iets mee doen. Want ik wilde iets doen in de regio dichtbij huis. Dus toen ben ik ook daardoor op dat pad gezet.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

7.1.3 Focus op mogelijkheden, zonder problemen te bagatelliseren

Geïnterviewde huisartsen en POH's merken ook dat door het werken met een breed gespreksmodel hun focus verschuift van beperkingen naar mogelijkheden. Hierbij vinden geïnterviewden het belangrijk om te benadrukken dat zij de klachten en problemen waarmee patiënten komen niet wegstoppen of negeren; dat zij het juist als onderdeel zien van het brede gesprek om de gevolgen ervan te erkennen. De kunst is echter om vervolgens ook de focus te verleggen naar mogelijkheden; om veerkracht te zoeken, zonder daarmee de impliciete boodschap te geven dat mensen het 'alleen' moeten oplossen, of dat hun klacht een keuze is. Een breed gespreksmodel gebruiken helpt hierbij, omdat de vraag naar veranderpotentieel steeds op tafel ligt, maar er ook aandacht is voor zaken die dat potentieel beïnvloeden of beperken. Volgens geïnterviewden zorgt het werken met zo'n model ervoor dat patiënten worden uitgenodigd te reflecteren op zichzelf en hun ervaringen, zodat zij zichzelf kunnen leren helpen. De gedachte is dat dit vaker leidt tot een duurzamere oplossing, dan wanneer de patiënt slechts adviezen opvolgt.

“Je probeert met zo'n gesprek ook kansen aan te boren: ‘waar ben je goed in, wat zijn je hobby's, wat vind je leuk, wat zou je graag meer willen doen?’ Dus het moet niet alleen een probleemgesprek zijn, je kijkt ook naar waar je winst kunt behalen.” – Huisarts, 4D-model

“Je gaat even weg bij de focus van de specifieke klacht die iemand heeft en je kijkt breed. Je gaat kijken naar alle dimensies, het totaalpakket van hoe ze functioneren. Bijvoorbeeld, je zingeving; of iemand zich fit en energiek voelt, een doel heeft om op te staan iedere ochtend. Je kijkt vervolgens naar: waar haal jij je zingeving uit? Waar zit jouw kracht? Daar ga je op focussen zodat de klacht waar ze mee kwamen naar de achtergrond gaat. Dan zien we dat dat heel veel positieve effecten heeft.” – POH, Spinnenwebmodel

“Ik vind het een heel simpel iets om toch een goed resultaat te bereiken, zonder dat de positieve gezondheid teruggaat naar het verleden. Oprakelen wat er 30 jaar geleden is gebeurd bijvoorbeeld, daar is bijna niet over gesproken met de positieve gezondheid. Niet dat ik het hoeft te verbergen, helemaal niet. Maar dit vind ik een fantastische manier. Eerlijk waar. Alleen ik moet wel zorgen: ik moet er alert op blijven, dus eigenlijk moet ik een grote poster ophangen ergens met: ben je weleens gelukkig? Ja, dat ben ik wel eens.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

7.1.4 Inzicht in patronen

Volgens veel geïnterviewden zijn de brede gespreksmodellen bij uitstek nuttig wanneer patiënten zelf weinig inzicht hebben in hun klachten, of vastzitten in een medisch perspectief op hun klacht. Met name bij het KOP- en het 4D-model wordt dit aspect benoemd. Zo vertellen geïnterviewden dat het in kaart brengen van de (sociale en intra persoonlijke) context van een klacht mensen kan doen laten inzien dat hun klacht daadwerkelijk niet medisch van aard is. En vanuit daar kunnen patiënten ook gemotiveerd worden om zelf met hun klacht aan de slag te gaan. Als zij dit inzicht namelijk niet hebben (ze horen alleen dat het niet medisch is, maar weten niet wat er dan wel aan de hand is) dan vervallen zij snel in passiviteit, zo vertellen geïnterviewden.

“Ja we brengen de hele context en er wordt uitgelegd dat we hard kunnen werken aan de klachten als slaap, maar als in de O veel aan de hand is zoals schulden, of je blijft bij een bepaalde partner, dan is het heel hard werken en verandert er niks. Of iemand is bij de P heel perfectionistisch en loopt met een burn-out, alles moet goed, als je daaraan vast houdt verminderen klachten ook niet. Dus er moet gekeken worden naar waar er mee begonnen moet worden. Het geeft direct een overzicht en het zet patiënten in een actie “daarom moet ik aan de slag”. Als je veel stress hebt zie je het zelf niet meer. Dus het KOP-model is super verhelderend.” – POH, KOP-model

“Het helpt mij om het te signaleren en om aan de patiënt uit te leggen dat die hoofdpijn en die burenruzie wel degelijk met elkaar te maken zouden kunnen hebben.” – Huisarts, 4D-model

7.1.5 Structuur en overzicht

Een van de meest genoemde voordelen van het gebruiken van een breed gespreksmodel is dat het structuur biedt om een gesprek te voeren met de patiënt dat verder reikt dan het standaard gesprek over klachten. De overzichtelijkheid werd bij alle drie de modellen veelvuldig genoemd. Professionals vinden het prettig dat het model helpt om het gesprek vorm te geven, te kaderen en te verdiepen. De modellen fungeren als een soort kapstok om het gesprek te structureren en overzicht te creëren. Vervolgens helpt het de persoon en de professional ook om te ‘filteren’ en ‘tot de kern te komen’: om de focus te richten op wat op dat moment, en in relatie tot de klachten, het belangrijkste is. Dit is prettig omdat gesprekken die gaan over het leven van mensen soms alle kanten op kunnen gaan. Het model geeft houvast en handvatten om met belangrijke thema’s aan de slag te gaan. Het zorgt dat je als professional wat langer stil gaat staan bij dingen die mensen als belangrijk ervaren, in plaats van deze als vanzelfsprekend te zien, of voor kennisgeving aan te nemen. Vaak zijn het onverwachte thema’s die boven komen drijven, waardoor dingen opeens op zijn plaats vallen. Deze vorm van meerwaarde werd door professionals die het brede gesprek meer instrumenteel inzetten (zie hoofdstuk 6.5), vaak als eerst benoemd.

“Ik vind het wel een fijn model eigenlijk. Het is heel overzichtelijk en je maakt de situatie er makkelijk overzichtelijk mee. Ik moet zeggen dat ik het wel meteen ben gaan toepassen met mensen. Waarbij je dus eigenlijk dan bij de ‘O’ van omstandigheden, alle levensgebieden uitvraagt. Van ‘nou, wat valt er allemaal te vertellen over jouw leven?’ – POH, KOP-model

“Het 4D-model helpt echt om het gesprek te hebben en tot de kern te komen en een kapstok om het gesprek te structureren. Daarnaast geeft het ook handvatten om met dingen aan de slag te gaan. Ook om de vraag te stellen aan de patiënt: waar wil je aan werken? Het biedt een kapstok om echt alles te vragen op meerdere gebieden.” – Huisarts, 4D-model

Ook patiënten ervaren het als prettig dat de brede gespreksmodellen helpen om structuur aan te brengen en overzicht te creëren rond belangrijke levensthema's. Het helpt om zaken meer helder te krijgen, ook al kan het soms ook confronterend zijn om zo naar jezelf te kijken. Patiënten waarderen dat de brede gespreksmodellen je aan het denken zetten over diverse levensthema's, die een rol kunnen spelen bij gezondheid en welzijn. Zij hebben ervaren dat het creëren van zo'n overzicht een startpunt kan zijn in een proces van bewustwording.

“Ik vond het wel heel prettig, omdat je zelf in je hoofd vaak een beetje in de chaos zit door wat er allemaal speelt, waardoor je geen overzicht meer hebt van wat er nou eigenlijk allemaal aan de hand is en hoe je je voelt. Met dat model ga je het toch structureren en dan krijg je er meer rust in. Dat vond ik wel heel fijn.” – Patiënt, KOP-model

“Je moet erover nadenken he. Als je kijkt wat je ingevuld hebt, dan moet je wel naar jezelf kijken en bedenken, wil ik dat dat zo laag blijft? Vind ik het wel oké? Of ga ik wat ondernemen? Op die manier.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

“Ja, het heeft me aan het denken gezet en is ook een stukje bewustwording geweest. Zo van: het is niet alleen maar ‘vinkje dat, vinkje zus, dan voel je je top’, maar er zijn meer radartjes waar je aan kunt draaien om jezelf goed te voelen. Dat heeft me daar wel bewust van gemaakt.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

7.1.6 Eenvoud en visuele kwaliteit

In aansluiting op het vorige punt benoemen veel geïnterviewden dat de brede gespreksmodellen krachtig zijn door hun eenvoud. Ze bieden woorden, beelden en verbanden, om belangrijke gelaagde thema's waarin je snel verdwaalt te begrijpen en te koppelen aan eigen ervaringen. Bij het Spinnenweb- en 4D-model wordt hierbij vaak nadruk gelegd op de visuele kwaliteit van de modellen en bij het KOP-model op de eenvoud van de formule $K = O \times P$. Professionals die het brede gespreksmodel inzetten in een apart consult, voegen nog toe dat het prettig is dat het consult een duidelijk doel heeft en een specifieke structuur krijgt, die afwijkt van een normaal consult.

“Ik denk dat het spinnenweb heel krachtig is vanwege haar visuele eenvoud. Ik kan de vormen in mijn hoofd zien terwijl ik met je praat. Ik denk dat we wezens zijn die dat nodig hebben. Of het nu dat hulpmiddel is of een ander, het moet eenvoudig en duidelijk zijn.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

“Als ik dan vraag hoe het was om het invullen, zie ik dat het ze heel erg helpt om het open te leggen. Dus ook bij mensen die zich moeilijk uiten, maak je het bijvoorbeeld visueel. Dus bij mensen die visueel zijn ingesteld kun je het ook goed gebruiken. Maar ook bij mensen die psychisch vastzitten, durf ik het toe te passen. Ik stel het niet meteen voor, er gaan wel wat contactmomenten overheen.” – POH, Spinnenwebmodel

“Soms is verbale communicatie niet voldoende. Het 4D-model kan dan heel goed gebruikt worden om het visueel te maken. Ook bij angstige patiënten.” – Huisarts, 4D-model

7.1.7 Beter doorverwijzen

Een vorm van meerwaarde die samenhangt met werkprocessen is dat de brede gespreksmodellen helpend zijn bij het beter doorverwijzen naar, en samenwerken met andere partijen zoals het sociaal domein, de jeugdzorg en de ggz. Zoals we zagen in hoofdstuk 6 gebruikt een deel van de geïnterviewde huisartsen het brede gesprek als instrument om te bepalen of een klacht/patiënt bij hem/haar thuishoort of (ook, of geheel) bij een andere professional. Voor deze huisartsen heeft het instrument meerwaarde omdat men sensitiever wordt voor dingen die spelen op domeinen buiten ‘het medische’, en die minder snel over het hoofd zien.

“Als het lukt, is het wel echt heel erg fijn. Dan denk ik ja, hier ben ik voor. Als je net iets verder kijkt dan je neus lang is. Als er een kind komt met een hoest, waarbij ik zie dat hij allemaal krassen op z’n armen heeft, dan kan je natuurlijk denken: m’n spreekuur loopt door, maar ik ga daar dan toch naar vragen. Dan blijkt het allemaal niet goed te gaan en dan weet ik wie ik moet bereiken en dan heb ik diegene snel de jeugdzorg in. Dat zijn de momenten waar je het voor doet. Dat is dankzij een bredere blik, waar je dan in bent opgeleid door zo’n 4D model en KB.” – Huisarts, 4D-model

7.1.8 Meer werkplezier

Tot slot is er nog een uitkomst van het inzetten van het brede gesprek die door alle geïnterviewde professionals wordt onderschreven, namelijk een toename van werkplezier. Men geeft aan dat het doen van het brede gesprek voldoening geeft, dat het inzetten van het gesprek een verrijking is in het werk en dat het gewoonweg “leukere gesprekken” zijn dan wanneer je puur medisch kijkt. Sommige benoemen dat het hen heeft aangezet om meer op hun eigen handelen te reflecteren en te onderzoeken hoe je de persoon tegenover je het best kan begrijpen. Dit wordt als enorm waardevol en inspirerend ervaren.

“Het maakt je vak leuker.” – Huisarts, 4D-model

“Ik merkte bij mezelf, ik had hele fijne gesprekken met de mensen, ik had daar ook de tijd voor, maar mensen hadden er niet genoeg aan. Toen merkte ik: er moet echt iets veranderen, want de mensen krijgen te weinig de kans om hun wens zelf uit te spreken. Want daar zit het hem echt in. Dat was voor mij een bewustzijnsproces, daardoor persoonlijke groei en ook groei als zorgprofessional. Ik heb nu veel leukere gesprekken, minder frustratie. Mensen hebben zelf de verantwoordelijkheid, zelf de regie, er wordt veel meer bereikt.” – POH, Spinnenwebmodel

7.2 Het brede gesprek: mogelijke uitkomsten van het gesprek zelf én het vervolg

In de interviews vroegen we professionals die de brede gespreksmodellen inzetten en de patiënten die een breed gesprek hebben ervaren, te reflecteren op wat het inzetten van het gesprek uiteindelijk oplevert voor patiënten en de zorg als geheel. Bijna iedere huisarts en POH die de gespreksmodellen toepast, gelooft dat het betere uitkomsten oplevert voor de patiënt, omdat het brede gesprek leidt tot daadwerkelijk meer eigenaarschap, en op het juiste spoor komen met het verbeteren van de eigen gezondheid, bijvoorbeeld door iets te ondernemen op het gebied van zingeving en sociale contacten, gezond leven, financiën of ontspanning. Echter, of dit uiteindelijk ook in de praktijk zo werkt, en het daadwerkelijk een positieve uitwerking heeft op het algeheel gevoel van empowerment, kwaliteit van leven, dagelijks functioneren en/of op het klachtenpatroon waarmee iemand binnenkwam, dat vinden de geïnterviewden moeilijk te zeggen. Ze vermoeden van wel, maar vinden het nog te pril om echt van effecten te spreken. Dit komt ook omdat zij het brede gesprek vaak maar bij een (klein) deel van hun patiënten inzetten, en bovendien niet altijd goed zicht hebben op de vervolgstappen die er, bijvoorbeeld in het sociaal domein, worden gezet (zie ook hoofdstuk 6.6). Desalniettemin is er een aantal mogelijke opbrengsten genoemd. Vaak aan de hand van een casus waarin het brede gesprek goed lukte. Daarin zien we lichte aanwijzingen van opbrengsten van het voeren van het brede gesprek en de passende vervolgstap/interventie.

7.2.1 Succesvolle casussen

Veel van de geïnterviewde huisartsen en POH's hadden wel een casus paraat van een patiënt bij wie het brede gesprek en de stap die daarop volgde, tot een goede oplossingsrichting had geleid. Vaak ging het dan om situaties waarin eenzaamheid een rol speelde, en de oplossing lag in het weer verbinden met andere mensen. Daarbij was het gespreksmodel echt de sleutel om daarover in gesprek te raken en gezamenlijk een goede vervolgstap te bedenken.

Zo vertelt een huisarts dat hij contact had met een bejaarde man die een slecht huwelijk had, maar niet wilde scheiden. Hij had allerlei klachten en wist niet wat er aan de hand was. Deze man kwam apart terug voor een breed gesprek aan de hand van het spinnenweb:

“Toen kwamen we er eigenlijk achter dat wat hij echt miste, de sociale echte contacten waren. En daarin een soort zingeving vinden, want dat had hij in het verleden altijd gedaan. Hij was altijd kok geweest. En uiteindelijk, via die sociale makelaar, of dat was nog Welzijn op recept, sloot hij zich aan bij een soort vrijwilligersgroep. Hij heeft nu contacten, hij regelt van alles en dan kookt hij en dus is hij er helemaal blij mee. Dat is goed gelukt.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Een POH-somatiek vertelt over een vrouw met astma/COPD die alleen kwam te staan en steeds meer klachten kreeg. Zij heeft haar toen gevraagd het Spinnenweb in te vullen, waarbij heel duidelijk naar voren kwam dat er een wens lag op een specifiek gebied, namelijk het meedoen.

“Door haar fysieke klacht kon ze niet meer volop meedoen, wat maakte dat zij zich steeds meer terugtrok en minder deelgenoot werd van de maatschappij. Nadat zij het spinnenweb ingevuld had, hebben we het andere gesprek gevoerd. Toen kwamen we gezamenlijk – vanuit shared decision making – erop uit dat het misschien zinvol zou kunnen zijn om een welzijnswerker met haar contact te laten opnemen. Dat is gebeurd en ze kwamen er samen bij uit dat ze twee keer per week naar een zorgboerderij gebracht kon worden. Niet omdat zij zelf deelgenoot is, maar ze zit daar aan tafel en mensen kunnen bij haar komen zitten voor een goed gesprek. Nou dat is echt win-win.” – POH, Spinnenwebmodel

Een huisarts vertelt over een situatie waarin het gespreksmodel niet zozeer hielp om een oplossing op maat te vinden (sommige ondermijnende factoren zijn nu eenmaal niet direct op te lossen), maar wel een verklaring of inzicht op maat. Daarbij ging het om een patiënt die heel vaak terugkwam op het spreekuur, met klachten waarbij de oorzaak van de klachten lag in het feit dat haar zoon nog thuis woonde.

“We hadden samen spreekuur. Dat is wel een frequent attender zeg maar. Zij komt vaak. Nu kwam ze weer met hoofdpijn en moe. En ze had een beetje bloedarmoede. Het gesprek ging op de somatische tour. Maar ik ken die vrouw, dus ik vroeg, hoe is het verder. “Moeilijk, moeilijk. M'n zoon is thuis. Hij is al 30, en hij verdient wel maar hij woont nog thuis.” Dus daar was wat gedoe mee. De aios ging dat 4D gesprek met haar doen. Die had wat uitgebreider de tijd. Dat was heel leuk. Die vrouw gaf haar leven een 1. Haar welzijn en welbevinden. Lang verhaal kort: De conclusie was: als haar zoon uit huis was dan zou het een 9 worden. Dan zou de hoofdpijn en moeheid ook verdwijnen. Dat kunnen wij natuurlijk niet bewerkstelligen. Die zoon gaat natuurlijk niet een ander huis vinden. Maar we hebben wel het een en ander opgehelderd. Ze was het ermee eens dat dit het issue was en dat inzicht zorgde dat ze minder kwam.” – Huisarts, 4D-model

Ook verschillende patiënten brachten onder woorden wat het brede gesprek had opgeleverd. Vaak kwam dit ook neer op opheldering of inzicht over wat er aan de hand is, wat in zichzelf al kan zorgen voor verandering.

“Ik had echt iets fysieks. Ik voelde angst onderweg. Maar het had met iets anders te maken. Een andere dimensie van het spinnenweb. Veel meer met dat ik er een overtuiging op nahield van: ik moet altijd door. En daar werd ik bewust van. Als ik altijd zo blijf denken, ‘ik moet door’, en mijn lijf zegt, ‘hier moet ik mee stoppen’, dan is dat niet gezond. Dat bracht me ook zo van; ik zit eigenlijk zelf gewoon altijd op de snelweg. Dus door het spinnenweb kan je echt gaan realiseren wat er op dat moment speelt. Je kan het blijven gebruiken als je ergens naartoe wil, of voor een doel. Of wat dan ook. [...] Ik heb ervaren wat het werkelijk doet. En dat het heel laagdrempelig is. Mijn pad, wat ik eerder al had besloten, dat ik meer in de omgeving wat wilde betekenen. Het heeft mij helemaal op dat pad gezet. Dat is denk ik niet onbelangrijk.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

“Ik maakte een afspraak bij de huisarts. Ik had een hele zware verkoudheid. Ik was bang dat als het niet behandeld werd, het weer in longontsteking zou veranderen. Dat was al een paar keer eerder gebeurd. Ik ging naar de huisarts. Ze besprak alle dingen die je van je huisarts wilt. Voelde aan mijn borst. Mijn ademhaling. En toen, heel voorzichtig, aan het einde van de afspraak, liet ze het spinnenweb vallen. En zei: zou je geïnteresseerd zijn om naar je algehele gezondheid te kijken? Op dat moment was het gewoon overweldigend voor me. Ik zat in de overlevingsmodus. Ik was uitgeput. Ik dacht bijna wat bedoel je, ik wil gewoon mijn longen laten repareren, en dan kan ik er pas over nadenken. Ik moet toegeven dat ik een vrij onvolwassen primaire reactie had. En 24 uur later dacht ik erover na. En ik dacht, ze steekt je een reddingslijn toe. Ze geeft je een kans. Ik denk dat je die moet grijpen.(..) Ik deed de scores. Ik heb het niet visueel in kaart gebracht. Maar ik deed mijn scores en nam de kaart mee naar haar. Dat was het moment dat ik het visueel zag. Ik begreep echt de boodschap. Zo van, wow, ik kan nu echt aandacht besteden aan deze delen van mijn leven en dat zou het verbeteren van mijn gezondheid makkelijker maken. Dat was een aha-moment. (..) Tegen alles wat ze me daarna aanbood, zei ik ja. Ik ben niet de perfecte patiënt geweest. Ik heb doorverwijzingen gekregen die ik niet heb opgevolgd omdat ik bang was wat ik zou vinden. Maar ik ben doorgegaan. En ik kon ook teruggaan naar haar en zeggen: ik heb dit nog niet gedaan. En dat is een relatie van vertrouwen en acceptatie. Steunend zijn en in je geloven, ook als het nog niet lukt. Dat is heel krachtig. Dus ik heb nu nog steeds vervolgsafspraken. Het is aan de gang.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

7.2.2 Minder doorverwijzingen en minder terugkomers?

Een deel van de geïnterviewde professionals benoemt afschaling van zorg door het verminderen van verwijzingen naar de tweede lijn en het verminderen van terugkomen naar de praktijk, als *mogelijke* secundaire uitkomsten van het inzetten van het brede gesprek. Wel benadrukken zij dat het een tijd duurt voordat deze effecten kunnen worden waargenomen, en dat het niet een-op-een is. Het brede gesprek leidt niet altijd tot minder zorg bij de patiënt bij wie het wordt ingezet, maar het vaak inzetten van het brede gesprek kan wel zorgen dat op termijn een deel

van de patiënten minder zorg nodig heeft, omdat zij bijvoorbeeld in het sociaal domein aan de slag gaan. Om deze effecten te bereiken moet echter eerst geïnvesteerd worden in het goed en duurzaam inzetten van het brede gesprek.

“Hoe meer tijd je in de patiënt stopt, hoe makkelijker je dat uit de tweede lijn kan houden, zowel in de ggz als somatisch. Soms is de hulpvraag: ik wil naar een specialist. Soms kun je in twee, drie gesprekken ervoor zorgen dat die doorverwijzing niet nodig is en dat het echt beter gaat. Het is dus niet alleen uit de tweedelijns ggz, maar ook uit de tweedelijns somatische zorg denk ik.” – Huisarts, alle drie de modellen

“Je weet niet 100% of het daadwerkelijk helpt, maar sommige patiënten worden niet meer teruggezien. Het inzetten van het 4D-model kost meer tijd, maar geeft een voldaan gevoel en een structuur. Het geeft wel het gevoel dat je wat overbrengt en het zorgt voor meer eigen welbevinden.” – Huisarts, 4D-model

7.3 Samenvattend

In dit hoofdstuk zagen we dat het brede gesprek de volgende meerwaarde kan hebben:

- Het maakt het makkelijker om aan te sluiten bij de persoon.
- Het creëert gelijkwaardigheid en eigenaarschap van de patiënt.
- Het verschuift de focus naar mogelijkheden, zonder problemen te bagatelliseren.
- Het biedt inzicht in patronen en verbanden in het leven van de persoon.
- Het zorgt voor structuur en overzicht tijdens het gesprek.
- Het maakt ingewikkelde processen helder en visueel.
- Het helpt om beter door te verwijzen.
- Het maakt de gesprekken leuker.

Afhankelijk van de manier waarop professionals een breed gespreksmodel inzetten (zie hoofdstuk 6), benadrukken zij de meer relationele vormen van meerwaarde, dan wel de instrumentele. Door patiënten wordt met name benadrukt dat zij zich meer gehoord voelen, dat er overzicht ontstaat in een chaotische situatie, dat het aanzet tot zelfreflectie en tot bewustwording leidt. Geïnterviewden hadden verschillende casussen paraat waarin het brede gesprek en de vervolgstap, hadden geleid tot een betere kwaliteit van leven. Zij zijn echter terughoudend in het doen van stellige uitspraken over lange termijn effecten. Dit geldt ook voor (mogelijke) effecten als minder verwijzingen naar de tweede lijn en het minder vaak terugkomen van patiënten naar de praktijk. Dit heeft er mee te maken dat professionals geen goed zicht hebben op wat er met patiënten gebeurt na het brede gesprek. Dit is nog niet goed onderzocht. Bovendien ervaren zij nog randvoorwaardelijke belemmeringen om het brede gesprek frequenter toe te kunnen passen (waarover meer in hoofdstuk 9).

DEEL C

Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk: draagvlak en belangrijke (rand)voorwaarden



8. Draagvlak voor het brede gesprek



In deel B werd zicht gegeven op hoe de drie gespreksmodellen in de praktijk worden gebruikt om het brede gesprek te voeren, en wat de ervaren meerwaarde van het brede gesprek is. We kunnen stellen dat het gebruik van de gespreksmodellen een gevarieerd beeld kent, maar dat deze variatie niet afdoet aan de ervaren meerwaarde die de professionals ervaren. In dit hoofdstuk borduren we voort op deze bevindingen door een beeld te schetsen van het draagvlak voor het brede gesprek in het veld. Op basis van de interviews met huisartsen, POH's en experts, presenteren we hoe zij aankijken tegen de beweging richting persoonsgerichte zorg, en het brede gesprek als onderdeel daarvan.

8.1 De beweging richting persoonsgerichte huisartsenzorg

Geïnterviewde professionals ervaren dat gangbare ideeën over gezondheid en goede zorg aan het veranderen zijn. De nadruk op het behandelen van afgebakende, identificeerbare defecten met afgebakende professionele interventies, verschuift naar een bredere, integrale blik op gezondheid én herstel. Daarbij wordt binnen de beroepsgroep meer erkenning gegeven aan sociale aspecten van gezondheid en wordt de kennis, behoefte en motivatie van patiënten steeds nadrukkelijker onderdeel van het denken over (gezondheids) oplossingen. Dat deze verschuiving plaatsvindt wordt door geïnterviewden primair toegeschreven aan veranderingen in het type gezondheidsproblemen waar patiënten mee kampen en een toename van mensen die aankloppen met psychosociale of psychosomatische klachten. Het gaat dan om klachten die ontstaan, in stand blijven, of verergeren door gedrag, contextuele- en zingevingsvraagstukken. Dit type klachten kan zorgen voor een gevoel van machteloosheid bij zowel de patiënt als de huisarts of POH, vanwege een gebrek aan eenduidige handelingsmogelijkheden.

“Vaak is het toch zo bij patiënten waarbij je denkt, ik heb je eigenlijk niks te bieden, je zit hier eigenlijk niet aan het goede adres. Mensen hebben dan wel een medische ingangsklacht, rugpijn, hoofdpijn of buikpijn. Maar daar zit geen ziekte achter, maar wel gedrag. Die mensen waar je vroeger een hulpeloos gevoel bij kreeg, ik kan niks doen, daarbij moet je gaan denken: wacht eens, ik moet het op een andere manier benaderen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Geïnterviewden onderstrepen dat de veranderende vraag gepaard gaat met de noodzaak tot een andere manier van kijken naar gezondheid, al geven veel geïnterviewden aan dat het breed kijken voor hen niet nieuw is. Zij achten het belangrijk om vaardigheden in huis te hebben om een breed gesprek te voeren over klachten en/of over factoren die klachten (positief en negatief) beïnvloeden. Hierbij is een puur medische of psychologische (in het geval van de POH-ggz) blik onvoldoende en dient deze te worden uitgebreid met andere visies. Ook het intensiveren van de samenwerking met andere partijen en het uitbreiden van het handelingsrepertoire buiten het standaard palet aan (vaak medische) oplossingsrichtingen, worden door geïnterviewden genoemd als belangrijke pijlers om patiënten nu en in de toekomst beter te helpen. De toene-

mende aandacht voor persoonsgerichte zorg, binnen de beroepsgroep en in het beleid, wordt dan ook breed toegejuicht. De meeste geïnterviewden delen de diepe overtuiging dat voor goede zorg een brede, integrale en op veerkracht gerichte benadering noodzakelijk is. Oók en juist binnen de huisartsenzorg.

“Ik geloof daar zo enorm in. Er zit vaak zoveel achter de hulpvraag van de patiënt. Als je dát aanpakt, daarin de mensen begeleidt, of in elk geval daar het gesprek in aangaat, zal er zoveel toegevoegde waarde naar boven komen. Ik ervaar dat zelf ook doordat ik het toepas. De gesprekken geven je veel meer informatie over de mensen zelf: wat maakt dat deze patiënt op dit moment deze klachten ervaart? Ik geloof erin dat klachten bijna nooit alleen fysiek zijn, maar meestal psychosomatisch, of psychosociaal. Gelukkig komen we daar met z'n allen steeds meer achter: het een staat niet los van het ander.” – POH, Spinnenwebmodel

“Natuurlijk zijn we in het algemeen voor somatische klachten, maar we zijn er natuurlijk net zo hard voor sociale problemen, psychosomatiek en milde psychiatrie. We zijn wat dat betreft natuurlijk wel allround. Zeker in een achterstandswijk, waar je voor mensen een vraagbaken bent. Ik vind het een ongelofelijk belangrijk deel van ons vak. Er zijn dagen waarin ik bij wijze van spreken geen enkel recept heb uitgeschreven en dat is prima.” – Huisarts, 4D-model

8.2 Draagvlak voor brede gespreksmodellen

8.2.1 Modellen als hulpmiddel

De meeste geïnterviewden staan niet alleen positief tegenover de beweging als geheel maar ook tegenover de uitrol van modellen die het brede gesprek faciliteren²⁰. Professionals zien modellen als Spinnenweb, KOP en 4D primair als *hulpmiddel om hun bestaande werkwijze aan te scherpen en te verrijken. Hierbij is een onderscheid te maken tussen geïnterviewden die aangeven ‘altijd al’ met een brede blik naar patiënten te hebben gekeken en geïnterviewden voor wie deze manier van werken betrekkelijk nieuw (en soms nog onwennig) is. Geïnterviewden die het brede gesprek als vanzelfsprekend onderdeel van hun werk zien, ervaren dat het hanteren van een model voor het voeren van het brede gesprek niet per se als noodzakelijk. Echter biedt een model wel inspiratie en ondersteuning en kan het de bestaande werkwijze verrijken en legitimeren.*

“Tijdens de opleiding was er zo’n moment dat je je realiseerde dat je dat al wel deed, maar nu kreeg het een naam.” – POH, KOP-model

20 Dit komt vanzelfsprekend ook door onze wervingsstrategie waarbij we professionals hebben geworven die aangaven een van de modellen te gebruiken.

Voor de groep voor wie het breed kijken betrekkelijk nieuw is, wordt een gespreksmodel als nuttig ervaren bij het leren hoe je het brede gesprek überhaupt kan voeren. Deze geïnterviewden passen het model aanvankelijk vrij modelgetrouw toe, omdat dit structuur en houvast biedt. Maar ook voor deze geïnterviewden geldt dat op den duur, als men meer ervaring heeft opgedaan met het brede gesprek, het model meer wordt losgelaten en elementen van het model in de eigen werkwijze worden geïntegreerd. Geïnterviewden blijven dan wel trouw aan de onderliggende concepten van het model (brede blik, shared-decision making, transfer van regie), maar volgen niet de precieze voorgeschreven stappen. Volgens de geïnterviewde experts bieden de modellen hier ook ruimte voor, en gaat het meer om concept- dan modeltrouw. Overigens komt het voor dat het professionals ondanks intrinsieke motivatie en besef van de meerwaarde, niet lukt om een model te integreren in de eigen werkwijze. In dat geval zorgt draagvlak niet automatisch voor het daadwerkelijk regelmatig toepassen van het brede gesprek, maar blijft de toepassing zeer laagfrequent (zie ook hoofdstuk 6.1).

“Als je net begint is het een hele handige tool om wat structuur te krijgen en dat je zelf houvast hebt in het gesprek, over waar je naartoe gaat. Als je langer werkt kan je ervaring je eigen maken. Als je begint zit je nog met wat is de kop en de kont.” - POH, KOP-model

“We zeggen niet tegen mensen hoe ze het letterlijk moeten doen. Sommige huisartsen werken er heel anders mee [...]. Het is concept-trouw. Het gaat om de essentie.” - Expert Spinnenwebmodel

8.2.2 Keuze voor specifiek model afhankelijk van affiniteit en context

Tijdens de interviews bleek dat de keuze voor een specifiek gespreksmodel (Spinnenweb, KOP, 4D of een ander model) regelmatig tot stand komt door persoonlijke voorkeur. In dat geval kiest iemand bewust voor een bepaald model omdat hij of zij met dit specifieke model affiniteit heeft en intrinsieke motivatie voelt om aan de slag te gaan met het voeren van het brede gesprek. Professionals gaan dan proactief aan de slag om zichzelf uit te rusten met vaardigheden om dat gespreksmodel toe te passen. Deze professionals zetten zich vaak ook in om het gedachtegoed verder te verspreiden.

“Ik kies dit model omdat ik geloof in positieve gezondheid en op zoek ben naar wat een patiënt drijft.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

De keuze voor een specifiek model wordt echter ook vaak bepaald door externe factoren. Een praktijk of zorggroep kan kiezen om een bepaald model dat het brede gesprek bevordert, breed uit te rollen en in te zetten. Dit kan zijn vanuit zorginhoudelijke, maar ook strategische redenen. De laatste tijd wordt het volgen van een training in het Spinnenweb- of 4D-model gestimuleerd/verplicht gesteld. Vanuit beleidsmaatregelen is het een voorwaarde voor extra middelen om langere consulten mogelijk te maken²¹. Professionals ontvangen dan vaak een training om zich te bekwamen met een bepaald model, zonder dat zij daar van tevoren een bewuste keuze toe

²¹ Zo is het bekwamen in het Brede gesprek onderdeel van Meer tijd voor de Patiënt, waarbij de Zorggroepen bepalen waar praktijken zich in moeten scholen en ontwikkelen.

maakten. Het spreekt voor zich dat het draagvlak voor een specifiek model verschillend is voor professionals die dat model bewust kiezen en professionals waarbij dat niet het geval is. Op het moment dat er druk van bovenaf bestaat om je in een model voor brede gespreksvoering te bekwamen, kan het gebrek aan eigen keuze en het gevoel 'dat er iets bij komt' zorgen voor weerstand. Dit geldt vooral voor het Spinnenwebmodel.

"Heel veel mensen hebben van nature een aversie tegen iets wat ze moeten doen omdat het goed is, in plaats van dat het uit zichzelf komt. Het is goed om met iets wat werkt, wat wetenschappelijk bewezen is, om dan met een groepje dat te gaan trainen en elkaar dan tegen te komen. Zodat je daardoor enthousiast wordt, en niet omdat de zorgverzekeraar zegt: dit is een goed idee." – Huisarts, Spinnenwebmodel

"Ik merk dat er ook weerstand is, dat is echt van je moet dan van alles. En het komt dan niet vanuit intrinsieke motivatie." – Huisarts, Spinnenwebmodel

Dit alles geldt in mindere mate voor het 4D-model, omdat dat meer bottom-up is uitgerold binnen Krachtige Basiszorg praktijken. Het geldt vrijwel niet voor het KOP-model. Voor het KOP-model geldt dat het tegenwoordig onderdeel is van de opleiding tot POH, en dat alle POH's in spe dus automatisch bekend raken met deze methode. Voor de eerdere garde van POH's die nu het KOP-model inzetten was het nog geen onderdeel van de opleiding, en vaak een eigen keuze om zich erin te bekwamen.

"De anderen zitten er wel iets minder in, omdat ik hen in dit project gesleurd heb. Het is ook een beetje hoe je in je vak zit. Eén collega heeft wat minder geduld voor dit soort zaken, dus die doet dit niet zo. In de andere praktijk waar wij mee samenwerken werken twee van de vier huisartsen er wel mee, de anderen niet. Die sturen mensen dan door naar de twee die het wel gebruiken." – Huisarts, 4D-model

"Eigenlijk heb ik daar kennis mee gemaakt doordat ik de eerste module volgde van de opleiding tot POH-GGZ." – POH, KOP-model

8.3 De beweging wordt omarmd maar roept ook vragen op

8.3.1 Rollen en verantwoordelijkheden

Hoewel geïnterviewden de beweging naar persoonsgerichte zorg, en het brede gesprek als onderdeel daarvan, omarmen en noodzakelijk achten, kwamen in de interviews ook enkele kanttekeningen naar voren. Dit was met name het geval bij huisartsen die de gespreksmodellen kennen, maar niet gebruiken. Sommigen vinden dat 'breed kijken' en 'domein overstijgend werken' een hype is geworden en met name in het beleidsnarratief te pas en te onpas wordt opgevoerd als dé oplossing voor allerlei strategische kwesties, waaronder de oplopende kosten en capaciteitsproblemen in de zorg. Het probleem daarvan is volgens deze geïnterviewden vooral dat

aan de randvoorwaarden voor goede persoonsgerichte zorg en samenwerking nog onvoldoende wordt voldaan, maar dat er wel hoge verwachtingen op worden gelegd. Daarnaast leven er bij sommigen nog vragen over de precieze invulling van de rollen van verschillende domeinen en disciplines. Zij onderkennen de rol van sociale factoren, gedrag en zingeving in de gezondheid van patiënten en staan ook niet negatief tegenover brede gespreksmodellen. Maar zij vragen zich wel af in hoeverre het gesprek over bredere levensdimensies onderdeel is, of moet zijn, van de huisartsenzorg. Zij worstelen met de kwestie waar de betrokkenheid bij het leven van de patiënt begint en eindigt, en waarschuwen dat het huidige beleid kan leiden tot medicalisering van het algemene leven.

“Ik dacht steeds: wie ben ik om deze vraag aan de patiënt te stellen, misschien breng ik hem dan wel in verlegenheid. Maar tevens wist ik: als ik deze vraag stel, dan kom ik tot de kern van het probleem. En daar heb ik heel hard aan gewerkt met mezelf. Ik stel nu bijna alleen maar open vragen, ik luister goed, ik zie de mensen, ik hoor de haakjes – wanneer iemand iets tussen neus en lippen door iets zegt terwijl ik denk: hee, daar zit iets. Ik ben er zelf mee aan de slag gegaan. Reflecteren en zelfobservatie: waar zit het hem in dat ik niet tot de kern kom? Vanuit je eigen perspectief denken, daar moet je van wegblijven, weg van de aannames. Ik merkte bij mezelf, ik had hele fijne gesprekken met de mensen, ik had daar ook de tijd voor, maar mensen hadden er niet genoeg aan. Toen merkte ik: er moet echt iets veranderen, want de mensen krijgen te weinig de kans om hun wens zelf uit te spreken. Want daar zit het hem echt in. Dat was voor mij een bewustzijnsproces, daardoor persoonlijke groei en ook groei als zorgprofessional. Ik heb nu veel leukere gesprekken, minder frustratie. Mensen hebben zelf de verantwoordelijkheid, zelf de regie. Er wordt veel meer bereikt.” – POH, Spinnenwebmodel

“Ik vind het voor mezelf heel behulpzaam, eens kijken: wat wil je nou eigenlijk in het leven? Maar het is toch iets waarvan ik denk, als je A zegt moet je B zeggen. Dan komen mensen toch weer bij mij terecht met dit soort zeer, waarvan ik denk: daarvoor moet je niet bij mij zijn. Ga naar de POH-ggz, ga daar dat spinnenwebmodel doen. Als zij dat zien zitten dan mogen ze dat doen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Sommigen van hen zien voor zichzelf, ook in de toekomst, daarom toch vooral een primair medische rol weggelegd. Daarbij hoort wel het signaleren en verwijzen van mensen naar de POH-ggz en het sociaal domein wanneer sociale- of zingevingsproblematiek zich overduidelijk presenteren. Maar zij zien in mindere mate een rol in het actief in kaart brengen of bespreken van zaken buiten het medische domein. Zij zien dat eerder als een taak voor andere professionals of als iets dat mensen zelf, binnen hun informele systemen, kunnen en moeten oppakken. Weer andere geïnterviewde professionals hebben hun positie tot de beweging richting meer integraal werken nog niet goed bepaald, en in het verlengde daarvan ook nog geen duidelijke mening of het voeren van het brede gesprek wel of niet onder hun takenpakket valt.

“Het is een goede ontwikkeling. Ik denk dat ik het ondersteun, omdat het echt vaak een onderdeel is van de klacht. Ik denk dat het goed is dat we daar iets mee doen, er niks mee doen is geen optie. Het is alleen wel de vraag wie dat moet oppakken.” – Huisarts, 4D model.

“Maar ook dat ik denk, ja, ik associeer het ook een beetje met, wat zeg ik, ik krijg er een beetje jeuk van met gezapige [...] ja. Ik ben meer van oppakken, hop, boem, dit, dat, laten we dat doen. Ik geloof niet dat het niet kan werken, maar ik denk niet dat het bij mij past.” – Huisarts, gebruikt geen gespreksmodel

8.3.2 Het brede gesprek versus maatschappelijke systemen

Tot slot gaat een fundamentele vraag die door enkele geïnterviewden wordt opgeworpen over de toereikendheid van het brede gesprek en domeinoverstijgend handelen in het oplossen van de uitdagingen waar patiënten mee te maken hebben. Zo geven enkele geïnterviewden aan dat het brede gesprek en domeinoverstijgend werken zeker nodig zijn om mensen die gezondheidsproblemen ervaren door sociale factoren, gedrag en zingevingsproblemen, te helpen en te steunen, maar dat dit niet moet leiden tot het (politiek-bestuurlijk) negeren van de onderliggende maatschappelijke oorzaken van deze problemen. Met andere woorden, de problemen die ten grondslag liggen aan een beperkte (ervaren) gezondheid, dienen óók op collectieve schaal te worden geadresseerd. Maakbaarheidsdenken moet worden voorkomen, zeggen deze geïnterviewden. En dat betekent dat een bewustzijn nodig is dat het effect van het brede gesprek en haar vervolgcities, zich soms beperkt tot het vergroten van acceptatie en steun van/bij de situatie waarin iemand verkeert. Voor het daadwerkelijk oplossen van kwesties, dienen de onderliggende problemen elders (bijvoorbeeld in sociaal beleid) te worden geadresseerd.

“Dat is wel een vraag om over na te denken denk ik. We zoomen erg in op die ene patiënt met dat ene probleem, dat proberen we op te lossen. Maar het gaat vaak om zaken die eigenlijk vooralsnog niet oplosbaar zijn in de maatschappij. Die sociale ongelijkheid of dat mensen toch gewoon beperkte kansen hebben ten opzichte van anderen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

8.4 Samenvattend

De bevindingen in dit hoofdstuk laten zien dat geïnterviewden de beweging richting persoonsgerichte zorg en het brede gesprek onderschrijven en verwelkomen. Geïnterviewden komen in de spreekkamer regelmatig patiënten tegen voor wie een puur medische- of psychologische blik niet toereikend is. Dat versterkt hun motivatie en draagvlak. Professionals zien modellen als het KOP-, het 4D- en het Spinnenwebmodel daarbij niet als imperatief kader voor het brede gesprek, maar als hulpmiddelen om hun bestaande werkwijze aan te scherpen. Deze modellen bieden ook ruimte voor persoonlijke invulling en experts benadrukken eerder concept- dan modeltrouw. De keuze voor één van de drie gespreksmodellen (of eventueel een ander model) komt gewoonlijk tot stand door persoonlijke voorkeur óf door externe factoren. Het spreekt voor zich dat het draagvlak voor een specifiek model verschillend is voor professionals die dat model bewust kiezen en professionals waarbij dat niet het geval is. Op het moment dat er druk van bovenaf bestaat om je als professional in een model voor brede gespreksvoering te bekwamen, kan het gebrek aan eigen keuze en het gevoel ‘dat er iets bij komt’ zorgen voor weerstand. Dit speelt vooral bij het Spinnenwebmodel. Voor alle drie de modellen geldt dat de toepassing ervan in de praktijk

soms vragen oproept bij huisartsen, die gaan over de betekenis ervan voor hun rol en over de samenwerking met andere professionals. Door dergelijke vragen en het gevoel van verplichting, komt intrinsieke motivatie soms onder druk. Dit kan het voeren van het brede gesprek in de weg zitten. De dialoog over de precieze afbakening van rollen tussen domeinen en disciplines is in de praktijk nog niet volledig uitgekristalliseerd. Dit onderstreept het belang van intervisie en reflectie in het verder brengen van de beweging richting persoonsgerichte zorg.

9. Randvoorwaarden voor een duurzame inbedding van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk



In het vorige hoofdstuk werd het draagvlak voor het voeren van brede gesprek beschreven. Hoewel het voeren van het brede gesprek, en in het verlengde daarvan de beweging richting persoonsgerichte zorg, over het algemeen op groot draagvlak kan rekenen, leven er bij sommige professionals nog vragen, waaronder over de precieze afbakening van rollen tussen domeinen en disciplines. Daarnaast benoemen geïnterviewden diverse factoren die zij als randvoorwaardelijk beschouwen voor het realiseren van een duurzame inbedding van het brede gesprek in de huisartsenzorg. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van deze randvoorwaardelijke factoren.

9.1 Kennis en vaardigheden bij de professional

Een eerste randvoorwaarde voor een duurzame inbedding is dat huisartsen en POH's voldoende kennis en vaardigheden hebben om succesvol een breder gesprek te voeren. Sommige professionals voelen zich op dit moment nog te weinig bekwaam en soms ook handelingsverlegen om een breder gesprek te voeren waarbij de nadruk ligt op sociale- en zingevingsvraagstukken. Hierbij gaat het niet zozeer om kennis over het belang van sociaaleconomische determinanten van gezondheid, dit lijkt veelal bekend te zijn bij de professionals. Wanneer het gaat om kennis zit dit meer in kennis en vaardigheden rond persoonsgerichte zorg, bijvoorbeeld hoe je je als professional opstelt tegenover een patiënt. Geïnterviewden wijzen op het belang van het beheersen van verschillende specifieke vaardigheden, waaronder het kunnen loslaten van de "repair reflex", het kunnen stimuleren van het oplossingsgericht denken van de patiënt, het durven door te vragen, het kunnen vertragen, en 'oen' (open, eerlijk en nieuwsgierig) kunnen zijn. Sommige geïnterviewden geven aan dat dergelijke vaardigheden te weinig aan bod zijn gekomen binnen hun opleidingen, waar de nadruk vaak lag op het geprotocolleerd werken binnen een medisch kader.

"Dus je moet openstaan en rust inbouwen. In een training zei een huisarts laatst dat er wel meer tempo in mocht, maar dat hoort dus juist niet in het andere gesprek. Dus: vertragen, luisteren, op je handen zitten, niet met oplossingen komen, open zijn, en rust is het eerste waar je mee moet beginnen. Het is begrijpelijk dat dat moeilijk kan zijn, vooral huisartsen zijn zo niet opgeleid, die moeten als het ware binnen tien minuten een diagnose en rapportage hebben." – POH-ggz, KOP-model en Spinnenwebmodel.

"Ik denk een cursus op locatie. Ik heb toen tijdens corona een cursus gedaan via het internet. Was op zich heel leuk, maar ik denk dat je dat toch op locatie moet doen met je collega's. Ik denk dat dat heel behulpzaam zou kunnen zijn. Het liefst ook met een huisarts erbij die net een stapje verder is, die ook de do's en de dont's kan vertellen." – Huisarts, 4D

De bovengenoemde vaardigheden dragen eraan bij dat een professional oprechte interesse in de patiënt als mens toont waardoor er een gelijkwaardige “mens-tot-mens” relatie ontstaat met onderling vertrouwen. Het belang van deze relationele vaardigheden om te komen tot een goed, nuttig en succesvol gesprek wordt ook door geïnterviewde patiënten benadrukt. Zo noemen zij als voorwaarden dat de professional de patiënt goed kent en weet wat er speelt, dat er onderling vertrouwen is en een ‘klik’, en dat de focus ligt op positief denken en de kracht van de patiënt.

“Klassieke communicatie, echt kijken, voelen, en luisteren naar de persoon waar je tegenover zit, en dat de huisarts de persoon als vertrekpunt neemt, en niet zichzelf. [...] [De huisarts] spotte dat ik een goede kandidaat was voor het Spinnenwebmodel, en ik was er misschien nog niet helemaal klaar voor maar ze gaf mij de ruimte en liet vooral weten dat ze er voor mij was, en dat is een mooi gevoel.” – Patiënt, Spinnenwebmodel

Bovenstaand quote geeft al lichtjes aan dat het een vaardigheid is om op het juiste moment een breder gesprek te voeren (en om te gaan met eventuele weerstand van een patiënt).

“Zodra je in verbinding bent met de patiënt en je luistert en ziet diegene goed, dan kun je echt op dat moment inschatten – in relatie tot de hulpvraag – welke tool nu toepasbaar is, of je het Spinnenwebmodel kan gebruiken. Je past het niet bij iedereen toe, want het past niet altijd.” – POH-ggz Spinnenwebmodel

Daarbij moet de professional vaardig zijn om de patiënt duidelijk te maken dat het brede gesprek en daaropvolgende stappen niet altijd hoeven te leiden tot het oplossen van een probleem. Het leren omgaan met een probleem, een gevoel van inzicht creëren, meer eigen regie ervaren en dergelijke kunnen ook uitkomsten zijn.

“Dus het komt op een leuke, voor mij op een hele fijne manier, op een diepere laag en dan heb je nog steeds pijn in je nek, of dan heb je nog steeds sombere gevoelens en is het nog niet opgelost. En we kunnen het misschien ook niet oplossen. Maar wat ik leuk vind: mensen ervaren pijn, maar door de verkeerde vragen te stellen kan je van pijn naar lijden gaan, dan ga je ergens aan lijden. Terwijl als je pijn kan ervaren, en je ervaart het in het niveau van de zingeving, dan kan het er gewoon zijn.” – Huisarts, alle modellen

Om voldoende kennis en vaardigheden te verwerven zijn scholing én ervaring opdoen in de praktijk noodzakelijk. Het KOP-model zit tegenwoordig ingebouwd in de opleiding tot POH-ggz. Het 4D- en het Spinnenwebmodel zijn daarentegen niet standaard (uitgebreid) ingebed in de opleidingen van huisartsen en POH's. Vanuit sommige (samenwerkingsverbanden van) huisartsenpraktijken wordt wel ingezet op scholing in het 4D- en/of Spinnenwebmodel. Bijeenkomsten waar de modellen kort worden besproken zijn niet genoeg om de basisvaardigheden te leren. Zo noemde twee huisartsen die bij een dergelijke bijeenkomst waren over het Spinnenwebmodel dat het niet genoeg handvatten gaf om aan de slag te gaan. En een POH benoemde dat de elementen van het Spinnenwebmodel niet goed genoeg in haar hoofd zitten en ze dat model daarom liever niet gebruikt.

“Omdat ik de instructies zelf ook niet goed begrijp kan ik die ook niet meegeven aan de patiënt.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Het was meer een soort startbijeenkomst. Daar werd wat verteld over de randvoorwaarden waar je aan moest voldoen om het geld te ontvangen. Daar werd ook het Brede Gesprek genoemd. Een huisarts vertelde toen 20 minuten over haar ervaringen met het spinnenwebmodel. Het was geen training waarin werd uitgelegd hoe je het moest gebruiken.” – Huisarts, 4D en Spinnenwebmodel

“Voorbeeldvragen zitten niet zo in mijn hoofd en daardoor voel ik me onzeker om het [Spinnenwebmodel] te gebruiken. Het KOP-model is simpeler en daardoor aantrekkelijker om in te zetten.” – POH, KOP-model

Een huisarts benoemde dat er wel gevaar kan schuilen wanneer er te veel training op het bord van een professional komt te liggen, en dat het kan afschrikken.

“Het is echt een overkill hoor. Nascholing dingen, wij hebben inderdaad ook met de hele groep nascholing gevolgd, en het kan in je allergiehoek gaan zitten zo erg worden we er nu mee doodgegooid. Ik hoop niet dat collega's hierop afschrikken.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Naast goede en een juiste hoeveelheid aan training, is een tweede essentiële stap het blijven oefenen en gebruiken, zodat het niet verwatert. Sommige professionals benoemen dat de vaardigheid om het brede gesprek goed te kunnen voeren niet van dag één op dag twee kan worden aangeleerd. Het wordt daarom noodzakelijk geacht dat een professional bereid is om hier tijd in te investeren door het in de praktijk uit te proberen. Geïnterviewde professionals merken dat ze meer integraal gaan denken naarmate ze een model vaker gebruiken in de praktijk. Dit komt mede door de ervaring die zij opdoen door het inzetten van het model.

“Ik moet toegeven dat ik nog niet helemaal consequent ben. Ik doe het nog niet bij iedereen en je kunt je afvragen waarom dan niet, want het kan natuurlijk wel bij iedereen ingezet worden. Ik heb het nog niet helemaal geautomatiseerd in mijn werkwijze. Maar ik denk wel dat ik daar nog groeiende in ben. Dat ik het wel steeds meer zal gaan gebruiken.” – POH-ggz, KOP model

“In het begin is het KOP-model best wel veel en je kan binnen de kopjes, de K, O of P, kan je veel uitstapjes maken. Er was veel verdieping nodig om het eigen te maken en het heeft tijd nodig voordat je er sneller en makkelijker mee om gaat.” – POH, KOP-model

“Je beseft pas later: “oh daar is deze patiënt weer”. Als je dit vaker hebt meegemaakt, zal je ook sneller meer tijd gaan investeren.” – Focusgroep, 4D-model

“Het verwatert gewoon. Je hoort er iets over, maar vervolgens merk ik dat ik niet precies meer weet hoe het zat als je tegenover die patiënt zit die er misschien wat aan heeft. Dus ik zou er best wat mee willen doen, maar het is nu te onbekend. Misschien dat ik na dit gesprek wel eens ga kijken of ik het kan gaan oppakken.” - Huisarts, alle modellen

9.2 Voldoende tijd voor de huisarts

Een tweede randvoorwaarde die regelmatig naar voren kwam in de interviews is het hebben van voldoende tijd. Voor veel huisartsen is tijd de belangrijkste reden dat zij het brede gesprek maar weinig toepassen. Een huisartsconsult duurt standaard zo'n tien á vijftien minuten. Dit wordt door menig huisarts als te kort ervaren om het brede gesprek goed te kunnen voeren. Bijvoorbeeld doordat het gevoel heerst dat er te weinig tijd is om alle verschillende domeinen (gestructureerd) langs te gaan. Het ervaren van te weinig tijd voor het voeren van het brede gesprek kan eraan bijdragen dat huisartsen vinden dat het niet tot hun takenpakket behoort, of dat dit een verantwoordelijkheid is die bij een ander domein ligt.

“Ik vind eerlijk gezegd een 4D interview voor op het huisarts spreekuur wel te veel tijd vergen. [...] Zodra je merkt dat er veel speelt, dan moet het eigenlijk naar een ander domein.” – Huisarts, 4D-model.

“Op het moment dat ik het idee heb, dit ligt niet op mijn domein, dan ga ik het niet helemaal uitdiepen. Kost te veel tijd. Puur vanwege de tijd.” – Huisarts, 4D-model.

De belemmerende werking van tijdschaarste wordt door sommige huisartsen als frustrerend ervaren, omdat ze de meerwaarde van (de gedachte achter) het brede gesprek wel inzien. Zij zien echter geen mogelijkheden om het brede gesprek (vaak) te kunnen voeren, want er kan niet zomaar meer tijd genomen worden tijdens een consult.

“Echt een uur ervoor gaan zitten, dat komt nog maar heel zelden voor. Dat vind ik ook wel weer jammer eigenlijk, want je krijgt wel een blijvende, veranderde band met je patiënt als je dat doet. Als een collega dat doet, heb je dat natuurlijk niet.” – Huisarts, 4D-model.

Een te korte consultduur wordt minder ervaren door POH's, wat logisch is want zij zien een patiënt standaard beduidend langer dan huisartsen. Daarbij gebruiken sommige POH's het KOP-model vaak direct al tijdens het intakegesprek, waardoor het standaard ingebed zit in hun manier van werken.

Een expert van het Spinnenwebmodel licht toe dat tijd niet een voorwaarde hoeft te zijn. Voor sommige professionals, waarbij het voeren van een breder gesprek (met behulp van een van de gesprekstechnieken) zo in het systeem zit kan een normaal kort consult voldoende zijn. Volgens deze professionals is het daarom vooral noodzakelijk dat een huisarts welwillend is om te investeren in het aanleren van deze vaardigheid. Daarnaast zien professionals ook dat het z'n vruchten afwerpt wanneer je investeert in een breder gesprek, ook al moet je dan eerst door die barrière van tijd heen.

“Iemand zei laatst: “om dit goed te doen moet je een uur met iemand praten”. Maar dat hoeft helemaal niet. Je moet ruimte creëren om het te willen leren en af en toe het te gaan proberen. [...] Wat ik merk: vaak vragen mensen hoeveel tijd het nou kost. Wij zijn sinds kort naar een 15 minuten consult gegaan. 30 minuten voor het eerste gesprek zou fijn zijn. Maar in 20 minuten kan het ook. In een 10 minuten gesprek zorg ik dat ik het

in ieder geval aan het einde benoem en dan kunnen ze eventueel terugkomen voor een uitgebreider gesprek. Sommige praktijken hebben er specifieke momenten voor gepland, maar dat werkt vaak niet in de praktijk.” – Expert, Spinnenwebmodel

“De factor tijd. Ze zien er heel erg tegenop. Het is inderdaad aan het begin heel veel investeren: in jezelf, in de gespreksvorm. Maar op een gegeven moment krijg je er heel veel meer voor terug.” – POH, Spinnenwebmodel

9.3 Samenwerking in de praktijk en samenwerking met het sociaal domein

Om het brede gesprek goed te kunnen voeren wordt het van belang geacht dat hiervoor binnen een huisartsenpraktijk een breed draagvlak en een goede samenwerking bestaat. In de interviews werd dit vooral door de POH's kenbaar gemaakt. Er werd opgemerkt dat het bevorderlijk kan werken als huisartsen en POH's uit dezelfde praktijk gezamenlijk als team worden getraind in een gespreksmodel, voornamelijk voor een goede overdracht van de patiënt.

“Als dat niet praktijk-breed gedragen wordt, kan ik met alle goede wil van de wereld iets bereiken voor de patiënt, maar als die tabletten [...] vervolgens een paar maanden later weer bij worden gezet, dan bereik je niets.” – POH-ggz, Spinnenwebmodel

“Daar kunnen echt nog wel stappen in gezet worden. De bedoeling is volgens mij dat huisartsen er ook regelmatig aan denken en daadwerkelijk dat 4D-model ook invullen. In de praktijk wordt het niet zo heel vaak gedaan omdat de huisartsen gewoon een kwartier hebben voor een patiënt. Dat is toch wel echt heel kort.” – POH, 4D-model en KOP-model

Ook wordt aangegeven dat het voor de samenwerking binnen de praktijk helpend kan zijn als de opbrengsten van het brede gesprek en de daaruit voortvloeiende vervolgstappen (zoals eventuele doorverwijzingen) eenvoudig geregistreerd kunnen worden binnen het informatiesysteem van een praktijk. Zo kan een huisarts of POH die niet betrokken was bij het gesprek zich hiervan makkelijk op de hoogte stellen wanneer nodig. Maar ook zodat een patiënt niet opnieuw zijn verhaal in detail hoeft te vertellen en de volgende professional al een beetje op de hoogte kan zijn.

“Eigenlijk zou ik willen dat je gewoon op een knop klikt en dat je dat 4D-, Spinnenweb- of KOP-model in je scherm ziet. Het is ook fijn voor de artsen dat die ook zo met één klik op de knop het zouden kunnen zien. [...] Er hoeft maar één persoon natuurlijk dat brede gesprek te voeren. De opbrengst daarvan, die zou je eigenlijk heel makkelijk moeten kunnen zien in je systeem.” – POH, KOP-model

Naast samenwerking binnen de huisartsenpraktijk werd veelal een goede samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein benoemd als voorwaarde. Dit is niet een voorwaarde voor het brede gesprek an sich, maar wel voor een goed vervolg van het brede gesprek mocht de professional iemand willen doorverwijzen. Hoe deze samenwerking eruit kan zien verschilt; geïnterviewden hebben het in dit kader over bijvoorbeeld “een wijksamenwerkingsverband”, “contact [...] met welzijnsorganisaties”, “mensen die de weg weten” en “netwerk en thema-avonden”. Korte lijnen met het sociaal domein zijn van belang omdat het brede gesprek in de huisartsenpraktijk dikwijls tot de conclusie leidt dat behaalde hulp vanuit het sociaal domein nodig is als vervolgstap. Op het organiseren van stabiele, duurzame en intensieve samenwerkingen tussen huisartsenpraktijken en sociaal domein, is momenteel nog winst te behalen.

“Dat wij onze patiënten toch zien als mensen waar we het beste voor zoeken – en gelukkig kunnen we een aantal dingen zelf – maar wat we niet zelf kunnen, kunnen we dan naar iemand toesturen die we vertrouwen. Dat kan alleen maar als je die mensen kent. Dus je moet gewoon met de mensen waar je heen verwijst, zoals specialisten, af en toe bij elkaar komen en het hebben over het vak en zelfs over dingen die niet met het vak te maken hebben. Je moet elkaar leren kennen.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Dat is het struikelblok: we weten dat het goed is, maar als je daarmee de diepte in wil gaan, dan kost het de huisarts te veel tijd. Dus heb je samenwerking met andere disciplines nodig.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Regelmatige terugkoppeling vanuit het sociaal domein over hoe het een patiënt vergaat is een ander benoemd aspect van goede samenwerking. Daarbij is het wel van belang dat de verschillende partijen op de hoogte zijn van de uitkomsten en besproken zaken in het gevoerde brede gesprek. Hier zijn systemen vaak nog niet op ingesteld en dit gebeurt daardoor vaak mondeling. Zo blijft de huisarts of POH na doorverwijzing van een patiënt goed op de hoogte van hoe het met hem of haar gaat.

“We sturen gewoon een beveiligde mail naar de zorgverleners, de welzijnswerkers, en die gingen dan met de patiënt verder in gesprek. Maar die koppelden ook na een aantal keren terug. En ze komen ook langs. Dan gaan ze hier zitten en dan vertellen ze wie ze hebben gehad, en wat ze ermee hebben gedaan. Dat is ontzettend motiverend.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

Verder wordt er aangegeven dat een goede samenwerking met het sociaal domein maakt dat de huisarts en POH beter bekend raken met al het beschikbare aanbod in de wijk en in de gemeente. Wanneer er een minder goede samenwerking is en de lijnen minder kort zijn kan het overzicht verloren raken voor een huisartsenpraktijk. Eén praktijk benoemt dat ze uitzoeken om een POH-sociaal aan te nemen, om zo de sociale kaart in beeld te hebben.

“Als we iemand kunnen vinden die zich goed zou kunnen lenen voor zo'n rol en ook goed de sociale kaart kent, kan die de patiënten op de lange termijn goed verder helpen. En het ontlast ons ook. Ik zou hier of heel veel meer tijd in moeten stoppen die ik niet heb,

of ik loop vast. Of er is gebrek aan de juiste doorverwijsmogelijkheid. We kennen veel van de sociale kaart, maar ik ken niet alle mogelijkheden die het sociaal domein biedt.”
– Huisarts, gebruikt geen gespreksmodel

Naast veel aanbod, kunnen ook de vele veranderingen binnen het sociaal domein het lastig maken voor professionals om de samenwerking makkelijk te laten verlopen. Er zitten verschillen tussen de geïnterviewde professionals in hoe de samenwerking met het sociaal domein geregeld is en of het *goed* geregeld is (en er korte lijnen zijn). Dit lijkt te ontstaan door een combinatie van factoren waar enerzijds geen invloed op is, bijvoorbeeld wisseling van mensen in het sociaal domein of veranderingen door de gemeente. Anderzijds factoren waar je wel invloed op kan hebben, zoals de mogelijkheden die een professional krijgt en ziet om contact te onderhouden met het sociaal domein.

“En verder goed contact met het sociale domein. Dat vind ik met de aanbesteding van de gemeente, dan heb je net de folder van het sociaal wijkteam opgehangen en dan wordt het weer [initiatief]. En dan blijken het dezelfde mensen te zijn. Dat is echt killing. En dan weer de herindeling. Continue verschuiving in het sociale domein. Dat is niet bevorderlijk.” – Huisarts, 4D model

“Ik ken de medewerkers niet, ze hebben gewisseld, er is een nieuwe directeur. Ik zeg steeds: ‘kom je je voorstellen? Want we hebben het over dezelfde mensen’. Er zijn ook mensen die al contact hebben met de welzijnsorganisatie en daar weet ik niks van. Het zou heel goed zijn als ik ook daarnaar kan verwijzen, want omdat het lijntje nu ontbreekt stuur ik eigenlijk te veel door naar welzijn op recept.” – Huisarts, Spinnenwebmodel

“Eigenlijk door eens een keer te gaan sparren met de gemeente, met de welzijnscoach bijvoorbeeld. Ook door eens te gaan kijken bij lokale, vrijblijvende initiatieven, waar mensen elkaar ontmoeten. En door informatie op te halen bij de casemanagers dementie, over zorgboerderijen, dagbesteding, dat soort zaken. Maar ook door mijn zorggroep, die zoeken ook veel voor ons uit en faciliteren ons om de scholing ‘positieve gezondheid’ te gaan doen. Ik surf ook vaak door het intranet, ik zoek veel contact, ik ga vaak het gesprek aan met collega’s. Samen netwerken!” – POH-ggz, Spinnenwebmodel

9.4 Samenvattend

In dit hoofdstuk kwamen verschillende randvoorwaarden aan bod voor het realiseren van een duurzame inbedding van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk. We zien dat het belangrijk wordt gevonden dat een professional zich kan bekwalen met kennis en vaardigheden over persoonsgericht werken, hoe je zo’n gesprek voert, hoe je het voorstelt aan een patiënt, en hoe je je als professional daarin moet opstellen. Ervaring door doen voert de boventoon om deze vaardigheden goed te ontwikkelen en in te bedden in de reguliere praktijkvoering, maar in de praktijk lukt dit vaak niet. Er zijn ook meer praktische en organisatorische randvoorwaarden die belangrijk worden geacht voor een duurzame implementatie van het brede gesprek: 1) het hebben van voldoende tijd om het brede gesprek te kunnen voeren, 2) het in staat worden gesteld om

binnen de praktijk goede samenwerking te hebben, en 3) het hebben van korte lijnen en goede samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. Ondanks hun relevantie, zijn deze randvoorwaarden in de praktijk dikwijls nog onvoldoende vervuld. De consultduur wordt door huisartsen vaak als te kort ervaren om het brede gesprek te kunnen voeren. De inbedding van het brede gesprek en een gespreksmodel hiervoor wordt bevorderd wanneer er hiervoor onder huisartsen en POH's in een praktijk draagvlak bestaat, en zij als team hierin gezamenlijk worden getraind. Ten slotte zijn korte lijnen en goede samenwerking met het sociale domein essentieel om vervolgstappen op basis van het brede gesprek te kunnen uitvoeren, wanneer nodig en passend. In sommige gevallen loopt dit soepel, maar in andere gevallen blijkt dit lastiger, bijvoorbeeld door wisselingen van contactpersonen in het sociaal domein of een slecht overzicht van het beschikbare aanbod.

DEEL D

Conclusies en aanbevelingen



10. Conclusies en aanbevelingen



Dit onderzoek had als doel om inzicht te verwerven in de toepassing en meerwaarde van het brede gesprek in de dagelijkse huisartsenpraktijk, de manier waarop drie gespreksmodellen (het KOP-, het 4D- en het Spinnenwebmodel) hierbij behulpzaam kunnen zijn, en welke factoren relevant zijn voor een bredere en duurzame inbedding van het brede gesprek in de praktijk. Hiertoe is een literatuurstudie gedaan en zijn interviews gehouden met experts, huisartsen, POH's en patiënten. De opgehaalde kennis is van belang om bij te dragen aan de verschuiving richting een meer samenhangende, continue en persoonsgerichte huisartsenzorg.

In dit hoofdstuk staan we allereerst stil bij de sterke kanten en de beperkingen van het onderzoek. Vervolgens keren we terug naar de vier onderzoeksvragen en beschrijven we de belangrijkste bevindingen en conclusies. Op basis hiervan formuleren we ten slotte een aantal aanbevelingen voor het stimuleren van de implementatie van het brede gesprek in de huisartsenpraktijk.

10.1 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek kent een aantal sterke punten. Ten eerste de combinatie van literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek waarmee rijke data zijn verzameld. Er is met experts gesproken en met huisartsen en POH's, waaronder ook huisartsen en POH's die de gespreksmodellen wel kennen, maar niet of weinig toepassen in de praktijk. Zodoende zijn veel verschillende perspectieven en ervaringen opgehaald, waarin met behulp van een thematische analyse, patronen in het discours rondom het brede gesprek konden worden achterhaald. Een mogelijke beperking is dat een groot deel van de geïnterviewden de modellen laagfrequent inzet. Hierdoor zijn bepaalde aspecten van het inzetten van brede gespreksvoering mogelijk onderbelicht gebleven. Een andere beperking is dat relatief weinig patiënten zijn geïnterviewd²², en dat het hoofdzakelijk patiënten betrof die ervaring hadden met het Spinnenwebmodel. Hoewel de geïnterviewde patiënten interessante en belangrijke punten naar voren hebben gebracht, kan gesteld worden dat met het lage aantal deelnemers de 'patient journey' (van hulpvraag, via het brede gesprek, tot hieruit voortvloeiende vervolgstappen) en het patiëntenperspectief daarbij onvoldoende in kaart zijn gebracht. Een andere mogelijke beperking is dat voor het literatuuronderzoek geen uitputtende systematische zoekstrategie is uitgevoerd. Hierdoor kan relevante literatuur zijn gemist. Bovendien is de kwaliteit van de geïdentificeerde studies niet beoordeeld en gegradeerd.

22 Ondanks veel inspanningen om patiënten te werven.

10.2 Kernbevindingen

Onderzoeksvraag 1: Wat is er uit de (onderzoeks)literatuur bekend over de drie gespreksmodellen?

In deel A werd deze vraag beantwoord. We zagen dat het Spinnenwebmodel, het 4D-model en het KOP-model gespreksmodellen zijn die een integrale benadering van gezondheid hanteren, waarbij fysieke, mentale, sociale en emotionele factoren worden geadresseerd. Alle drie de modellen zetten in op *shared-decision making* en het faciliteren van eigenaarschap van de patiënt.

Het Spinnenwebmodel richt zich op het bevorderen van veerkracht en eigen regie door zes dimensies van gezondheid te belichten. Bestaand onderzoek wijst erop dat toepassing van dit model in huisartsenpraktijk onder andere zelfreflectie bij patiënten kan stimuleren en door zowel zorgverleners als patiënten wordt gewaardeerd vanwege de persoonsgerichte aanpak. Het 4D-model biedt een integrale benadering door gezamenlijk vier domeinen te verkennen – lichamelijk, geestelijk, maatschappelijk en sociaal – en is vooral bedoeld om in te zetten bij patiënten met complexere problematiek op meerdere levensgebieden. Bestaand onderzoek laat zien dat het gebruik van dit model in de huisartsenpraktijk onder andere de eigen regie van de patiënt kan bevorderen, de samenwerking tussen professionals in de wijk kan verbeteren, en het aantal doorverwijzingen naar tweedelijnszorg kan verminderen. Het KOP-model richt zich specifiek op het analyseren van de interactie tussen klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl om psychische klachten te behandelen, waarbij het versterken van coping centraal staat. Bestaand onderzoek wijst erop dat toepassing van het KOP-model in de huisartsenpraktijk bij patiënten onder andere kan bijdragen aan een afname van lichamelijke en psychische klachten en het effectiever hanteren van coping strategieën.

Algemeen geldt dat er beperkt onderzoek is uitgevoerd naar de modellen. Het is wenselijk om gevonden positieve resultaten, zoals het versterken van eigen regie van de patiënt, meer gezondheidswinst, betere domeinoverstijgende samenwerking en lagere zorgkosten, verder te onderbouwen door effectonderzoek over een langere periode. Daarnaast wijst het bestaande onderzoek erop dat de implementatie van de modellen in de dagelijkse praktijk tijd en inspanning vergt, aangezien het om een complex veranderproces gaat. Dit sluit aan bij de bevindingen uit ons kwalitatief onderzoek (zie hieronder bij onderzoeksvraag 4). Ten slotte blijken er geen representatieve en actuele cijfers beschikbaar te zijn over het gebruik van de modellen in de Nederlandse huisartsenzorg. Wel kan worden aangenomen dat – mede onder invloed van de transitie naar meer persoonsgerichte zorg – er een groeiende belangstelling is voor de modellen en dat zij (steeds) vaker worden toegepast in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag 2: Op welke manier gebruiken huisartsen en POH's de gespreksmodellen om het brede gesprek te voeren met hun patiënten?

In hoofdstuk 6 werd deze vraag beantwoord. Allereerst valt op dat de meeste geïnterviewde professionals aangeven de modellen – en dan met name het 4D-model en het Spinnenwebmodel – niet (heel) vaak te gebruiken in de praktijk, ondanks welwillendheid om dat wel te doen²³. Als de modellen wel worden ingezet dan is dat vaak bij specifieke doelgroepen zoals bij mensen met stress-, angst- of stemmingsklachten (KOP-model), mensen die vaak terugkomen bij de huisarts (Spinnenwebmodel) en mensen met complexe problematiek op meerdere gebieden (4D-model). Echter, het type gezondheidsprobleem of patiëntkenmerken zijn niet altijd doorslaggevend. De modellen worden doorgaans bij een bredere en diverse groep patiënten ingezet dan waarvoor de modellen oorspronkelijk ontwikkeld zijn. Ook het moment van inzet varieert, met name bij het 4D- en Spinnenwebmodel. Wat de boventoon lijkt te voeren, is dat de inschatting van geschiktheid door de individuele professional zelf leidend is om wel of niet het gespreksmodel toe te passen bij een patiënt. Zo wordt voor alle drie de modellen benoemd dat enige zelfreflectie van de patiënt noodzakelijk is om überhaupt het brede gesprek goed te kunnen voeren. Verder maakt de professional een inschatting wanneer een breed gesprek toegevoegde waarde heeft, en dat het zal gaan lukken om aansluiting of een opening te vinden bij de patiënt, zodat hij of zij er ook voor openstaat om zo'n gesprek te voeren.

Naast de doelgroepen bij wie het wordt ingezet en het moment waarop, is er ook variatie te zien in hoe een gespreksmodel vervolgens wordt ingezet. Dikwijls passen professionals een model volledig toe (met gebruikmaking van alle stappen en elementen), maar ook selectieve toepassing van stappen of elementen van een model komt regelmatig voor. Voorts is er onderscheid te maken tussen een meer relationele toepassing (vooral gericht op aspecten als verbinding zoeken met een patiënt, naast een patiënt gaan staan en gezamenlijke besluitvorming en *empowerment* van een patiënt) en een meer instrumentele toepassing (vooral gericht op het achterhalen waar of waarmee een patiënt het beste geholpen kan worden, en minder op het *empoweren* van een patiënt). Het gaat niet om uitsluitende werkwijzen, maar bij de ene professional lijkt het accent meer bij relationeel gebruik te liggen en bij de andere professional meer bij instrumenteel gebruik. Het lijkt er daarbij op dat de professionals die vanuit eigen intrinsieke motivatie met een breed gespreksmodel zijn gaan werken, over het algemeen wat meer nadruk leggen op het relationele aspect. En dat professionals die via een (verplichte) training in aanraking kwamen met een model een wat meer instrumentele toepassing hanteren. Voor alle drie de gespreksmodellen geldt dat er na het brede gesprek diverse vervolgopties worden gevonden, waaronder doorverwijzing naar het sociaal domein, een (vervolg)gesprek in de huisartsenpraktijk, of het zelf aan de slag gaan door patiënt. Breed gedeeld onder de geïnterviewden is dat de patiënt zelf de regie dient te voeren bij het maken van de keuze voor de vervolgstap.

²³ Een kleine groep geïnterviewde professionals heeft het model voor brede gespreksvoering en het gedachtegoed daarvan zo eigen hebben gemaakt en verweven in hun werkwijze, dat zij niet precies kunnen zeggen 'hoe vaak' zij het model toepassen.

Onderzoeksvraag 3: Welke meerwaarde ervaren huisartsen, POH's en patiënten van het brede gesprek in de huisartsenzorg?

Deze vraag werd beantwoord in hoofdstuk 7. Allereerst kan geconcludeerd worden dat vrijwel alle geïnterviewde professionals die een gespreksmodel voor het brede gesprek gebruiken, duidelijke meerwaarde daarvan ervaren. Daarbij maakt het niet zoveel uit of ze het model sporadisch gebruiken of het model juist hebben verweven in hun hele werkwijze. Wel benadrukken professionals soms verschillende positieve aspecten, afhankelijk van de manier waarop ze het model inzetten (bijvoorbeeld relationeel versus instrumenteel). Vaak genoemde voordelen zijn dat het makkelijker wordt om aan te sluiten bij de patiënt, dat er meer gelijkwaardigheid en eigenaarschap van de patiënt ontstaat en dat de focus verschuift naar mogelijkheden en veerkracht. Brede gespreksmodellen bieden tevens (visuele) structuur en overzicht en maken ingewikkelde processen en verbanden meer inzichtelijk en helder. Ook helpen de modellen om gericht en beter door te verwijzen, alsook samen te werken met professionals uit andere disciplines en domeinen. Dit alles maakt de gesprekken tussen patiënten en professionals leuker. Of het brede gesprek uiteindelijk een (blijvende) verandering veroorzaakt in het gevoel van eigenaarschap en controle van de patiënt, dat vinden geïnterviewden nog moeilijk te zeggen. Dit komt ook omdat zij het brede gesprek vaak maar bij een (klein) deel van hun patiënten inzetten. Bovendien is er niet altijd goed zicht op de vervolgstappen die er, bijvoorbeeld in het sociaal domein, worden gezet. De interviews met patiënten geven wel aanwijzingen voor (blijvende) verandering. Door hen wordt met name benadrukt dat zij zich meer gehoord voelen, dat er overzicht ontstaat in een chaotische situatie, dat het aanzet tot zelfreflectie en tot bewustwording leidt. Daarbij waarderen zij de visuele eenvoud van de modellen.

Onderzoeksvraag 4: Welke factoren beïnvloeden de inbedding van het brede gesprek in de huisartsenzorg?

In hoofdstukken 8 en 9 werd deze vraag beantwoord. Het belang van het brede gesprek wordt vrij algemeen onderschreven door de geïnterviewde professionals. Zij zien regelmatig patiënten voor wie een puur medische- of psychologische blik ontoereikend is, en dat versterkt hun motivatie en draagvlak voor de brede gespreksvoering, en in het verlengde daarvan, voor de transitie naar meer persoonsgerichte zorg. De professionals zien modellen als het KOP-, het 4D- en het Spinnenwebmodel daarbij vooral als hulpmiddelen om hun werkwijze aan te scherpen en te verrijken. Er lijken echter wel verschillende factoren te bestaan die voor een deel van de professionals een duurzame en optimale toepassing in de weg te zitten. Zo leven er bij sommigen nog vragen over rollen en verantwoordelijkheden, zoals 'waar begint en eindigt mijn rol als huisarts?'. Sommigen ervaren te weinig keus, doordat een bepaald gespreksmodel hen van bovenaf is 'opgelegd'. Daarnaast spelen diverse praktische en organisatorische randvoorwaarden een rol. Het gaat dan om kennis en vaardigheden op het gebied van persoonsgericht werken, voldoende tijd voor professionals, een goed georganiseerde samenwerking binnen de huisartsenpraktijk, en korte lijnen en een goede samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. Deze randvoorwaarden zijn in de praktijk dikwijls nog onvoldoende gerealiseerd.

10.3 Conclusies en aanbevelingen

Al met al schetst dit onderzoek een beeld van een veld in transitie, waarbij het brede gesprek en het persoonsgericht werken al veel voet aan de grond hebben gekregen, maar er ook nog uitdagingen bestaan. Daarbij gaat het niet zozeer om aspecten van de modellen zelf, maar meer om de onderliggende beweging naar persoonsgerichte zorg. We kunnen concluderen dat hoewel er breed draagvlak bestaat voor persoonsgericht werken en meerwaarde wordt ervaren, dit voor een deel van de professionals nog niet in de dagelijkse routine is ingebed. Daarbij gaat het niet zozeer om het idee van breed kijken naar gezondheidsklachten; dit lijkt voor de meeste professionals een behoorlijk gangbaar onderdeel van de werkwijze (al dan niet door daar zelf aandacht voor te hebben, of door te verwijzen naar een collega met de juiste expertise). Het gaat eerder om een ander centraal aspect van persoonsgericht werken: het aspect van *shared-decision making*, het *daadwerkelijk* verschuiven van mandaat naar de patiënt en de coachende rol die de professional daarbij dient in te nemen. Een deel van de professionals lijkt op dit gebied nog handelingsverlegen, wat een verklaring kan zijn voor laagfrequente, onvolledige en enkel instrumentele inzet van brede gespreksmodellen. Mogelijk ligt hierachter dat een gevoel bestaat 'met een oplossing te moeten komen', wat logisch is omdat professionals vanuit opleiding en ervaring gewend zijn om te beslissen voor mensen, om te bepalen wat er in een bepaalde situatie nodig is. Dat brede gespreksmodellen juist onderscheidend zijn in het feit dat de professional *niet* met een oplossing hoeft te komen, dat juist de patiënt zelf *in charge* komt van het vervolg en dat dát de kern is van het brede gesprek, lijkt nog niet volledig geland in de praktijk.

Hierbij kan het een rol spelen dat een deel van de professionals (pas) in aanraking komt met deze manier van werken via (verplichte) trainingen. Het is aannemelijk dat bepaalde aspecten van zo'n training (zoals het breed uitvragen van levensgebieden) makkelijker beklijven en gemakkelijker in de eigen routines te integreren zijn dan andere aspecten (zoals de patiënt empoweren en het daadwerkelijk samenwerken). Juist voor dat laatste is namelijk meer nodig dan alleen kennis. Het vraagt om (het oefenen met) een andere basishouding; een kanteling van de bestaande rollen van zowel de professional als de patiënt. Een dergelijke kanteling kost tijd en doorlopende aandacht omdat men, zelfs bij motivatie voor verandering, snel terugvalt in oude rollen en gewoonten. En daarnaast vraagt het om een context van gelijkwaardige samenwerking met andere professionals. Ook hier moet een kanteling in plaatsvinden.

We kunnen echter concluderen dat voor een soepele samenwerking op veel plaatsen nog diverse praktische en organisatorische randvoorwaarden onvoldoende gerealiseerd zijn. Ook leven er nog vragen over de precieze rol die iedere actor speelt in deze nieuwe netwerksamenwerking. Het lijkt van belang dat al deze zaken nadrukkelijk(er) moeten worden geadresseerd in de beweging naar meer persoonsgerichte zorg. En dat betekent dat er meer nodig is dan het stimuleren van het gebruik van de modellen via landelijk beleid. Hoewel dit zeker de beweging naar persoonsgerichte zorg kan bevorderen, lijkt het in de praktijk goed mogelijk dat de modellen door een groep professionals toch slechts instrumenteel (en laagfrequent) ingezet blijven worden, omdat binnen een ongewijzigd (bio)medisch georiënteerd kader (gericht op medische oplossingen), de bestaande verhoudingen (tussen arts, POH, patiënt, sociaal domein) in stand blijven.

Reflecterend op de resultaten en conclusies kan een vijftal onderling samenhangende aanbevelingen worden geformuleerd. Deze aanbevelingen dienen allen, met oog voor de onderlinge wisselwerking, aandacht te krijgen.

Meer en blijvende aandacht voor empowerment als kernconcept bij persoonsgerichte zorg

Empowerment van de patiënt is een inherent onderdeel van brede gespreksvoering, ongeacht het gespreksmodel, maar het risico bestaat dat dit onderdeel verloren gaat wanneer een professional een gespreksmodel slechts beperkt integreert in zijn of haar werkwijze. Bijvoorbeeld door voornamelijk instrumenteel met een gespreksmodel bepaalde leefgebieden in kaart brengen, maar minder aandacht te besteden aan het overhevelen van eigenaarschap naar de patiënt. Het is belangrijk om bij trainingen en nascholing veel aandacht te besteden aan dit risico. Daarbij moet er enerzijds ruimte blijven bestaan voor professionals om zelf in te vullen hoe ze een gespreksmodel inzetten, omdat dit belangrijk is, of zelfs een voorwaarde kan zijn, om duurzaam en consequent het brede gesprek in te bedden in de werkwijze van de professional. Anderzijds, om te voorkomen dat de professionele vrijheid omslaat naar voornamelijk instrumentele inzet is het van belang dat goed over het voetlicht wordt gebracht waarom het zo belangrijk is om de gespreksmodellen volledig te doorlopen, ze zijn immers zo ontworpen dat persoonsgerichte zorg stap voor stap gestimuleerd wordt. Zo is bijvoorbeeld het letterlijk visualiseren van het model (in plaats van het 'op de achtergrond gebruiken' door de professional) en het naar huis meegeven van de opdracht of uitwerking aan de patiënt, relevant om eigenaarschap bij de patiënt bereiken. Daarbij moet de nadruk op empowerment en de bijkomende kennis en vaardigheden daarin in het discours over het brede gesprek (maatschappelijk, in beleid en in opleidingen) voortdurend aandacht blijven krijgen.

Verduidelijk ieders rol en verantwoordelijkheid in de kanteling naar persoonsgerichte zorg

De genoemde uitdagingen maken duidelijk dat de beweging richting persoonsgerichte zorg een complex veranderproces is, dat tijd en inspanningen vergt. Het vraagt iets van betrokken professionals, maar ook van de patiënt en de samenleving als geheel. Daarom is het belangrijk om in dialoog de rollen en verantwoordelijkheden van elke actor verder te verduidelijken, en daar ook gezamenlijk uitvoering aan te geven. Het gaat hier bijvoorbeeld om de beroepsgroepen (niet alleen haar vertegenwoordigers, maar ook professionals van de werkvloer²⁴), patiëntvertegenwoordiging en beleidsmakers. Naast de dialoog over waar de rol begint en eindigt voor professionals zou ook de samenleving in het geheel meer bewustwording moeten krijgen over wat iemand zélf kan en op welke manieren iemand zijn of haar eigen gezondheid kan beïnvloeden. Hierbij moet ook de verwachting van de patiënt dat een professional alles kan oplossen worden geadresseerd. Er is namelijk niet altijd een concrete oplossing voor handen, en de nadruk zal vaak liggen op het ervaren van meer eigenaarschap. In de dialoog dient tevens aandacht te zijn voor de huidige cultuur van individuele maakbaarheid en zorgconsumentisme, en op welke wijze de meer collectieve mogelijkheden om aan gezondheid te werken veel sterker benut zouden kunnen worden. Er zijn tenslotte risicofactoren voor gezondheid, die geadresseerd dienen te worden op collectieve schaal. Hierin ligt ook een taak voor besluitvormers en beleidsmedewerkers, bijvoorbeeld om het concept van *(Mental) Health in All Policies* nadrukkelijker handen en voeten te geven.

24 Zowel professionals die positief als meer terughoudend tegenover de beweging staan.

De uitgangspunten van persoonsgericht werken dienen integraal onderdeel te zijn van de opleidingen

We zagen dat sommige professionals zich nog te weinig bekwaam voelen en soms ook handlingsverlegen zijn om een breder gesprek te voeren waarbij er niet direct een kant en klare oplossing voor handen is. Dit heeft onder andere te maken met de manier waarop professionals nu eerst worden opgeleid binnen het medisch-psychologisch discours, waarbij primair wordt aangeleerd om afgebakende gezondheidsproblemen, met afgebakende interventies te bestrijden, met relatief weinig aandacht voor context en leefomstandigheden. Persoonsgericht werken vraagt feitelijk om deze repair-reflex weer «af te leren». Met andere woorden, professionals moeten nu hun diep gewortelde neiging om primair (medische) oplossingen te geven en te beslissen voor patiënten afleren om plaats te maken voor een meer coachende, faciliterende rol waarbij *shared-decision-making*, persoonsgericht werken en empowerment centraal staan. Dit werkt contraproductief. Het is daarom belangrijk dat de uitgangspunten van het brede gesprek en persoonsgericht werken meer in de basis komen van het curriculum en integraal onderdeel worden van (alle onderdelen van) de opleidingen van huisartsen en POH's. Daarbij is het belangrijk dat erkenning wordt gegeven aan de verschillende behoeften en persoonlijke stijl van professionals (zie bovenstaande aanbeveling). De erkenning dat voor 'persoonsgericht' werken niet alleen de 'persoon' van patiënt van belang is, maar ook de 'persoon' van de professional kan daarbij behulpzaam zijn.

Het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal domein verdient meer aandacht

Uit de interviews kwam naar voren dat er regelmatig geen sprake was van echte samenwerking tussen huisartsenpraktijken en het sociaal domein, en een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid. Het lijkt evident dat de samenwerkingen zichtbaarder moeten zijn: professionals uit beide domeinen moeten structureler bij elkaar over de vloer komen, maar ook in staat gesteld worden om dat te doen. In de interviews waarbij de samenwerking wel een vanzelfsprekendheid was, verliep de verschuiving naar persoonsgericht werken veel soepeler dan bij praktijken waarbij dit minder het geval was. Hierbij lijkt naast bereidheid ook de factor tijd een grote rol te spelen. Veel van onze geïnterviewden voelen zich aardig overbelast. De marge om van anderen te leren, en samen te werken is klein. Ook hier is nog winst te behalen. Dat binnen het IZA meer tijd mogelijk is gemaakt wordt daarbij niet door iedereen als dé oplossing ervaren. Het zit niet alleen in de letterlijke consulttijd, maar met name in de tijd *tussen consulten door*, die nodig is om andere professionals te leren kennen en duurzaam samen te werken en de lijnen kort te krijgen. Tot slot, speelt ook de (onzekere) dynamiek van het sociaal domein een rol. Wanneer er veranderingen van personeel of instanties zijn in het sociaal domein en er is al weinig tijd voor de professional, is het niet vreemd dat er vaak geen duidelijk overzicht bestaat van het beschikbare aanbod. Meer stabiele financiering zou daarbij helpend kunnen zijn. Naar verwachting zal de huidige landelijke uitrol van Welzijn op Recept, stimulerend werken en bijdragen aan een betere samenwerking in de komende jaren.

De (mogelijke) opbrengsten van het brede gesprek dienen beter te worden onderbouwd door onderzoek

Bestaand onderzoek naar de gespreksmodellen heeft diverse positieve resultaten gevonden, zoals het versterken van eigen regie van de patiënt, meer gezondheidswinst, betere domeinoverstijgende samenwerking en lagere zorgkosten. Echter, we constateerden dat dit onderzoek nog beperkt is, waardoor voorzichtigheid is geboden in het doen van stellige uitspraken over de

opbrengsten van het brede gesprek. Het is aan te bevelen om meer effectonderzoek over een langere periode uit te voeren. Daarbij is het belangrijk om de 'patient journeys' goed in kaart te brengen om zodoende beter te begrijpen hoe de brede gespreksmodellen²⁵ en de vervolgstappen die daaruit voortvloeien het eigenaarschap van een patiënt kunnen versterken, en diens welzijn en functioneren kunnen verbeteren. Dergelijk vervolgonderzoek kan het draagvlak onder professionals en andere betrokkenen voor de transitie naar meer persoonsgerichte, samenhangende, continue zorg versterken.

25 In verder onderzoek is ook aandacht nodig voor varianten van de gespreksmodellen. Zo bestaan er voor het Spinnenwebmodel varianten voor verschillende specifieke doelgroepen.



- Alderwick, H., & Dixon, J. (2019). The NHS long term plan. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, l84. <https://doi.org/10.1136/bmj.l84>
- Antonovsky A. Health, stress and coping. San Fransisco: Jossey-Bass; 1979.
- Baar van, J., Bos, N., Kramer, J., Shields-Zeeman, L. (2022). Sociale determinanten van mentale gezondheid. Een kennissynthese. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/het-belang-van-sociale-determinanten-van-mentale-gezondheid/>.
- Bes, J., Heins, M., Weesie, Y., Hout, V. van der, Baarda, E., Knottnerus, B., Hasselaar, J., Overbeek, L., Hek, K., Vanhommerig, J. (2024). Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023. Utrecht: Nivel.
- Beurs de, D., Prins, A., Nielen, M. (2018). Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011 – 2017. Utrecht: Nivel.
- Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, et al Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017; 7:e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chatterjee, H. J., Camic, P. M., Lockyer, B., & Thomson, L. J. (2018). Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health*, 10(2), 97-123.
- Costa, A., Sousa, C.J., Seabra, P.R.C., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., Henriques, A., Nogueira, P., Alarcão, V. (2021). Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review. *Sustainability* 13, 2731.
- Dijk van., C.E., Korevaar, J.C., Jong de, J.D., Koopmans, B., Dijk van, M., & de Bakker, D.H. (2013). Kennisvraag: ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Utrecht: Nivel.
- Grover, S., Sandhu, P., Nijjar, G. S., Percival, A., Chudyk, A. M., Liang, J., ... & Ashe, M. C. (2023). Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. *Public health*, 218, 197-207.
- Hakkaart-van Roijen, L., van Straten, A., Rutten, F., & Donker, M. (2006). Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 323-32
- Heijnders, M., Meijs, J. (2019). Handboek Welzijn op Recept. Zorg en welzijn maken samen het verschil. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Het 4D-model – Overvecht Gezond. (n.d.). <https://www.overvechtgezond.nl/het-4d-model/>
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*; 343(4163): 235–237.
- Huber, M. (2016). Antwoord op 'Gezondheid: een definitie?' van Poiesz, Caris en Lapré. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 94(8), 292–296. <https://doi.org/10.1007/s12508-016-0105-3>

- IPH. (2020). *Wanneer kun je Positieve Gezondheid inzetten?* <https://www.iph.nl/kennisbank/wanneer-kun-je-positieve-gezondheid-inzetten/>
- Kiely, B., Croke, A., O'Shea, M., Boland, F., O'Shea, E., Connolly, D., & Smith, S. M. (2022). Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ open*, 12(10), e062951. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062951>
- Kilgarriff-Foster, A., & O'Cathain, A. (2015). Exploring the components and impact of social prescribing. *Journal of Public Mental Health*, 14(3), 127–134. <https://doi.org/10.1108/jpmh-06-2014-0027>
- Krachtige Basiszorg. (2018). Wat is Krachtige Basiszorg? <https://krachtigebasiszorg.nl/over-krachtige-basiszorg>
- Krachtige Basiszorg. (2023). Nieuws subsidieverlening voor implementatie van ons leerlandschap. https://krachtigebasiszorg.nl/images/downloads/Leerlandschap_Krachtige_Basiszorg_def.pdf
- Lee, H., Koh, S. B., Jo, H. S., Lee, T. H., Nam, H. K., Zhao, B., Lim, S., Lim, J. A., Lee, H. H., Hwang, Y. S., Kim, D. H., & Nam, E. W. (2023). Global Trends in Social Prescribing: Web-Based Crawling Approach. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e46537. <https://doi.org/10.2196/46537>
- Leemrijse, C., de Bakker, D., & Schoenmakers, T. (2016). *Theoretische onderbouwing van de 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht.*
- Leemrijse, C. & Korevaar, J. (2021). *Krachtige Basiszorg breed geïmplementeerd: ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken.*
- Lemmen, C. H. C., Yaron, G., Gifford, R., & Spreeuwenberg, M. D. (2021). Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. *BMC Family Practice*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01509-6>
- Lemmens, L., Beijer, M., de Bekker, A., & de Klijne, A. (2022). *Het toepassen van brede gezondheidsconcepten: inspirerend en uitdagend voor de praktijk. Ervaringen uit drie regio's* (p. 44). <https://www.rivm.nl/publicaties/toepassen-van-brede-gezondheidsconcepten-inspirerend-en-uitdagend-voor-praktijk>
- LHV (2017). Peiling van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over GGZ
- Magnée, T., Sinnema, H., van Weelderen, G., Nuijen, J., & Kenter, A. (2020). Hoe denken poh'sggz over hun werk? *Huisarts En Wetenschap*, 63(5), 34–41. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0571-3>
- Meijers, M.C., Noordman, J., Spreeuwenberg, P., olde Hartman, T.C., Dulmen, S. van. Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 and 2015. *Family Practice*, 2019, 36, 3, p. 357-364
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Visie eerstelijnszorg 2030*. Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/01/26/visie-eerstelijnszorg-2030>
- Mossabir, R., Morris, R., Kennedy, A., Blickem, C., & Rogers, A. (2015). A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions. *Health & social care in the community*, 23(5), 467-484.
- Muhl C, Mulligan K, Bayoumi I, et al Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study *BMJ Open* 2023;**13**:e070184. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070184

- Napierala, H., Krüger, K., Kuschick, D., Heintze, C., Herrmann, W. J., & Holzinger, F. (2022). Social Prescribing: Systematic Review of the Effectiveness of Psychosocial Community Referral Interventions in Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 22(3), 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.6472>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Monitor Toegankelijkheid van Zorg - 30 maart 2023. Utrecht: NZa. Monitor Toegankelijkheid van Zorg - 30 maart 2023 - Nederlandse Zorgautoriteit
- Nuijen, J., Doesum van, T., Bon-Martens van, M. (2021). Landelijke Monitor Depressie. Eerste peiling: trends tot en met 2019. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nuijen, J., Kenter, A., & Ringoir, L. (2021). Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/12/AF1936-Organisatie-en>
- Percival, A., Newton, C., Mulligan, K., Petrella, R. J., & Ashe, M. C. (2022). Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Family medicine and community health*, 10 (Suppl 1).
- Peschery, J.V., Pappas, Y. & Randhawa, G. (2018). Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Services Research* 18, 86. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>
- Pomp, M (2023). Welzijn op recept. Effecten op zorggebruik en zorguitgaven.
- Rijksoverheid (2022). Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl
- Rijksoverheid (2023). *Gezond en Actief Leven Akkoord*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>
- Rijnders, P., & Heene, E. (2015a). Het KOP-model: een generalistische richtlijn voor de Basis GGZ. *GZ - Psychologie*, 7(5), 26–29. <https://doi.org/10.1007/s41480-015-0042-9>
- Rijnders, P., & Heene, E. (2015b). Het KOP-model: een manier van denken, kijken en werken. *Directieve Therapie*, 35(1), 15-64. <https://www.directievetherapie.nl/artikelen/jaargang35/het-kop-model-35-1-4/>
- Rijnders, P., Heene, E., Van Dijk, M., Van Straten, A., Hutschemaekers, G., & Verbraak, M. (2016). A guided self-help intervention in primary care to improve coping and mental health. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(2).
- Rinogroep. (2024). Het KOP-model: kortdurende behandeling binnen de generalistische basis-ggz en POH-GGZ. <https://www.rinogroep.nl/opleiding/6523/het-kop-model-kortdurende-behandeling-binnen-de-generalistische-basis-ggz-en-poh-ggz.html>
- Skipr. (2022). Uitbreiding van Krachtige Basiszorg in Amsterdam. <https://www.skipr.nl/nieuws/uitbreiding-van-krachtige-basiszorg-in-amsterdam/>
- Starmans, R., Rijnders, P., & Cox, M. (2018). *Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten*. <https://www.henw.org/artikelen/methodisch-werken-met-het-kop-model-bij-psychische-klachten#:~:text=>
- Tanner, L. M., Wildman, J. M., Stoniute, A., Still, M., Bernard, K., Green, R., Eastaugh, C. H., Thomson, K. H., & Sowden, S. (2023). Non-pharmaceutical primary care interventions to improve mental health in deprived populations: a systematic review. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 73(729), e242–e248. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0343>

- ten Have, M., Tuithof, M., van Dorselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Tierney, S., Wong, G., Roberts, N., Boylan, A.-M., Park, S., Abrams, R., Reeve, J., Williams, V., & Mahtani, K. R. (2020). Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. *BMC Medicine*, 18(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1510-7>
- Van Dijk, E., Korevaar, C., de Jong, J. D., Koopmans, B., Van Dijk, M., & de Bakker, D. H. (2013). *Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijns zorg*. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Nivel_Kennisvraag_Substitutie_definitief_webversie.pdf
- Van Straten, A., J., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen W. A. & Donker, M.C.H. (2006). Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 468–476. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00731.x>
- Van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). Positieve gezondheid in Nederland. Wie, wat, hoe, waar en waarom? *Rapport in Opdracht van ZonMw*, 1–89.
- Van Vliet, M., Doornenbal, B. M., Boerema, S., & van den Akker-van Marle, E. M. (2021). Development and psychometric evaluation of a Positive Health measurement scale: a factor analysis study based on a Dutch population. *BMJ open*, 11(2), e040816. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040816>
- Vidovic, D., Reinhardt, G. Y., & Hammerton, C. (2021). Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5276.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057.
- Zorg en Zekerheid. (2022). *Onderzoek bewijst waarde Positieve Gezondheidsgesprek*. <https://www.zorgenzekerheid.nl/over-ons/pers/persbericht/onderzoek-bewijst-waarde-positieve-gezondheidsgesprek.htm>

Bijlagen



I. Topiclijst voor de huisartsen/POH's die een gespreksmodel inzetten



Context

1. Waarom kiezen jullie voor het "brede" gesprek en hoe is de keuze voor de gesprekstechniek tot stand gekomen?
 - a. Zijn jullie krachtige basiszorg en/of welzijn op recept? – is dat ook de reden om de gesprekstechniek in te zetten.....
 - b. Hebben jullie ook ervaring met andere gesprekstechnieken (spinnenweb en KOP-model)
2. Hoe ziet het gebruik van de gesprekstechniek er uit in de praktijk?
 - a. Is er een bepaald beleid over het inzetten van de gesprekstechniek?
 - b. Bij wie zetten jullie dit over het algemeen in?
 - c. Is er een voorbeeld – er komt een patiënt binnen met psychosociale problematiek/klachten en wat gebeurt er dan?

Ervaringen met het inzetten/gebruik

1. Wat zijn de voordelen om deze gesprekstechniek in te zetten? (eigen ervaring/algemeen beeld)
2. Zijn er ook nadelen of uitdagingen bij het inzetten van deze gesprekstechniek? (eigen ervaring/algemeen beeld)
3. Wanneer wordt de gesprekstechniek ingezet door de huisarts, en wanneer door de POH-ggz? Bestaan hierin verschillen tussen de huisarts en de POH-ggz, en zo ja, welke?
4. Wat is er voor nodig om de inzet van de gesprekstechniek goed uit te voeren?
 - a. Welke kennis en vaardigheden heeft een huisarts of POH-ggz nodig?
 - b. Welke andere randvoorwaarden zijn er om de gesprekstechniek effectief in te kunnen zetten (kwaliteit te kunnen waarborgen)? (tijd/geld/samenwerking met sociaal domein)
5. Wanneer in het hulptraject in de huisartsenpraktijk kan de gesprekstechniek het beste worden ingezet?
 - a. Wordt het tijdens één of meerdere consulten met een patiënt ingezet?
6. Wat zie je bij een patiënt gebeuren als deze gesprekstechniek wordt ingezet?
 - a. (wordt er meer eigenaarschap genomen/shared-decision making/regie nemen)

PAUZE

Doelgroep (voor wie werkt het goed)

1. Bij welke patiënten past de gesprekstechniek goed of juist minder goed?
 - a. Spelen patiëntkenmerken zoals klachtenbeeld, opleiding, sociaaleconomische status, migratieachtergrond, etc. hierbij een rol?
 - b. Is er bepaalde kennis/zijn er bepaalde vaardigheden/mindset vereist vanuit de patiënt om de gesprekstechniek effectief in te kunnen zetten?
 - c. Zijn er patiënten die minder openstaan voor het voeren van het brede gesprek met de gesprekstechniek? Zo ja, waarom? Bijv. omdat een patiënt in de maakbaarheidsgedachte gelooft, en wil dat zijn klacht/probleem snel is opgelost?
Verwijzing/handelingperspectief
2. Uit welke verwijzsmogelijkheden en handelingperspectief kunnen jullie kiezen wanneer de gesprekstechniek wordt toegepast en hoe ziet dit er in de praktijk daadwerkelijk uit?
 - a. Hebben jullie voorbeelden dat het inzetten van de gesprekstechniek leidde tot een oplossing voor de patiënt?
 - Wanneer bleek dit lastig of niet het geval?

Concluderende vraag

- Is de gesprekstechniek toereikend om patiënten te helpen?
 - Zo nee, wat mist er?

Reflectieve vraag

- Hoe ervaren jullie het om op een andere manier te denken over gezondheid? De bredere vorm, heb je het gevoel dat je er genoeg kennis over hebt (kennis over belang sociaal economische factoren, voelt het als onderdeel van jullie rol (buiten het medisch domein denken).

Eventueel

- Wat is de ervaring ten opzichte van de andere twee gesprekstechnieken?

II. Topiclijst voor de huisartsen/POH's die geen gespreksmodel inzetten



1. Heeft u kennis over de gesprekstechniek? Zo ja, waar heeft u die kennis opgedaan?
2. Hoe denkt u over de gesprekstechniek?
3. Welke redenen heeft u om de gesprekstechniek niet te gebruiken in de dagelijkse praktijk?
 - a. In mijn reguliere gespreksvoering voorzie ik op een andere wijze in het voeren van het "brede" gesprek.
 - b. Praktische bezwaren zoals onvoldoende tijd.
 - c. Inhoudelijke bezwaren t.a.v. de gesprekstechniek (bijvoorbeeld: gesprekstechniek deugt niet, of is niet bruikbaar of effectief / geen zinnige toevoeging).
 - d. Niet passend bij mijn rol/taak.
 - e. Te weinig kennis en vaardigheden.
 - f. Te weinig (effectieve) doorverwijsopties.
 - g. Moe van "hypes"
 - h. Anders.

N.B. Bij elke genoemde reden doorvragen, zodat een voldoende duidelijk beeld ontstaat.

4. Onder welke voorwaarden zou u de gesprekstechniek wel toepassen?
5. Bent u bekend met andere gesprekstechnieken die gericht zijn op het voeren van het "bredere" gesprek? Zo ja, welke?
6. Als het blijkt dat er "ander gesprek" nodig is met de patiënt, hoe doe je dat dan?
7. Gebruikt u een andere gesprekstechniek? Zo ja, waarom en wat zijn uw ervaringen hiermee?
8. Hoe kijkt u aan tegen het bredere gesprek voeren als onderdeel van het huisartsenschap?
9. Heeft u nog andere punten die u naar voren wilt brengen hierover?

III. Topiclijst voor de patiënt interviews



Ervaringen en kennis met/over [model]

1. Hoe ben je met het [model] in aanraking gekomen?
2. Hoe heb je het werken met het [model] ervaren?
3. Met wie heb je met het [model] gewerkt?
4. Was het helder waarom je huisarts of POH met het [model] wilde werken?
5. Het [model] bestaat uit [uitleg model]. Was het duidelijk wat hiermee bedoeld wordt?
6. Heb je het zelf ingevuld of heeft iemand daarbij geholpen?
7. Wat vond je van het invullen? (lang, kort, moeilijk, makkelijk)
8. Zette het je aan het denken? Zo ja, waarom en waarover? Waren er specifieke dimensies die je aan het denken zetten?
9. Heb je zelf kunnen aangeven waar je over wilde verder praten met de huisarts/poh? Kon je voor je gevoel alles kwijt? En dat je gehoord werd?
10. Hoe vaak ben je langs geweest bij de huisarts om over het [model] te praten?
11. Welke vervolgacties zijn er uit voortgekomen?
 - a. Heb je hulp gekregen? Bij wie?
 - b. Ging je zelf aan de slag met iets?
12. Hoe is de keuze voor die vervolgactie tot stand gekomen?
 - a. Arts heeft beslist
 - b. Patiënt heeft beslist
 - c. Samen beslist
13. Hoe heb je de vervolgactie ervaren?
14. Heb je het gevoel dat je zelf aan het roer stond? Dat je richting kon geven aan het werken aan de oplossing?
15. Is er iets veranderd in jouw klachten? Ben je anders naar je ingangsklacht gaan kijken?
16. Wat vond je van de manier waarop de huisarts/POH-ggz jou tijdens het hele proces van het werken met het [model] begeleid heeft? Wat vond je goed/fijn? Wat had de huisarts beter of anders kunnen doen?
17. Wat kan je als patiënt doen om zoveel mogelijk voordeel te hebben bij het [model]?

Concluderende vraag:

Hoe denk je over dit instrument? Wat voor cijfer geef je het [model]? (doorvragen waarom cijfer)

IV. Korte vragenlijst voor huisarts/POH-ggz voorafgaand aan het interview



Korte vragenlijst huisarts voorafgaand aan de focusgroep (LimeSurvey en geprinte versie)

Doel: zicht krijgen op achtergrond deelnemende huisartsen

1. Hoe lang bent u werkzaam als huisarts?
2. Wat is uw functie (meerdere antwoorden mogelijk)
 - a. Zelfstandig gevestigd huisarts (praktijkhouder)
 - b. Praktijkhouder in loondienst van een gezondheidscentrum, stichting of een andere organisatie
 - c. HIDHA (huisarts in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts, die wordt betaald via een loondienstverband)
 - d. Vaste waarnemer (huisarts die voor een langere periode in een of meer vaste praktijken werkt ter vervanging van de zelfstandig gevestigde huisarts)
 - e. Wisselende waarnemer (huisarts die voor een kortere periode voor wisselende praktijken werkt ter vervanging van een zelfstandig gevestigde huisarts)
3. Hoeveel uur per week bent u werkzaam als huisarts?
4. In wat voor praktijk(en) bent u werkzaam (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - a. Solopraktijk
 - b. Duopraktijk
 - c. Groepspraktijk
5. Werkt u in een Welzijn op Recept praktijk?
6. Welke gesprekstechniek(en) zet u in in de praktijk?
 - a. 4D-model
 - b. Spinnenwebmodel
 - c. KOP-model
7. Hoe vaak per maand zet u de gesprekstechniek(en) in?

Korte vragenlijst POH voorafgaand aan de focusgroep (LimeSurvey en geprinte versie)

Doel: zicht krijgen op achtergrond deelnemende POH's

1. Wat is uw beroepsachtergrond?
 - a. Psychologie (Msc)
 - b. Verpleegkunde (Bachelor of Nursing)
 - c. Sociaal pedagogische hulpverlening (Bachelor Social work) met differentiatie ggz
 - d. Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
 - e. Verpleegkundig Specialist GGZ
 - f. HBO Toegepaste Psychologie
 - g. HBO-B Verpleegkunde
 - h. Orthopedagogiek (Msc)
 - i. Anders, namelijk:

2. Heeft u een aanvullende Post-HBO opleiding tot POH-ggz gevolgd?
 - a. Ja, met diploma
 - b. Ja, maar geen diploma
 - c. Nog bezig
 - d. Nee
3. Hoe lang bent u werkzaam als POH-ggz?
4. Indien u voor uw functie als POH-ggz al werkzaam was als professional die hulp biedt aan patiënten met psychische of psychosociale problemen: hoe lang bent u werkzaam op deze manier (inclusief de jaren als POH-ggz)?
5. Werkt u in een Welzijn op Recept praktijk?
6. Welke gesprekstechniek(en) zet u in in de praktijk?
 - a. 4D-model
 - b. Spinnenwebmodel
 - c. KOP-model
7. Hoe vaak per maand zet u de gesprekstechniek(en) in?

