

Samen aan zet in zorg

Dialogoogmodel voor attent samenspel in de
zorg bij ingrijpende medische vraagstukken



George Westermann & Jac Maurer



zuyderland



© copyright: George Westermann & Jac Maurer (2017 en 2019)

Auteurs: George Westermann & Jac Maurer

Illustratie(s) © copyright: George Westermann & Jac Maurer (2007)

Vormgeving & productie: Pascale Mali, Communicatie & Marketing Zuyderland
Eerste druk: oktober 2017 Stichting Zuyderland Medisch Centrum te Heerlen & Sittard-Geleen

De toepassing van het Dialoogmodel binnen Zuyderland wordt binnen de periode 01 juli 2017 t/m 30 juni 2019 mede mogelijk gemaakt door subsidie vanuit het Zorginstituut Nederland. In het kader van de doelstelling van dit project is deze publicatie uitgegeven, bestemd en beschikbaar voor eenieder, om niet. Gebruik van deze uitgave is derhalve toegestaan, mits op gepaste wijze en met vermelding van de oorspronkelijke bron.



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	6
Voor wie is dit boekje bedoeld?	7
Het belang van samen werken	9
Samen regelen	9
Complexe samenhang van oorzaken en gevolgen	10
Wie is aan zet?	11
Denken, voelen en verwoorden en hoe stress een rol speelt hierbij	12
De relatie als basis voor goede zorg	12
Passende rol- en taakverdeling	13
Kiezen met hart of hoofd?	14
Van begrijpen naar doen	14
De kracht van taal en verhalen	15
Passende zorg in theorie	16
Vignettes	18
Illustratie van het Dialoogmodel in de medische praktijk	18
De situatie van mevrouw Alders die kanker heeft	21
De heren Berendsen, Claassen en Draaisma hebben een hartinfarct doorstaan	23
Meneer Evers heeft een CVA doorgemaakt	26
Franka heeft sinds kort diabetes	27
Mevrouw Gerards heeft onbegrepen lichamelijke klachten	30
Tot slot	33
Het begrip gezondheid	33
Dialoog	33
Referenties	33



Voorwoord

Gezamenlijke besluitvorming, patiëntenparticipatie en evidence based practice zijn de laatste tijd veel gehoorde kreten in de gezondheidszorg. De raad voor Volksgezondheid en Samenleving gooide onlangs nog de knuppel in het hoenderhok door onterecht te beweren dat evidence-based practice in de zorg een illusie is. Terecht wijst deze erop dat er meer aandacht moet zijn voor de context, in plaats van alleen het wetenschappelijk bewijs. Dit zijn strikt genomen geen recente inzichten, immers reeds in 1993 wees het Picker Institute in het boek 'Through the patient's eyes' op het belang van patiëntenperspectief, een goede relatie en communicatie met de patient en het betrekken van de sociale context, als essentiële ingrediënten van patiëntgecentreerde zorg.

Hoewel het lijkt alsof iedereen ermee bezig is, valt de implementatie en integratie van gezamenlijke besluitvorming en patiëntenparticipatie in de dagelijkse praktijk echter tegen. Hiervoor zijn diverse factoren aan te wijzen, een hiervan is dat zorgverleners te weinig goede handvatten hebben om hen hierin te ondersteunen. Zo zijn bestaande keuzehulpen vaak ziektespecifiek en hebben ze over het algemeen weinig aandacht voor de context van de patiënt.

Het Dialoogmodel van George Westermann en Jac Maurer geeft de zorgprofessional inzichtelijke handvatten om patiënten op een integratieve wijze te ondersteunen. Het geeft op een elegante en beeldende wijze handen en voeten aan het concept 'positieve gezondheid'. Door de visualisatie van de interactie tussen patiënt, hun omgeving en andere relevante factoren, krijgen patiënten inzicht in hun eigen problematiek en worden ze ondersteund in zelfmanagement. Een beeld zegt immers meer dan duizend woorden.

De zorgprofessional wordt gewezen op het belang van hun veranderende en flexibele rol als zorgprofessional: was het vroeger met name die van de alwetende geneesheer, tegenwoordig is het juist de wisselende rol van de coach die de patiënt helpt een goede keuze te maken.

Terecht wijzen de auteurs op het belang van een goede relatie met de patiënt, een passende regiefunctie die aansluit bij het coping mechanisme van de patiënt en een dialoog, in plaats van een monoloog. Hun voorstel om van de spreekkamer een dialoogkamer te maken verdient dan ook zeker navolging. In dit boekje wordt treffend geïllustreerd hoe het Dialoogmodel via visualisatie en beeldend taalgebruik, zowel aan zorgverleners als patiënten, inzicht geeft in de problematiek van de patiënt. Hoewel het Dialoogmodel oorspronkelijk ontwikkeld is in de psychiatrische hulpverlening is het goed toepasbaar

in de meer somatisch georiënteerde zorg: het Dialoogmodel geeft ons juist op een heldere wijze inzicht in de interactie tussen somatiek, sociale context en psyche. Het Dialoogmodel is een praktische, praktijkgerichte tool om gezamenlijke besluitvorming op een patiëntgecentreerde wijze toe te passen en is daarom een aanwinst voor de dagelijkse praktijk.

*Asiong Jie,
Hematoloog Zuyderland MC en
Lector Patiëntgecentreerde zorg, Zuyd Hogeschool*

Inleiding

Patiënten geven *vertrouwen* aan dat het in de spreekkamer vaak blijft bij het uitvragen van allerlei gegevens. Het risico is groot dat zodoende veel essentiële kennis en kunde van patiënten nauwelijks wordt benut. Zij voelen zich minder goed gehoord en geholpen, geven vanuit beleefdheid of overdondering de indruk het eens te zijn met het voorgestelde beleid en slaan adviezen vervolgens regelmatig in de wind of voelen zich er achteraf ontevreden of zelfs ongelukkig over. Lang niet altijd wordt een voorgeschreven behandeling trouw uitgevoerd. Vaak wordt bij de behandeling ook van patiënten een actieve inzet gevraagd. Het gaat dikwijls om verandering van gedrag (stoppen met roken, meer bewegen etc.) en dat is uiterst lastig. Veranderen van gewoonten die gezondheid en welzijn bevorderen, lukt eerder als mensen een goede band ervaren met hun zorgverlener, vrouwen in hem hebben en de adviezen hun gevoel bevordert van bekwaam en zelfstandig zijn. Een goed contact is voorwaarde om tegemoet te komen aan deze basale psychologische behoeften. Over deze aspecten gaat dit boekje en over een methodiek, Dialoogmodel genaamd, die betrokkenen ondersteunt in de gezamenlijke zoektocht naar passende zorg.



Over de auteurs

Jac Maurer (links op de foto) en George Westermann zijn de ontwerpers en ontwikkelaars van het Dialoogmodel en bieden scholing aan gezondheidszorgprofessionals in deze methodiek (dialoogmodel.nl).

Jac Maurer heeft als klinisch psycholoog/psychotherapeut gewerkt op psychiatrische afdelingen volwassen-, kinder- en jeugdzorg, zowel klinisch als poliklinisch. Daarbij was hij lid van wetenschapscommissies, vervulde de rol van P-opleider en was als redacteur verbonden aan het Tijdschrift voor Psychotherapie. Hij heeft meerdere publicaties in boeken en in vaktijdschriften op zijn naam staan.

George Westermann is kinder- en jeugdpsychiater/psycho-therapeut en tevens opleider kinder- en jeugdpsychiatrie en medisch manager van Zuyderland GGz. Hij is internationaal wetenschappelijk actief op het gebied van shared decision making. Als redacteur was hij verbonden aan Kind & Adolescent Praktijk en Psyfar. Met regelmaat publiceert hij en verzorgt hij voordrachten op congressen en symposia.

Voor wie is dit boekje bedoeld?

Dit boekje is bedoeld voor professionals die op zoek zijn naar een handzaam hulpmiddel voor onderlinge afstemming, samenwerking en overeenstemming bij vaak niet eenduidige, zogenaamde 'open' zorgvraagstukken en -processen. Een hulpmiddel dat samen beslissen over en samen werken aan zorg ondersteunt en vergemakkelijkt. Bij alle afwegingen rond complexe zorg is niet alleen aandacht nodig voor de ziekteverschijnselen, maar ook voor de patiënt als persoon en voor diens specifieke context. Een recent rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving stelt dat goede zorg slechts mogelijk is door het betrekken van de context⁽¹⁾. Dit boekje introduceert een methodiek, Dialoogmodel genaamd, die een gezamenlijke, geïntegreerde, biopsychosociale benadering in de praktijk bevordert.

**Dialoogmodel:
hulpmiddel dat
samen beslissen over
en samen werken aan
zorg ondersteunt en
vergemakkelijkt**

De methodiek is ontwikkeld in de jeugd-GGz en in dit werkveld ook wetenschappelijk onderzocht^(2,3,4). Zorgverleners geven tegenwoordig ook specifiek aandacht aan positieve aspecten van patiënten en hun directe omgeving⁽⁵⁾. Een dergelijke benadering maakt integraal deel uit van deze methodiek. Het Dialoogmodel maakt het kortgezegd voor professionals, patiënten en hun naasten, gemakkelijker om overzicht en inzicht te verwerven in de unieke persoonlijke situatie. Het helpt de patiënt om aan bod te laten komen wat er voor hem echt toe doet en de professional om hierop inspeland zijn onderzoek, bevindingen, opvattingen en adviezen duidelijk te maken. Zo kan men samen tot gedeelde conclusies en afspraken komen en uitzicht genereren gestoeld op hoop en vertrouwen. Zie dit boekje als een eerste kennismaking. Voor wie zorg biedt aan mensen met ingrijpende, complexe aandoeningen en zich verder wil verdiepen en bekwamen in de methodiek, is een korte scholing beschikbaar.

In de algemene gezondheidszorg (bij de huisarts, in het ziekenhuis, de revalidatiekliniek en het verpleeghuis) zijn door medisch-technische vooruitgang en toenemende vergrijzing meervoudig-complexe gezondheidsvraagstukken steeds meer aan de orde. Afstemming van het zorgaanbod op de persoonlijke behoeften, waarden en voorkeuren van patiënten en hun naasten is nodig, maar vaak geen gemakkelijke opgave.

Afstemming is niet altijd nodig en soms is het niet eens mogelijk. Bij een levensbedreigende, acute ontregeling dient zo snel mogelijk te worden gehandeld. Als een probleem duidelijk en eenduidig is, noemen wij dit een 'gesloten' probleem. Deze problemen staan op zichzelf en over de



aanpak ervan is meestal weinig discussie. Meestal vragen ze dat de professionals actief optreden en zelf hoeft of kan de patiënt aan de ingreep niet direct iets bijdragen. Dit kan variëren van reanimatie bij acuut hartfalen tot het weghalen van een onschuldig knobbeltje. Over deze gezondheidsproblemen gaat dit boekje niet.

George Westermann & Jac Maurer
september 2017 / 2019

Het belang van samenwerken

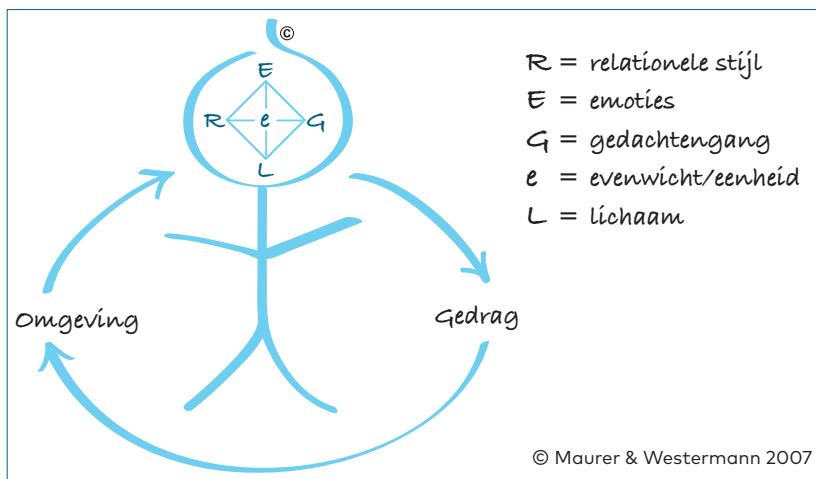
Samen regelen

Onze grondgedachte over hoe het ons mensen vergaat, is als volgt. Ons gedrag heeft te maken met hoe wij en onze omgeving op elkaar reageren (*de pijlencirkel in figuur 1*), hoe het lichamelijk (L) met ons gaat, hoe onze relationele stijl (R) is te kenmerken, welke emoties (E) en gedachten (G) spelen en hoe deze kanten van onszelf als persoon al of niet als eenheid in evenwicht (e) zijn. Deze kanten van ons, gesymboliseerd door de letters R, E, G en L vormen samen met de letter 'e' als ezelsbruggetje het letterwoord: REGeL. Tezamen geeft het ons 'regelprofiel' weer. Met deze vier kanten REGeLt ieder mens als het ware zijn gedrag. In Dialoogmodeltaal spreken wij over: wat krijg ik nog zelf geregeld en wat niet? Op welke wijze ben ik ontregeld? Is het evenwicht in mij of tussen mij en mijn omgeving zoek? Wat is nodig om het samen weer goed geregeld te krijgen? Op welke wijze kan ik zelf mijn helpende kanten inzetten om de hinderende factoren te ondervangen? Hoe kan tijdelijk (bijvoorbeeld door naasten, mantelzorgers of professionals) worden meegeregeld? Dit is Dialoogmodeltaal, die onze patiënten erg waarderen vanwege het begrijpelijke, neutrale en opbouwende karakter.

'Regelen' staat voor veel begrippen, zoals reguleren, organiseren, controleren, zorgen dat iets goed verloopt, in orde maken, vaststellen, tot een besluit of oplossing komen en onderhandelen. Het is een neutrale, niet stigmatiserende term, die in het contact tussen patiënten en professionals vrijwel altijd als duidelijk en constructief wordt ervaren. Door samen vast te stellen wat alle betrokken wel en niet kunnen regelen, blijven de eigen krachten en het aandeel van de hulpvragers en hun naaste omgeving letterlijk in beeld.

Letterlijk, omdat we tijdens het gesprek, de dialoog de gezamenlijke bevindingen en opvattingen visualiseren. Dit plaatje (*zie figuur 1*) zullen we in volgende paragrafen verder toelichten. Het op dit moment in de belangstelling staande positieve gezondheids- en herstelgerichte zorgverleningsgedachtegoed is in het Dialoogmodel intrinsiek verankerd. Duidelijk blijft wie waarover de regie voert, wie zich voor wat verantwoordelijk voelt en waar ieders grenzen aan regelmogelijkheden liggen.

Onze hoofdgedachte sluit aan bij de bekende aspecten van het integratieve biopsychosociaal model, in de jaren zeventig van de vorige eeuw geïntroduceerd door George Engel⁽⁶⁾. Het biedt een integratief kader voor zowel patiënt als professional. De behoefte bij patiënten en ons zelf aan een hulpmiddel dat evenwichtige inbreng en samenwerking versterkt, heeft ons aangezet om het Dialoogmodel te ontwikkelen, zie dialoogmodel.nl



Figuur 1: het visualisatie hulpmiddel van het Dialoogmodel dat als verbindend perspectief wordt gebruikt bij advies- en evaluatiemomenten.

Complexe samenhang van oorzaken en gevolgen

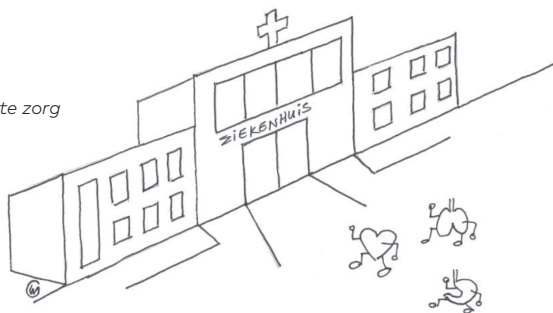
Complexe en chronische gezondheidsproblemen hebben maar zelden één oorzaak en vaak is sprake van meerdere aandoeningen die elkaar beïnvloeden. Ook zijn omgevingsfactoren van invloed op hoe het met iemand gaat. De mogelijke oorzaken en ziektes zijn vaak niet meer te ontwarren. Lichamelijke klachten kunnen elkaar versterken en kunnen ook tot psychische en/of sociale klachten aanleiding geven. Dagelijkse sociale of studie/werk gerelateerde problemen kunnen psychische klachten geven die zich lichamelijk uiten enzovoorts. Zo zijn meer verbanden te noemen. Mensen maken wel vaak onderscheid tussen geest en lichaam, maar weten eigenlijk ook wel dat deze scheiding niet strookt met de werkelijkheid. Ook is bekend dat de leefomgeving en leefomstandigheden invloed hebben op gezondheid en welbevinden en vice versa.

Het op hoofdlijnen proberen te begrijpen van deze onderlinge afhankelijkheden en beïnvloeding, helpt bij het samen kunnen plaatsen van samengestelde problemen. Wij spreken met opzet van 'plaatsen' en niet van 'verklaren', omdat, zoals gezegd, dé oorzaak vaak niet meer is te achterhalen of één bepaalde ziekte niet alles verklaart.

Wij weten dat bij een derde van de mensen die in het ziekenhuis worden behandeld voor een of meer lichamelijke aandoeningen specialistische psychosociale hulp op zijn plaats zou zijn. Goede afstemming tussen de medische- en overige hulpverlening is dan ook van groot belang.

Zo blijkt bijvoorbeeld minstens een kwart van de mensen, die in behandeling zijn voor kanker, in de loop der tijd kampen met angst- en depressieve klachten, waarvoor zij professionele hulp nodig hebben. Voor deze klachten is overigens dikwijls weinig aandacht en het is voor betrokkenen vaak een hele zoektocht om bij de juiste professional terecht te komen. Dat zou anders kunnen zijn als al in een vroeg stadium breder wordt gekeken en persoonlijke omstandigheden structureler worden meegenomen in het doorzien en overzien van wat speelt⁽⁷⁾. Een hart, een long of welk orgaan dan ook wandelt zelden zelf het ziekenhuis binnen. Meestal zit er een persoon omheen en leeft die persoon binnen een eigen context (zie figuur 2). Veel professionals kampen met de moeilijke opdracht om binnen de mogelijkheden aan al deze aspecten aandacht te schenken.

Figuur 2: orgaangerichte zorg



Wie is aan zet?

Bij acute, goed omschreven gezondheidsproblemen en bij duidelijke voorkeursbehandelingen is dus vooral de professional aan zet en de patiënt vooral ontvanger van de geboden zorg. In overige situaties, waarbij meerdere diagnostische en/of therapeutische opties bestaan en ook onzekerheid speelt, is afstemming, overeenstemming en samenwerking tussen professionals en patiënten (en hun naasten) nodig en wordt vaak van allen een actieve inzet verlangd. Als het lukt om samen overzicht en inzicht te verkrijgen in de problematiek en de mogelijkheden, dan is de volgende stap, om de focus van zorg met concrete doelen overeen te komen, beter te zetten. Daarna volgt het samen vaststellen van de meest passende benadering om vervolgens gezamenlijk aan de slag te kunnen gaan.

Dit klinkt logisch, maar blijkt in de praktijk niet zo gemakkelijk. Samen tot goede, passende keuzes komen, is een ingewikkeld proces. Gezondheid is meer dan niet-ziek zijn. Het draait tevens om persoonlijk gevoel van welzijn en kwaliteit van leven. Cultuur, levensfase, context, geloof en ethiek spelen mee bij de invulling hiervan. Keuzes maken vraagt niet alleen om gezond verstand.



Informatie-uitwisseling, denken, voelen, onderlinge omgang en doen, zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en behoeven aandacht om tot effectieve besluitvorming te komen. Te weinig vertrouwen, te veel stress, teveel, te weinig of te ingewikkelde informatie, het zijn allemaal met elkaar samenhangende, mogelijk belemmerende factoren. Juist omdat het een het ander beïnvloedt, vraagt samen beslissen over zorg en het samen uitvoeren ervan respectvol samenspel. Hoe meer wij rekening houden met die onderlinge afhankelijkheden en beïnvloeding, des te effectiever alle inspanningen zullen zijn. Het is aan de professional om hier de voorwaarden voor te creëren.

Samen tot goede, passende keuzes komen, is een ingewikkeld proces. Gezondheid is meer dan niet-ziek zijn

Denken, voelen en verwoorden en hoe stress een rol speelt hierbij

Een niet te onderschatten probleem bij het delen van informatie is het feit dat veel patiënten gespannen zijn bij een bezoek aan een arts of andere professional. Patiënten kunnen hun ideeën en opvattingen niet altijd gemakkelijk verwoorden en hebben een wisselend reflectief vermogen. Zij hebben lang niet altijd zicht op zichzelf en hun omstandigheden. Niet iedereen is gewend om stil te staan bij emoties, eigen waarden of voorkeuren. Ook komt essentiële informatie niet per definitie meteen op tafel. Als sprake is van onzekerheid, schaamte of schuldgevoel, kortom hoge stress, is dit nog moeilijker. De lezer zal dit vast bij zichzelf herkennen. Wij komen als we gespannen zijn, ook vaak minder goed uit onze woorden.

Voldoende vermindering van stress is dus een essentiële voorwaarde voor het samen kunnen delen van informatie. Goed luisteren, nadenken en reageren, lukt gewoon niet voldoende bij een hoog spanningsniveau. Veel herstelprocessen, zoals wondgenezing, verlopen beter als stress afneemt. Ons afweersysteem bijvoorbeeld is ook gevoelig voor stress. Als de ander oog en oor heeft voor deze stress en hier met gevoel ofwel empathisch op reageert, neemt die spanning af. Alle reden voor professionals om zich vanaf het eerste moment in te zetten voor het tot stand brengen een vertrouwensvolle relatie. Als het goed is 'ademen' de hele zorgomgeving en alle betrokkenen dit streven. Aandacht en tijd zijn hierbij essentieel.

De relatie als basis voor goede zorg

Voor ons staat of valt gedeelde besluitvorming en gezamenlijke uitvoering van zorg zoals gezegd met de kwaliteit van de onderlinge affectieve (werk)relatie. Wij kennen een prominente rol toe aan de zogeheten R-factor. De letter R staat hier voor 'relatie'. Dit komt tot uitdrukking in de manier waarop de professional zich opstelt, zijn attitude, rolopvatting, en woordgebruik. Ook het bijbehorende



visualisatiehulpmiddel van het Dialoogmodel biedt plaats aan wat wij de 'relationele stijl' noemen (*de R in figuur 1*). Met de relationele stijl bedoelen wij de manier waarop iemand gewoonlijk met anderen (en ook met zichzelf) omgaat. We hebben allemaal een persoonlijke omgangsstijl. Voorbeelden zijn: helpend, afhankelijk of (zelf)bepalend enzovoorts. Als in de zorg de professional aansluit op de relationele stijl van de patiënt, dan zal de samenwerking beter verlopen. Omdat patiënten verschillen in hun relationele stijl zal de rol voor de professional wisselend die van adviseur, meedenker, gids of coach en ook die van voorschrijvend expert zijn. Ook kan de relationele stijl tijdens een zorgtraject variëren. Door ziekte bijvoorbeeld, kan een assertief iemand in afhankelijkheid vervallen. Laten wij benadrukken dat wisselen van rol en stijl niet betekent dat hiermee professionaliteit in het gedrang komt. De professionele kennis en kunde komen door een goede aansluiting juist optimaal tot hun recht.

Passende rol- en taakverdeling

Patiënten krijgen tegenwoordig een actievare rol in de zorg toebedeeld.⁽⁸⁾ Dat levert bij sommige patiënten juist meer spanning op. Het is dus zoeken naar een optimale rol- en taakverdeling, niet louter streven naar maximale participatie of volledige eigen regie. Wederzijdse afstemming is cruciaal om tot een evenwichtige en haalbare rolverdeling te komen en deze te behouden. De professional heeft hierbij de grootste verantwoordelijkheid en zal ervoor moeten zorgen dat voldoende tijd wordt gecreëerd en ruimte ontstaat om samen goed in gesprek te komen.

Het is zoeken naar een optimale rol- en taakverdeling, niet louter streven naar maximale participatie of volledige eigen regie

Het aanbieden van een gemeenschappelijk kader dat de dialoog als uitgangspunt neemt, helpt om tot een dergelijk effectief en waardevol samenspel te komen. Patiënten verwachten ook dat de professional richting geeft. Zij komen immers voor professionele hulp. Al zijn de deelnemers niet gelijkaardig (de een heeft professionele expertise, de ander persoonlijke expertise), als deelnemers aan het zorgproces is iedereen wel gelijkwaardig.

De patiënt heeft de laatste stem en de hulpverlener is gehouden aan persoonlijke en professionele grenzen. Als het goed is, dragen gesprekken over gezondheid nimmer het karakter van een discussie of zelfs debat. Dat levert per definitie 'winnaars en verliezers' op, terwijl een echte dialoog enkel 'winnaars' geeft. Respectvolle samenwerking kent geen dwingend karakter (uitzonderingsituaties met hoge risico's en direct gevaar daargelaten). Het gaat in die zin om een waarachtig ont-moeten. Wat ons betreft wordt de Spreekkamer veel meer ook Luisterkamer of in één woord: Dialoogkamer.



Het is de relationele factor die de emotionele sfeer bepaalt en ook de betekenis die aan de informatie wordt toegekend. Het is de kunst om de professionele en persoonlijke (belevings)werelden voldoende samen te brengen om efficiënt en effectief te kunnen handelen. Een stevige werkrelatie is niet alleen basis voor goede zorg, het vormt als het ware een brug tussen alle betrokkenen.

Kiezen met hart en hoofd

Spreeken wij over beleving, dan is er nog een bijzonder belangrijke reden om het affectief relationele aspect van het zorgproces meer gewicht te geven. We weten op grond van uitgebreid onderzoek dat mensen belangrijke beslissingen zelden puur rationeel nemen. Wij kiezen vooral intuïtief en context afhankelijk⁽⁹⁾. Er zijn zelfs wetenschappers die beweren dat we onze bewuste beweegredenen of motivatie voor bepaalde beslissingen er in tweede instantie 'bij verzinnen'. Zo hebben wij de idee dat wij beredeneerd tot beslissingen komen. Dit bewustwordingsproces vindt overigens plaats zonder dat zo te ervaren, omdat het tijdsverschil tussen onbewust aanvoelen en bewust weten milliseconden betreft. Keuzes komen tot stand bij een wisselwerking tussen emoties en gedachtes en in wisselwerking met de omgeving.

Van begrijpen naar doen

Veel mensen ervaren hun problemen en eigen situatie als een wirwar, een onoverzienbare berg of zoals het spreekwoord zegt: ze zien door de bomen het bos niet meer. Het ontwarren van vele factoren, in samenhang ordenen, terugbrengen van heel veel sub-problemen naar een beperkt aantal kernpunten, plus het actief aandacht schenken aan hulpbronnen, zorgt dat gevoelens van angst en onzekerheid (is er nog wel wat aan te doen?), hulpeloosheid (ik heb er geen vertrouwen meer in) en hopeloosheid (ik zie geen uitweg meer) verminderen.

Verder wordt wel vergeten dat mensen niet altijd voldoende overzicht en inzicht in hun eigen situatie hebben. Juist in gesprek met de professional wordt een en ander duidelijker, vallen stukjes in elkaar, ontstaat meer samenhang en verandert de eigen kijk op wat allemaal speelt. De professional speelt hierbij een belangrijke rol door de wijze waarop hij vragen stelt, ruimte biedt en informatie spiegelt. Iets begrijpen en weten dat iets belangrijk is, vormt echter nog geen garantie dat wij dat ook gaan doen. Er is meer nodig om intrinsiek gemotiveerd te raken om bijvoorbeeld bepaalde leefgewoonten aan te passen. Ook daarvoor dient vaak een emotionele snaar te worden geraakt en is relationeel beweging nodig van bijvoorbeeld een hulpeloosheidsgevoel naar een daadwerkelijk voelen van kunnen acteren vanuit eigen kracht. In motivatie-gesprekken betekent dit bijvoorbeeld dat de patiënt wordt geholpen zogenaamde 'behoudtaal' (zo ben ik nu eenmaal) om te zetten naar 'verandertaal' (zo is het tot nu geweest, misschien kan ik...) ⁽¹⁰⁾.

Iets begrijpen en weten dat iets belangrijk is, vormt geen garantie dat wij dat ook gaan doen

Cognitieve fenomenen (taalgebruik en denkpatroon) hangen dus sterk samen met relationele aspecten en met emoties. In *figuur 3* is schematisch weergegeven hoe gedurende het zorgproces met name een stress reducerende evenwichtige samenwerking (ook wel werkrelatie of therapeutische alliantie genoemd) vanaf de start de basis vormt voor de diverse fasen gedurende het

gehele zorgproces. De pyramide toont van onder naar boven de diverse stappen van de start met het eerste contact tot zo mogelijk afsluiting of overdracht. In het ene geval (bijvoorbeeld onderzoek en behandeling in het ziekenhuis waar meerdere specialismen bij zijn betrokken) zijn die fasen duidelijk gemarkeerd in achtereenvolgend geplande sessies. Terwijl in het andere geval (bijvoorbeeld een gemiddelde afspraak bij de huisarts) (een deel van) deze fasering binnen een enkel contact plaatsvindt.



Figuur 3: Van beneden naar boven (het zorgproces volgend) vormt het ene facet de basis en/of het uitgangspunt voor het andere.

De kracht van taal en verhalen

Geruststelling en stressreductie hangen voor een deel samen met feitelijke, duidelijke informatie (is sprake van een lokale tumor, of is deze uitgezaaid?), maar veel hangt tevens af van de mate waarin de patiënt zich gehoord, gezien, begrepen en welkom voelt. 'C'est le ton qui fait la musique' en 'woorden luisteren nauw', deze zegswijzen geven in onze ogen de kern weer. Gaandeweg het zorgproces vormt zich een nieuw, uniek verhaal waarin zowel de professionele als persoonlijke inbreng een plaats krijgt. Een verhaal dat voor patiënt en naasten in het beste geval



weer hoop en vertrouwen biedt en motiveert om wat is afgesproken ook samen op te pakken.

Spreekt een professional in vaktaal, dan is het voor patiënten vaak moeilijk te volgen. Informatie dient, net als medicatie, niet alleen juist van aard te zijn, maar ook begrijpelijk, goed gedoseerd en op het juiste moment te worden gegeven om effectief te zijn en om vervelende bijwerkingen te voorkomen. Woorden kunnen helen, troost en steun bieden. Woorden kunnen ook verkeerd vallen, schade berokkenen, barrières opwerpen. De professional moet aan kunnen voelen wat bij deze specifieke persoon, deze specifieke omstandigheden en dit specifieke moment passend is. Hier geldt de zogenaamde Wet van Maier: $EB = K \times A$. EB staat voor Effectief Besluit, de K voor Kwaliteit en de A voor Acceptatie. Een kwalitatief beste advies zal, als het niet wordt geaccepteerd, geen enkel effect sorteren.

Wij weten dat medicatie beter werkt als de gebruiker er meer vertrouwen in heeft (het welbekende placebo-effect). Hoe een arts de medicatie motiveert, hoeveel vertrouwen hij uitstraalt of anders gezegd, in welke mate de patiënt zich daardoor durft toe te vertrouwen aan de dokter, des te groter de kans is op een positief effect. Dit geldt uiteraard niet alleen voor informatie over medicatie, maar voor informatie over alle soorten hulp.

Passende zorg in theorie

Laten wij in algemene zin schetsen hoe zorg bij complexe problematiek in ideale omstandigheden georganiseerd zou kunnen worden en hoe dit kan worden gevisualiseerd met hulp van het Dialoogmodel.

Stel, u en uw team behandelen patiënten die te maken hebben met meervoudig, vaak chronische complexe aandoeningen. U heeft het kunnen regelen dat voldoende tijd beschikbaar is om samen de persoonlijke situatie zorgvuldig te doorgronden. Ook evalueert u op gezette tijden met patiënt en naastbetrokkenen hoe het gaat en of aanpassingen in de zorg nodig zijn. Het zorgproces vraagt hiermee in zijn geheel niet meer tijd dan anders, terwijl alle betrokkenen zich tevreden voelen over de samenwerking. Om goed te kunnen bespreken wat er echt toe doet en samen af te spreken welk beleid het beste past, vinden uw patiënten en u een aantal aandachtspunten en de samenhang ertussen essentieel. In algemene zin geformuleerd streeft u samen met de patiënt het volgende na:

- voldoende actief en in balans zijn en blijven.
- klachten, inclusief eventuele pijn, voor zover niet weg te nemen, zijn dragelijk.
- voldoende geïnformeerd zijn over het ziekteproces, mogelijkheden en risico's. Dit varieert uiteraard per persoon. De een wil alles weten, de ander alleen de grote lijn of zelfs bij voorkeur zo weinig mogelijk.

- voldoende overzicht en inzicht in de eigen situatie, hetgeen bijdraagt aan vermindering van stress. Dit kan zich vertalen in voldoende tevredenheid, zekerheid en innerlijke rust en als het mee zit, voldoende hoop.
- voldoende afstemming, samenwerking en wederzijds vertrouwen. Dat blijkt onder meer uit een goede balans in behandeling, zorg of steun ontvangen en bieden en de patiënt zien en horen in zijn persoonlijke waarden, voorkeuren en behoeften.
- terugbrengen van eventuele omgevingsstress tot een acceptabel niveau. Daaraan dragen naast uw team, de patiënt zelf en ook eventueel anderen (bijvoorbeeld mantelzorgers) bij.
- toekomen aan datgene wat voor hemzelf en dierbaren echt belangrijk, zinvol en nodig is.

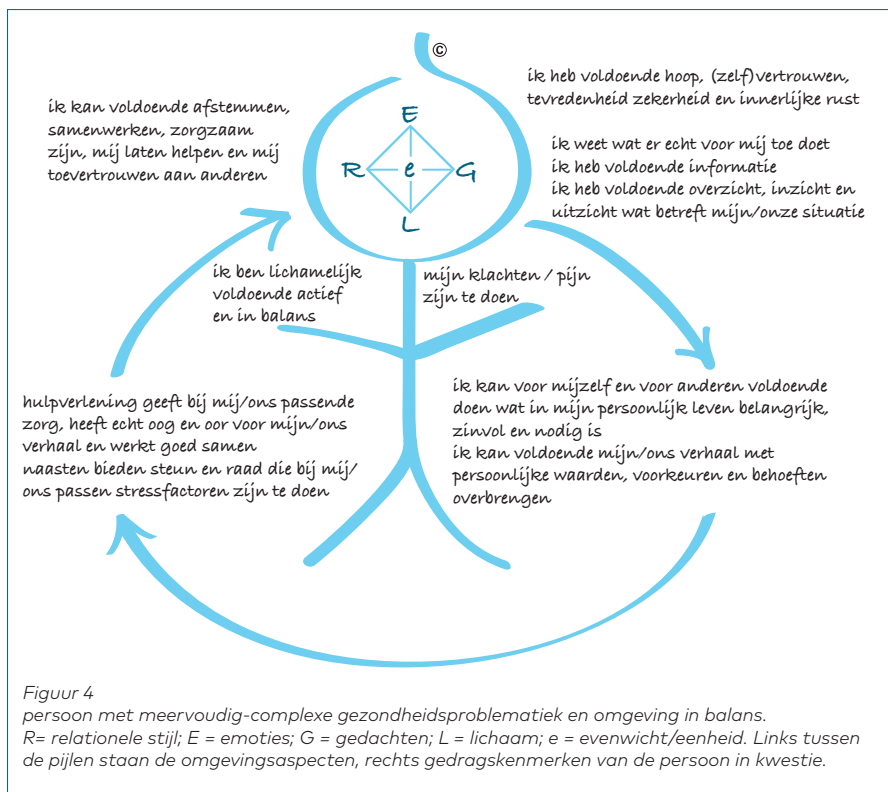
Het (steeds weer) realiseren van een dergelijk evenwichtige situatie, is echter geen eenvoudige opgave en vraagt het nodige, zoals we hierboven al hebben beschreven.

Gevisualiseerd volgens het Dialoogmodel zouden bovenstaand beoogd evenwicht en samenspel als weergegeven in *figuur 4* uit kunnen zien. In dit geval zijn alle elementen in abstracte zin ingevuld. Na deze meer theoretische weergave volgt een aantal praktijkvoorbeelden.

Het gedrag van patiënt en omgeving (inclusief professionele hulpverlening) staan tussen de pijlen aangegeven en vormen samen een continue interactiecirkel. In de praktijk hebben alle betrokkenen wederkerig invloed op elkaar. In het 'poppetje' staan de lichamelijke aspecten (bij L), de emoties (bij E), de cognities (bij G van Gedachten) en relationele aspecten (bij R) beschreven, waarbij de kleine 'e' en de lijnen ertussen het evenwicht en samenhang tussen deze aspecten symboliseert (zie *figuur 4, pagina 18*).

Samen vormen deze letters het acroniem 'REGeL'. Zoals eerder aangegeven, gaan wij samen na hoe iemand met deze persoonlijke kanten tezamen zijn gedrag krijgt geregeld.

De gebruikte kernwoorden/zinnen zijn bewust in de ik-vorm geformuleerd. Het gaat erom dat de tekening voor degene persoonlijke betekenis krijgt. Bij overleg- en beslismomenten helpt dit overzicht om samen in samenhang de essentie in beeld te brengen. Dit plaatje geeft op abstract niveau essentiële elementen van passende zorg weer. Nu volgt een aantal concrete praktijkvoorbeelden.



VIGNETTEN

Illustratie van het Dialoogmodel in de medische praktijk

Aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden volgt nu een impressie van de toepassing van het Dialoogmodel. Wij zullen niet volledig beschrijven hoe het proces in detail verloopt. Dat is in andere publicaties van ons te lezen^(2,12,13,14). Wel hopen wij via de vignetten een inkijkje te geven in de waarde die de methodiek kan bieden in geval van complexe, meervoudige gezondheidskwesties. Een schets van hoe het Dialoogmodel bijdraagt aan kwaliteit van persoonsgerichte, passende zorg.

Patiënten raken betrokken en actief om samen met de professional hun situatie in kaart te brengen. Zij ervaren dat professionals uitdrukken dat zij goed naar hen hebben geluisterd, open staan voor hun persoonlijke verhaal en zoeken naar een gedeeld verhaal. Als dat lukt, is ook het professionele antwoord op gestelde hulpvragen beter te volgen. Zoals eerder gesteld, het zich goed begrepen voelen, gaat vooraf aan een ander kunnen begrijpen. Vanuit wederzijds respect en vertrouwen groeit een 'teamgevoel', waarbij de inbreng van allen tot nieuwe inzichten kan

leiden. Dat de professional het 'speelveld' neerlegt, wordt in de praktijk als prettig ervaren. Als professionele 'boodschappen' en adviezen worden gegeven in de eigen taal van de patiënt en in de juiste context worden geplaatst, zullen deze beter 'landen'.

Dat kost tijd, dat zijn wij ons bewust. Tegelijkertijd hebben wij ervaren dat deze tijdsinvestering zich vanaf de start in het vervolg van het zorgproces dubbel en dwars terugverdient. Wij duiden dit wel aan met 'gaan voor kwaliteit'. Wijlen Els Borst sprak indertijd van 'kijk- en luistergeld'. Onderzoek laat zien dat zorg, die volgens de principes van gedeelde besluitvorming wordt uitgevoerd, uiteindelijk niet of nauwelijks meer tijd vraagt. Wie de gevisualiseerde dialoog met patiënten en naasten voert, hangt af van de setting. Het kan de arts zelf zijn, of bijvoorbeeld een praktijkondersteuner, gespecialiseerd verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werkende.

Een beeld zegt meer dan 1000 woorden

Ook in multidisciplinair overleg kan het visueel overzicht worden benut om tot een bondig overzicht en tot consensus te komen. Omdat het Dialoogmodel als een meta-model wordt gebruikt, kunnen de zienswijzen van alle disciplines kernachtig worden samengebracht en kan op hoofdlijnen beleid worden bepaald. De hoofdbehandelaar kan vervolgens de opvattingen en adviezen weer delen met de patiënt en naasten en aanvullen of zelfs corrigeren. Het plaatje, dat de illustratie van de dialoog met de patiënt betreft, vat kernachtig samen hetgeen samen is gedeeld. Een beeld zegt meer dan 1000 woorden. Het is te vergelijken met een samenvatting op schrift, of een geluidsopname, die bij andere werkvormen wel worden aanbevolen. Verschillend is dat in dit geval de professionele en persoonlijke inbreng in dit overzicht zijn geïntegreerd. Patiënten willen dit overzicht altijd meenemen, maken er vaak een foto van. Het is hun houvast. Een voor hen betekenisvolle tekening. Zij kunnen het in het ideale geval ook steeds erbij nemen, ongeacht de professional uit het team die zij bezoeken. Iedereen kent immers dit overzicht en heeft zich eraan gecommitteerd.

In gesprek met elkaar gaat het in essentie om het beantwoorden van de volgende drie vragen:

1. Hebben we samen voldoende zicht op de actuele fysieke, mentale en sociale uitdagingen?
2. Hebben we samen voldoende zicht op wat voor patiënt (en dierbaren) echt belangrijk, zinvol en nodig is?
3. Hoe kunnen we hier samen concreet aan bijdragen?



Kortom, begrijpen wij elkaar voldoende, bedoelen en willen wij hetzelfde? Met het beantwoorden van deze vragen kunnen betrokkenen samen focus aanbrengen en hulpvragen, verwachtingen en doelen concretiseren, maar eenvoudig is dat niet. Zoals al besproken, communicatieve vaardigheden en een op samenwerking gerichte attitude bepalen de kwaliteit en uitkomst van dit proces. Bij het samen beantwoorden van bovengenoemde vragen dienen de professionele en persoonlijke inbreng beide voldoende ruimte te krijgen en tot een passend geheel te worden geïntegreerd. Dit is een dialogisch proces. De spreekkamer wordt zeggezegd dialoogkamer. Niet zonder reden is het woord 'samen' in alle drie de vragen opgenomen. Goede zorg vraagt om subtiel samenspel.

De informatiebehoefte en rol die de patiënt wil en kan spelen bij besluitvorming en uitvoering van de zorg zullen duidelijk moeten zijn. Is focus en doel bepaald, dan komen de andere bekende 'drie goede vragen' aan bod. Bij het kiezen uit mogelijke opties gaat het dan om: Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden? En: Wat betekent dat in mijn situatie?

Ruimte bieden aan deze vragen is meer en meer de standaard. Omdat mensen echter meer intuïtief en context afhankelijk dan rationeel kiezen, is naast passende informatie een goede samenwerkings- en vertrouwensrelatie cruciaal. Alleen dan kan de professional effectief onderzoeker, behandelaar, coach en raadgever zijn. De patiënt is steeds meer zelf aan zet, maar heeft bij bijvoorbeeld het aanpassen van leefgewoonten vaak (motiverende) ondersteuning nodig. Eigen inzet aan een betere gezondheid vraagt het nodige en gaat niet vanzelf.

Mensen zijn eerder in staat hun gedrag te veranderen als het plan hiertoe tegemoetkomt aan psychologische basisbehoeften. Het gaat dan om zich meer autonoom, verbonden en competent voelen⁽¹¹⁾. Het belang van verbondenheid, een stevige wederzijdse werkrelatie tussen patiënt en professional is dan ook cruciaal. Dit vormt, zoals eerder gezegd, basis en brug voor het gedeelde besluitvormings- en zorgproces. 'Autonomie' en 'competentie' vinden wij terug in de veel gebruikte termen 'zelfmanagement' en 'empowerment', die tegenwoordig als belangrijke bouwstenen voor passende zorg worden gezien.

De opdrachten voor de professional kunnen wij dus als volgt samenvatten:

- tot stand brengen van een goede samenwerking
- verduidelijken en overeenkomen van passende onderlinge rol- en taakverdeling
- holistisch (biopsychosociaal) benaderen van gezondheidsproblematiek
- antwoorden vinden op bovengenoemde vragen
- bevorderen van autonomie, verbinding en competentie



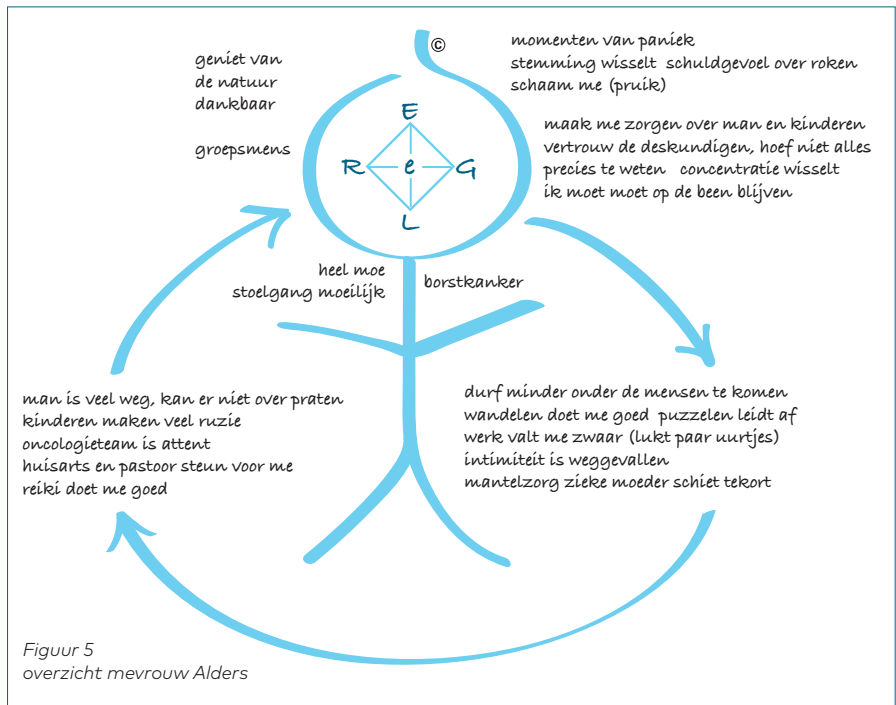
Nu volgt een aantal vignetten, waarbij het Dialoogmodel als denk- en handelingskader is aangewend. Ze zijn bedoeld om een indruk te geven van de toepassing van het Dialoogmodel als hulpmiddel bij het samen overzicht en inzicht verkrijgen. Wij veronderstellen dat ze bij collega's uit andere werkvelden moeiteloos soortgelijke voorbeelden oproepen. Wij tonen, zoals gezegd, steeds het eindplaatje. In de praktijk bouwt de professional op logische wijze gaandeweg het gesprek in dialoog met betrokkenen de tekening op en wijst hierbij samenhang tussen de verschillende onderdelen aan. Hiermee krijgen ze samen een gedeeld overzicht en inzicht in de situatie. Met dit gezamenlijk startpunt gaan ze samen op zoek naar een passend uitzicht.

De situatie van mevrouw Alders die kanker heeft

Bij mevrouw Alders (begin 50 jaar) is een half jaar geleden borstkanker ontdekt. Ze is geopereerd en heeft chemo gehad. Bij de laatste controle bij de oncoloog kwamen haar moeheidsklachten naar voren en haar moeite werk voldoende op te pakken. Ze had geen bloedarmoede. Misschien was het nog de nasleep van de operatie en chemokuur. Hoewel mevrouw Alders vooral niet wilde klagen, heeft hij voorgesteld een vervolggesprek met de verpleegkundig specialist te regelen om samen nog eens stil te staan bij haar situatie. Dat vond ze goed en het is zelfs een aantal goede gesprekken geworden. Haar man kon ook meekomen, maar had het te druk. De verpleegkundig specialist stelt in het derde gesprek voor om eens samen 'een pas op de plaats' gesprek te hebben. Zij geeft aan dat ze zal samenvatten hoe ze mevrouw Alders de laatste weken heeft leren kennen en dat zij graag hoort van haar of ze zich daarin herkent. Zij zal hierbij een whiteboard gebruiken. Als het poppetje van het Dialoogmodel op het bord komt, reageert mevrouw Alders gelijk met: 'Inderdaad er zit nog maar een pluk haar op mijn hoofd'. Het is even grappig en pijnlijk tegelijk, in elk geval aanleiding om over haar schaamtegevoel over de pruik te praten. Eerder is al ter sprake gekomen dat ze elkaar als echtpaar nauwelijks meer aanraken. Deze thema's komen in kernwoorden op het bord. Zo ontspint zich een gesprek over wat haar wel en nog niet goed lukt. Wat zij als helpend en wat als hinderend ervaart en hoe de verpleegkundige dit heeft begrepen. Zo af en toe schrijft deze er wat woorden bij en geeft zij met handbewegingen aan hoe de huidige situatie spanning oproept.

Een voorbeeld: hoewel mevrouw Alders van nature echt een groepsmens is, durft zij anderen steeds minder goed onder ogen te komen. Zij piekert ook over hoe het met haar dierbaren zal gaan, als zij misschien niet geheel geneest. Hoewel niet alles wat speelt op het bord komt (en ook niet hoeft te komen), staan zij na een half uur stil bij het plaatje waar zij samen op zijn uitgekomen. Het is er zo uit komen te zien (zie figuur 5). De emotionele aspecten staan bij de E, de gedachten bij G, de lichamelijke aspecten bij L en de relationele aspecten bij R. De pijlen

geven de circulaire samenhang weer tussen gedrag en omgeving. De kleine 'e' in het midden staat voor de mate van evenwicht tussen alle aspecten.



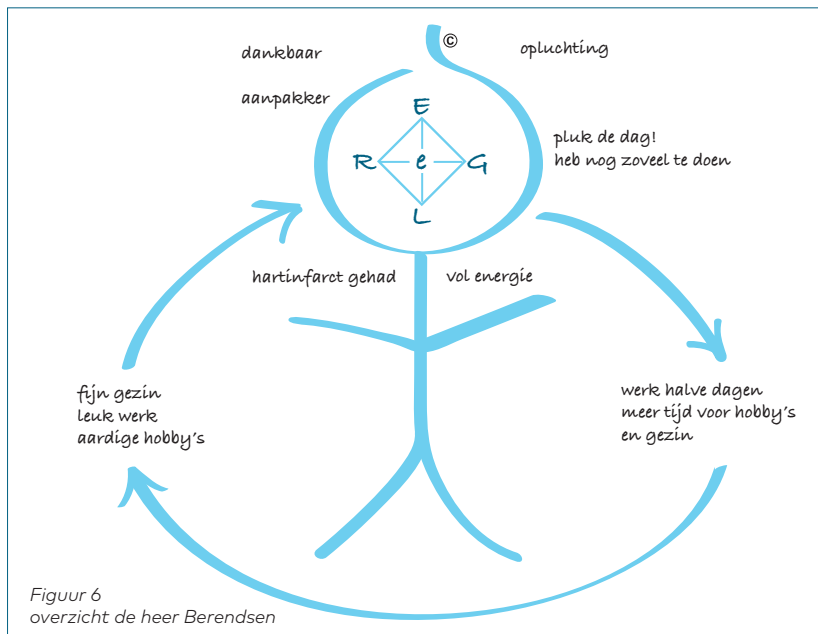
Het geeft volgens mevrouw Alders haar situatie goed weer. Zij is het met de verpleegkundig specialist eens dat het goed zou zijn de volgende keer samen met haar man te komen en dit overzicht nog eens te maken en te bespreken. Zij vindt het ook wel eng. Hoe zal hij reageren, hij is niet zo'n prater en zij weet eigenlijk niet goed hoe hij zich voelt of wat hij zou willen. Het zou ook wel fijn zijn als de kinderen een keer mee zouden kunnen komen, want die ruzies waren er vroeger veel minder. Zij weet eigenlijk ook wel dat het zo niet door kan gaan. Hoe de kinderen de huidige situatie ervaren, weet zij niet echt. Op deze manier is het moeilijk om zich 'beter' te voelen. Het zou fijn zijn als gesprekken hierover de sfeer in huis weer zou kunnen verbeteren. Verder wil zij wel dat de maatschappelijk werkende van het team gaat uitzoeken of meer thuiszorg voor haar moeder kan worden geregeld. Eigenlijk vindt zij dat zij het zelf zou moeten doen, maar zij denkt wel dat het haar kan helpen zelf eerst wat meer 'bij te tanken'. Het liefst zou zij namelijk haar oude werk weer goed willen oppakken. Zij zal de komende week ook eens bijhouden waar zij haar tijd aan besteedt

om dat wat meer in kaart te krijgen. Zo maken zij samen een stappenplan om haar genezingsproces te bevorderen om daar de volgende keer weer bij stil te staan.

De heren Berendsen, Claassen en Draaisma hebben een hartinfarct doorstaan

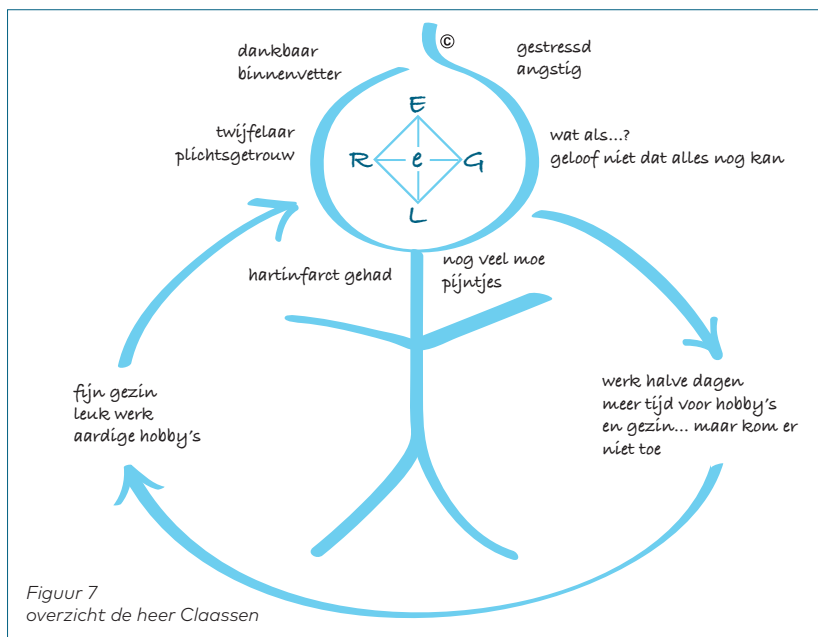
De heren Berendsen, Claassen en Draaisma (alle drie zo rond de 45 jaar) hebben recent een vergelijkbaar hartinfarct gehad en komen ter evaluatie op de poli om samen na te gaan hoe het de afgelopen 6 weken is gegaan en wat zij de komende tijd nog aan zorg nodig hebben. In deze voorbeelden komt het belang van betrekken van de context en persoonlijke kenmerken in het bijzonder naar voren.

De heer Berendsen Halverwege het gesprek met de heer Berendsen, geeft de arts aan samen met hem eens op een rijtje te willen zetten hoe het er nu voor lijkt te staan. Zij hebben samen gesproken over eventuele klachten en hoe het nu gaat met hemzelf en naastbetrokkenen thuis, op het werk en hoe hij terugkijkt op zijn infarct. De arts gebruikt hier het bord bij en deze 'pas op de plaats' levert het volgende plaatje op.



De heer Berendsen blijkt vooral 'wakker geschud te zijn' door deze ingrijpende gebeurtenis. Hij is opgelucht en dankbaar dat het goed is afgelopen. Hij is weer halve dagen aan het werk. Thuis en op het werk loopt het goed. Hij heeft zich voorgenomen wat meer balans in zijn leven aan te gaan brengen, heeft achteraf gezien te hard gewerkt, beseft hij. In- en ontspanning was te weinig in balans. Daar heeft de ergotherapeut hem meer zicht op gegeven. Hij rond zijn revalidatietraject binnenkort af en heeft allerlei plannen voor de toekomst. Ze plannen een follow up-spraak en sluiten dan het gesprek af.

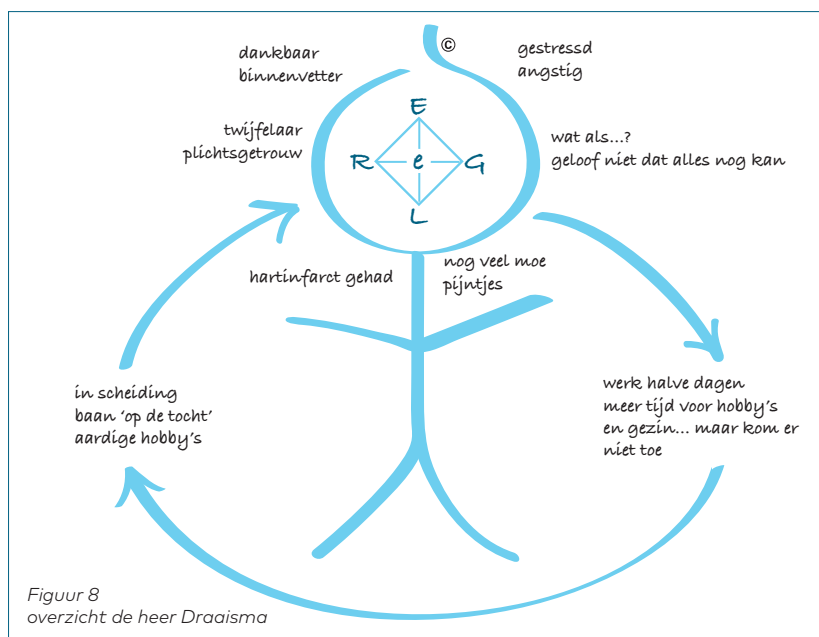
De heer Claassen Het gesprek met de heer Claassen verloopt anders. Na eerst met elkaar te hebben besproken hoe het de afgelopen tijd is gegaan en hoe hij er op dit moment in staat en naar de toekomst kijkt, komt samenvattend een ander plaatje op het bord.



Ook hij is dankbaar dat hij het infarct heeft overleefd en is ook weer halve dagen aan het werk. Thuis en op het werk heeft iedereen heel begripvol en ondersteunend gereageerd en hij voelt zich er ook fijn bij. Alleen blijft hij zo moe en heeft hij toch vaak het idee dat hij iets van pijntjes voelt. Hij is er nog niet gerust op dat hij niet nog eens hartproblemen krijgt. Hij durft zich niet zo goed volledig in te spannen al heeft hij van het

revalidatieteam begrepen, dat het lichamelijk wel goed zit. Hij heeft zich voorgenomen om ook wat meer tijd voor zijn gezin en hobby's te nemen. Maar er ligt nog zoveel werk op hem te wachten en hij vindt eigenlijk dat hij hier meer mee moet. Voorheen was hij nooit ziek en had hij op zijn werk alles tot in de puntjes geregeld. Misschien wel een beetje ten koste van zichzelf ja, dat geeft hij toe. Hij is meer een doener dan een prater en vindt dat hij vooral niet moet klagen. Als hij zo eens naar het plaatje kijkt, klopt het wel. Hij is wie hij is, maar hij kan zich voorstellen dat wat hulp om wat aan de stressgevoelens en zijn moeite om keuzes te maken hem goed kan doen. Hij kan zich vinden in het voorstel van de arts om hierover samen met de psycholoog van het revalidatieteam in gesprek te gaan.

De heer Draaisma Als de arts vervolgens met de heer Draaisma spreekt, ziet hij veel overeenkomsten met hoe de heer Claassen lijdt onder het infarct dat hem heeft getroffen. Daarnaast is nog sprake van een aantal serieuze omgevingsstressoren. De echtscheiding verloopt moeizaam en hij dreigt zijn baan te verliezen. Nu hij maar halve dagen kan werken, is dat risico nog groter, denkt hij. Als ze samen de essentie van zijn situatie in kernwoorden op het bord schetsen, kan meneer Draaisma zijn tranen nauwelijks bedwingen.





Hij ervaart de cirkel echt als een neerwaartse spiraal. Hij lijkt dan wel weer lichamelijk ok, maar vertrouwt het toch niet zo en voelt hij zich steeds verder wegzakken. Zij bespreken dat hij inderdaad steeds meer dreigt vast te lopen en de balans flink zoek is. Extra hulp waar ook anderen (zoals zijn partner, werk, bedrijfsarts) bij worden betrokken, is echt gewenst. Zij besluiten samen om de huisarts, waar hij een goede band mee heeft, te vragen hierin een coördinerende rol te gaan spelen.

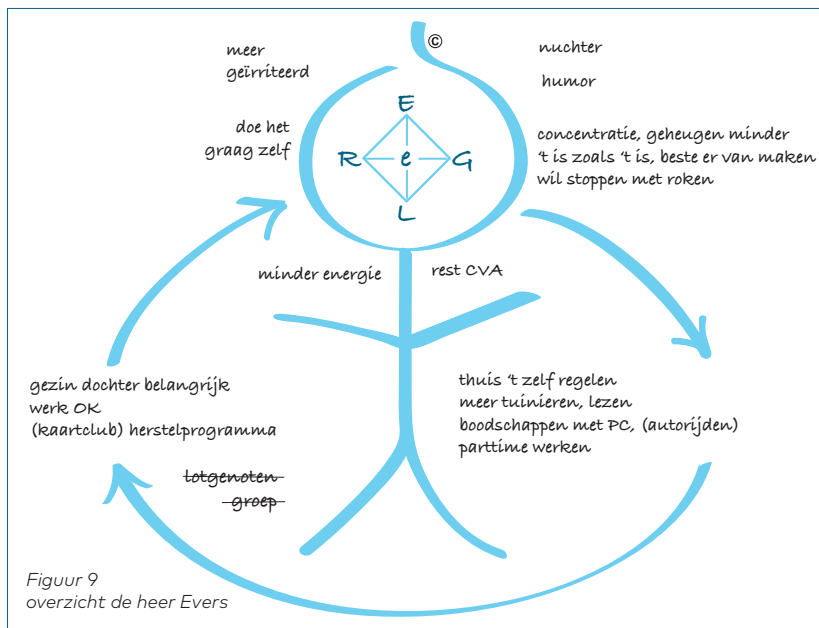
De heer Evers heeft een CVA doorgemaakt

De heer Evers, een weduwnaar van 55 jaar, werd een aantal weken geleden op zijn werk niet goed. Hij werd met spoed opgenomen en bleek een herseninfarct te hebben. Na trombolysbehandeling kon hij na een aantal dagen vrijwel zonder restverschijnselen weer naar huis. Hij had wat krachtverlies in zijn rechterarm, was nog wat onhandig en dacht het wel te redden zo. Hij wilde vooral snel weer aan het werk. Nu een tweetal weken later twijfelt hij toch wel of het allemaal gaat lukken zo. De CVA-nazorgverpleegkundige, die poolshoogte komt nemen, vertelt hij het volgende: Hij merkt dat hij minder energie heeft om de dagelijkse bezigheden thuis (koken, de was doen etc.) op te pakken.

Als hij in de buurtwinkel zijn boodschappen gaat doen, weet hij vaak niet meer wat hij nodig heeft en het briefje dat hij nu op de pc typt (schrijven gaat nog lastig), ligt dan bijvoorbeeld nog thuis. Eigenlijk voelt hij zich zo nu en dan wat verloren thuis en aan het werk gaan, is eigenlijk nog geen reële optie. Hij weet niet eens hoe hij er zou moeten komen.

De verpleegkundige stelt voor om met hem samen zijn huidige situatie eens wat verder in kaart te brengen. Ze neemt zich voor om meer zicht te krijgen op zowel zijn mogelijkheden als beperkingen en tevens te focussen op zijn persoonlijke behoeften en verwachtingen. Als ze zich na een tweetal gesprekken een redelijk beeld van zijn situatie heeft gevormd, stelt ze voor om samen met hem het 'totaalplaatje' eens op papier te zetten. Dat vindt hij een goed idee, ook omdat hij merkt dat hij van wat ze hebben besproken, zich later niet alles goed herinnert. Tijdens het gesprek tekent ze stap voor stap het plaatje (figuur 9).

Meneer Evers vindt dat hiermee de essentie van zijn situatie goed naar voren komt. Het is wel wat confronterend maar, nuchter als hij is altijd is geweest, zegt hij: 'Het is zoals het is. Laten we er maar het beste van maken'. Voor hem is zelfstandigheid en onafhankelijkheid het belangrijkste. Daarom wil hij nu geen hulp in huis. Hij wil proberen van huis uit te gaan werken. De boodschappen zal hij thuis laten bezorgen. De kaartclub is nu echt te hoog gegrepen. Hij stemt in met het voorstel van de verpleegkundige om aan een herstelprogramma mee te gaan doen om te leren zijn energie goed over de dag te verdelen en zijn concentratie- en geheugenfuncties extra te trainen. Hij heeft geen behoefte aan een lotgenotengroep of zo. Dat vindt hij niks en een



CVA is niet bepaald een lot uit de loterij, zegt hij met een knipoog. Hij heeft al genoeg aan zijn eigen 'sores', zoals hij het noemt. Hij heeft zich voorgenomen om te stoppen met roken, maar geeft toe dat hij zijn zelfvertrouwen van vroeger wel wat kwijt is geraakt op dit moment. Hij heeft begrepen dat het sneller geïrriteerd zijn bij het CVA kan horen en hoopt dat dat weer wat zal slijten. Hij de laatste tijd nogal kortaf tegen zijn dochter aan de telefoon, terwijl zij en haar gezin hem heel dierbaar zijn. Het nagaan of hij op den duur weer zelfstandig kan rijden in een aangepaste auto, heeft voor hem nu geen prioriteit. Hij hoopt vooral over een tijdje weer wat te kunnen lezen en misschien wat in de tuin te kunnen doen. Dat is er eerder met al het werk vaak bij ingeschoten, terwijl hij weet dat het hem altijd goed doet. Ze spreken af dat de verpleegkundige in overleg met de huisarts de zorg in gang gaat zetten. Hij wil zelf met zijn baas plannen maken rond zijn werk. Ze zullen elkaar de komende tijd met enige regelmaat blijven zien om samen de 'vinger aan de pols' te houden. Er is daarmee overeenstemming over een vooralsnog afwachtend beleid (behalve het herstel programma). 'Hopelijk ziet dit plaatje er over een paar maanden wat anders uit', zegt hij als hij haar uitlaat.

Franka heeft sinds kort diabetes mellitus

Franka is een 16-jarige die tot voor kort een zorgeloos leventje leidde. Thuis had ze het samen met haar jongere zus naar haar zin, ze haalde goede punten op school, speelde handbal op hoog niveau, ging als het kon in het weekend op stap met vriendinnen. Een paar maanden geleden kreeg ze echter last van moeheid, zag ze minder scherp en kreeg ze

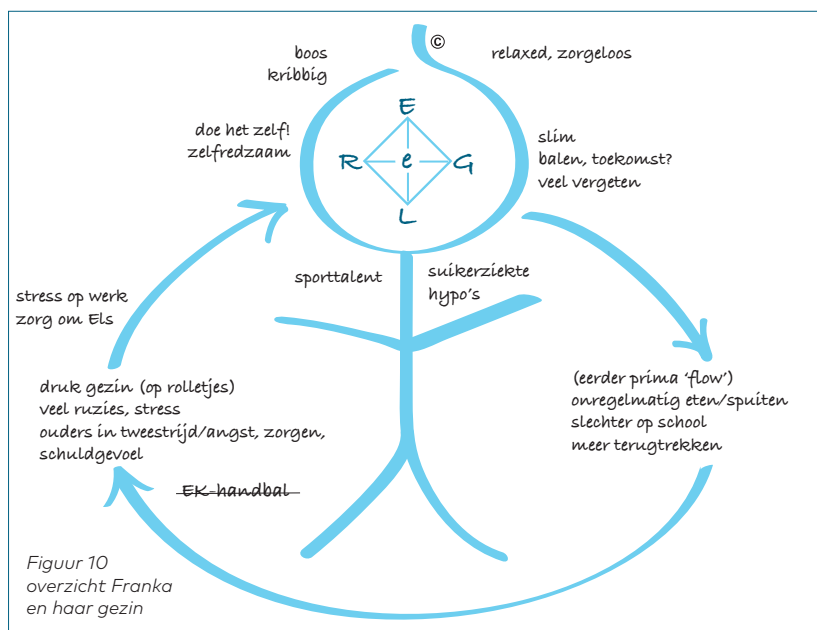


een oogontsteking. Ze verloor gewicht en aanvankelijk dachten zij en haar ouders dat alle trainingen en voorbereidingen voor een jeugd-EK gewoon te veel energie kostten. Ze bleek echter na onderzoek te lijden aan beginnende suikerziekte. Haar wereld stond op zijn kop. Ze miste het EK en het lukte de maanden daarna maar niet haar glucose goed op peil te brengen en te houden. Was ze eerder opgeruimd en relaxed, nu was ze vaker kribbig of erger. Ze had een hekel aan het prikken, vergat vaak haar diabetesspullen. Haar interesse in school en haar sport verflauwden en steeds vaker bleef ze thuis in plaats van mee uit te gaan. De laatste tijd at ze ook veel minder en onregelmatig en 'daar had niemand wat mee te maken'. Haar ouders waren in tweestrijd. Ze hadden Franka altijd veel vrijheid gegeven, vonden zelfstandigheid ook heel belangrijk en Franka was ook altijd heel zelfredzaam. Anders dan haar zusje Els van 13 die meer aansturing nodig had en dat ook wel goed vond. Ze hadden allebei drukke banen, waren weinig thuis en nu kon dat eigenlijk niet. Moeder merkte dat Franka haar nauwelijks toeliet om meer samen haar suiker te regelen. Ze hadden nu veel meer ruzie dan ooit tevoren. Maar het 'meer loslaten', waar haar man op hamerde, maakte haar erg onzeker en angstig. Ze had Franka al eens thuis gevonden met een veel te lage suiker, half weggeraakt. Als ouders hadden ze hier ook toenemend woorden over. Voor Els hadden ze nog minder tijd ook en daarover voelden ze zich schuldig. Na een weekend waarin de bom flink was gebarsten, hadden ze zich gemeld bij de diabetesverpleegkundige. Zij had een aantal gesprekken gevoerd met Franka, met hen als ouders en met hen samen.

In een 'pas op de plaats'-gesprek vatten ze het als volgt samen. Tot ongeveer een half jaar geleden ging het hen als gezin goed. Ze waren alle vier op hun eigen manier lekker bezig. Alles liep op rolletjes, een druk gezinnetje waarbij ze niet veel, maar genoeg met elkaar deden. En nu had de suikerziekte roet in het eten gegooid. Niet alleen Franka, maar het hele gezin was uit balans geraakt. Nu kwam het opeens niet goed uit dat ze elkaar veel vrijlieten en de agenda's zo vol waren. Nu was het nodig er meer voor elkaar te zijn en dat botste voor een deel met hun stijl. Alles vooral zelf kunnen en willen regelen. Het had ook consequenties voor hun werk. De stress liep daar ook op. Het was natuurlijk niet niks wat hen was overkomen. Niet alleen was het EK aan Franka's neus voorbijgegaan, ook was alle zorgeloosheid opeens weg. Ze moest veel meer opletten bij alles en wat ging dit betekenen voor haar toekomst? Dat ze hier van slag door was, was niet meer dan normaal. En dat haar ouders en zij in een andere verhouding tot elkaar waren komen te staan. Dat daar vervolgens wrijving door ontstond, was ook begrijpelijk. De verpleegkundige hielp hen door voor te leggen dat ze uit de gesprekken had begrepen dat onder de gespannen omgang met elkaar vooral goede intenties (willen helpen, steunen, troosten) en ook angst en bezorgdheid lagen. Ook stelden ze samen vast dat het heel gewoon was dat alle

emoties, gedachten en zorgen alle kanten op gingen. Tijdens dit gesprek illustreerde zij wat ze bespraken en creëerde daarmee wat meer overzicht (zie *figuur 10*). Ze kon aanwijzen hoe bijvoorbeeld de sterke autonomie kant van Franka botst met het meer moeten 'meeregelen' door ouders. Niet omdat ze haar geen zelfstandigheid gunnen, maar vanuit angst en bezorgdheid. Haar slechte humeur is natuurlijk niet vreemd gezien haar ziekte, maar hangt waarschijnlijk ook samen met de hypo's, die begrijpelijkerwijs weer de nodige doodsangst bij vooral moeder teweegbrengt. Zo hangt het een samen met het ander. Franka, Els en hun ouders herkenden zich in dit beeld en ook dat het zo niet werkte voor hen.

De verpleegkundige liet met het samen opbouwen van het plaatje van Franka zien hoe over en weer alle kanten (de schommelende suikervwaarden, de eigen en onderlinge stress) elkaar beïnvloeden. Hoe het tevoren ging en wat ze kwijt waren geraakt, zetten ze er tussen haakjes bij, met de opmerking: 'laten we er samen voor zorgen dat jullie dit weer terugkrijgen, of een alternatief waar jullie je goed bij voelen'.





Ze kwamen tot de conclusie dat het absoluut noodzakelijk was om de cirkel waarin zij zich nu gevangen voelden te doorbreken. Dat zowel Franka als ouders hierbij aan de slag zouden moeten gaan, was hen duidelijk. Els gaf meteen aan ook mee te willen helpen, al wist ze nog niet hoe.

Na het uitwisselen van een aantal ideeën over wat voor hen de beste weg zou kunnen zijn, werd afgesproken dat de verpleegkundige met Franka een eerste plan van aanpak rond de suikerwaarden zou maken. Verder zou de psycholoog worden betrokken om met Franka in gesprek te gaan over hoe zij meer in evenwicht zou kunnen komen met zichzelf en met haar ouders. Eerst stond Franka afwijzend tegenover 'praten'. Haar lijf liet haar immers in de steek. Door samen met haar ouders de huidige situatie in beeld te brengen, is de stap nu bijna vanzelfsprekend voor haar. Ook zouden ze als gezin verder willen praten over hoe zij het in de nieuw ontstane situatie samen weer goed zouden kunnen regelen.

Mevrouw Gerards heeft onbegrepen lichamelijke klachten

Mevrouw Gerards is een goede bekende in de huisartsenpraktijk. Ze is alleenstaand en is een aantal jaren geleden afgekeurd voor haar werk. Ze werkte in een schoenenzaak, maar had toenemend rug- en gewrichtsklachten. Ze was ook steeds sneller moe en haar darmen speelden regelmatig op. Ze heeft de nodige specialisten gezien en vele onderzoeken ondergaan. Haar huidige diagnoses zijn fibromyalgie en prikkelbare darm syndroom, maar eigenlijk houdt ze twijfels of er niet meer aan de hand is. Regelmatig bezoekt ze het spreekuur.

Recent had ze pijn op de borst en dacht ze dat haar hart het ging begeven. Na lichamelijk onderzoek en een hartfilmpje bleken hier geen aanwijzingen voor, maar ze was moeilijk gerust te stellen. Haar buurman had recent een hartinfarct gehad en had het maar ternauwernood gered. In het wekelijks praktijkoverleg, waar mevrouw regelmatig is besproken, besluiten ze dat de praktijkondersteuner (POH) met haar een aantal gesprekken zal aangaan om nog eens samen stil te staan bij haar situatie en mogelijk tot een bevredigender zorgtraject te komen. Haar klachten zijn volgens het huisartsteam onder de noemer SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde klachten) te plaatsen. Hiervoor zijn goede psychotherapeutische interventies voorhanden. Maar zoals vaak bij deze problematiek beleefde mevrouw Gerards eerdere pogingen haar naar deze therapie te verwijzen als miskenning van haar klachten. Zij voelde zich niet serieus genomen en heeft dit advies daarom nooit opgevolgd.

Ter voorbereiding heeft de POH het dossier goed bestudeerd. Ze vindt veel medische gegevens en niet zoveel persoonlijke en contextuele informatie. Ze realiseert zich terdege dat de kans groot is dat mevrouw

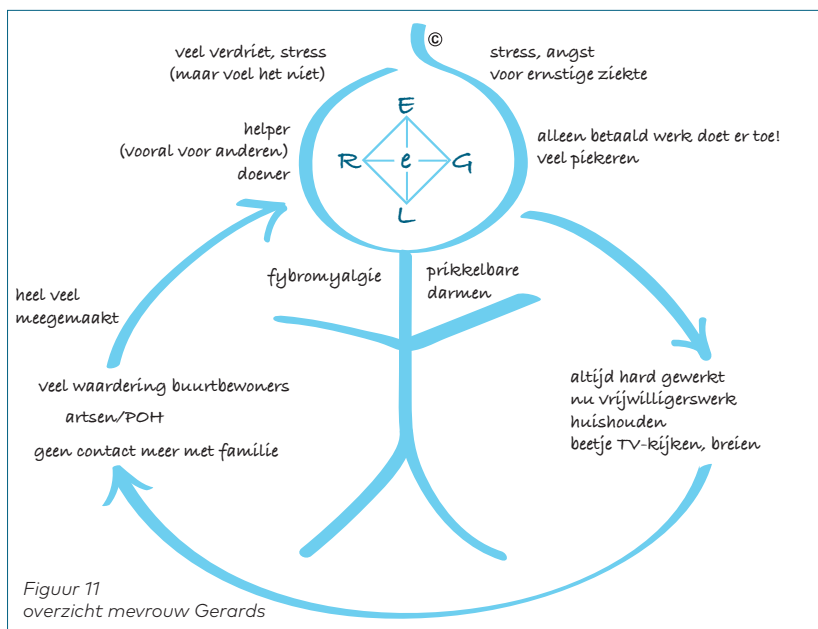


waarschijnlijk weinig zicht op zichzelf heeft en stress vooral lichamelijk zal ervaren en minder 'psychologisch' zal zijn ingesteld. Met het Dialoogmodelkader in haar hoofd zal ze trachten in de gesprekken een indruk te krijgen van alle aspecten, met actief gerichte aandacht voor de zogenaamde 'helpende' kanten en tevens voldoende aandacht voor de lichamelijke kant. Zo vormt zich gaandeweg een completer beeld dan eerder naar voren is kunnen komen.

Na enkele gesprekken is de tijd rijp om samen alles eens op een rijtje te zetten en hierbij tekent ze het plaatje op een A3 vel papier. Om het plaatje samen op te bouwen, gaat ze naast mevrouw Gerards zitten i.p.v. tegenover haar en ze merkt dat dit het contact meteen al anders maakt. Zonder nu alle elementen te benoemen, komt het volgende als essentieel en voor mevrouw Gerards ook als wat verrassend naar voren. Ze hebben bijvoorbeeld gemerkt dat ze heel weinig kan met emoties. Haar levensverhaal geeft een aantal aanknopingspunten hiervoor. Zo herinnert ze haar opvoeding als nogal hartvochtig. Haar eigen moeder overleed toen ze een paar maanden oud was en later voelde ze dat haar stiefmoeder haar stiefbroer en -zus sterk voortrok. Er werd weinig gepraat in het gezin, ze hadden het niet breed en haar vader prentte haar in dat zelf de kost verdienen het allerbelangrijkst was. Zo moest ze na de lagere school meteen gaan werken. Alleen als je werkte, telde je mee, van steuntrekkers moesten ze niets hebben. Nadat ze arbeidsongeschikt was geraakt, viel als het ware haar bestaansrecht weg. Haar familie had haar toen laten stikken en dat vond ze logisch. Aan uitgaan of hobby's was ze nooit zo toegekomen. Wie zou ook wat met haar willen ondernemen? Ze viel in een gat, maar ondanks haar klachten deed ze inmiddels veel vrijwilligerswerk en hielp in het buurthuis. Eigenlijk vond ze dat heel fijn, ze was een echte doener en helper, en ze kreeg geregeld complimenten. Gek genoeg leek de gedachte 'alleen betaald werk telt mee' dit positieve gevoel helemaal teniet te doen. Ze wist niet beter. Aan iets voor haar zelf doen, kwam ze weinig toe. Wat lezen en naaiwerk, voor iets anders had ze geen geld. Bij het bespreken van haar persoonlijke ervaringen, vloeiden regelmatig tranen, maar verdriet kon ze niet benoemen, ze voelde alleen meer krampen in haar buik.

Aan de hand van de tekening gaf de POH aan dat het bij haar waarschijnlijk zo werkte dat spanning zich vooral lichamelijk uitte. Echt emotioneel voelen wat ze in haar leven allemaal had meegemaakt was waarschijnlijk inmiddels te erg. Daarbij had ze zich een bepaald gedachtepatroon eigen gemaakt waardoor prettige gebeurtenissen niet positief voor haar uitpakte. Kortom haar regelsysteem was in de loop der jaren flink ontregeld geraakt. Het reageerde vooral op negatieve prikkels zodat het logisch was dat bij lichamelijke klachten alle alarmbellen afgingen. Angst voor iets ergs en veel piekeren hierover bepaalde haar leven. Eigenlijk stond ze vrijwel continu in de 'stress-

stand', behalve misschien als ze voor anderen kon zorgen. Het plaatje zag er inmiddels als volgt uit.



Voor mevrouw Gerards was het allemaal wat veel, maar herkenbaar. Ze bedankte de POH voor alle begrip en het gesprek, dat voor haar heftig maar goed was geweest. Ze maakten een nieuwe afspraak om het plaatje verder af te maken en te bekijken of het hen kon helpen om het eens te worden over vervolgstappen. Zoals het nu ging, kon het niet blijven toch? Toen de POH mevrouw uitliet, had ze het gevoel ook figuurlijk wat meer 'naast haar' te zijn gekomen. Als mevrouw zich in deze gesprekken voldoende serieus genomen voelde en misschien ook wel enigszins geholpen, konden zij samen nagaan wat haar naast de medische zorg, zou kunnen helpen minder in de 'stress-stand' te staan. De stap naar meer psychologische hulp om meer in evenwicht te komen zou dan mogelijk ook meer als een gezamenlijke beslissing kunnen worden ervaren.

Tot slot

Het begrip gezondheid

Gezondheid betekent niet alleen het ontbreken van ziekte. Het heeft alles te maken met hoe mensen hun bestaan beleven en het gevoel hebben dat alle uitdagingen op lichamelijk, mentaal en sociaal niveau voor hen voldoende zijn aan te gaan en dit tot voldoende balans leidt. Met de praktijkvoorbeelden in dit boekje hebben wij willen illustreren hoe een gevisualiseerde dialoog kan bijdragen tot het bereiken hiervan. De lezer zal, zoals al opgemerkt, ongetwijfeld andere overeenkomstige voorbeelden kennen.

De komende jaren zal steeds meer geïntegreerd zorg worden geboden en deze zal vanuit verschillende financiële kaders (zorgverzekering en sociaal domein) worden bekostigd. Het biopsychosociaal kader biedt een speelveld waarin biologische (algemene gezondheidszorg), psychologische (geestelijke gezondheidszorg) en sociale (sociaal domein) zorg in afstemming op elkaar een plaats kunnen vinden. Hierbij zal het zoveel mogelijk zelf en samen regelen voorop staan. Het Dialoogmodel kan hierbij een gedeelde visuele, integratieve 'routeplanner' voor alle betrokkenen bieden.

Dialoog

Deze boekvorm biedt geen mogelijkheid voor dialoog. Wel zijn wij altijd benieuwd naar reacties (u kunt ons mailen via info@dialogmodel.nl). De belangrijkste drijfveren voor het schrijven van dit boekje zijn immers de talrijke, vrijwel altijd positieve en aansprekende reacties, die wij door de jaren heen hebben ontvangen van collega's en vooral van vele patiënten waarmee wij het Dialoogmodel gebruiken.

Wij willen één reactie noemen, die ons diep heeft geraakt. Een man met een vorm van autisme gaf ons terug dat hij deze methode 'het meest humane model' vond waarmee hij was geconfronteerd. Andere modellen richtten zich wat hem betrof te veel alleen op hem en niet op anderen om hem heen. Ook speelde mee dat het Dialoogmodel nadrukkelijk alle ruimte biedt aan wat wij de 'helpende factoren' noemen. Dat wil zeggen talenten, capaciteiten, veerkracht, creativiteit en alle daaraan verwante kanten van wat ons mensen kenmerkt, naast al wat ons hindert. Hetgeen men tegenwoordig 'positieve gezondheid' noemt, is van begin af aan een van de kernelementen van het Dialoogmodel geweest. Wij zijn ervan overtuigd dat een meer geïntegreerde benadering van zorgbehoeften ook in de algemene gezondheidszorg veel voordelen oplevert voor alle betrokkenen. Door ervaringen over en weer te delen zal de werkwijze toenemend aansluiten bij de dagelijkse praktijk.

Naast scholing in de methodiek vraagt deze integrale benadering in eerste instantie procesaanpassingen en (tijds)investering, die zich op de langere termijn evenwel terugverdienen in kwalitatieve en financiële zin. Zie ook: dialogmodel.nl



Referenties

1. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017). Zonder context geen bewijs. Den Haag: SDU.
2. Maurer Jac & Westermann George (2007). Beter communiceren in de hulpverlening. Het dialoogmodel als leidraad. Houten; Bohn, Stafleu & van Loghum.
3. Westermann, G.M.A. (2010). Ouders adviseren in de jeugd-ggz. Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek. Thesis. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers. <http://repub.eur.nl/res/pub/22397/>
4. Westermann, G.M.A., Verheij, F., Winkens, B., Verhulst, F.C. & Van Oort, F.V.A. (2013). Structured shared decision-making using dialogue and visualization: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 90, 74-81. (online). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.014>.
5. Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Maastricht University: Maastricht.
6. Engel, G.L. (1960). A unified concept of health and disease. *Pers. Biol. Med.* P. 459-485.
7. Zorg Instituut Nederland (2017). Psychosociale zorg bij somatische problematiek. Diemen.
8. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2013). De participerende patiënt. Den Haag; SDU.
9. Tieymeijer, W.L. (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid). (2011). Hoe mensen keuzes maken. De psychologie van beslissen. Amsterdam; University Press.
10. Miller WR, Rollnick St. editors (2012). *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing)*. New York: Guilford Press.
11. Vansteenkiste, M., Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2008). Self-determination theory and the explanatory role of psychological needs in human well-being. In L. Bruni, F. Comim & M. Pugno (Eds.), *Capabilities and happiness* (pp. 187-223). Oxford: Oxford University Press.
12. Westermann George & Maurer Jac (2010). Bewezen effectieve therapie: en toch werkt het vaak niet!Tijd voor dialoog en visualisatie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 9, 100-106.
13. Westermann GMA en Maurer JMG. (2015). Gedeelde besluitvorming in de ggz: het adviesgesprek in de jeugd-ggz als voorbeeld. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 352-360.
14. Maurer Jac & Westermann (2017). De positie van de hulpverlener. In. M. Bak e.a. (Red.) *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie – Terug naar de essentie* (pp. 27-34). Leusden: Diagnosis Uitgevers.
15. Maurer JMG & Westermann GMA (2018). *Praktijkboek gedeelde besluitvorming in de GGZ. Kracht van verhalen, beeld en dialoog*. Houten, Bohn, Stafleu & van Loghum.

Samen aan zet in zorg

Dit boekje is bedoeld voor professionals die op zoek zijn naar een handzaam hulpmiddel voor onderlinge afstemming, samenwerking en overeenstemming bij vaak niet eenduidige, zogenaamde 'open' zorgvraagstukken en -processen. Dit boekje gaat over patiëntgerichte zorg, gedeelde besluitvorming en patiëntparticipatie in geval van complexe, meervoudige vaak chronische en ingrijpende gezondheidsproblematiek. Wij brengen een ander accent aan dan gebruikelijk is in publicaties over deze thematiek. Wij focussen op het emotioneel-relatieve aspect van hetgeen zich tussen patiënten en professionals afspeelt in de overtuiging dat dit de basis en brug vormt voor goede, passende zorg. De ingang voor zorg ligt in de omgang tussen hulpverlener en hulpvrager.

George Westermann en Jac Maurer

