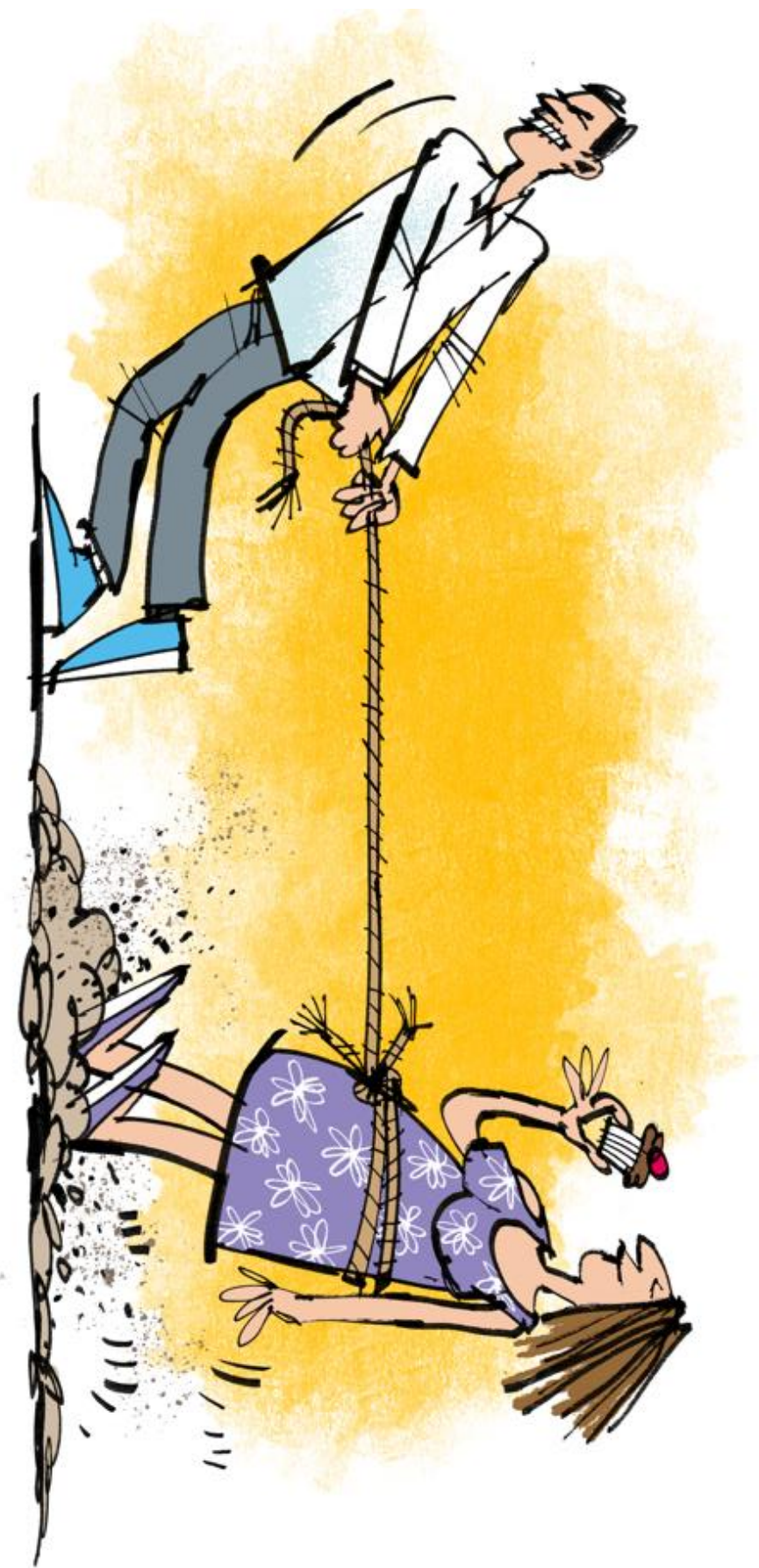


Wie zal het een zorg zijn

Verslag onderzoek Persoonsgerichte Zorg in opdracht van ROHA



December 2017

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	2
Verslaglegging.....	3
Achtergrond	4
Werkwijze.....	5
GG-onderzoek in beeld	10
Thema's van verslag in beeld.....	11
Thema I: 'Je mag wel met je ziekte leven maar je moet niet om je ziekte leven'	12
Thema II: Over het <i>proces</i> van verandering, schommelende motivatie en 'de klad die erin sluipt'	17
Thema III: 'Wissen 'in de waterval van woorden' – vangen in een waterval van stilte.....	22
Thema IV: 'Niet met de zweep erover of met een opheven vingertje'	27
Thema V: 'Een gesprek is een ontdekkingsreis en geen sjabloon die je volgt met je zorgverlener'	33
Thema VI: 'Over angst, een veilig gevoel en 'een stok achter de deur'.....	39
Thema VII: 'De sterke eigenschap van iemand te ontdekken en die te laten groeien'.....	44
Thema VIII: 'Balletje opgooien, je terugtrekken en dan zien hoe het gevangen wordt'	50
Thema IX: 'Wie staat aan het roer?'	53
Thema X: 'Vaders van succes'	58
WOW momenten van de patiënten	63
Ervaringsdeskundigen in beeld.....	64
Ervaringsdeskundigen aan het woord: 'Waar zit die gelijkwaardigheid in?'	65
Aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van persoonsgerichte zorg	68
Reflecties en conclusies	72
Referenties en leestips.....	76
Bijlagen	78
Bijlage I Interviewvragen voor de zorgverlener	78
Bijlage II Vragen voor de patiënten van zorgprofessionals die met GG-methode werken	80

Verslag onderzoek Persoonsgerichte Zorg in opdracht van ROHA (Regionale Organisatie Huisartsen Amsterdam)

Verslaglegging

CENTRUM VOOR CLIENTERVARINGEN
vertegenwoordigd door Dr Elena Bendien,
senior onderzoeker afdeling Metamedica van VUmc.
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
NEDERLAND

CREATIEVE BREIN
Innoveren vanuit gebruikersperspectief
Eveline van Dorp
Interim projectleider eHealth ROHA

Dit verslag is tot stand gekomen met medewerking van diverse huisartsenpraktijken in de stad Amsterdam die aangesloten zijn bij ROHA en Cliëntenbelang Amsterdam.

Het onderzoeksteam bestaat uit: 4 ervaringsdeskundigen,
1 vertegenwoordiger van Cliëntenbelang Amsterdam,
1 interim projectleider ROHA en tevens onderzoeker, en 1 onderzoeker van VUmc. De leden van het team zijn: Elly Rahder, Paula Contreras, Emil Fraai, Ruud van Zijljen, Pauline Willems, Eveline van Dorp en Elena Bendien.



*Creatieue Brein



Namens het onderzoeksteam spreken we waardering uit voor het initiatief, transparantie, professionaliteit en bereidheid van het bestuur en de medewerkers van ROHA om dit onderzoek te faciliteren en, waar nodig, te ondersteunen en met het onderzoeksteam mee te denken.

Illustraties op de titelpagina en pp. 17, 33, 39, 53 en 58 door Geert Gratama.

Achtergrond

ROHA is de grootste zorggroep van Amsterdamse huisartsen. Bij ROHA werken 180 huisartsen in de regio Amsterdam in een verband. Zij leveren zorg aan circa 340.000 patiënten. ROHA maakt in het kader van de ketenzorg afspraken met de zorgverzekeraars om de zorg rondom chronisch-zieke patiënten beter te structureren. ROHA doet dit voor drie chronische zorgprogramma's: Diabetes Mellitus (DM), COPD & Astma en Cardiovasculair risicomangement (CVRM).

De zorg voor mensen met bovengenoemde chronische aandoeningen is lang verkokerd geweest. Nog steeds voelen de patiënten zich vaak niet gehoord, terwijl de zorgverleners gefrustreerd raken door de geprotocolleerde manier van werken, waardoor weinig ruimte overblijft voor menselijk contact, dat gericht is op een duurzaam perspectief voor de gezondheid van de patiënt.

In 2016 is ROHA begonnen met een uitdagend project: 'Van Vincken naar Vragen en Luisteren: van ketenzorg naar meer persoonsgerichte zorg.' Eén van de speerpunten van het project is het organiseren van trainingen, waar met een gespreksmethodiek wordt geoefend teneinde een transformatie te kunnen realiseren, vanuit de nadruk op ziekte en zorg (ZZ) naar een perspectief waar gezondheid en gedrag (GG) centraal staan. De GG/ZZ gespreksmodel (hierna: GG of GG-methode) is gebaseerd op de GG/ZZ visie van het Bettery Instituut, onderdeel van Big Move. Zij bieden de GG-training aan bij de ROHA.

De GG-training heeft als doel om de zorg integraal en persoonsgericht aan te bieden. Het kijkt vanuit de patiënt en het hanteren van aangeleerde gespreksvaardigheden volgens de GG-methode vormen de basis voor interactie met de patiënt, die ertoe moet leiden dat het zorgaanbod beter aansluit op de behoefte van de patiënt.

De training in haar huidige vorm is bedoeld voor huisartsen, verpleegkundigen, praktijkonderstellers, assistenten en ketenzorg-partners zoals diëtisten, podotherapeuten, fysiotherapeuten. In de periode 2016 – begin 2017 hebben drie groepen de training gevolgd, met in totaal 49 deelnemers. De deelnemers waren: 21 POH's, 2 POH's van GGZ, 6 huisartsen, 11 diëtisten, 3 podotherapeuten, 5 medewerkers/directie van ROHA en 1 doktersassistente.

NB: Het onderhavige verslag is gebaseerd op een onderzoek dat onafhankelijk is uitgevoerd. Het verslag bevat de uitkomsten van data-analyse (zie volgende paragraaf); de inhoudelijke evaluatie van de training behoort niet tot de doelen van het onderzoek. De aanbevelingen met betrekking tot de GG-methode en de GG-training worden dan ook onafhankelijk van de visie van het Bettery Instituut geformuleerd op basis van de verzamelde data en met het oog op de ontwikkeling van ROHA naar persoonsgerichte zorg.

Werkwijze

Opdracht

De werkgroep Chronische Zorg heeft aan het Centrum voor Cliëntervaringen (CVC) gevraagd om mee te denken over de ontwikkeling van hun zorgmodel, voor toepassing in de praktijk. Deze ontwikkeling bevindt zich nog in de beginfase.

De werkgroep wil het patiëntenperspectief benadrukken door het aandoeningsspecifieke model om te schakelen naar een integraal opererend zorgmodel. Aan het CVC is verzocht om een onderzoek uit te voeren onder de patiënten die inmiddels de nieuwe manier van gespreksvoering hebben ervaren.

Parallel aan dit onderzoek heeft ROHA aan de interim projectleider eHealth opdracht gegeven om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de praktische gevolgen van de trainingen voor de zorgverleners. Deze twee opdrachten vullen elkaar goed aan. Daarom is een overkoepelend onderzoeksdesign gemaakt en zijn de opdrachten gezamenlijk uitgevoerd. De resultaten worden integraal in dit verslag gepresenteerd.

Methode

In dit project is het verzamelen en bestuderen van de patiënt- en zorgverlenerservaringen op kleine schaal uitgevoerd. In totaal zijn er 25 respondenten en 4 ervaringsdeskundigen bij betrokken geweest. Op grond van de beschieden omvang ervan noemen we deze studie een pilot-onderzoek.

De twee centrale onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe ervaren de patiënten de nieuwe wijze van gespreksvoering, die wordt toegepast door de zorgprofessionals die de training van het Big Move instituut hebben gevolgd?

2. Wat is het effect van de training op de manier van werken van de zorgverleners en hun interactie met de patiënt?

Omdat de ervaringen van de patiënten en de zorgverleners in dit onderzoek centraal staan, is besloten om twee onderzoeksmethodes te combineren: participatief actieonderzoek en kwalitatief interviewen.

Participatief actieonderzoek (PAR) is gebaseerd op participatie, veranderingsproces, reflectie, praktische kennis en menselijke ontwikkeling (Abma et al., 2009, 2017). In concreto betekent dit dat ervaringsdeskundige patiënten met een chronische aandoening met professionals (in dit geval huisartsen of POH's) en (academische) onderzoekers hebben samengewerkt om te komen tot een communicatiemodel voor betere zorg (Lieshout & Cardiff, 2011).

Om een dieper inzicht te krijgen in hoe patiënten de (nieuwe) gespreksvoeringstechniek van de zorgprofessionals ervaren, is een aantal semigestructureerde interviews opgenomen (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Onze voorkeur voor interviews als bron van informatie is gebaseerd op de mogelijkheid om de respondenten vrijuit aan het woord te laten en om ook door te kunnen vragen, hetgeen een gewogen inzicht biedt in de tot dusver aan de zorgverleners aangeboden trainingen.

De data die tijdens het onderzoek zijn gegenereerd bestaan uit verslagen van de gesprekken met ervaringsdeskundigen, veldnotities van de onderzoekers tijdens de vergaderingen van ROHA en de laatste training in november 2017 en de teksten van 25 interviews.

Drie-fasen aanpak

Om de ervaringen met de training zo goed mogelijk in kaart te brengen is gekozen voor een drie-fasen aanpak.

1. In de eerste fase is een team van ervaringsdeskundigen geworven en gevormd.
2. In de tweede fase zijn interviews gehouden met een aantal zorgverleners die de door ROHA aangeboden training hebben gevolgd.
3. In de derde fase zijn interviews gehouden met patiënten van de eerder geïnterviewde zorgverleners.

Team van ervaringsdeskundigen

De patiënten die belangstelling toonden voor de rol van ervaringsdeskundige, zijn geworven via zorgprofessionals die aangesloten zijn bij ROHA. In de maanden februari – maart 2017 hebben zich 5 patiënten bereid verklaard om mee te denken binnen het onderzoeksproject; 4 daarvan zijn actief gebleven tot het einde van het project. In de loop van het project zijn 14 gezamenlijke bijeenkomsten gehouden. De bijeenkomsten zijn gehouden in vorm van een open discussie. Een overzicht van de besproken thema's is in een aparte paragraaf opgenomen. De vragenlijst voor de interviews met de patiënten is door de ervaringsdeskundigen en de onderzoekers gezamenlijk opgesteld (bijlage 2). Daarnaast is een training over interviewtechnieken voor de ervaringsdeskundigen georganiseerd.

De partner-organisatie Cliëntenbelang Amsterdam heeft een bijdrage geleverd aan de voorbereiding van deze training.

In dit verslag hebben we tevens een stem aan ervaringsdeskundigen gegeven door hun uitspraken tijdens onze regelmatige gedachtewisseling op te nemen als citaten onder desbetreffende thema's. Deze citaten zijn met *ED* gemarkeerd.



Team van ervaringsdeskundigen en onderzoekers aan het werk

Quote ED:

In dit verslag staan heel herkenbare verhalen, waar mensen echt mee zitten, en ze spreken je heel erg aan. Ik kon me ook echt inleven in de situaties en het werkte bij mij tenenkrommend als er nog niet gelijk een oplossing in vooruitzicht is bij deze patiënt.

Werving van respondenten: zorgverleners

De werving van de deelnemende zorgprofessionals uit de eerste drie GG-trainingsgroepen is tot stand gekomen door middel van mailing. Gestreefd werd naar een representatieve vertegenwoordiging van deelnemers (huisartsen, POH's en ketenpartners) in elk van de drie trainingsgroepen. Om de diversiteit van de groep te waarborgen is rekening gehouden met:

- Geslacht;
- Diversiteit van de wijken waar de praktijken zijn gevestigd;
- Werkervaring van de zorgverleners met de GG-methode;
- Actieve en minder actieve deelnemers aan de door ROHA georganiseerde bijeenkomsten.

In totaal zijn 13 interviews met de zorgverleners gehouden, waarvan 9 met POH's, 2 met diëtisten en 2 met huisartsen.

Werving van respondenten: patiënten

De werving van patiënten voor de interviews heeft plaatsgevonden met de hulp van de reeds geïnterviewde zorgverleners. Er zijn in totaal 14 patiënten benaderd, waarvan 12 zijn geïnterviewd. De twee andere patiënten hebben om diverse redenen geweigerd.

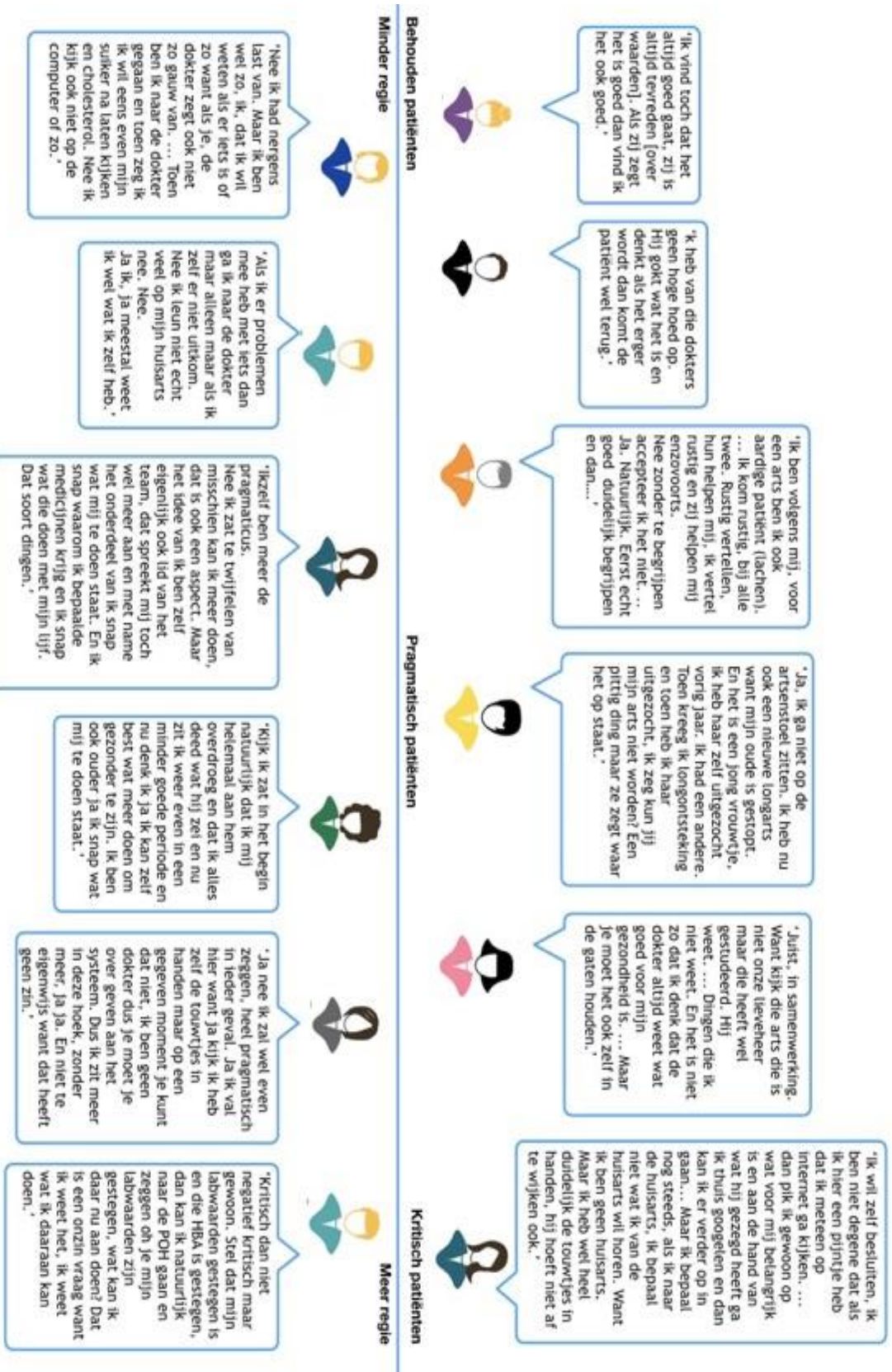
De keuze voor deze wijze van werven heeft voordelen voor de resultaten van het onderzoek, maar brengt ook enkele beperkingen met zich mee. De patiënten en zorgverleners vormden dyades. Dit maakte een derde slag in de analyse mogelijk, nadat de interviews met de patiënten en zorgverleners afzonderlijk waren geanalyseerd. In de analyse wordt gepoogd om de overeenstemmingen en verschillen in de ervaringen van beide groepen in kaart te brengen.

Het werven van de patiënten via de zorgverleners kan voor een vooroordeel zorgen in de keuze van de respondenten. Het ligt bv. voor de

hand om een actievere patiënt voor een interview voor te dragen. In de analyse en de formulering van de resultaten is hiermee zo veel mogelijk rekening gehouden.

De groep respondenten-patiënten bestond uit 7 vrouwen en 5 mannen. 10 respondenten zijn patiënten met diabetes type 2 diagnose, 1 is een patiënt met COPD en 1 met CVRM. Alle patiënten spreken Nederlands; 1 heeft een niet-Nederlandse culturele achtergrond. We laten de patiënten zich aan de lezer voorstellen:

Respondenten-patiënten



Interviews, analyse en discussie

De interviews zijn door twee onderzoekers uitgevoerd. Eén interview met een patiënt is in aanwezigheid van een ervaringsdeskundige afgenomen. De oorspronkelijke bedoeling om zo veel mogelijk ervaringsdeskundigen bij de interviews te betrekken bleek in dit onderzoek niet haalbaar. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat het merendeel van de ervaringsdeskundigen een baan heeft en daarom niet beschikbaar is op de tijdstippen dat de geïnterviewde patiënten juist tijd hadden voor het gesprek. 10 van de interviews met de patiënten zijn bij hun thuis opgenomen. De andere 2 interviews zijn gehouden in de huisartsenpraktijk van de patiënten.

De interviews met 13 zorgverleners zijn opgenomen in de praktijk waar de zorgverleners werken. Voor de interviews met de zorgverleners is een vragenlijst gebruikt die specifiek voor deze deelnemers door de onderzoekers was opgesteld (bijlage 1).

De interviews zijn verbatim getranscribeerd. Van elk interview is een verslag gemaakt, dat vervolgens voor membercheck naar de respondent in kwestie is gestuurd.

De analyse is in drie stappen uitgevoerd. De interviews van de patiënten zijn door het hele team geanalyseerd. De ervaringsdeskundigen hebben een handreiking gekregen voor het maken van de kwalitatieve analyse. In eerste instantie is één interview als voorbeeld gezamenlijk geanalyseerd. In tweede instantie zijn de diverse interviews in één op één gesprekken besproken in aanwezigheid van de ervaringsdeskundige en de onderzoeker. Vervolgens is een gezamenlijke discussie gevoerd over enkele belangrijke thema's die uit de interviews naar voren waren gekomen. Tenslotte is het conceptverslag door het team besproken en bijgesteld.

Presentatie van de resultaten

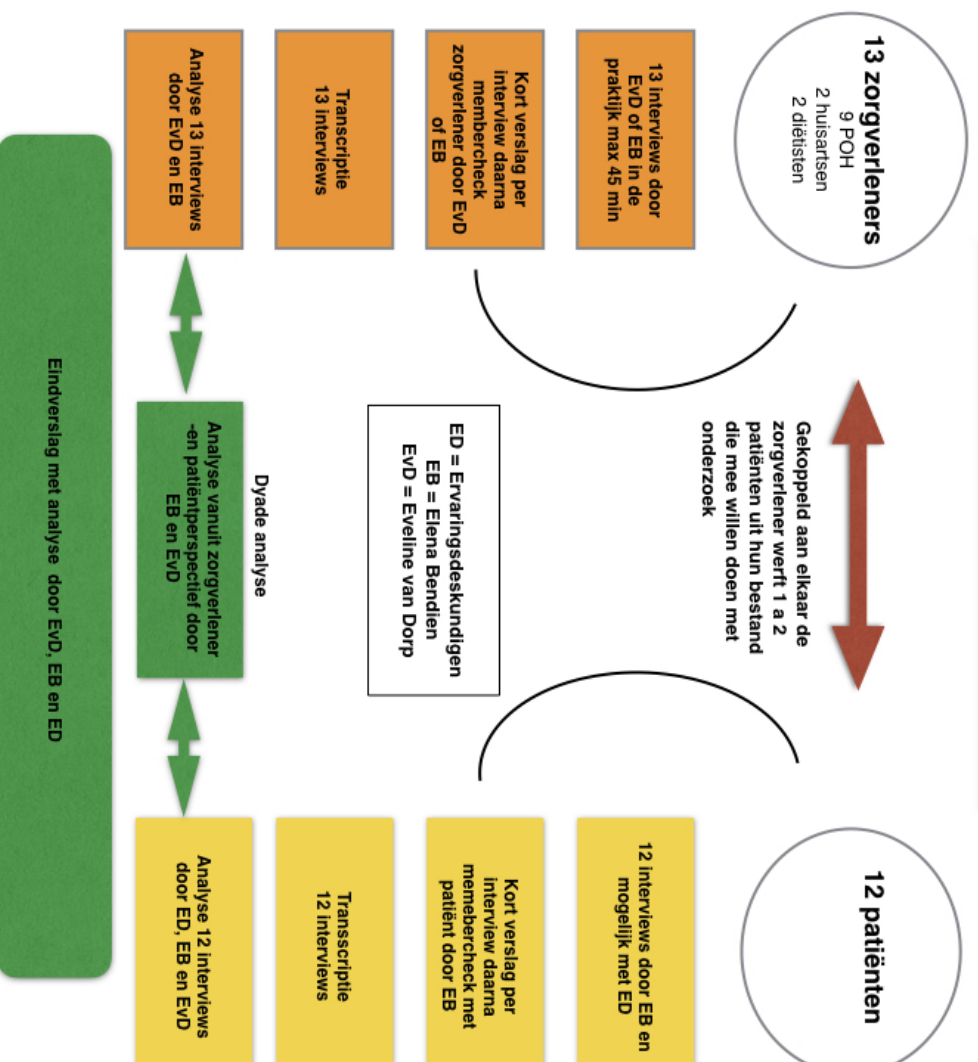
De resultaten van de analyse zijn in 10 thema's gepresenteerd. Het aantal thema's ten opzichte van de inhoud van de interviews is niet uitputtend. Het gaat hier om een selectie van belangrijke thema's die antwoord geven op de onderzoeksvragen. We hebben daarbij gekozen voor een narratieve vorm van presenteren (Polkinghorne, 1995). Elk thema wordt eerst in de vorm van een generiek verhaal gegoten, dat als het ware door een patiënt en haar/zijn zorgverlener wordt verteld. Uiteraard zijn de respondenten en de details van de narratieven om privacy redenen onherkenbaar gemaakt. De inhoud van de verhalen is volledig gebaseerd op de data die verzameld zijn tijdens het onderzoek. De keuze voor de spreektaal-stijl van de narratieven is bewust geweest. Deze vorm doet recht aan het doel van de GG-methodiek, namelijk het (h)erkennen van de mens die tegenover de zorgverlener zit. Iedere keer gaat het over een uniek individu. In de verhalen hebben we gepoogd die uniciteit stem te geven en tegelijkertijd de terugkerende thema's op te lichten die de kwaliteit van het samenwerkingsproces tussen de patiënt en de zorgverlener kunnen verbeteren.

De narratieven worden telkens gevolgd door een beknopte samenvatting van het thema, aandachtspunten zoals die uit de analyse naar voren zijn gekomen, conclusies en suggesties. Aan het einde van het verslag wordt een beknopte samenvatting van deze aanbevelingen en conclusies gepresenteerd.

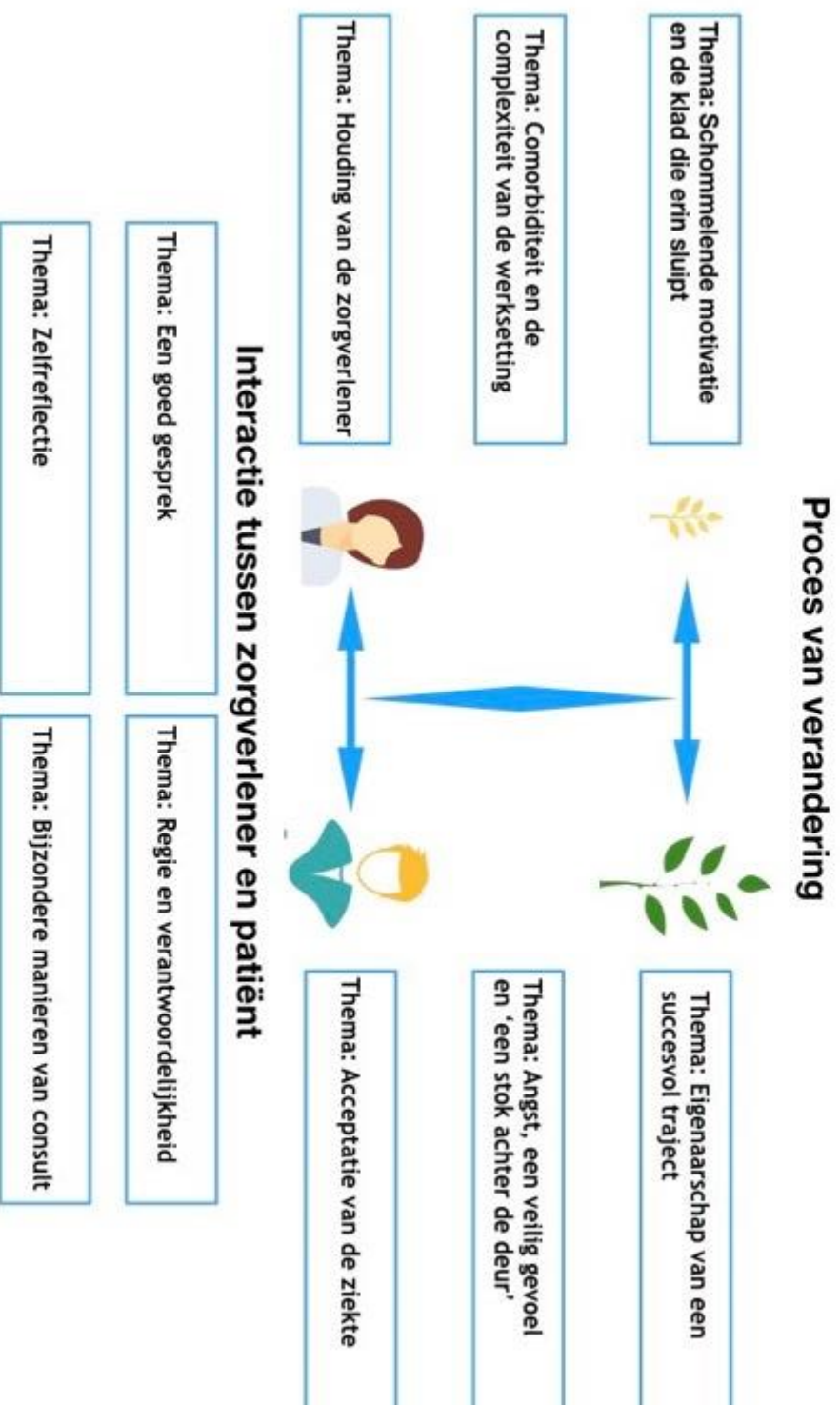
Hieronder volgt een schematisch overzicht van het GG-onderzoek en van alle thema's die in het volgende hoofdstuk worden beschreven en toegelicht.

GG-onderzoek in beeld

GG onderzoek in beeld

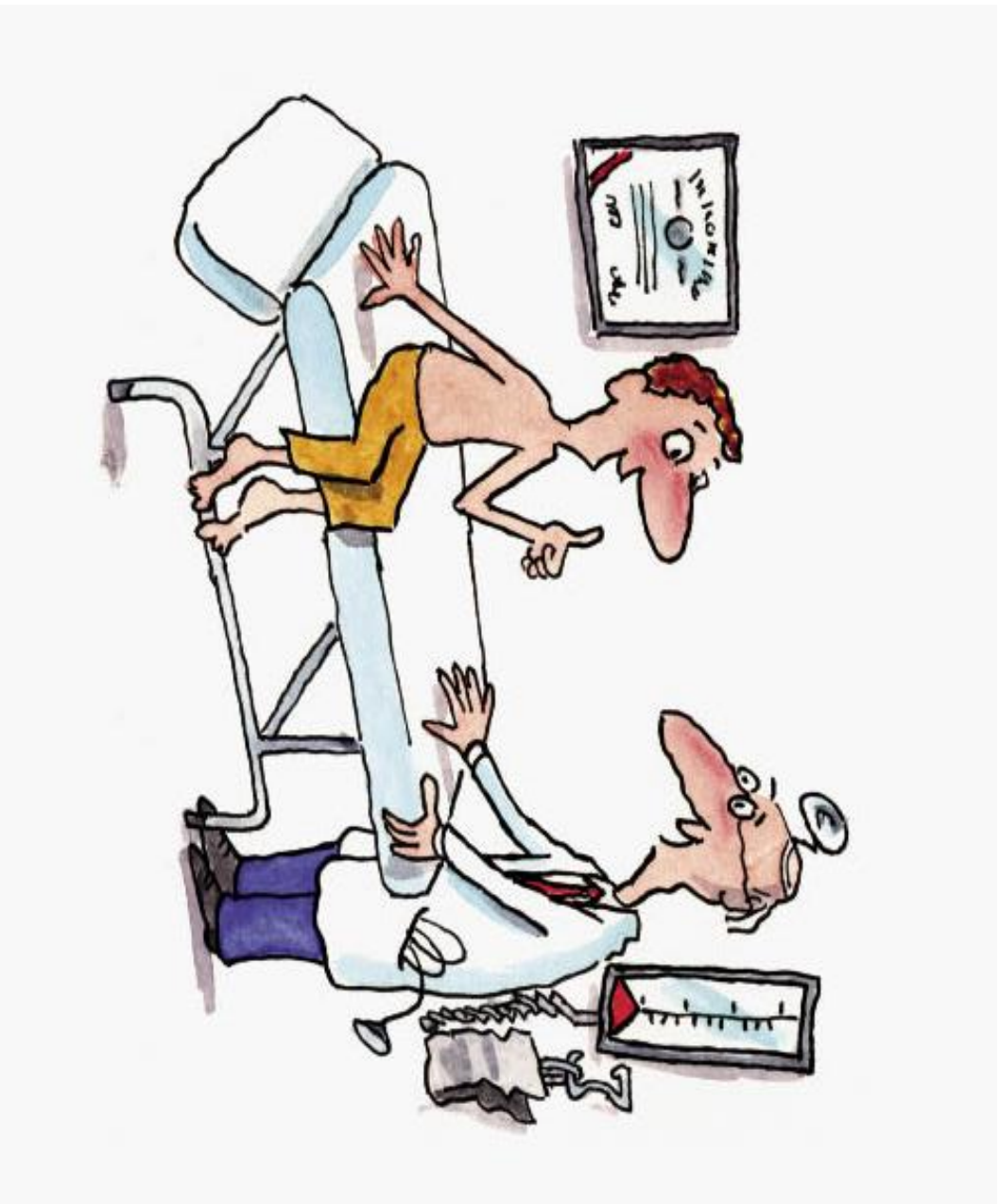


Thema's van verslag in beeld



Thema I: 'Je mag wel met je ziekte leven maar je moet niet om je ziekte leven'

Over acceptatie van de ziekte en het verschil tussen de ervaring van ziek zijn en zich ziek voelen



Mw. Wolters – Kramer (58) is al ruim 30 jaar verbonden aan dezelfde huisartsenpraktijk. Sinds 7 jaar staat zij daar ook onder controle vanwege de diagnose diabetes II:

Nou, ze hebben het toevallig ontdekt, zeg maar. Ik weet niet meer hoe. Toen moest ik opeens bloedprikken en allemaal ander gedoe. Maar ik voelde niks. Wat suiker? Ik at alles! Een wijntje vond ik altijd lekker. Kon een hele fles per dag op krijgen, geen probleem. Aan die diagnose dacht ik dus niet. En waarom dan? Ik voelde me prima, maar ik moest wat pilletjes gaan slikken. Goed dan. Heerlijk is dat: je hoeft niets te doen, alleen die pillen. En dan zijn je labwaarden weer in orde.

Ja, ja, mijn POH... Ik heb een echte goeie, hoor. Ze hebben me wel uitgelegd wat diabetes op den duur kan betekenen. Tja, maar als je je ziek verklaart dan word je ook ziek, nietwaar? Dat past niet echt bij mij.

Toen moest ik opeens meer pillen nemen, en dat vond ik niet leuk meer. Dat zei ik toen ook. De huisarts wilde dat ik meer ging slikken. Mijn POH zei toen: wacht 's even. Gun haar even de tijd. Zo dus. We hebben toen andere pillen afgesproken, twee kleine. En dat werkt fantastisch.

Sindsdien ben ik ook de wijn wat gaan minderen. Ik vind het nog steeds lekker om tijdens het koken een paar glazen te nemen, maar de fles houdt het nu enkele dagen vol, hoor (lacht). Soms tijdens het consult kan ik aan mijn POH zien dat hij denkt: wat ben je traag, doe toch een beetje je best. Het zit hem niet erin dat ik het niet begrijp of zo.

Het zit hem in die stempel, ziek zijn, chronisch zijn. Dat ik me moet beperken. Alsof ik niet meer vrij ben of zo. Daar herken ik me niet in, hoor. Ik ben toch iets anders dan dat, nietwaar?

Piet is al 8 jaar POH in de huisartsenpraktijk waar mw. Wolters patiënt is:
Sinds kort vraag ik aan mijn patiënten hoe ze over hun toekomst denken. Ik heb nooit gedacht dat zo'n vraag zo veel open kon trekken in mijn communicatie met patiënten. Een van mijn patiënten die veel alcohol dronk, kon opeens haar gedrag in perspectief zetten, juist door deze vraag. Kleine stappen, hoor. Dat heb ik vooral geleerd in die training. Dus als de patiënt minder gaat drinken is dat al een succes. De diversiteit aan patiënten vind ik boeiend. De ene wil zijn levensstijl ab-so-luut niet veranderen, weet je? Zo van, geef me die pil, einde verhaal. Een ander moet 1 klein pilletje voor de bloeddruk slikken. En dat is dan soms het einde van de wereld. Die wordt daar dan bijna depressief van.

Wat ik soms verrassend vind is hoe mensen hun eigen gezondheid gaan ervaren op grond van de verhalen van anderen. Het verhaal wordt dan in een dramatische vorm gegoten, wat vaak niet te verifiëren valt. En dan voelt hij zich zo ziek! Ik denk dat als de patiënten vaker met elkaar in een open gesprek gingen, als groep, bedoel ik, en vooral de mensen die nog geen chronische aandoening hebben, dat dat veel misverstanden zou kunnen voorkomen. En zeker om de overdreven angsten het hoofd te kunnen bieden.

Ja hoor, ik houd van mijn werk. Het is dynamisch, iedere dag een uitdaging. Bijvoorbeeld iemand aan het bewegen krijgen die dan wel wil bewegen maar zonder gebruik van energie (lacht). Ja, toch moet je blijven luisteren en praten, vind ik. Ik geloof dat bij iedereen een keerpunt bereikt kan worden. Alleen... de patiënt heeft soms oogkleppen op van: ik voel me goed, dus ik hoef verder niks te doen. Maar als ik tegelijk naar die labwaarden kijk, dan zie ik dat er een discrepantie in het verhaal zit. Dan moet ik ingrijpen, vind ik. Nee, niet met 'je moet', maar met 'waar wil je zijn over een halfjaar'?

Samenvatting

De acceptatie van het feit dat de patiënt een chronische aandoening heeft neemt tijd in beslag. Dit proces blijft echter vaak impliciet, vooral voor de zorgprofessional. Na de acceptatie kunnen patiënten diverse 'coping' strategieën vertonen, bv. oogkleppen dragen, d.w.z. verklaren dat alles goed is, dan wel aan de slag gaan om het levenspatroon te veranderen en de ziekte zo goed mogelijk te lijf te gaan. Uit de interviews blijkt dat in de praktijk de eerste reactie vaker voorkomt dan de tweede. De indrukwekkende ontwikkelingen binnen de farmaceutische industrie hebben ervoor gezorgd dat het leven met een aandoening niet alleen 'acceptabel' is geworden, maar zelfs als heilzaam kan worden ervaren. Maar deze ontwikkeling heeft helaas een keerzijde: de mogelijkheid om je goed te voelen mits je medicijnen gebruikt, heeft de acute behoefte tot verandering van de leefstijl van de patiënt als het ware gewist.

De ervaringen van de patiënten t.o.v. het ziek zijn en zich gezond/goed voelen, lopen sterk uiteen. Het valt wel op dat vooral patiënten met diabetes het vaak over 'meevallen' praten in relatie tot hun ervaringen met de aandoening. Als gevolg daarvan kan de patiënt een ongezond gedrag vertonen, o.a. omdat hij/zij zich best fit voelt, ondanks de waarschuwingen van de zorgprofessional. En omgekeerd kan de patiënt zich ook ziek (en bang) voelen, terwijl de professional binnen het eigen referentiekader geen aanleiding tot paniek ziet. Een belangrijke sleutel voor onderling begrip is de acceptatie door de patiënt van de chronische aandoening. Dit vraagt tevens om haar/zijn positionering t.o.v. de ziekte. Dat lijkt een eenzame plek voor de patiënt te zijn.

Aandachtspunt

Waarop concentreert zich de zorgprofessional voornamelijk, op acceptatie van de ziekte door de patiënt of op haar/zijn gezondheid? Het proces van

acceptatie kan qua aandacht tussen wal en schip vallen, waardoor de zorgprofessional en de patiënt op een ongunstig moment een gesprek over verandering van levensstijl beginnen. De vraag hoe de patiënt de ziekte ervaart is hier essentieel, maar die wordt vaak nog niet gesteld.

Conclusie

Het is aan de patiënt om de ziekte te aanvaarden, te leren om ermee te leven of, indien mogelijk, te proberen om de ziekte te overwinnen. Existentieel gezien is het een eenzame plek, wat de patiënt niet snel erkent en de zorgprofessional niet altijd inziet. Een doodlopende weg is ontkenning door de patiënt. Paradoxaal genoeg wordt dit vaak mogelijk gemaakt door de aanwezige medicijnen, of door uit de context getrokken verhalen van anderen. Het besluit over hoe ze verder moeten is erg tijdsgevoelig. De patiënt zal alleen naar advies luisteren als hij daarvoor openstaat.

Suggestie

De samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener moet meteen beginnen nadat de diagnose is gesteld. Een van de belangrijkste vertrekpunten van ZZ naar GG is het maken van een differentiatie tussen het ziektebeeld en de persoonlijkheid van de patiënt. Een vuistregel is: ziekte ≠ persoonlijkheid. De maatschappelijke clichés werken daarbij niet mee. We hebben het steeds vaak over diabeten, astmapatiënten, NAH-patiënten en dergelijke, terwijl het gaat over de *MENS met een aandoening*. Aanpassing van het eigen taalgebruik wordt sterk aanbevolen.

Citaten patiënten

En het nare van diabetes is dat de last die je ervan hebt nogal gering is. Tenminste, als je gewend raakt aan het 7 keer prikken van je bloed, en het spuiten twee keer per dag. Nou op een gegeven moment hoefde ik dat zelfs niet meer, en pillen slikken. Uh, ja daar kun je in berusten.



Nee. Ik uh, ik verdiep mij er niet te veel in [in de ziekte]. ...Hoe dat voelt? Nou in het begin kon ik voelen als suiker te hoog was, dat ik een maf hoofd kreeg. Maar de laatste jaren heb ik dat niet meer gemerkt.

Ik denk: oh jé, suiker, dat is erg als je dat hebt, maar ik vind het hartstikke meevallen.

Nee het mag niet 20 worden of 15, nee dat zou ik niet willen. Dan ga ik écht niks meer nemen. Maar ik eet ook alles hoor, 's avonds, ik houd van lekker warm eten en uh, ja. Dat is misschien ook niet altijd goed voor je suiker. Maar ja, tot nog toe gaat het allemaal prima.

Ja dat, ik voelde niks en ik voel nog steeds niks. Ik weet eigenlijk niet eens meer hoe dat nou ontdekt werd. Eigenlijk een beetje per toeval. ...[over alcohol] ... En nou kom ik op het punt, wat dus eigenlijk veroorzaakt dat ik dus toch niet helemaal doe wat ik doen moet. Dat is dat mijn lever het prima doet. ... Natuurlijk heeft het ook invloed op je gezondheid, alleen ik merk het nu nog niet.

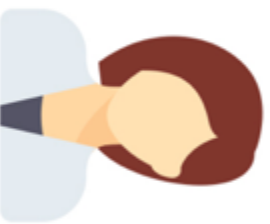
Ik heb toen een hartinfarct gehad, heel erg. En toen dacht ik ook dat het niks was. Ze zeggen: ik wil het niet erkennen. Dat ik wat heb. ... Ja. Maar als je het gaat erkennen wordt je zo'n ziek figuur. Toch? Dan ga je met een ziekte leven. Je moet, je mag wel met je ziekte leven maar je moet niet om je ziekte leven. ... Zo zijn we gewoon opgevoed, gewoon doorgaan.

ED: Elk stapje moet iets van jezelf worden om dan ook achter de keuze te kunnen staan. Dan kan het pas een succesje zijn.

ED: De ziekte liep met mijn eigen regie weg. Dat is de reden dat ik het ook heb ontkend. Ik was gewoon de controle kwijt.

ED: In mijn situatie overweeg ik echt welke medicijnen ik slik en dan zie ik wat ervan komt. Dat is een keuze. Ik heb mijn leven niet helemaal ingericht naar de zorg.

Citaten zorgverleners



Ja. Zeker op leefstijl gebied. Als je zegt hoeveel, hoe vaak je mensen iets probeert over het gewicht, over het roken, weet ik wat? Nou ik heb de indruk dat heel weinig mensen daar iets mee doen, dat dat resulteert in veranderd gedrag. Niet speciaal dat het GG-gesprek moeizaam gaat maar in het algemeen. Mensen doen gewoon wat ze willen en wat de dokter, de dokter geeft ze pilletjes en een verwijzing en daar gaat het om. Als de dokter weer begint over dat ze een hometrainer moeten kopen, dan doen ze dat gewoon niet. Ik denk dat het zo gaat.

Ik wil graag weten: waar haalt iemand energie uit, wat doet iemand goed en waar wordt iemand blij van... [Direct vragen?] Nee, niet zo. Maar wel: wat loopt er goed en waar bent u tevreden over? Je kan niet vragen: waar wordt u nu blij van als iemand net een aandoening heeft waar iemand helemaal niet blij mee is. Maar je kan wel vragen: waar bent u tevreden over?

Hoe mensen denken over hun gezondheid en waar dat dan vandaan komt. Er zijn mensen die behandeld worden voor een te hoge bloeddruk en die zich gewoon ziek voelen, chronisch ziek. Dan denk ik: chronisch ziek, hoe kan dat? Hoeveel mensen lopen er niet rond die behandeld worden voor een hoge bloeddruk, maar die hoor ik niet zeggen dat ze chronisch ziek zijn. Dan wil ik weten: waar komt dat gedachtengoed vandaan? Waarom denken

mensen zo? En dat vraag ik dan ook gewoon. Hoe kan het dat u zich chronisch ziek voelt als u in mijn ogen maar 1 tablette gebruikt?

Er zijn ook genoeg mensen die zeggen van: nou, als ik bijvoorbeeld moet instellen op medicijngebruik of dat ze medicatie gebruiken omdat ze iets hebben meegemaakt, die er prima mee omgaan en geen problemen hebben. Als ze dan ook nog aangeven: ik wil geen verandering en ik voel me er goed bij. Het correleert met het labonderzoek, het gewicht is stabiel en tevreden zijn over hun gezondheid.

Thema II: Over het proces van verandering, schommelende motivatie en 'de klad die erin sluipt'



Mw. Makhloufi (48) heeft 5 jaar geleden diabetes II gekregen:

Mijn POH is goed. Zij legt alles uit. En de doctor ook. Ik vind ze aardig, hoor. Zij zegt: dit moet je eten, dit niet. Ze zegt: je moet bewegen. Nou, bewegen doet pijn, zeg maar. Ik heb ook hernia. Dat lukt niet altijd, ja. Maar het gaat wel de goede kant op, hoor.

Ik denk, iedereen moet toch zijn eigen hersens gebruiken. Je wil toch gezond zijn, dan moet je wel doen wat ze zeggen. Maar ook je eigen hoofd gebruiken, zeg maar. Nee, ik neem geen pillen als ik niet weet waarom. Maar ja, met pillen en een beetje opletten... het gaat de goede kant op.

Ik woon naast het park. Ik ga daar een rondje lopen. Soms. Vroeger was het moeilijk. Ik moest voor mijn ouders zorgen, en mijn kinderen waren klein. Die wilden overal mee naar toe. Geen tijd om te lopen, want zij wilden niet lopen. Ze wilden spelen. Nu begrijpen ze het beter dus het gaat de goede kant op.

Ik weet dat ik moet opletten. Dan loop je langs de broodwinkel, en dat ruikt zo lekker. Maar ik let op, hoor. Nu hadden we wel feestdagen. Het Suikerfeest. Toen gingen we op bezoek. En die kwamen bij ons. En tussendoor ja, eten (lacht). Maar het gaat de goede kant op. Want ik wil het zo graag. Afvallen.

Sandra is 2,5 jaar POH in de praktijk waar mw. Makhloufi haar patiënt is:

Toen ik hier begonnen ben kwamen de patiënten gewoon niet naar het consult. Het kostte me een paar jaar en een hoop administratie om ze zo ver te krijgen. Ja, daar ben ik trots op.

Ah, mijn patiënten zijn erg verschillend. Met één stafmaat kan ik niks hier. Vandaag komt een mevrouw die geen Nederlands spreekt. Ik zit naar haar dochter te luisteren en vraag me af: 'Wiens verhaal hoor ik? Je zegt dat je moeder zich goed voelt. Waarom kijkt ze dan zo verdrietig?'

En dan komt een Chinese patiënt. Ik wil dat 'terug leunen' toepassen, van de training. En hij stopt helemaal met het praten. Voor hem blijkt dat dan een teken van onverschilligheid te zijn. Die fout hoefde niet als ik het had geweten. Maar hoe? Als je zoveel keer per dag moet overschakelen, dan is het toch moeilijk om je doel te bereiken. En het doel? Als de patiënt tevreden is.

Wat zeggen mijn patiënten? Ik: 'Uw suiker is toch een beetje te hoog'. 'Oh, dat is de schuld van Pasen'. Of 'U zei dat u een fiets gekocht heeft. Waar is die dan?' 'In de garage... Ik wacht tot het warm wordt...'. En zo de hele dag door. Soms vraag ik me af of ik alles heb gedaan. Ik heb net geleerd dat de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen. Alleen denk ik dat de patiënt eerst zo ver moet zijn om deze verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Ik heb er wel een paar die dat doen. Heerlijk. En met de rest ga je iedere keer opnieuw proberen. Toch wil ik dat blijven doen. Mijn werkplezier stond rond 3 toen ik net begonnen ben; nu ben ik tot 7 opgeklimmen.

Samenvatting

Het proces van ziek zijn naar een gezond leven is geen lineaire beweging. Een formele uitleg door de zorgverlener, d.w.z. welke stappen of maatregelen volgens de bestaande protocollen door de patiënt genomen moeten/kunnen worden, is noodzakelijk, maar die staat vaak los van de persoonlijke levenscontext en de motivatie van de patiënt. Positieve motivatie lijkt op een emotie die van vele factoren afhankelijk is en die je niet altijd op peil kan houden. Een belangrijke factor is de attitude van de patiënt t.o.v. haar gezondheid. Een groot aantal patiënten gaat met goede bedoelingen de consultkamer uit, bereid om haar/zijn levenspatroon aan te passen. De ene komt er nooit aan toe, de andere begint met veranderingen maar valt terug in het al `levenslang gehanteerde patroon. Situaties met patiënten die hun levensstijl niet zelf kunnen aanpassen, vereisen meer tijdsinvestering in een leerproces dat als doel zelfzorg heeft. De terugval in het gedrag van patiënten is geen kwestie of het gaat gebeuren maar onder welke omstandigheden dit gaat plaatsvinden, hoe vaak het zal plaatsvinden en of de patiënt zelf de draad voor een gezond leven opnieuw kan oppakken. De diversiteit van de culturele achtergronden onder de patiënten voegt een uitdagende dimensie aan deze reeds complexe werkssetting toe. Om de GG-methode met deze groep te kunnen toepassen zijn vaak extra middelen nodig, waaronder meer tijd en inzicht aan de kant van de zorgverlener.

Aandachtspunten

Aanpassingen van de levensstijl van patiënten vragen constante zelfcontrole en zelfdiscipline. De gesprekken tonen echter aan dat de *constante* daarvan het meest kwetsbare onderdeel is van het proces van gedragsverandering. Ook bij de zorgverlener kan het gebrek aan vooruitgang een tijdelijke emotionele 'slijtage' veroorzaken. De te

stimuleren verandering vraagt om vertrouwen en voldoende kennis van de patiënt en verder veel tijd en doorzettingskracht van de zorgverlener.

Conclusie

De weg van ZZ naar GG is een niet-lineair proces. Het gaat hier niet alleen over een veranderingsproces, maar vooral over een leerproces. De patiënt leert wat zelfzorg is en hoe je zelfzorg toepast. De zorgverlener leert wie haar/zijn patiënt is en welke wijze van gespreksvoering het meest positieve resultaat heeft. GG is één van de mogelijkheden. Het proces is tijdrovend en vraagt om herhaling en veel geduld, in het bijzonder bij minder actieve patiënten. NB: Snelle resultaten boeken is meestal gewoon niet aan de orde.

Suggestie

Achteruitgang bij de patiënt is vanzelfsprekend en dient ten alle tijde bespreekbaar gemaakt te worden, teneinde een gezond gedrag als bereikbaar doel te kunnen realiseren. Specifieke aandacht voor het werken met patiënten met verschillende culturele achtergronden wordt sterk aanbevolen. De 'klad sluipt in' zowel het gedrag van een patiënt die goede intenties heeft maar ze niet vol kan houden, als in de houding van een zorgverlener die steeds probeert een GG-gesprek tot stand te brengen. De frustraties van de zorgverlener moeten structureel bespreekbaar gemaakt worden. ROHA-bijeenkomsten en interviewie spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast worden nieuwe vormen van gesprekken aanbevolen. Denk aan het bespreken van een casus in een kleinschalig overleg met ervaringsdeskundigen.

Citaten patiënten



Dus op een gegeven moment was ik diabetes-vrij zal ik maar zeggen, dus ik gebruik ook geen medicatie meer. En ja ...dat hele stuk van nog diabetes zijn en diabetes af zijn. Nou ben ik net anderhalve week naar Ibiza op vakantie geweest, dus ik ben meteen 2 kilo aangekomen, want als ik op vakantie ben dan laat ik het even liggen.

Dan sluipt op een gegeven moment de kladderin. Het is niet zo dat ik zeg van: ik zou het niet doen en ik sta nog niet buiten en ik denk van doe! Ik doe het wel. Maar in de loop van tussen twee afspraken in sluipt de kladd er weleens in, en dan heb ik me toch niet goed aan de afspraak gehouden.

Op dit moment gaat het echt wel omlaag een beetje. Nou ik probeer het wel dat ik denk van: er is niks aan de hand (lachen). ... Die instelling heb ik steeds van het wordt steeds beter. Je hebt een rottdag en een goede dag. En dan ga ik die rottdag vergeten.

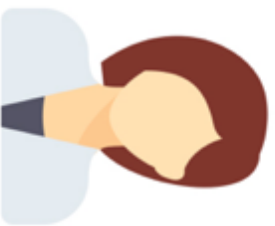
Op dit moment heb ik nauwelijks de ja, ik ben wel gemotiveerd maar het is eigenlijk een beetje inzakken, er hè zo van: het lukt mij gewoon niet zo goed. Ik kan me alleen maar een beetje op hetzelfde gewicht houden, maar niet afvallen. Ik hoef een tijdje niet meer te komen. Ik kom wel weer als ik afgevallen ben, want ik wil dat jij ook ziet dat ik toch nog steeds mijn best doe. En dan zegt hij: kom op we gaan wandelen, we doen wel de afspraak, maar we gaan wandelen. Zodat hij je dus toch aan een draadje zeg maar

vasthoudt en weet: ik ga afvallen. Ik vind het zo knap hoe hij dat voor elkaar krijgt. Ja.

Kijk, je loopt 10 jaar met suiker en op een gegeven moment ga je toch weer meer snoepen of eten.

ED: *Ik kan het steeds beter hanteren in mijn leven. Het is een proces en zoeken naar balans.*

Citaten zorgverleners



Samen met de patiënt [het gesprek samenvatten]. Bij het merendeel wel, maar sommigen hebben geen tijd. Bij een insuline consult, dan heb ik geen tijd om dat te doen. Uw suiker is te veel. Dan bespreken we... Wat heeft u gegeten? Wat heeft u gedaan? Waarom is uw suiker zo omhoog? Dan is de tijd zo voorbij. Ook vooral bij de Marokkaanse of Turkse patiënten, dat moet nog vertaald worden.

over hebben. Dat het onderwerp ook besproken wordt, en hoe belangrijk het voor hen is, dat scheelt wel. Dan kun je beter contact maken.

Ja ik ben een beetje somber daarover hoor. Dat mensen zover te krijgen. Ik heb niet de indruk dat dat, wat ik doe, dat het effectief is. Om ze daarheen te krijgen. Sommige mensen doen het uit zichzelf wel, maar de mensen die moeilijk zijn dat je denkt: nou die zouden echt nut hebben van wat beweging

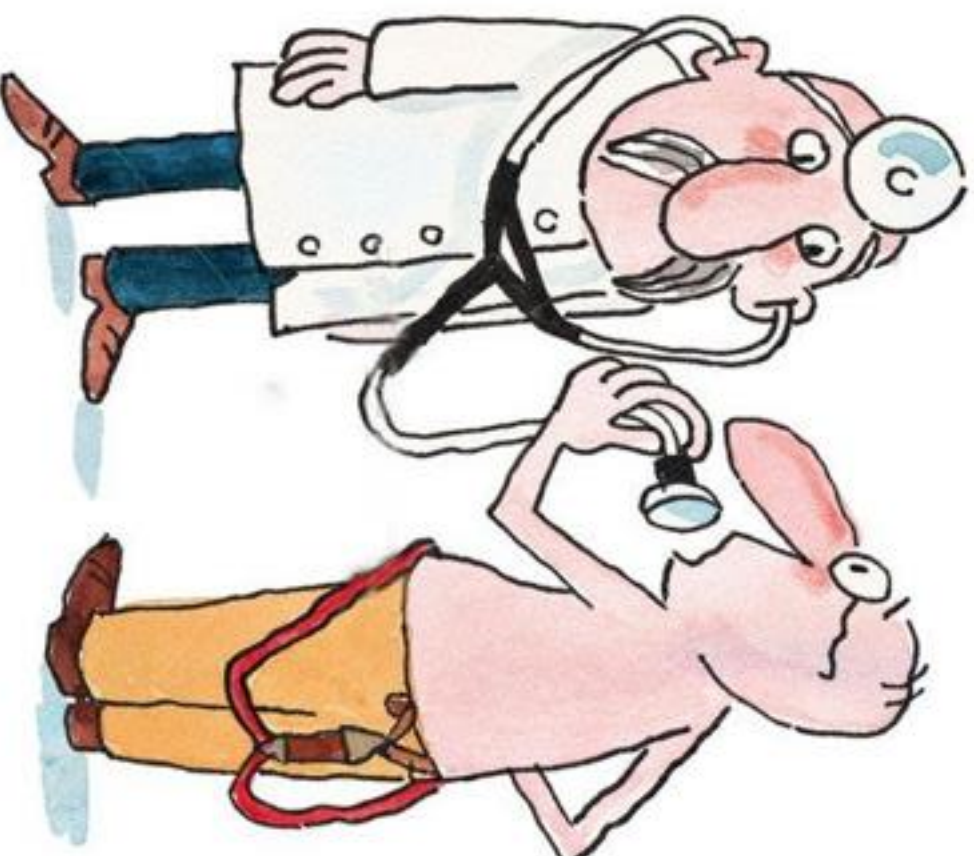
Of wat meer, in andere groepen, wat meer sociale interactie. Nou ik heb niet de indruk dat ik die in beweging krijg.

Dag meneer, hallo, hoe is het met u? Dan blijft het stil. Dan zegt hij: zo. Wat is zo? Soms goed, soms niet? Wat is soms goed en wat is soms niet goed? Daar kom je dan eigenlijk niet verder uit.

Nee, ik zie het [verandering in het gedrag van de patiënt] nog niet. Hij zegt zelf: ik ga veranderen en dan na 3 maanden, in oktober. Nu is het april. 'Ik kan veranderen'. Maar toen kwam hij bij mij en vroeg ik: wat heeft u al veranderd? Heeft u al iets gedaan? U zegt zelf dat u ging veranderen... Dat vraag ik mij eigenlijk ook af. Wat moet ik nog doen voor mijn populatie. Ikzelf zou het niet weten.

Scholing helpt, want ... dan horen ze dat je er meer van weet. Dat vinden ze prettig hè... als ik dus begrijp wat Ramadan inhoudt en dat we het daar ook

Thema III: Vissen ‘in de waterval van woorden’ – vangen in een waterval van stilte
*Over comorbiditeit en de complexiteit van de werksetting waar de patiënt en de zorgverlener
elkaar ontmoeten*



Dhr. Gorzzel (67) is 17 jaar geleden gediagnosticeerd met diabetes II:

Oh, ik heb al veel POH's meegemaakt... En diëtisten, ja. Ze waren gewoon... Van iedereen moest ik afvallen en meer bewegen. Het zou goed voor mij zijn. Het zal wel.

Eerst werkte ik nog, ja. Veel in de auto, dus wat nou, bewegen? Stress ook, want ik moest van werk veranderen. En ik zat heel lang in een vechtscheiding ook nog. Dus ik ging dat compenseren, met drinken, snel langs McDonalds gaan, dat soort zaken. Daarbij kwamen ook nog allergieën om de hoek kijken. Dat wandelen vind ik afschuwelijk, hoor (lacht). Dat laat me aan het verleden met mijn ex denken. En de sportschool... (zucht). Ja. Moet ik weer eens oppakken, weet ik. Alleen dat helpt niet. Ik val niet af. Nu blijft er nog iets met mijn nieren aan de hand te zijn. Oef.

Naar diëtisten ga ik niet meer. Mijn POH is wel een aardige dame. We kletsen af en toe gewoon. Dat vind ik prettig. Mijn huisarts is ook goed, een beetje een lolbroek, doet helemaal niet formeel. Dus ja, ik ben tevreden over hen, denk ik. Ik wacht nog steeds op de uitslag over mijn nieren. Die moest ik al binnen hebben, maak ik me wel zorgen over... Merk wel, dat mijn lichaam anders wordt... ouder. Slijtage, voel je iedere dag als je uit bed moet kruipen. Mijn ouders zijn 90 geworden. Die ga ik niet verbeteren, nee hoor.

Wat ik wil? Nee, volgens mij is er niemand die me dit ooit heeft gevraagd (lange stilte). Eén dag in een gezond lichaam rondlopen, weet je? Zo.

Janet is al 7 jaar POH in de praktijk waar dhr. Gorzzel haar patiënt is:

Ik werk al heel lang in de zorg. Ja (denkt), veel ervaring. Als ik terugdenk... had ik zo veel stress met allemaal protocollletjes en waarden op te schrijven. En dat gevoel, weet je, dat ik verantwoordelijk ben voor de patiënt, voor zijn levensstijl. En ik moest dat ook nog tijdens een kort consult voor elkaar krijgen. Nu is het zo anders geworden. Ik heb veel minder stress op mijn werk. Verantwoordelijkheid? Jawel, ik draag die nog steeds. Alleen... Ik heb nu ruimte om te zeggen: ik doe het anders vandaag. Ik ga GG toepassen en dan zien we wel. Dat werkt niet bij iedereen, nee. Maar je kan het wel bij iedereen proberen. Je moet het wel leren, je regie loslaten.

Dat strookt trouwens niet met alles wat we in onze opleiding hebben geleerd: Zorgmensen willen altijd hard werken, helpen. Maar als het één keer lukt om zonder te pushen iemand te zien van gedrag te veranderen, wow! Dan wil je niet meer anders werken.

Bij mij? Ja, dat zag ik gebeuren, hoor. Een patiënt van mij had zo'n dik dossier. Een waaiër aan aandoeningen. En die kwam altijd met eindeloze verhalen aan. Ik verzonk in die waterval van woorden. Ik wist die niet te onderbreken. Het leverde hem niks op. En mij nog minder.

Toen heb ik een keer de moed verzameld en hem gevraagd wat voor hem belangrijk was in het leven. Op dat moment, bedoel ik. Toen was het stil. En toen was het raak. Voor het eerst hoorde ik wat de bron van de stress eigenlijk was. En al pratende begon hij zelf over wat hij moest doen. Het bijzondere daarvan was: op een paar kleine vragen na zweeg ik. Maar aan het einde wisten we allebei hoe we verder moesten... Ja, daar bloei je van op. Mijn werkplezier staat nu niet voor niks op 8, hoor.

Samenvatting

De setting waarin de patiënt en de zorgverlener elkaar ontmoeten is zeer complex, omdat daar uiteenlopende wereldvisies en levenscontexten tegenover elkaar komen te staan. Behalve de klacht waarmee de patiënt naar de praktijk komt, spelen bij hem vaak aanvullende factoren een rol: comorbiditeit, stress, slechte gewoonten, verankerd in karaktertrekken en frustratie als gevolg van mislukte pogingen tot verandering en gebrek aan zelfzorg. Aan de andere kant van de tafel worstelen zorgverleners met dilemma's als: zelf actief bepalen wat goed is voor de patiënt en efficiënt handelen om dat doel te bereiken, of ruimte aan de patiënt bieden om eigen beslissingen te nemen en de houding *handen achter de rug* aan te nemen. De tweede benadering ligt dwars op de beroepsopleiding die de zorgverleners hebben gevolgd. Bovendien vraagt deze benadering om proces-denken, dat betekent *traag werken en werken op microniveau*: kleine stappen nemen, bereid zijn om bij elke stap vooruit weer twee stappen terug te nemen, geen verslechtering in de gezondheid van de patiënten alvast als succes zien en dergelijke. Het sleutelbegrip, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener, is leren luisteren naar elkaar met toepassing van diverse inhoudelijke filters: zoeken naar aandacht, zoeken naar symptomen, zoeken naar oorzaken in het gedrag, zoeken naar bevestiging dat alles goed zal komen, zoeken naar motieven die als voorwaarden voor de verandering in het gedrag van de patiënt kunnen fungeren enz.

Aandachtspunten

Iedere patiënt is uniek. Hij brengt zijn eigen complexe wereld naar de spreekkamer toe. Ook is zijn ziektebeeld vaak veelzijdig, waardoor zijn zelfbeeld aangetast is: *ik ben minder dan anderen*. Een excuus dat door de patiënt vaak wordt gebruikt is: zo ben ik, dit is mijn karakter. Een excuus

dat door de zorgverlener vaak wordt gebruikt is: ik ga niet langer passief luisteren, ik moet ingrijpen als de patiënt zelf niet begrijpt wat goed voor hem is.

Conclusie

Concrete adviezen van de zorgverlener, bv. een dieet echt toepassen, meer bewegen, niet roken, kan de patiënt makkelijk buiten zijn eigen wereldbeschouwing houden.

Sommige karakters en gewoontes kan de zorgverlener niet ompraten. GG of een andere methodiek helpen niet altijd.

De patiënt is een Verhaal, en dat Verhaal is als surprise ingepakt in vele lagen beschermende 'praaties'.

Suggestie

Tot het Verhaal van de patiënt kom je door te luisteren. Of je komt er niet. De zorgverlener moet durven ook deze tweede conclusie te trekken.

Zelfs een kritische patiënt kan niet altijd de vertaalslag maken van een goed gesprek naar eigen handelen. Het is aanbevolen om dit samen te doen. Som de stressfactoren op. Wacht niet te lang als iets niet werkt. Zoek naar creatieve oplossingen en beelden. Denk aan de patiënt als een vers gelegd ei...(!) Als je binnendringt, dan gaat het ei kapot en komt er nooit een kuikentje uit. Laat je het ei helemaal zonder aandacht of warmte liggen, dan komt de ontwikkeling evenzeer tot stilstand. De enige manier om het proces te bevorderen is om warmte te geven...lang en geduldig. Wat warmte voor de patiënt betekent, kun je tijdens gesprekken opvangen, soms in de waterval van woorden, soms in de waterval van stilte.

Citaten Patienten



Kijk, dit zijn voor mij dus zwakheden, in de zin van: ik hou niet van bewegen. Ik heb er ook nooit van gehouden, als kind al niet, vond ik gymnastiek eigenlijk al geen bal aan (lachen). Dus bewegen, dat is voor mij altijd een moeilijk punt. Wat minder eten, dat ja, ik eet niet bijzonder veel, en ik probeer mijn best te doen door wat minder alcohol te drinken, want dat is nog wel het moeilijkste punt, en het bewegen. ...Ik ben wel bij de fysiotherapeut om te bewegen. Dus om daar wat training te krijgen. En daar zit ook, hoe heet dat, een diëtist, en daar kom ik dus ook regelmatig, en wij constateren dat mijn gewicht langzaam achteruit gaat (lachen). Dus in die zin, langzaam is wel goed.

Nou, omdat de adviezen die ik tot dan toe kreeg, dat waren adviezen die ik op zich wel uitgeprobeerd had maar die geen resultaat gaven. En ik heb ook wel op sportscholen gestaan en mij heel erg druk gemaakt op loopbanden en cardio-apparaten en uh, en ik merkte geen gewichtsverlies. Ik merkte ook geen veranderingen in mijn suikerwaarde. En ja, dan gaf ik het op, zo van nou, dit werkt dus niet. En op een gegeven moment ga je dan in een modus van acceptatie.

Hm nee, het is niet alleen van het gedrag afhankelijk. Het is ook, ja goed, je lichaam slijt, dingen gaan misschien minder werken.

Ja ik ben hartpatiënt en diabetespatiënt. Ik heb nog wat andere maken (lacht), maar een daarvan was dat ik op het ogenblik lumbale stens heb... Dus dat maakt het erg lastig om te lopen.

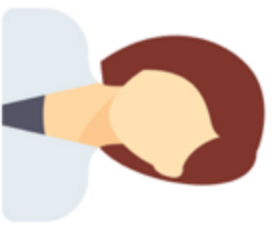
Ja. Dat zit tussen je oren dus. ... Ja ik zou wat meer naar de sportschool kunnen gaan (lacht). En meer, maar ja. Dus. Ik kan gaan wanneer ik wil.

...Maar ja. ...Nee hoor, nee er is geen [drempel]. Nee, maar ik uh, ja dat zou bij wijze van spreken beter voor mij zijn. Ik weet dat ik moet bewegen, dat dat beter voor mij is maar ja. Ja, maar je bent, ik ben gauw moe en ... ja. Dus ik ben niet een mens van de sportschool dus. Ja.

ED: *Het is alsof je een taart in kleine stukjes deelt. De hele taart in 1 keer opeten gaat niet lukken maar iedereen kan wel kleine stukjes aan. Dat zijn succesmomentjes.*

ED: *Op een gegeven moment weet je wat er aan de hand is. En dan voel je dat je alleen maar zelf de knop omzet. En ik zie dat de zorgverlener dat ook heel duidelijk moet maken, want anders kom je geen stap verder. Ik moest op dat spoor komen.*

Citaten zorgverleners



Een buitenlandse meneer die slecht Nederlands spreekt en die begon toen ook hele verhalen te vertellen, waarna ik toen eindelijk begreep dat hij héél goed weet hoe alles in elkaar zit. Dus dat was voor mij ook. Voor hem, dat hij de ruimte had om dat allemaal rustig te kunnen vertellen, ook al is hij heel moeilijk te verstaan. Dat verandert je contact naderhand. Dus dat is de meerwaarde ervan. Je contact verandert. Je leert elkaar beter kennen.

'Hallo meneer, hoe is het met u?' Dan praat hij heel veel. Soms praten ze te veel en dan denk ik: hoe moet ik nu verder met het andere onderwerp, daar heb ik nog moeite mee. Het probleem is dat ik soms niet weet hoe ik mensen moet afremmen.

Maar ik probeer het altijd heel breed te houden, dat je gewoon eigenlijk ruimte geeft aan mensen om iets meer te vertellen dan alleen maar: het is mij gelukt om minder brood te eten bijvoorbeeld, of geen suiker meer te gebruiken. Een beetje ook ruimte openhouden voor een goed gesprek, een fijn gesprek, waarin je soms ook iets zegt wat niet fijn zit bij iemand, waardoor het invloed heeft op de eetlust, waardoor iemand nog steeds niet de juiste keuzes kan maken.

Dat is vaak onverwacht en het gebeurt inderdaad dat je een consult hebt en je vraagt hoe het gaat en dan kan je heel mooi herhalen wat er gezegd is en als je dan een stilte laat vallen gaan de mensen zelf weer praten. Dan gaan ze zelf vast oplossingen bedenken voor hun zelf, omdat je een stilte laat vallen gaan ze zelf denken aan wat ze zelf geopperd hebben. Dat gebeurt niet zo heel vaak.

Ik had een consult en daarbij had ik het gevoel dat ik aan het eind van het consult minder ver was gekomen dan aan het begin. Gewoon geen contact kunnen maken. Ook omdat de persoon eigenlijk geen contact wilde maken. Ze willen eigenlijk niet horen dat ze zijn aangekomen en gezonder moeten gaan leven. Je merkt gewoon dat die hakken in het zand gaan en dan heeft GG ook geen toegevoegde waarde, want dan komt er dus ook niks. Dan komen er eigenlijk alleen maar klachten die er zijn en waarom er niet bewogen kan worden. Dan komt er geen gesprek naar voren. Ik denk niet dat GG dan een gesprek wel op gang krijgt, maar misschien is dat niet goed gedacht.

Nee maar het is ook moeilijk om het allemaal in woorden te vatten denk ik hè. Net als bij gesprekken buiten de consultatie; in gesprekken gebeuren soms heel veel dingen. Gesprekken hebben een loop, en soms gaat het de ene kant op en soms de andere kant. Voor een deel is het allemaal ongestuurd. Ik weet niet, ik kan het niet goed karakteriseren hoor.

Thema IV: 'Niet met de zweep erover of met een opgeheven vingertje'

Over de houding van de zorgverlener



Dhr. Beersen (63) heeft 8 jaar geleden een herseninfarct gehad:

Ik ben in therapie geweest na mijn infarct om alles weer zelf te leren doen. Het heeft anderhalf jaar geduurd voordat ik mijn leven weer op de rit had. Die afhankelijkheid na mijn infarct, dat kende ik niet. Dat is echt het ergste wat er bestaat. Tijdens de therapie gingen de therapeuten ook graven bij mij met vragen, maar daar ben ik niet van. Niemand heeft wat te maken met mijn welzijn. Je moet dat zelf doen, anders gaat het niet.

Als ik er zelf niet uitkom met problemen, dan pas ga ik naar de dokter. Ik ga niet naar de dokter omdat het gezellig is of omdat ik wat te praten heb. Het ligt aan mezelf om dingen te doen of niet te doen. Dus ik bespreek niet alles met mijn huisarts. Die kunnen er niks aan doen, of ik wel of niet ga bewegen.

Het is echt top wat de huisarts voor mij doet. Ik heb niet het gevoel dat hij op de klok zit te kijken en daar ben ik blij mee. De ruimte is er om ook te praten over mijn levenssituatie en niet alleen over de klachten. ...Oh nee, ik stel geen doelen, ik leef gewoon bij de dag.

Een keer per jaar krijg ik een kaartje en dan bespreek ik het met het "ondersteunde meisje". Ja, ze doet het prima. Ze moet mij alleen niet gaan vertellen hoe het moet. Dat de doktersassistente aan de telefoon al wil weten waarom ik een afspraak met de dokter wil. Hum, dat gaat haar niks aan...

Peter is al 11 jaar huisarts in de praktijk waar dhr. Beersen patiënt is:

Sommige mensen denken dat ze mij als dokter moeten pleasen. Ze vinden het lastig om te vertellen dat ze de medicatie niet genomen hebben. Dan denken ze dat ik boos word of zo. Dat is lastig. Je zit in zo'n gesprek toch in een ongelijke positie. Een patiënt die onderdanig is, daar kun je moeilijk afspraken mee maken en samen een traject bepalen. De regie van het consult blijft uiteindelijk helemaal bij mij zitten en ik bepaal de agenda. Sommige patiënten willen mij niet teleurstellen en dat helpt dan in hun motivatie om iets aan hun leven te doen.

De context weten van mijn patiënten is heel belangrijk. Daar ben ik sinds de GG-training meer bewust mee bezig. Ook heb ik sinds de training meer het besef dat je de zorg rondom een patiënt *met elkaar* doet. Dat vergeet je weleens. De huisarts is niet als enige belangrijk. Als ik nu naar de podoloog verwijst, dan schrijf ik meer context op als ik die belangrijk vind. Dat doe ik nu bewuster. In gesprek met de POH laat ik ook de context terugkomen. Ook bepaal ik samen met de patiënten waar ze aan gaan werken. Je moet je wel realiseren dat een patiënt voor 99,9 % zelf verantwoordelijk is voor haar/zijn leven. Dat helpt mij zien hoe beperkt je invloed in feite is. GG zit heel erg in welzijn en ik vind het contact met welzijn best moeilijk. Waar vinden we elkaar en wat moeten we als zorg loslaten? Je gaat het GG-gesprek aan en je leert de patiënt beter kennen. Maar soms heb ik het gevoel van: wat moet ik als huisarts hiermee en waarom doet Welzijn dat niet? Als mensen voor de GG-vragen helemaal niet open staan, dan zeg ik: 'Ik ben de dokter maar ik heb niet uw klachten.' De meeste winst is te behalen waar de doktersassistenten een belangrijke rol hebben en ook meer vanuit de GG-instelling gaan opereren. Dan kun je van tevoren de mensen beter in hun context plaatsen. Wij zijn een *bedrijf* en de instelling is hier dat ook de assistenten de begeleiding naar Welzijn actief inzetten.

Samenvatting

De context van de vraag waarmee de patiënt komt is van groot belang. De kennis daarover geeft de kans om de patiënt beter te leren kennen en te kunnen behandelen, ook in teamverband. Voor de patiënten komen context-gebonden vragen, die niet direct over de klachten gaan, soms vreemd over. Een toelichting, waarom deze vragen gesteld worden, is wenselijk. Sommige patiënten willen niet over de context praten en geven dat ook duidelijk aan.

Voor de zorgverlener is het een opgave om het verhaal van de patiënt te verbinden met het verhaal over de verandering van de leefstijl. De kunst om dit niet belerend te doen is best lastig. Veel patiënten haken af als ze het gevoel krijgen dat de zorgverlener met een opgeheven vingertje vertelt wat niet goed gaat en zich zo opstelt dat hij/zij het allemaal beter weet.

Sommige mensen blijven in hun klachten hangen en willen dan nog meer verwijzingen. Hun verwachting is: de dokter lost het wel op. Juist dan is het voor de zorgverlener van groot belang om zich in te houden en de regie niet (volledig) over te willen nemen. Het gaat erom hoe je in contact komt met deze mensen, waar ligt hun interesse? Dat heeft veel tijd nodig.

Het gesprek van mens tot mens, empathie en onderling respect – dat zijn volgens de meeste geïnterviewde patiënten en zorgverleners voorwaarden om een goede band op te kunnen bouwen. Patiënten geven vaak aan het belangrijk te vinden dat ze zich veilig voelen bij de zorgverlener en niet door hen veroordeeld worden. Wederzijds vertrouwen blijkt een grote speler om elkaar goed te kunnen begrijpen. Professionele kennis en zakelijkheid in het werk van de zorgverlener vormen evenveel een belangrijk onderdeel van het handelen dat patiënten als geslaagd ervaren.

Aandachtspunten

Het is lastig om bij een patiënt die zelf geen actie wil ondernemen, niet betuttelend of paternalistisch te worden en niet gelijk oplossingen aan te dragen. Dit vraagt om een houding van de zorgverlener die is gebaseerd op terughoudendheid, geduld en het aanpassen van de snelheid van je handelen aan die van de patiënt.

Ook het richting geven aan het gesprek, als de onderwerpen alle kanten op gaan, is een lastig punt. Hoe grijp je in en welke verwachtingen zijn er van beide kanten? De zorgverlener die zijn best wil doen om zich een nieuwe houding eigen te maken heeft twee focussen tijdens het gesprek: het verhaal van de patiënt en de eigen handeling. Dit levert extra druk op en kan, tijdelijk, ten koste gaan van een goed gesprek.

De aansluiting op Welzijn is nu niet of onvoldoende aanwezig.

Conclusie

De houding van de zorgverlener zoals in de GG-training wordt aangereikt verschildt ingrijpend van de houding die ze tijdens hun opleiding hebben geleerd. De zorgverleners kiezen bewust voor meer ruimte in het gesprek, het opbouwen van vertrouwelijke relaties en dergelijke. Het loslaten van de regie, van de formule 'u moet dit doen, anders...' vergt veel inspanning van hun kant. De zorgverlener gaat zelf-reflectief aan de slag, waardoor zij/hij veel meer met het eigen handelen bezig is. Het in balans brengen van deze extra druk en de voordelen van GG worden pas mogelijk als de zorgverlener zich een onderdeel van de verandering voelt die plaatsvindt in de hele zorg- en welzijnsketen. Een zorgverlener kan GG- pionier zijn, maar het succes van GG is het resultaat van het patiënt-zorg-welzijn team.

Suggestie

Intensieve intervisie-besprekingen en oefeningen worden aanbevolen voor de zorgverleners die GG structureel in hun werk willen toepassen. De opnames van de consulten, zoals die tijdens de training worden besproken, zijn een goed middel voor interne vervolgentraining. De POH en de assistentes krijgen een belangrijke rol, om te vertellen wat er op het gebied van Welzijn mogelijk is in de wijk. Een gezamenlijk rondtafelgesprek van welzijns- en zorgprofessionals van dezelfde wijk/buurt kan overwogen worden als uitbreiding van de maandelijkse bijeenkomsten die al door ROHA worden georganiseerd. Dit zal helpen om voor de zorgverlener beter de grenzen te kunnen afbakenen en de samenwerking met Welzijn efficiënter te maken.

Citaten patiënten

Dus, je weet eigenlijk dat hij ontzettend met je gezondheid bezig is, zonder daar vreselijk de nadruk op te leggen. Ja, dat werkt voor mij perfect. Als iemand alleen maar zegt: wat heb je gegeten, je bent niet afgevallen en hoe komt dat? Zo'n gesprek, dan ben ik zo weg.



Ik heb bij sommige hulpverleners gewoon eigenlijk de neiging om te liegen. Begrijp je wat ik bedoel? ... Drinkt u? Uh, ja nou niet iedere dag hoor. Maar ik neem wel iedere dag een glas wijn (lacht), omdat ik dan denk dat je veroordeeld wordt. Dat heb ik bij haar niet, bij haar kan ik gewoon eerlijk zijn. Een beetje sneaky hè?

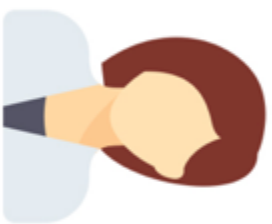
Het is wel iedere keer van die labwaarden ophalen; dat is wel even spannend. Maar niet het gesprek daarover. Maar dat komt ook omdat ik ja, zowel bij de huisarts als bij de POH daar, ja, niet het gevoel heb van dat je dan met de zweep krijgt omdat je waarden niet deugen of zo.

Hoe kan een zorgverlener begrijpen/inleven wat ik meemak als ze het in een boek heeft gelezen. Hoe kan ze een vertrouwensband creëren? Als ze de brug kan slaan en mij begrijpt en zich ook open durft te stellen op sommige momenten.

ED: *Ik vind het bijzonder met wat voor vragen jullie zitten als zorgverleners. En wat voor een wereld jullie in zitten. Het proberen de patiënt comfort te bieden is de eerste stap. En een luisterend oor. Dit is impliciet gedrag dat je ze moet laten voelen.*

ED: *Als zorgverlener heb je de nood om iemand te helpen. Soms moet je ook ze laten vallen zodat ze zelf leren weer op te staan.*

Citaten zorgverleners



In plaats van te gaan rammen op therapietrouw blijf ik nu scherp op het verhaal wat de patiënt vertelt, en door te vragen en zijn verhaal terug te geven. Ook twijfel brengen in het verhaal van de patiënt, dat werkt ook. Dan kun je mensen aan het denken zetten.

Ik laat ook bewust zien dat ik geen onderdeel heb en een open houding heb als zorgverlener. Dan gaan ze ook meer vragen en nodenken. Door open vragen te stellen, interesse te tonen en de houding en uitspraken te weerleggen van de patiënt, zijn ze zelf aan zet.

Nu ik de gespreksvoering na de GG-training aan het veranderen ben, kreeg ik opeens de reactie van een patiënt: Doe eens normaal! Ik moest echt duidelijk uitleggen waarom ik dat allemaal wilde weten.

Vandaag was het een lachen-gieren-brullen consult met een patiënt, waar ik niet tevreden over ben. Ik wil me niet ergens voor lenen wat ik niet wil, maar ik kon het op dat moment niet stopzetten. Hij maakte seksueel getinte opmerkingen en ging met me aan de loop. De volgende keer moet ik dat eerder stoppen.

Thema V: 'Een gesprek is een ontdekkingsreis en geen sjabloon die je volgt met je zorgverlener'

Over een goed gesprek



Dhr. Thijsen (53) heeft 6 jaar geleden de diagnose diabetes gekregen:

Op een gegeven moment vertelde de POH dat hij een training aan het doen was met het thema 'Hoe voer je een goed gesprek'. Wat mij nu opvalt is dat het gesprek met de POH opener begint.

Vroeger begon het gesprek met de labwaarden. Die liepen we dan samen na. Eerst een soort protocolletje aflopen en dan de volgende afspraak maken. Nu begint het met: *hoe gaat het met je, wat is er gebeurd, wat is voor jou van belang?*

Wat maakt een gesprek goed? Dat ik eerst even kan vertellen hoe het gaat. Dat geeft hem dan ook meer informatie over waar de aandachtspunten liggen. En voor mij? Ik kan het hebben waar ik het over wil hebben. En door het praten kan ik ook iets vinden waar ik me nog niet bewust van ben. Daar gaat mijn POH dan naar op zoek. Maar hij heeft mijn aandacht dan veiliggesteld door eerst aandacht te hebben voor mijn verhaal.

Een gesprek is een ontdekkingsreis en geen sjabloon dat je volgt met je zorgverlener. Ik krijg niet te veel informatie of aanwijzingen waar ik niet op zit te wachten. Hij stemt het gesprek op mijn vraag af.

Het is niet dat hij het helemaal loslaat of zo, want hij houdt echt wel in de gaten of we het nog over hetzelfde ziektebeeld hebben, maar hij laat wel mij aan het roer, zeg maar. En zo wordt het duidelijk dat ikzelf verantwoordelijk ben voor hoe het nou verder gaat.

De eigen regie is bij mij sterk. Ik zorg ook dat er contactmomenten zijn als ik denk dat het nuttig is. Dat laat hij mij ook bepalen. En ook samen het moment zoeken dat je bijvoorbeeld naar die labwaarden gaat kijken. Uiteindelijk wil ik dat toch wel, ik ben ook een beetje een 'meten is weten' type.

Ad werkt al 2,5 jaar als POH in de praktijk waar dhr. Thijsen patiënt is:

Vooral het doorvragen tijdens een consult, dat vind ik nu heel leuk. Dat deed ik voor de GG- training niet. Het gaat me nu steeds makkelijker af. Ik doe het GG-gesprek apart en niet tussen het ZZ-gebeuren door. Het heeft me ook meer rust gebracht en ik werk minder gejaagd. Je komt wat eerder tot een oplossing met deze manier van werken. Rust en stiltes laten vallen en mensen zelf laten praten. Dat vind ik niet meer zo moeilijk als een jaar geleden.

De context en de thuissituatie, daar ga ik ook nu vaker op in. Ik wil ook grenzen kunnen stellen. Ik ben geen psycholoog en wil daar mijn gebied in markeren. Ik wil op een assertieve manier mensen verwijzen naar de juiste persoon, voordat ze zich helemaal openstellen aan mij. Ik leer nu dat ik duidelijk aangeef waar mijn expertisegebied eindigt.

Door open te zijn en door te vragen komt er meer op tafel, maar dat is niet allemaal je terrein. Het lukt nu beter om mijn mond te houden als ik een vraag stel en stiltes laat vallen. Niet iedereen is gediend van open vragen. Sommige mensen willen bij mij helemaal niet praten over problemen. Dat hebben ze dan wel al bij de huisarts verteld. Ik kijk bewust of de mensen het wel willen vertellen. Als ze metingen willen, dan doe ik dat. Als ze na een open vraag te lang hun mond houden, dan ga ik ook gewoon door met mijn sprekkur en de metingen.

Een voorbeeld dat een GG-gesprek werkt? Ja, dat heb ik. Een mevrouw met een flink overgewicht komt al een jaar bij mij. En toen, met de hulp van de GG-trainer, lukte het toch om haar te bereiken. Wat bij haar werkte is dat ik het GG-gesprek los ben aangegaan en haar gevraagd heb: *wat nou echt belangrijk is in uw leven?* Na drie stiltes kwam deze introverte vrouw zelf met haar verhaal. Die stiltes had ik eerder nooit kunnen toepassen, en dus had ik ook nooit haar verhaal kunnen horen.

Samenvatting goed gesprek

Een goed gesprek vanuit het perspectief van de zorgverleners betekent:

- Open beginnen en ruimte aan de patiënt geven om de richting van het gesprek te bepalen, om haar/zijn behoeftes te kunnen peilen en de context van het verhaal in kaart te kunnen brengen;
- Luisteren en de patiënt niet onderbreken, om zo veel mogelijk informatie uit het verhaal te kunnen halen;
- Minder sturen in de vraagstelling;
- Het loslaten van de eigen agenda/protocol;
- In kaart brengen wat de patiënt al weet en afstemmen welke informatie zij/hij nog nodig heeft.

Een goed gesprek vanuit het perspectief van de patiënt betekent:

- Dat de zorgverlener stopt met typen, luistert, de patiënt aankijkt en niet gelijk met een oplossing komt als de patiënt stopt met praten.
- Het gesprek wordt als prettig ervaren als de zorgverlener tijd neemt en niet het gevoel geeft naar de klok te zitten kijken.
- Een aantal patiënten geeft aan het consult liever als zakelijk gesprek te willen zien. De eerste open vraag moet uitmonden in een gesprek over de aanleiding voor het bezoek. Deze mensen hebben minder behoefte aan een gezellig praatje met hun zorgverlener.
- Een aantal patiënten geeft aan het fijn te vinden om ook een informeel praatje te maken, 'van mens tot mens'.
- Duidelijkheid en eerlijkheid worden zeer gewaardeerd tijdens het verstrekken van informatie door de zorgverleners. Het in herhaling vallen dient zo veel mogelijk te worden voorkomen.
- Qua sfeer wordt een vriendelijke maar soms ook een zakelijke toon als prettig ervaren.

- De vraag 'Hoe ervaar jij je leven met deze chronische ziekte' wordt door de zorgverleners tijdens de gesprekken weinig of niet gesteld. De patiënten geven aan dat ze deze vraag wel belangrijk vinden. Voor de zorgverleners kan deze vraag een eyeopener in het gesprek zijn.

Aandachtspunten

Het niveau van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt is niet doorslaggevend voor het voeren van een goed gesprek.

Vanwege taalproblemen kan het voeren van een open gesprek met de patiënten met andere culturele achtergronden lastig zijn. Door de taalbarrière en het verschil in cultuur lukt het doorvragen volgens de GG-methode niet altijd.

De zorgverleners kunnen ongemerkt meer gaan sturen vanwege tijdgebrek. Stil blijven wordt door veel zorgverleners als moeilijk ervaren.

Conclusie

Het de aandacht vestigen op thema's die relevant zijn voor patiënten, is een goed uitgangspunt. De richting en de snelheid van het gesprek dient door de patiënt bepaald te worden. Positief blijven en een focus op de zaken die goed gaan, moet in elk gesprek aanwezig zijn.

Je krijgt de patiënt alleen gemotiveerd als je je aansluit bij haar/zijn interesses en mogelijkheden. Het investeren in een goed contact vraagt om tijd.

Er wordt in de praktijk verschillend omgegaan met het doorlopen van de vragen en fases van de GG-methode. De ervaring van de zorgprofessionals leert dat het loslaten van de volgorde van de fases helpt om het gesprek beter aan te laten sluiten op de behoeftes van iedere patiënt.

De een koppelt de GG los van de ZZ, terwijl de ander het juist flexibel toepast en hierin minder onderscheidt maakt. De GG-methodiek wordt door de zorgverleners ervaren als een opening naar een ander gesprek, terwijl het ZZ-gedeelte niet los gelaten hoeft te worden.

Suggesties

Door te benoemen dat je tijd hebt om naar patiënten te luisteren, kun je makkelijker stiltes laten vallen.

Stel als zorgverlener vaker de vraag 'Hoe ervaar jij je leven met deze chronische ziekte?' Kies hiervoor het juiste moment bij de patiënt die je voor je hebt.

Een goed gesprek is in het geval van een taalbarrière moeilijker te voeren, maar het is mogelijk. Goed beschreven handvatten voor zorgprofessionals die met patiënten met diverse culturele achtergronden werken, worden op de werkvloer zeer op prijs gesteld.

Citaten patienten

Het ergert mij als ik informatie wat ik zelf ook wel weet, steeds weer te horen krijg bij de zorgverlener. Ze waarschuwen mij en dat kan irritant zijn in de herhaling en geeft bij mij niet de extra push om het ook ter harte te nemen.



Nou het is altijd gezellig, altijd gezellig. We maken altijd nog een praatje. Niet dat je alleen komt voor het prikken, en hupsakee ik ga weer.

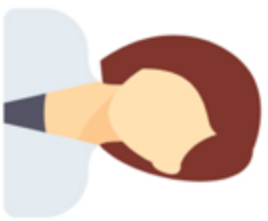
Ik ga niet naar de dokter omdat het gezellig is of dat ik wat te praten heb. Het moet een duidelijke reden hebben.

Ja. Gewoon zeggen waar het op staat. En niet een 'zachte dokter' van: nou, het gaat wel. Hij moet gewoon eerlijk zijn.

Ze is heel zeker. Daar houd ik wel van, iemand die zeker is.

ED: *In plaats van 'U moet antibiotica slikken' vragen 'Wilt u antibiotica slikken?' Op een gegeven moment zei de huisarts: 'Je moet het nu doen. Om die en die reden.' Hij maakte het hard. Dat had ik op dat moment nodig.*

Citaten zorgverleners



Elk consult is anders, dus het is echt heel veel aanpassen aan de persoon zelf en kijken hoe de persoon eigenlijk voor je zit, en de houding, taalgebruik, stemgebruik. De manier waarop je iemand groet, ontvangt. Allemaal zijn dat kleine punten, die voor mij een belangrijke rol spelen om puur bij iemand een gevoel, een veilig gevoel te creëren en zodra iemand voor me zit, heel erg interesse tonen voor wat ik eigenlijk echt voor u kan betekenen.

Soms vind ik het ook heel veel tijd vragen, omdat GG zegt van: de patiënt is de baas, maar als we het hebben over de burens en de handen en de katten, dan kom je geen stap verder. Dan moet je ergens naar toe.

Het is heel prettig als je een keer niet over het roken hoeft te praten, omdat mensen gek van je worden als je elke keer over dat roken begint. Dat afvinken los laten is heel erg prettig. Ook al hou je de vinkjes wel altijd in je gedachten, omdat ze toch wel belangrijk zijn, ook in de levensstijl. Ik merk wel dat alleen maar GG, ik denk zelf dat dat niet lukt bij mij. Ik denk dat ik altijd wel een mengeling zal blijven.

Ik geef de vraag terug: 'Wat zou je nu zelf doen en wat vind je zelf hoe het gaat?' Het is daardoor meer een gelijkwaardig gesprek dan een zakelijk consult.

Nu is er meer ruimte om contact te maken met de patiënt, terwijl ik eerst stress had om alles te controleren en bij te houden, terwijl dat weinig voldoening gaf. Dat heeft mij plezier in mijn werk teruggeven.

Ik geef richting aan het gesprek; dat bevat goed. De ervaring is dat met open vragen de gesprekken alle kanten op gaan en dan is het moeilijk om elkaars verwachtingen te managen.

Thema VI: Over angst, een veilig gevoel en 'een stok achter de deur'



Dhr. Boekema (63) heeft 2,5 jaar geleden de diagnose diabetes II gekregen:

Ik nam voor mezelf de makkelijkste weg. Werd dikker en dikker. Onverzorgd. Ging meer en meer medicijnen gebruiken. Maar ik moest van de jaarcontrole toch even schrikken, zo slecht was het. Toen moest ik van de verpleegkundige naar hem toe.

In het begin wilde ik niet, naar die diëtist. Wat moet ik daar? Maar ik ben als de dood voor dat spuiten, dus ik ging wel. De eerste keer, weet ik nog, heb ik een hoge toon tegen hem aangeslagen. Ik dacht: daar komt die met een vingertje wijzen. Maar nee. Ik weet niet hoe hij het gedaan heeft, maar ik ging opgelucht weg.

Een andere keer zei hij: 'Hey, we gaan wandelen.' Dus we gingen wandelen. Ook ging hij een keer mijn dag voor mij tekenen, en tja, toen viel het kwartje, denk ik. Binnen een jaar ben ik 17 kilo kwijgeraakt. Zo.

Nu val ik niet meer af. Hij doet zijn best, hoor, maar ik ben niet verder afgevallen. Dat is mijn oordeel. Want hij oordeelt niet.

Ik wil naar hem toe als ik kan laten zien dat ik mijn best doe, anders schaam ik me een beetje. Maar ik merk dat hij mij dan niet loslaat, zo te zeggen. Hij belt op of komt langs als ik naar de fysio ga. Met een vrucht (lacht). Gek, he?

Dus hij houdt me, zeg maar, vast aan een draadje. Knap hoor. Kijk, hij weet wel dat ik die stok achter de deur nodig heb, om niet af te glijden. Die angst voor het spuiten is veel minder geworden, maar daar lig ik nog steeds af en toe wakker van. Dat zou ik niet aan iedereen bekennen, hoor, maar aan hem wel. Hij is mijn geweten eigenlijk...

Kees werkt al 5 jaar als diëtist in de praktijk waar dhr. Boekema als patiënt staat ingeschreven:

Mijn beroep heeft alles met levensstijl te maken. Een stukje psychologie en kennis van gedrag komt er ook bij. Een dossier is voor mij minder belangrijk, maar de reden waarom iemand komt wel. Die haal je niet alleen uit het dossier. Dus de belangrijkste vraag is wie er voor mij zit. Ik heb al altijd zo gewerkt, dus dit is niet nieuw voor mij.

Velen komen omdat ze een wondermiddel van mij verwachten. Anderen omdat ze bang zijn, of omdat ze de ernst van de situatie niet alleen aan kunnen. Als de patiënt met een gevoel van angst bij mij komt op zoek naar een wondermiddel, dan zit je snel in een soort Harry Potter verhaal. Alleen ik ben geen tovenaar, ik ben een luister-naar.

Angst haal je weg door een veilig gevoel te creëren en dat kost tijd. Maar een vuistregel is: positief kijken, meegaan met de patiënt. Laat hem of haar niet alleen in zijn/haar sop gaarkoken, al zegt de patiënt geen hulp nodig te hebben.

Hoe meer weerstand, hoe meer ik me uitgedaagd voel. Maar als het goed gaat, dan is het toch nog belangrijk om elkaar regelmatig te spreken. Een glas water wordt al snel vervangen door een glas wijn. Ik ben die stok achter de deur die ervoor zorgt dat dit weinig gebeurt. Of dat het besproken wordt.

Alles wat fout gaat zal de oude angsten weer doen herleven.

Maar ik ben geen beoordelaar. Nee, nooit. Je moet menselijk blijven. Als ik hoor dat het consult voor de patiënt fijn is geweest, dan doet me dat erg goed. Zo meet ik of ik goed werk lever, en of ik steeds veel plezier in mijn werk heb. 9,5 is wat ik aan werkplezier heb.

Samenvatting

Uit de gesprekken met de respondenten blijkt dat de patiënten zelf geen direct verband leggen tussen het gevoel van veiligheid en vertrouwen tijdens het consult en hun angsten t.o.v. de noodzaak om bv. te gaan spuiten, zoals in het geval van patiënten met diabetes. De patiënten geven wel aan dat regelmatige controles, d.w.z. het bespreken van de labwaarden en een goed gesprek met een zorgverlener, toegevoegde waarde hebben voor het ontwikkelen en het doorzetten van een gezonde levensstijl. Dit geldt voor zowel actieve als minder actieve patiënten. Terwijl een controle en regelmaat van de contactmomenten door de patiënten op prijs worden gesteld, blijft ook de angst om achteruit te gaan en op den duur gedwongen te zijn om toch weer te spuiten, een zeer belangrijke invloedsfactor in het gedrag van de patiënten.

Aandachtspunten

Controle van de labwaarden lijkt een term van ZZ te zijn. Deze controles worden op prijs gesteld door alle (typen) patiënten.

De angsten van de patiënten met een chronische aandoening blijven vaak impliciet of zijn verstoppt. Angst blijft aanwezig, zowel bij actieve als minder actieve patiënten. De angsten die niet besproken worden kunnen zich bij patiënten diep nestelen. Angst en een gevoel van schaamte kunnen bij de patiënten door elkaar lopen en elkaar versterken.

Conclusie

De controles moeten doorgaan, onafhankelijk van de vorderingen van de patiënten. Angst kan in eerste instantie zeker een impuls geven voor gedragsverandering, maar op de lange termijn heeft angst geen positieve invloed meer op het gedrag. Samen met het gevoel van schaamte kan het er zelfs voor zorgen dat de patiënten wegblijven van consulten. Een

positieve benadering van de zorgverlener kan de negatieve consequenties van angsten onder de patiënten neutraliseren.

Suggestie

Wanneer de patiënt noch vooruitgang noch achteruitgang boek, kan er beter benadrukt worden dat ook dit een succes is. Het kan helpen om het gevoel van schaamte en onzekerheid weg te halen.

Het stellen van een directe vraag: *Wat is je grootste angst?* is even belangrijk als de vraag over de ervaring met de ziekte. Beide vragen zijn existentieel qua aard en vragen om tijd.

Bij nieuwe patiënten is het van belang om zo snel mogelijk de onzekerheden en angsten te identificeren. Zodra ze worden genoemd, is het een goed moment om erop in te gaan, teneinde ze om te bouwen naar een positief gevoel van zelfcontrole en constructief gedrag.

Bij patiënten die een goede vooruitgang boeken, is zowel creativiteit als zakelijkheid bij het gesprek aanbevolen. Herhaling zorgt voor verveling, waardoor de patiënt langer dan wenselijk is weg zal blijven. Juist bij de groep die vooruitgang boekt, is het aanbevolen om te werven voor toekomstige ervaringsdeskundigen. Mensen die hun eigen angsten hebben overwonnen, zijn eerder geneigd om deze ervaringen met anderen te delen. Ervaringsdeskundigen kunnen naast de zorgverlener ook andere patiënten helpen om open in gesprek te gaan over hun angsten.

Citaten patienten



Ja controle is een stok achter de deur. Nee absoluut, dat is gewoon goed. Dus je houdt het beter in de gaten daardoor. Dat kan ik alleen maar aanbevelen, dat dat zo goed mogelijk wordt toegepast in de praktijk, want dat is een groot goed, vind ik.

Als je maar niet hoeft te spuiten, weet je, dat vind ik verschrikkelijk, dat vind ik helemaal niet leuk.

Mijn vader werd agressief toen, ja, mijn zusje die houdt zich niet aan haar dieet. Die nam gewoon een pilletje meer. Mijn vader, die ging van alles eten en die ging prikken: oh het is te hoog, hup. Ik denk ja, maar dát wil ik niet worden. De buurvrouw bij hun beneden die is aan suikerziekte overleden, dus ik had alleen maar nare dingen gezien. Het was voor mij niet gewoon suikerziekte. Het waren nare beelden, ik denk: oh nee!

Maar het is voor mij heel goed dat er een stok achter de deur zit. Maar ik denk ook van een heleboel mensen, die hebben maar een half jaar een diëtist nodig of 'n jaar. En ik loop er al 2,5 jaar. Maar doordat ik loop, zo lang ja, heb ik die suiker onder controle, heb ik mijn gewicht onder controle.

Dus ik heb heel veel gesprekken gehad [als ED] en echt, een groot deel was altijd vaatproblemen. En ongezonde levensstijl, roken. Mensen wisten het...

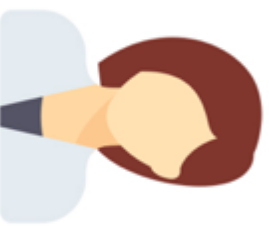
Kijk, ik was eigenlijk alleen maar de katalysator voor het gesprek dat de patiënt moest voeren. Ik zette wat boeien uit, maar het ging om die patiënt.

Het werd steeds maar hoger, die suiker, het ging echt niet goed. Ook weer een hoop spanning, ik denk dat daar een hoop stress door komt. Een heleboel nare dingen gebeuren, ik denk dat dat doorwerkt en er was geen houden aan. Dus verhoging van medicijnen en verhoging en weer verhoging. En het laatste jaar heb ik echt op het randje geleefd. Hoe heet het uh, insuline spuiten, nou dat is echt een nagel aan je doodskest. Vraag me niet waarom, want het zal helemaal niet zo erg zijn, maar nee. Dat is voor mij, nee ja echt zoiets van, een soort van klaarliggende grafsteen (lacht).

ED: Belangrijk is, hoe het voor mezelf uitpakt. Ik wil voorkomen dat ik medicaliseer. Ik maak voor mezelf de afweging of het past in mijn leven.

ED: Angst had ik in het begin wel. Toen ik die foto's heb gezien van wat kan gebeuren. Maar na een paar maanden slijt het beeld weg.

Citaten zorgverleners



Maar ik probeer in de eerste vijf minuten eigenlijk al een gevoel te creëren bij de persoon van: we zijn hier samen gekomen om er samen uit te komen voor je gezondheid. En dat veilige gevoel dat gecreëerd wordt, is onder andere ook van: hoe gaat het eigenlijk met u en nog niet eerst beginnen met: nou vandaag gaan we even je voeding doornemen en kijken wat wel goed gaat en niet goed gaat en dan

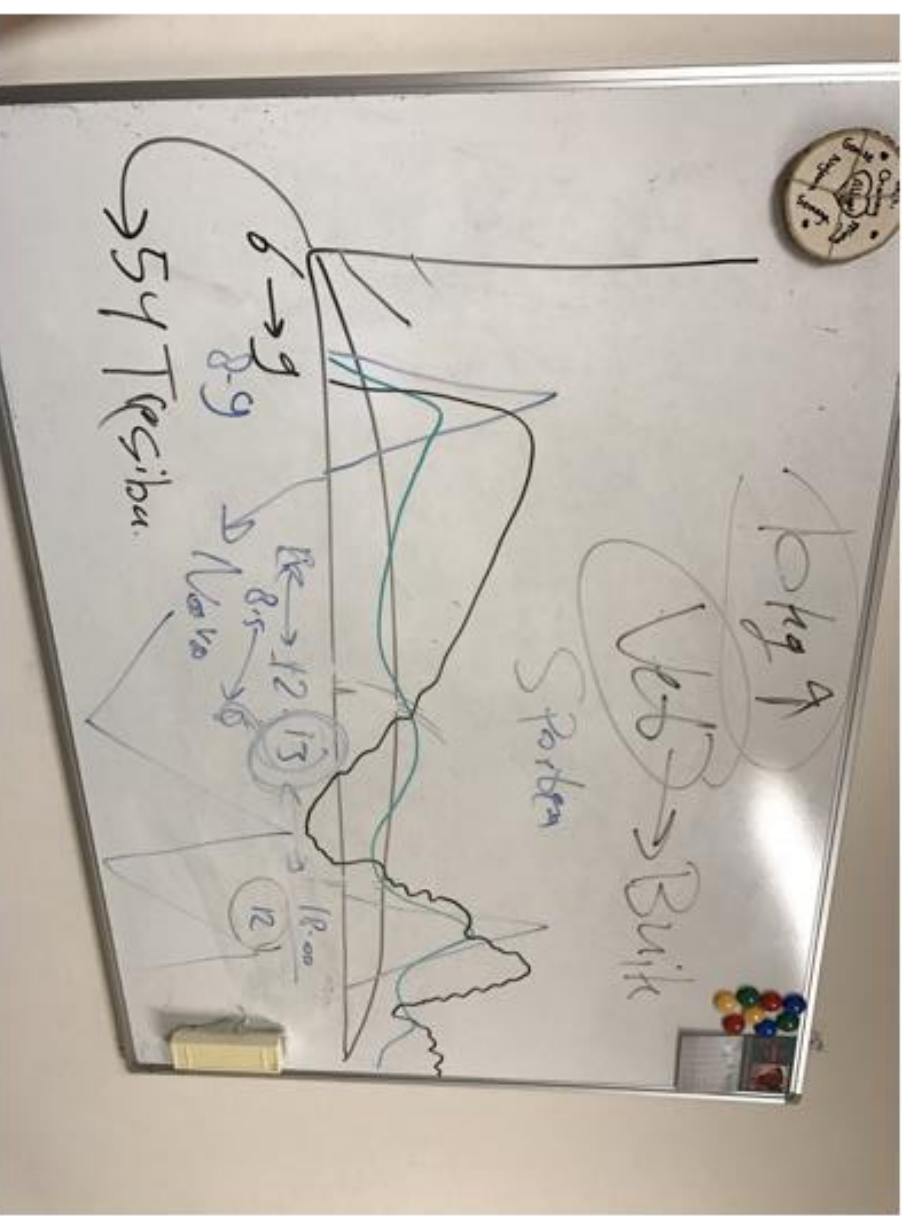
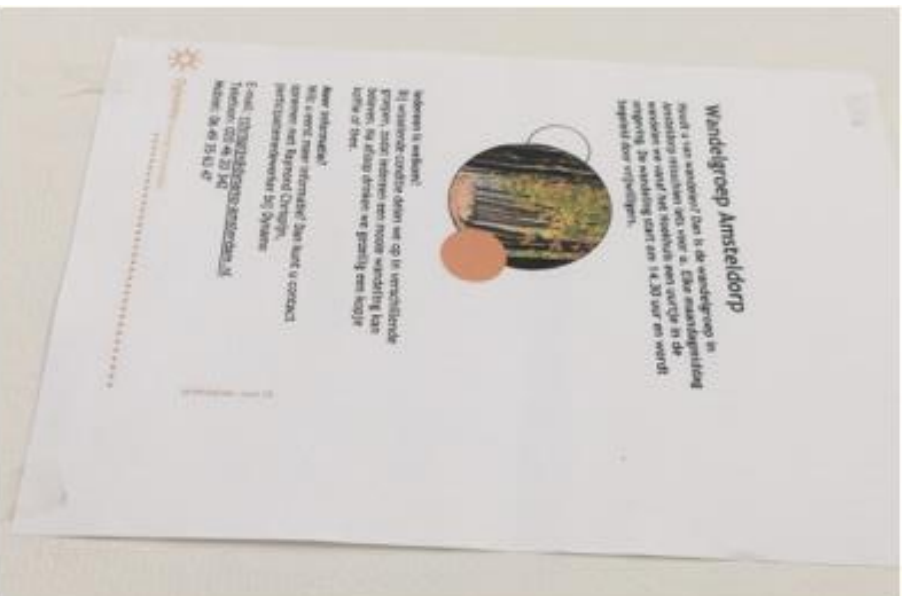
meteen wegen en dan kun je lekker naar huis en moet je nog een paar kilo afvallen.

Soms als een patiënt binnenkomt en die komt met een heel naar verhaal van wat hij heeft meegemaakt, dan ga ik helemaal niet naar stap 3. Dan bestaat stap 3 niet meer, dan is het gewoon hoe gaat het? En dan zeg ik: 'U geeft aan dat u een hele moeilijke periode achter de rug hebt. Kan het overlijden zijn van een familielid. Waar wil je straks naartoe? Nu en over een paar weken.

Ik geloof dat een aantal patiënten samen iets [kunnen] doen. Dus niet alleen maar praten maar samen nog iets doen. Dus ik heb twee patiënten die toevallig bijna buren bleken te zijn. Ze lopen bij mij en ze wisten dat niet van elkaar. En die gaan nu samen twee-drie keer per week lopen. En de ene

motiveert de ander. Ik heb al wel aangegeven: het moet niet een strijd worden wie er wint. Dat moet duidelijk uit elkaar gehaald worden, want soms heb je wel dat gevoel van wie heeft het beter gedaan. Dat hoeft niet, maar het is natuurlijk altijd wel leuk als de ene de ander kan motiveren en ook nog samen iets kunnen bereiken.

Thema VII: 'De sterke eigenschap van iemand te ontdekken en die te laten groeien' Over een bijzondere manier van consultvoering



Ria (58) is al 2,5 jaar patiënt bij Rina en heeft diabetes:

Niemand zegt tegen mij dat ik een patatje moet eten. Mijn vrienden en vriendinnen zijn hartstikke leuk, want die gaan absoluut niks lekkers eten waar ik bij ben. Soms vind ik het ook wel lastig dat ze zo rekening met mij houden, want ze geven mij dan eigenlijk niet de mogelijkheid om te zondigen. Zelf wilde ik nooit op dieet, want ik had er geen last van, dacht ik. Ik ben ijsverslaafd en ik ga pas om twee uur naar bed, dus dan krijg je weer honger.

Maar op een gegeven moment stond ik qua gezondheid op een 2. Ik was echt heel, heel zwaar, ik sportte niet. Ik deed niks, ik werd alleen maar dikker en ik moest meer medicijnen gaan gebruiken. Ik loop nu 2,5 jaar bij een diëtiste en ik ben goed afgevallen. Scoor een 8 qua gezondheid. Met dank aan mijn diëtiste. Zij houdt me een spiegel voor, op een hele positieve manier, want het is inderdaad mijn eigen schuld als ik straks weer aan de medicijnen zit.

Nu ben ik aan het sporten (twijfelt). Wel niet regelmatig, maar bij haar in de praktijk. En dan komt zij kijken. Dus zij houdt het in de gaten of het goed gaat. Laatst gingen we tijdens een consult wandelen; dat was zo'n fine-ervaring.

Ik schaamde me eigenlijk omdat ik niet was afgevallen, dus ik wou afbellen. En dan zegt zij: 'Kom op, we gaan even wandelen.'

Het is zo belangrijk dat er een klik is met degene die je behandelt. Ik heb ooit een diabetesverpleegkundige gehad, en die zei van: 'Nou vrouwtje, en hoe is het?' ... Weg was ik. Dat heeft ze een keer gedaan, twee keer gedaan en toen dacht ik: hier hoor ik niet thuis. Nu is het anders. Alsof ik mezelf opnieuw aan het ontdekken ben. Die persoon waarop ik trots kan zijn.

Diëtiste Rina werkt 3 jaar in de praktijk:

Veel mensen geven aan dat het in deze praktijk anders gaat dan in andere praktijken. Ik hoop dat dat een compliment is (lacht). De GG- training was een bevestiging dat mijn collega's en ik al op een goede manier werkten. Het maakte mij wel bewust van andere instrumenten voor het gesprek, zoals stiltes laten vallen, iets meer samenvatten, meer regie bij de patiënt leggen. Mijn eigen intuïtie en mijn gevoel werden door die bewezen kennis eigenlijk bevestigd.

Ik ga in elk gesprek met de patiënt op mijn gevoel af, maar altijd met interesse voor de persoon. Ik stel mezelf vragen: waar loopt deze persoon tegenaan en wat betekent dat voor het voedingsgedeelte? Sommige patiënten komen met hun eigen oplossingen aan. Soms kan ik daarvan ook leren, hoor. Dan zijn ze daar zo trots op! Ze gaan hun best doen!

Bij mensen waar het moeilijk is om elkaar met woorden te begrijpen, ga ik naar mijn whiteboard en schets ik, samen met haar of hem, de situatie of de vraag.

Het moeilijkste is om een beeld door de patiënt te laten ontwikkelen van waar zij of hij nu staat en waar zij of hij naartoe wil. Als mensen bij mij op consult komen en het moeilijk vinden om tot bewegen te komen, dan ga ik met ze wandelen, tijdens het consult. Dan voelen ze opeens hoe fijn het kan zijn om lopend te praten.

Mijn geheime wapen? Aandacht, creativiteit en ... humor! De patiënten krijgen bij mij vooral het gevoel dat er naar hen geluisterd wordt. Ook samen grappen maken helpt enorm. Ik probeer de sterke eigenschappen van iemand te ontdekken en die te laten groeien tegenover de onzekerheden. Stap voor stap.

Samenvatting

Veel consulten wordt nog steeds op de traditionele manier gedaan, in een zittende houding aan een bureau, tegenover elkaar. Soms gaat de zorgverlener naast de patiënt zitten om beter contact te krijgen. Het consult aan een statafel doen of wandelend, komt maar bij een enkeling voor. Dit wordt nog niet door iedere zorgverlener als een van de mogelijkheden beschouwd, terwijl het een andere dimensie kan geven aan het gesprek en aan zelfreflectie bij de patiënt.

Een aantal patiënten vinden zelf de weg naar bepaalde methodieken die voor hun de sleutel kunnen zijn naar een gezondere leefstijl. In deze zoektocht heeft de zorgverlener vaak maar een kleine rol, wel in het verspreiden van deze goede technieken en ervaringen.

Met andere patiënten gaat het vaak over het doseren en uitleggen van de medische informatie. Daarbij kan de zorgverlener gebruik maken van visualisatie, die vaak beter werkt dan mondeling uitleg. Het schetsen van de gezondheids situatie of het maken van een tekening van waar de patiënt over een jaar wil staan, helpen om elkaar beter te begrijpen en de situatie van de patiënt in een perspectief te plaatsen.

In groepsverband te bewegen of af te vallen kan voor sommigen een stimulus zijn. Veel patiënten-respondenten geven echter aan om op individuele basis aan de slag te willen gaan.

Humor is geen techniek of een creatieve werkwijze. Humor zien we als een universele taal, die iedereen spreekt en waardoor iedereen geraakt kan worden. Het belang van humor in de relatie met de zorgprofessional wordt door beide partijen als prettig ervaren. Het moet alleen niet te gezellig worden, dat de patiënt aan de haal gaat met de professional, waarbij beiden het doel/de essentie van het consult verliezen.

Aandachtspunten

Terrughoudendheid van de patiënt die geen verandering in zijn gedrag wil introduceren en gemakzuchtigheid van de zorgverlener, die volgens het bekende format het gesprek kan voeren, vormen beide een gevaar voor de begeleiding in het geval van een chronische aandoening. Een creatieve werkwijze schudt als het ware de gespreksroutine voor beide partijen door elkaar. Wat vermeden moet worden, is dat de vorm belangrijker wordt dan het doel. Het toepassen van creatieve vormen van gespreksvoering dienen afgestemd te worden op de individuele mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt, waaronder diens culturele achtergrond. Een directe vraag aan de patiënt over haar/zijn mening over een alternatieve manier van de consultvoering, is soms de beste manier om die met succes toe te passen.

Conclusie

Er zijn diverse redenen om creatieve vormen van consult structureel op te nemen in de werkwijze van de zorgverleners. De belangrijkste daarvan is de diversiteit van de patiëntenpopulatie. De patiënten kunnen tevens zeer creatief zijn in het zoeken naar oplossingen die voor hen werken. De zorgverlener dient de door de patiënten aangedragen vormen te onderzoeken en, indien mogelijk, samen met de patiënt te evalueren, teneinde de meest succesvolle daarvan ook bij andere patiënten te kunnen aanbieden.

Suggestie

Er wordt aanbevolen om een database voor creatieve manieren van gespreksvoering op te zetten. De voorbeelden zullen in eerste instantie uit de praktijken van aan ROHA aangesloten zorgverleners afkomstig zijn. Echter is het ook verstandig om alvast contact te leggen met andere regionale en

landelijke (koepel-)organisaties, om de uitwisseling van innovatieve technieken een structureel onderdeel te maken van de ontwikkeling van de persoonsgerichte zorg.

Denk tevens aan het verder ontwikkelen en evalueren van de al genoemde technieken, zoals het werken in kleine groepen, met een coach, het gebruiken van een tekenbord als vast onderdeel van de spreekkamer, de wandelconsulten en dergelijke.

Citaten patiënten



Goed, het was een hele aardige dame, de dietiste, maar daar had ik altijd heel vriendelijke gesprekken mee, maar het leverde niks op. ... En nu heb ik een andere en die tekent het helemaal voor mij uit. Op het bord in zijn kamer en daarna stuurt hij mij een uitgebreide mail over wat ik wel moet eten en niet moet eten. Dat is echt een praktische aanpak.

De belangrijkste ontwikkeling is dat ik eind 2015 ging deelnemen aan het programma 'Keer diabetes 2 om' van Voeding Leeft. En dat ik toen in een halfjaar tijd iets van 15 á 20 kilo ben afgevallen, en dat daardoor het ziektebeeld heel anders werd.

[Humor] Want ik zeg altijd: ik ben niet een gehandicapte. Volgens de normering val ik onder de zwaar gehandicapten. Nou ja, dat zal dan wel. Het enige voordeel dat het heeft opgeleverd: ik heb zo'n invalide parkeerkaart.

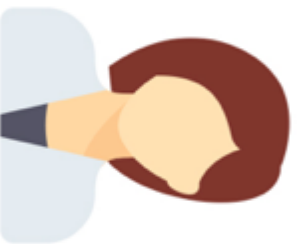
[Humor] Mijn laatste post op Facebook: Ik hoef niet meer om verlenging van mijn seatbelt te vragen; en dat soort grappenmakerij, daar word ik blij van.

Nee, in de zaal met een groepje bewegen, gezellig, geen probleem. Ik vind het wel gezellig met z'n allen, maar bijvoorbeeld als wij buiten lopen, als jij ze helemaal niet kent, dan is het niet gezellig. Als je iemand kent, samen een beetje praten, een beetje lopen, ja dat is gezellig.

De dokter is echt en lolbroek die me op mijn gemak stelt.

ED: Een coach werkt bij mij heel goed. Als we samen in de wedstrijd staan.

Citaten zorgverleners



Dan proberen wij een soort van veerboot te zijn op de rivier, van de ene kant naar de andere kant. Door middel van eigenlijk de belangrijkste of sterke eigenschappen van iemand te ontdekken en die echt te laten groeien tegenover de onzekerheden of de beperkingen of de moeilijkheden.

Nou mijn collega's zijn wat dat be-

treft niet zo experimenteerderig, hoor. Die hebben ooit een bureau gekocht en daar blijven ze een heel leven achter zitten, denk ik. En die hebben geen behoefte om zoiets als een statufel uit te proberen volgens mij. Maar ik had ze het wel kunnen, als POH dat zou willen had ik dat wel aangekaart, ja.

Het moeilijke wordt niet het doel, het moeilijke wordt om een beeld te creëren... en waar ze naartoe wilt en hoe ze dat wilt bereiken. Dat is het moeilijkste gedeelte voor hun dan in ieder geval om dat te bedenken en het uit te leggen aan ons. En daar heb ik bijvoorbeeld zelf een bord aangeschaft op mijn kamer waar ik dan op kan tekenen, en dan probeer ik dan met haar of met die persoon zelf eventueel met hulp uit te komen, waar ze naartoe wilt.

Van het is niet zwart wit met fase 1,2,3, maar je moet eigenlijk gewoon flexibel zijn. Extra materiaal om met iemand mee te kunnen gaan en iemand te kunnen helpen. Ik geloof niet in een protocol voor alles, dus ik ben eigenlijk, al had ik het zo gekregen dan ben ik toch van mezelf gaan kijken van

hoe kan ik dit weer praktisch maken voor die persoon voor me. Want papierwerk is makkelijk, maar een mens is nooit in te schatten hoe die zich kan gedragen.

Ik ben daar zelf nog niet helemaal uit, maar ik merk gewoon, ook bij zo'n training, ik heb enorm de neiging om met ideeën te komen. Ik wil zorgen. Ik wil helpen meedenken. Ik wil met ideeën komen

Thema VIII: 'Balletje opgooien, je terugtrekken en dan zien hoe het gevangen wordt'

Inzoomen op zelfreflectie door de zorgverlener en door patiënt binnen eenzelfde dyade



Mw Berends (59) is al 3 jaar patiënt met de diagnose diabetes:

[Originele tekst interview] *'Diezelfde dag had ik een afspraak met de suikerzuster na het gesprek met de huisarts. Die zat al een heel tijdje: je moet lijnen, je moet gaan lijnen... Ja, ze dwong... Ik ben eerst 'n jaar weggebleven. Ik denk: nou dat mens dat dringt maar door. Ik heb een diëtiste voor je en die is heel goed. Ik hou daar niet van. En ik had al een paar keer laten blijken van: ik bepaal wanneer ik iets doe. Ik ga niet iets doen omdat jij dat van mij verwacht, want dan houd ik mij daar niet aan. ... Toen hoorde ik van de suikerzuster van: er was net een boek uitgekomen over diabetici, heel leuk geschreven. Diabetici type 2. Het is heel fijn geschreven met recepten. Ze schreef het meteen voor me op. Zegt ze: 'Je mag het kopen, bol.com' (lachen). Maar ik ben naar huis gegaan en heb het meteen besteld. Ik had hem de volgende dag in huis. Ik ben gaan bladeren en ik denk: OK, dat leest lekker. Ik ben naar de apotheek gegaan. Ik heb zo'n suikerprkding gekocht. Ik denk: OK, en dan moet je nu iets doen. Je bent een steen die stuiert en je zinkt nog niet. Een diëtiste, daar wil je niet naartoe gaan. Ga even kijken in het boek wat je wel en niet mag eten. Je gaat de recepten niet volgen, want daar ga je je toch niet aan houden, maar kijk maar wat je wel en wat je niet kan eten. Ik ben gek op pasta. Toen heb ik alle pastasoorten laten vallen, alle rijstsoorten heb ik laten vallen en alle aardappelsorten heb ik laten vallen. Toen was het groente, vlees en later hoorde ik dat zoete patat, zoete aardappel, daarbij kon. Want daar zitten geen koolhydraten in. Dat heb ik later gehoord, na 'n jaar. Ik ben begonnen. Toen hoorde ik van mijn broertje van: je moet niet meer uit een bord eten maar uit een kom. Want een bord kun je dit doen (laat een bergje zien). In een kom kun je dit doen en dan valt hij eraf. Niet te groot. Dus ik heb zo'n kommetje gehaald en in een half jaar ben ik 15 kilo's afgevallen. Geen lijnen, gewoon. 'Ik bepaal niet wat ik van de huisarts wil horen, want ik ben geen huisarts, maar ik heb wel de touwtjes in handen. De suikerzuster, ja, zo noem ik haar altijd, moet een balletje opgooien en zich dan terugtrekken, en weer een balletje opgooien en dan weer terugtrekken en het niet voor mij bepalen. Ik zie wel hoe ik het balletje vang. Ik geef mijn huisarts en de suikerzuster allebei een 9, hoe ze nu met mij omgaan, heel*

fijn. Nu vraagt de suikerzuster zelf of ik gewogen wil worden of niet. Dat is toch goed, dat ze dat aan mij overlaat.

Selma werkt al 5 jaar als POH en begeleidt mw Berends:

De patiënt moet het zelf doen. Dat heb ik wel geleerd in de jaren dat ik werk als POH. De GG- training was voor mij een goede spiegel om naar jezelf te kijken en met jezelf aan het werk te gaan. Het is een stukje bewustwording van je eigen gedrag. Ik dacht voorafgaande aan de training dat ik heel coachend bezig was, maar ik ben erachter gekomen dat dit helemaal niet zo was. De mensen die nooit op controle kwamen, die heb ik nu wel in beeld. Ze komen nu omdat ik me anders opstel. Ik ben in mijn gedrag minder oordelend en leun meer achterover in plaats van te sturen. Ik sta er anders in door bewust van tevoren mijn oordeel uit te stellen.

[Originele tekst interview] *'Misschien voelen mensen wat minder een oordeel. Ik heb zelf wel een patiënt gehad, die kwam een jaar geleden, die kwam toen steeds niet. Toen zei ik: waarom kwam je nou niet? Toen zei ze: ja, je had het zo over dat afvallen. Dat was dus bij een mevrouw die zelf alles wilde bepalen. Die wilde ook niet naar een diëtist. Ik zei: 'Maar wel goed dat je er nu bent. Wat heb je nog van mij nodig?' Zat ik toch in het verleden klaarbijkelijk wat meer in mijn adviesrol. Nu ben ik iets meer bewust van achteroverleunen. Ik weet niet of ik echt zo anders zit, dat denk ik eigenlijk niet per se. Ik denk wel dat ik wat minder stuur. Zoals diezelfde mevrouw, die stond op het punt... zat op maximale medicatie, ze moest eigenlijk op insuline over. Maar dat wilde ze natuurlijk niet. Ik zei: maar je wilt ook niet naar een diëtist en wat wil je dan wel? Ik heb wel een boek. Ik probeer dan wel wat tips te geven. Ik zei: daar zou je zelf mee aan de slag kunnen. Of dus toch insuline. Toen zei ze: 'Nee, ik ga met dat boek aan de slag, ik ga hem kopen.' Ze kwam twee weken later bij mij terug. Boek volgende dag meteen gekocht. Eetpatroon veranderd en een halvering van haar waardes. Je geeft iemand wat tools en of dat nou sturen is, nee. Het is meer dat je iemand attent maakt op de opties die iemand heeft. Zij maken de keuze, zij bepalen.'*

Samenvatting

Zorgverleners waarderen de mogelijkheid om op hun werkwijze te kunnen reflecteren. Dit is wat de GG-training goed in kaart brengt en wat tijdens de vervolgbijeenkomsten door de zorgverleners wordt gewaardeerd. Uit interviews blijkt dat de patiënten evenveel profijt hebben van een gesprek waar zij over hun eigen gedrag en interactie met zorgverleners kunnen nadenken en het in een perspectief kunnen plaatsen. Deze behoefte aan reflectie bij de patiënten en de zorgverleners vertaalt zich nog vaak in twee evenwijdig lopende processen, die elkaar niet kruisen.

De voorbeeld-dyade maakt zichtbaar hoe een gebrek aan de mogelijkheid om te reflecteren op het eigen gedrag tot een impliciet conflict kan leiden. Als gevolg van de botsing tussen de streng oordelende zorgverlener en de eigenzinnige patiënt, is er een pauze in het begeleidingsproces ontstaan, die een jaar in beslag heeft genomen. Beperkte mogelijkheden voor zelfreflectie tonen verder aan dat veel relevante informatie (medische informatie, gedragsadviezen, persoonlijke voorkeuren) haar doel gaat missen. Beide respondenten hebben al in een eerder stadium belangrijke boodschappen aan elkaar gegeven en beiden hebben een deel daarvan laten liggen.

Aandachtspunten

Een van de lastigste problemen om aan te pakken in de interactie zorgverlener-patiënt, is het langs elkaar heen praten. Dit komt vaak voor bij pragmatisch ingestelde patiënten, die goed de relatie tussen gedrag en

gezondheid kunnen zien, maar tegelijkertijd het gevoel willen houden dat ieder besluit, hoe klein ook, hun eigen besluit is.

Conclusie

Een zorgverlener (en ook de patiënt) is nog lang niet klaar nadat een boodschap aan de patiënt is gegeven, ook niet als het duidelijk is geworden dat de patiënt de boodschap heeft begrepen. Pas als je weet wat de patiënt ermee gaat doen kun je het effect ervan inschatten. En dan kun je de volgende stap gaan voorbereiden. Gooien – vangen – terugkaatsen – reflecteren zijn onmisbare stappen in het proces van ZZ naar GG.

Suggestie

Oordelen is een menselijke eigenschap. Zonder oordeel zijn betekent dat je een deel van je eigen waarden op 'hold' moet zetten. Op den duur kan dit leiden tot vervaging van je eigen waarden, wat niet de bedoeling is. De zorgverlener moet leren om het eigen oordeel naar buiten toe te beheersen en beheren.

Zelfreflectie van de zorgverleners komt vaak aan de orde tijdens de vervolgbijeenkomsten van ROHA. Vooral nog hebben de patiënten geen structurele mogelijkheid om te reflecteren op het begeleidingsproces, behalve dan tijdens de gesprekken met hun zorgverlener.

Momenteel ontbreekt een structuur voor het houden van een gezamenlijk evaluatieconsult van de patiënt en de zorgverlener. Het wordt aangeraden om een dergelijke structuur op te zetten, bv. als piloot.

Thema IX: 'Wie staat aan het roer?'

Over regie en verantwoordelijkheid



Mevrouw. Sietsema (75) is al 17 jaar patiënt met COPD diagnose:

Toen ik de diagnose hoorde? Ja, alsof je in een film zit en een rol speelt. Maar dit kan niet over jou gaan. Zoiets. En ik kon er toch zelf niks aan doen. Dacht ik tenminste. Maar toegeven dat het goed mis was wilde ik ook niet. Mijn huisarts zei wel van: dat roken mag echt niet meer. En de specialist was ook recht voor zijn raap: misschien kan ik je helpen, misschien niet. Nou, iedereen rookte hier wel. Ook veel van onze kennissen. Maar toen moest ik geopereerd worden. Alles voelde benauwd. En toen dacht ik: ik moet toch eigenlijk doen wat die artsen zeggen, je hebt toch gezond verstand. Het lastige is... je omgeving heeft geen benul van wat je meemaakt. Dus die arts kon alles zeggen, maar dan kwam ik thuis en daar lagen die peukjes overal. Dus iedere dag was het van vandaag ga ik stoppen... 'S nachts werd ik wakker en lag ik aan die shag en de sigaretten op de keukentafel te denken. En in de keuken dacht ik dan van: als je nu gaat roken dan ben je een addict. Dat zit in je hoofd... Het heeft wel twee jaar geduurd, hoor. Zo. Nu vind ik het stinken (lucht). Als ik terugkijk? Ja, dat stoppen met roken doe je eigenlijk zelf. Mijn huisarts vind ik goed, maar ik ga niet naar haar op koffieviste. Voor praatjes ga je naar het clubhuis. Af en toe praten we wel, maar dat blijft tussen ons. Hoezo, alles eigen verantwoordelijkheid? Ik ga niet op de artsenstoel zitten. Echt niet. Je gebruikt je gezond verstand, dat wel. Maar je doet het samen, want die kennis heb ik niet. Dus delen, zou ik maar zeggen. Ze hoeven mij niet te pushen, hoor, maar ook niet alleen in de kou laten staan.

Marlies werkt meer dan 30 jaar als huisarts in de praktijk waar Mw. Sietsema patiënt is:

Ik ben daar een beetje somber over... Of je de levensstijl van de patiënten kan beïnvloeden, bedoel ik. Op een medische vraag geef ik gewoon antwoord als professional. Maar advies, weet ik niet. Als advies ongevraagd komt, dan zit er iets belerends in. Bovendien zie ik veel van mijn patiënten niet zo makkelijk in beweging te krijgen. Naar de fysiotherapeut gaan ze nog wel, maar daar houdt het een beetje op. Misschien moet je heel charismatisch zijn om mensen mee te krijgen, maar zelf ben ik dat niet. Bij een consult van 10 minuten met iemand die vanwege zijn zere knie komt, ga je niet zomaar een open vraag stellen. Zo'n gesprek is dan ongestuurd... Ja, daar kan best veel aan bod komen, maar als je daar niks mee kan en er ook geen tijd voor hebt, dan kan het wat mij betreft alleen maar valse verwachtingen bij de patiënten wekken. Of het een praatuur voor ze is of zo... Nee, daar doe ik liever niet aan mee. Af en toe vertellen mensen dingen... heel persoonlijke dingen, ja. Daar praat ik liever niet over. Vrouwen is er meestal wel. Maar een beetje zakelijkheid vind ik ook belangrijk. Ik heb nog steeds het gevoel dat ik zelf verantwoordelijk ben voor mijn patiënten. Er zijn er wel een paar die de regie over hun gezondheid daadwerkelijk zelf willen hebben. Ik bedoel een regie die tot positieve resultaten leidt. De regie om de adviezen van mijn collega's niet op te volgen vind ik geen regie maar juist een gebrek daaraan. Als het kan, dan deel ik liever de regie met mijn patiënt. Dat wel. Ik kan dan op maat adviseren en de patiënt gaat het zelf uitvoeren. Het resultaat is dan een gemeenschappelijke winst of verlies. Komt alleen niet vaak voor. Dus ja... Mijn werkplezier... Ik schat die wel op 7 in, hoor.

Samenvatting

De beweging vanuit ZZ naar GG gaat in wezen over een herverdeling van verantwoordelijkheden tussen de patiënten en de zorgverleners, wat het levenspatroon van de patiënt betreft. In gesprekken met de respondenten komen de termen 'eigen regie' en 'verantwoordelijkheid' vaak naar voren. Deze begrippen worden vrij breed ingevuld; ook worden ze vaak als synoniemen gebruikt. 'Sturing' en 'eigen kracht' zijn ook de termen die om verduidelijking vragen. Op grond van de beschikbare data beperken we ons tot de werkbepalingen van eigen regie en verantwoordelijkheid die in de gesprekken over de GG-methode door de respondenten worden aangekaart. Twee soorten bepalingen springen eruit:

1. De patiënten praten vaak over eigen regie als een recht op negatie: *Ik beslis zelf want ik wil niet dat...*
2. Zorgverleners die de GG-methode willen toepassen, proberen/zijn geneigd om de regie al dan niet volledig aan de patiënt over te laten: *Je moet het loslaten...*

Aandachtspunten

De veelzijdigheid van termen en interpretaties leidt tot vervaging van de essentie: bij wie ligt de verantwoordelijkheid en/of regie voor de gezondheid en het gedrag van de patiënten met chronische aandoeningen. Patiënten en ervaringsdeskundigen geven aan dat, terwijl ze eigen beslissingen willen nemen over hun gezondheid en hun gedrag, het helemaal overdragen van de regie van de zorgverlener naar de patiënt toch echt 'te kort door de bocht' is. De zorgverleners zullen immers bijna altijd over meer professionele kennis beschikken dan hun patiënten, terwijl het vermogen van de patiënten om de regie of de verantwoordelijkheid zelf op zich te nemen altijd context- en persoonsgebonden zal zijn. De juiste verdeling kan beter in samenspraak bepaald worden.

Conclusies

Omdat de beweging van ZZ naar GG een proces is, is er sprake van twee dynamische begrippen. Zowel de eigen regie als de verantwoordelijkheid voor de gezondheid en een gezonde levensstijl krijgen een nieuwe invulling, afhankelijk van de fase waarin de patiënten en hun zorgverlener zich in dat proces bevinden. De mate waarin de eigen regie en de verantwoordelijkheid worden genomen, moet telkens door beide partijen samen worden afgestemd en bijgesteld. Terwijl de verdeling van de eigen regie geleidelijk kan verschuiven naar de patiënt toe, wordt de verantwoordelijkheid het beste opgevat als *gedeelde verantwoordelijkheid* in alle stadia van het ZZ- naar het GG-proces.

Suggesties

Het lijkt ons goed om de volgende definitie van Actiz als uitgangspunt te nemen: *Eigen regie is het naar vermogen zelf sturing geven aan je leven. De eigen verantwoordelijkheid staat daarbij centraal, maar dat wil niet zeggen dat we het over de spreekwoordelijke schutting kunnen gooien naar iedere verantwoordelijke burger. Bij eigen regie gaat het steeds om de mogelijkheden en vermogens van mensen om die verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk te nemen* (2014). Eigen regie wordt hier gekoppeld aan het eigen vermogen. Dit maakt duidelijk waarom de regie nooit automatisch aan de patiënt mag worden overgedragen, te meer omdat de aanwezigheid van een chronische aandoening de het vermogen om zelf het heft in handen te nemen/houden sterk beïnvloedt.

Citaten patienten

Ik weet het niet, ik slik die pilletjes dan, want ik zeg elke keer tegen (naam): moet ik ze nou wel weer nemen? Ja dat moet je blijven innemen. En ik loop ook niet veel bij de dokter of zo, nee.



[Is in het gesprek aan de orde gekomen dat als u uw levensstijl aanpast, u helemaal niks meer hoeft te slikken?]. Nee dat heb ik nooit gehoord, nee. Meteen die medicijnen.

Het is niet dat hij het helemaal loslaat of zo, want hij houdt echt wel in de gaten van of we het nog over (lacht) hetzelfde ziektebeeld hebben en dezelfde informatie, maar wel de patiënt aan het roer laten zeg maar. En ook daarmee ook eigenlijk verantwoordelijk maken van hoe het nou verder gaat. Dus ik kan niet bij hem een briefje komen halen van nou geef maar een pilletje en dan kan ik weer door met mijn leven. Dat laat hij dan ook niet gebeuren. ... Maar goed, ik heb vaak al mijn eigen oplossing erbij en het is voor hem meer de vinger aan de pols houden, van is alles nog onder controle (lacht)? Heeft hij het zelf nog onder controle (lacht)? ...Ja dat is een prettige samenwerking, want ik krijg niet te veel informatie, ik krijg ook geen aanwijzingen waar ik niet op zit te wachten. Omdat hij het gewoon afstemt op mijn vraag.

Met het feit dat je, je hebt het gewoon in je eigen hand zo'n beetje, nu. Dat is een heel prettig gevoel.

...De laatste keer vroeg ze aan mij van: 'Wat denk je zelf? Moeten we langer? Laten we het maar lekker in de gaten houden zoals met het

koolhydraat-arme gebeuren'. Want ik heb zoiets van als nou nog meer zakt, dan mag er een pilletje of. Dus als het nu binnen die drie maanden gebeurt. ...En dat is, dat vind ik ook zo prettig. De verantwoordelijkheid wordt je niet afgenomen. Nee, die wordt bij jezelf neergelegd. Duidelijk maar vriendelijk. Prima. En niet met het opgeheven vingertje (lacht).

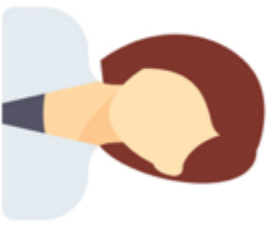
Toen dacht ik: nou dat is wel heel erg dat ik meer medicijnen ga slikken, terwijl ik ook op een andere manier misschien meer nou ja, stabiel kan houden dan met medicijnen. Maar ik wil ook niet iemand die gaat zeggen: je mag dit niet en je mag dat niet, dat wil ik helemaal niet.

ED: *Als je kritisch bent dan komt dat omdat ik me gelijkwaardig voel met de arts. De arts weet alles van mijn ziekte en ik van mijn lichaam. Daar ga ik mee in dialoog.*

ED: *Je moet over de kennis beschikken om stappen te nemen. De arts is een deskundige, maar de stappen moeten we samenemen op basis van dezelfde kennis. ...Hij moet aan jou de beslissing overlaten die hij al ge-maakt heeft.*

ED: *De patiënt heeft het gevoel dat zij het zelf beslist. Maar de zorgverle-ner is volgens mij een regisseur van wat gaat gebeuren.*

Citaten zorgverleners



Dat gevoel krijg je er wel een beetje bij. Het gevoel dat je het eigenlijk helemaal los moet laten zelf en het bij de patiënt moet neerleggen. En ik denk zelf dat dat heel veel tijd gaat kosten, en ik vraag me af of het rendement dan groter wordt. Ik zie het probleem van het afvinken en dat probeer ik los te laten, maar ik heb het wel altijd in mijn achterhoofd. Als iemand vraagt: hoe

kom ik aan dat te hoge cholesterol, dat het aan de voeding ligt, dan probeer ik wel mee te denken. ... Daarvoor heb ik toch de kennis in huis, om dat te delen.

Toch dat je een lampje laat branden. Als je kijkt naar de levensstijl en je probeert iemand in beweging te krijgen. Dat ik dan toch naar iemand kijk van: misschien houden ze van zwemmen, fietsen. Misschien hebben ze daar nog niet eens aan gedacht. Als ik dan ga zitten wachten en ze denken alleen aan dat wandelen, wat ze moeten gaan doen. Dan denk ik van: ik wil proberen om het wel zo prettig mogelijk te maken voor ze. Dat ze denken van: als er pijn is in de knieën, dat de armen ook kunnen bewegen. Ik probeer daar wel in mee te gaan. Als ik alleen maar wacht, dan vraag ik

mijn of of... Dat zie je ook bij mensen die in dat vaste stramien zitten hier, die hebben hetzelfde. Hun zitten ook vast in hun patroon.

*Zij krijgen hun verantwoordelijkheid weer terug, dus die relatie, de zorgrelatie verandert. Ik ben de begeleider. Ik ben niet degene die zegt: dat moet. En dát voelt anders voor mij. ... Ik kijk nu anders, niet van dat ik dat voor elkaar moet boxen of hè en dus dat er eigenlijk heel veel afstand tussen de professional en de patiënt is, maar **dat we hier nu samen zitten**. Dat is echt wel meer veranderd. En dat dat een beter resultaat geeft.*

Na de cursus staan zij [de patiënten] centraal en dat heb ik geprobeerd, maar het ging een beetje traag.

Ik geloof wel in één ding. Ik geloof dat wie tegenover mij zit er met een reden zit. Die reden is soms niet duidelijk voor hem of voor haar. Soms wil ze eigen controle hebben en soms helemaal niet: zeg het maar, ik doe het allemaal wel als jij maar tegen mij zegt wat ik moet doen.

Nee, mensen gaan nooit recht. Wij weten natuurlijk ook veel meer. Ik moet mijn kennis wel overbrengen naar mensen, maar pas als zij dat willen.

Thema X: Vaders van succes

Over het eigenaarschap van een succesvol traject



Mw. Wieringa-de Mol (48) werd 11 jaar geleden gediagnosticeerd met diabetes II:

Ik wist het al voordat ik naar de huisarts ging. Ik heb het in mijn familie. Dus die dorst de hele tijd, vaak naar de wc, ontstekingen. Bah. Ik heb het allemaal bij mijn moeder en bij mij zus al zien gebeuren, dus ik wist het wel, alleen ik wilde niet toegeven... Maar goed, toen ging het niet meer. Dus naar de arts...testen allemaal en daar stond ik weer buiten met de diagnose die ik al zelf had vastgesteld. Ik kreeg meteen die pillen, maar na een paar maanden ebde mijn angst weer weg. Veel veranderen wilde ik niet, al heeft mijn POH geprobeerd om mij te stimuleren mijn dieet aan te passen en dergelijke (lacht). Als ik nu terugdenk: wat een tijdsverspilling voor haar en voor mij. Ik luisterde beleefd en ging gewoon mijn eigen gang. Ik herinner me nog die folders die ik van haar kreeg. Jeetje mineetje! Met allemaal bejaarden. Nou, daar kon ik me niet mee associëren hoor, zelfs als ik dat had gewild. Ik kwakkelde door met mijn leven. Een streepje omhoog – een pilletje erbij, zo. Diabetes werd mij en ik werd diabetes, kun je zeggen.

Op een moment heb ik een televisieprogramma gezien waar ze mensen met diabetes 2 gingen interviewen die nu ziektevrij zijn. Ik keek eerst erg sceptisch, maar aan het einde zat ik gewoon te janken. Hoe is het mogelijk dat deze mensen zover kunnen komen en ik blijf treuzelen? Die nacht heb ik niet geslapen. De volgende dag meteen een afspraak met mijn POH gemaakt. Tegen die tijd had ik een andere POH. Die gaf geen foldertjes mee, gelukkig. We pratten gewoon met elkaar. Dat vond ik prettig. Toen wist ik niets anders dan haar te vertellen over dat programma. En weer zat ik onder mijn make-up (lacht). Ik was wel bang dat zij mij zou gaan geruistellen en dat ik dan weer met lege handen weg zou gaan. Maar in plaats daarvan zei ze opeens: ik weet wat je meemaakt. Ik heb dit bij iemand in mijn familie meemaakt die dierbaar voor mij is. Dat verwachtte ik niet... Ik was opeens haar, soort van. Ik luisterde en ik steelde haar geruist. Dat rollen omdraaien en elkaar kunnen begrijpen is mijn keerpunt geworden. Vandaag ben ik weer mezelf, met een aandoening die ik onder controle heb en niet andersom. Ik ben er trots op, hoor, echt!

Petra werkt nu 4 jaar als POH in de praktijk waar Mw. Wieringa staat ingeschreven:

Soms moet je lang op succes wachten, hoor. En soms komt het ook nooit. Ik denk niet dat het aan de methodiek ligt of zo. Iedere patiënt heeft haar/zijn rijpingstermijn nodig. Je kan van alles proberen, dat wel. Mijn tools? Oprechte interesse in wie voor mij zit, zou ik zeggen. Dan pas kun je een advies op maat geven. Voorbeeld: ik had een patiënt die moest bewegen, maar die woonde 3 hoog zonder lift. Die kwam dus een keer per maand het huis uit. Omdat zijn lieve kinderen alles voor hem in huis haalden. Dat vroeg om een erg subtiele aanpak, hoor. Mooi dat er zulke zorgzame kinderen waren, maar dat werkte in dit geval averechts.

Het is super-tijdrovend geweest om ze te benaderen en de situatie uit te leggen, maar het lukt nu beter om die patiënt naar buiten te krijgen. Hij zegt: dat heb ik aan mij kinderen te danken, want ze nemen mij nu mee naar buiten. En ik denk: goed zo. Ik hoef geen heldenmuts, want het doel is zo wel bereikt.

Soms zeg je iets wat een onverwacht sterke indruk op de patiënt maakt. Ik had een patiënte die al jarenlang op het randje stond van nog pillen gebruiken of toch maar beginnen met het spuiten. Totdat zij opeens met een verhaal kwam over een televisieprogramma dat een grote indruk op haar had gemaakt. Dat was haar wow-moment, zo te zeggen.

Terwijl we in onze gesprekken dit allemaal al ook hadden besproken, moest zij kennelijk die beelden op de tv zien voordat het kwartje viel. Hoe dan ook, ik zag haar voor het eerst in tranen. Het eerste wat toen spontaan in mij opkwam was mijn eigen ervaring met mijn partner. Daarover heb ik toen verteld. Misschien was dat niet professioneel. Ik weet het niet. Maar dat gesprek heeft alles veranderd. Zij is nu onze showmodel in de praktijk (lacht). Ik wil haar vragen of zij ervaringsdeskundige wil worden...

Samenvatting

Dit thema gaat over het eigenaarschap van het succes. In die gevallen dat het gelukt is om het proces van ZZ naar GG in gang te zetten en duidelijk positieve resultaten te boeken, is het relevant om te reflecteren op de vragen wie en in welke mate de drijvende kracht achter het succes zijn geweest. Dat kan de duurzaamheid van de veranderingen -zowel voor de patiënt als voor de zorgprofessional- bevorderen, zodat beide partijen structureel verder succes kunnen boeken, en dat niet als gevolg van een toevallige samenhang van diverse factoren blijven zien. De patiënten en hun zorgverleners beleven hun successen verschillend. Voor de patiënt ligt de nadruk op het eigen aanpassings- en doorzettingsvermogen. Patiënten praten vaak over een 'wow-moment', wanneer 'het kwartje is gevallen', waarna het hen lukt om de regie over de verandering van de levensstijl in eigen handen te nemen. Vaak lijkt het voor hun erop dat het wow-moment niet direct verbonden is met de ondersteuning van de zorgverlener. De zorgverlener daarentegen praat vaak over het feit dat zij/hij deze manier van gespreksvoering eigenlijk al eerder toepaste of altijd al wilde toepassen. Op zichzelf bevat de GG-methode volgens velen van hen niet veel nieuws, maar de mogelijkheid om dit nu structureel te mogen doen, wordt door de professionals wel op prijs gesteld. Ook de toename van zelfreflectie en het beheersen van een paar nieuwe gesprekstechnieken typeren voor hen de nieuwe versus bestaande manier van werken.

Aandachtspunten

Ondanks het feit dat iedere casus een unieke context heeft, is het van belang om systematisch de succesfactoren op te sommen, inclusief de persoonlijke bijdrage door de patiënt en de zorgverlener. Een enkele patiënt kan tevreden zijn met de showmodel-rol die zij of hij lijkt te krijgen

wanneer een succes is geboekt. Er zijn ook andere vormen van waardering, zoals het als ervaringsdeskundige inzetten van concreet opgedane ervaringen en feedback, die bij andere patiënten uitgeprobeerd kunnen worden. De ervaringen van de zorgprofessionals worden tijdens interviews en andere bijeenkomsten ingezet, maar ze lijken momenteel verder niet gebruikt te worden voor de bevordering van de leerdoelen.

Conclusies

Evenals in het geval van verantwoordelijkheid, lijkt het gepast om altijd over gedeelde eigenaarschap van een succes te spreken. Terwijl het niet uitgesloten kan worden dat in een enkel geval de patiënt de credit voor de verandering in haar/zijn gedrag volledig op haar/zijn conto kan schrijven, kent het succes in de meeste gevallen de spreekwoordelijke meerdere vaders. Daarnaast spelen de rol van de omgeving van de patiënt en ook de sociale media in deze een steeds sterkere rol.

Suggesties

Patiënten die een goede vooruitgang in de verandering van hun levensstijl hebben geboekt, kunnen uitgenodigd worden om deel te nemen aan de bijeenkomsten voor ervaringsdeskundigen.

Het wordt aanbevolen om een database te creëren, waar de succesverhalen die door de patiënten en zorgverleners zijn verteld, worden verzameld. Deze database kan voor diverse educatieve doelen als bron fungeren. Zo wordt ook een start gemaakt met het verzamelen van rijke en aansprekende data voor vervolgonderzoeken. Met deze data kunnen verder instrumenten en 'toolkits' ontwikkeld worden, die de trainers van ROHA in een educatief programma kunnen omzetten en inzetten.

Citaten patienten



Kijk, dat het mij gelukt is, is natuurlijk niet 100 procent hun [zorgprofessionals] succes, want ik heb het zelf gedaan, alleen hun rol zeg maar, daar mogen ze wel tevreden over zijn. Dat ze gewoon alle medewerking hebben verleend en hebben geluisterd.

En niemand heeft wat te maken met mijn welzijn.

Nou, het enigste wat ik heb aangepast, is dat ik niet meer rook (lacht). ...

Maar het [kanker] kwam niet van het roken. ... Nee dat zei de longarts, deze kanker kwam niet van het roken.

Nou ze [artsen] hebben niet gezegd stoppen, dat heb ik zelf gedaan. Ik denk ja, dit is een tweede kans. [Maar hebben ze daar iets over gezegd, dat het niet goed is voor u?] Nou ja, dat weet je. Je weet toch dat het niet goed is. Je hebt gezond verstand. ... Nou, ik ben de eerste paar weken buiten westen geweest, dus daar had ik geen last van. ... En toen ik thuiskwam, toen rookte mijn man nog en mijn zoon. En toen heb ik iedere dag gedacht: ik ga vandaag niet roken. Niet op lange termijn. ... Nou, het duurt wel twee jaar hoor.

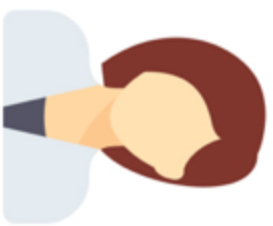
[Dat is een enorme prestatie!] Vind ik ook, vind ik ook. Ben ik ook trots op, vind ik ook. En het gaat heel gemakkelijk. Ik was bang dat ik alle leuke dingen moest laten varen. Nu, ik drink gewoon mijn wijntje niet meer thuis. Thuis alleen als ik bezoek heb. Ik vond het altijd fijn om na het werk thuis te komen. Het eerste wat ik deed was omkleden, douchen, wijntje. Eten kwam wel. En nu als we gaan stappen of ik ga met mensen, of ik krijg bezoek, dan

neem ik een wijntje, en anders neem ik dat niet. En het gaat mij héél makkelijk af.

ED: *Ik had eerst bij mijn diëtist van 'Hoe kan zij deze vraag begrijpen wat ik meemak, als ze het in een boek heeft gelezen?'*

ED: *Ik ben uiteindelijk de medicatie niet gaan slikken en wilde op dieet. Maar het was nog niet voldoende voor mijn waardes. Toen bloeddrukverlagers genomen. Eerst gekeken hoever kom ik zelf. Het is hoe ik in elkaar zit. Ik heb niet het gevoel dat ik altijd eigen regie heb gehad. In vervolgespreken wel.*

Citaten zorgverleners



Het GG-gesprek of een goed gesprek dat we dan eigenlijk hebben geoefend, voor ons is het altijd bekend geweest. Het is voor ons niks nieuws. Ik vind wel dat een extra bevestiging van ons, om dat te kunnen gebruiken als extra tools, om ook met een patiënt eigenlijk mee te gaan en welke richting... Uh, dus ik geloof er niet in dat één techniek voor alle patiënten geldt, maar ik denk dat dit wel de meest succesvolle techniek is die gebruikt kan worden bij een ruime groep patiënten. Wat ik zelf wel al jarenlang gebruik.

De GG-training was meer een toevoeging bovenop de manier waarop wij werken, van kleine extra tools die je gaat gebruiken: vaker stil zijn, iets meer samenvatten misschien, de manier waarop je samenvat, als iemand even stil ligt met praten, kun je misschien de laatste woorden even herhalen, dat je het even kan oppakken. Dat zijn dingen die misschien voor mij meer toevoeging waren bovenop de kennis die we hadden. En extra bevestiging van: oh ja, het is goed.

Als ik te horen krijg: het was fijn, het was goed, ik heb er zin in. Ja dat doet mij alleen maar beter functioneren en wordt het voor mij een extra bevestiging. Ik hoor regelmatig van: het is nu anders dan ik voorheen heb gehad. Dan is het voor mij ook weer van: ok ik ben nog steeds wel op de juiste manier bezig zoals ik het had gewild.

Nee, ik zou niet de enige factor zijn. Want mensen horen dat natuurlijk, als je er voor open staat, vooral dat je niet moet roken en meer moet sporten en niet dat eten en dat eten. Als je er voor open staat, dan staat de hele media vol met dit soort boodschappen. Dan zal ik dat ook een keer verteld hebben, ja, wat is dan mijn invloed? Misschien hetzelfde als dat televisieprogramma wat ze gezien hebben. Ik weet het niet, echt niet.

Een enkele keer komt dit ook voor en dan denk ik: wouw, dat dit kan. En dan ben ik heel blij voor ze en dan zijn ze opeens van hun aandoeningen af. Dan hebben de mensen het zelf gedaan en dat vind ik fantastisch. Dan zijn ze toch iets op gaan zoeken of hebben ze gewoon geluisterd of de voorlichting begrepen, waar het nou precies om gaat. Het is natuurlijk heel erg leuk dat mensen van de pillen of kunnen komen. Als mensen daar naartoe willen werken, dan wil ik ze graag helpen.

WOW momenten van de patiënten

Veiligheids gordel

Mijn laatste post op facebook, ik zet niet veel daarop, zeker niet persoonlijke dingen, verrassing van de maand! Ik kom net uit het vliegtuig: het touwtje knelt niet meer (lachen). Dan krijg je die mensen die zelf ook ofvallen. Hoe vind je dit? Ik hoef niet meer om verlenging van mijn seatbelt te vragen, dat soort grappenmakerij. Maar ik bedoel, ik was daar zo blij mee toen ik dat merkte. Dat ik zo maar het touwtje naar beneden kon doen terwijl de dame voor mij stijl achteroverging. Ik heb er een klein flesje pro-secco op genomen (lacht). Ik denk: vieren!

Roken zit allen in je hoofd

En toen ik thuis kwam, toen rookte mijn man nog, en mijn zoon. En toen heb ik iedere dag gedacht: ik ga vandaag niet roken. Niet op lange termijn. ... Dan werd ik 's nachts wakker (lacht), en dan lag die shag en die sigaretten beneden. En toen dacht ik: die behoefte zit in je hoofd, hè. Dan moet je beseffen, die zit alleen in je hoofd, nergens anders. Dan krijg je zo'n aandrang om te roken. Dan zat ik beneden, en toen dacht ik van als ik een sigaret opsteek, dan raak ik weer verslaafd. Want het is een verslaving. Dat heb ik gezegd 'je bent verslaafd' tegen mij. Ik denk: niet doen. Het moeilijkste moment was dat mijn moeder stierf in die periode: ... Ik zeg tegen mijn broer: geef mij een sigaret. En mijn zoon was bij mij, en die zei: 'Mam, als je nú die sigaret pakt dan ben je verslaafd...'. Ik heb hem toen niet gerookt. Dat was het moeilijkste moment. Maar ja, naderhand neemt het steeds sterker af, die behoefte aan de sigaret.

Power

En toen ontmoette ik een jongen, een grafisch ontwerper. En die jongen, kwam ik met die jongen in gesprek, en hij had een dwarslaesie tot hier, en kon alleen zijn hoofd bewegen, meer niet. En dat is een soort keerpunt in

mijn leven geworden. Als je 1 minuut met hem zat te praten zag je die rolstoel niet meer. Je zag alleen maar uitstraling, power en enthousiasme.

Jeetje, wat onvoorstelbaar! Hij kon sneller op de computer dan wij met 20 vingers. Dat deed hij met een zendertje en een blaaspijpje voor de muis. Grafisch ontwerper! Ik heb nog nooit zoiets gezien, onvoorstelbaar. Dan zegt hij ook tegen mij, hij zegt: natuurlijk heb ik wel eens een keer een rot-dag. Dan kan ik de wereld bij elkaar terug vloeken... Hij zegt: dat doe ik alleen, anders wordt je vervelend voor je omgeving. Ik denk: dáár gaat het om, power. Niet jammerend maar gewoon door. ... ik heb veel meer rust gekregen. En dat heeft mijn leven wel verandert in dat centrum, want daarvoor was ik niet zo. Ik had nergens geen tijd voor, alleen maar dit en dat en zus en zo. Dus ik heb wat dat betreft enorme dreun op m'n kop gekregen, en dat zeg ik vaker. En eigenlijk ben ik er een beter mens van geworden. Ja, een beetje anders. Het is wel heel radicaal geweest, maar ja, soms heb je dat, en dat heeft inderdaad wat opgeleverd.

Stuiterende steen

En dan zit mijn huisarts. Zo zit hij naar je te luisteren en dan zie je al dat hij gaat reageren. En dat vind ik fijn. En dan zegt hij: weet je waar je op lijkt? Je lijkt op een steentje dat je in het water gooit. Als je hem schuin gooit dan stuïert die. Op een gegeven moment gaat hij zinken. Je bent nu aan het stuïteren. Nou, duidelijker kan hij het niet vertellen. ... Vanaf dat moment, hij had dat niet beter kunnen uitleggen naar mij toe. Want dan zie je ook, hoe vaak heb je niet zelf als kind steentjes gegooid in het water, in een slootje. Dus je weet precies wat er gaat gebeuren.

Ervaringsdeskundigen in beeld



Elly Rahder: Als diabetespatiënt ben ik bewust gaan nadenken over het omgaan met deze aandoening. De interactieve gesprekken met mijn diabetesverpleegkundige over vooral het doorbreken van patronen in mijn leefwijze hebben mijn motto om waar mogelijk zelf de regie hierbij te blijven voeren alleen maar versterkt. Ik ben door haar gevraagd om als ervaringsdeskundige bij ROHA deel te nemen aan een project samen met een team van professionals op diverse vakgebieden. Het doel een (veranderings)slag te maken over de wijze van gesprekken voeren met patiënten met een chronische aandoening sprak mij aan. Mijn persoonlijke ervaringen met het leven met diabetes, in combinatie met mijn professionele expertise op o.a. het gebied van de verandering bij (financiële) toezichts-processen waarbij gedrag, cultuur en persoonlijke integriteit centraal staan, hebben mij gemotiveerd om hier een actieve bijdrage aan te leveren.

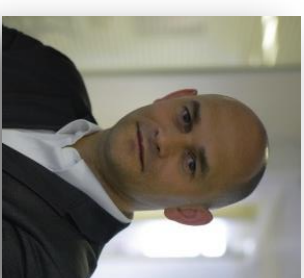


Ruud van Zijljen: Ik vind het moeilijk even iets over mezelf te zeggen met betrekking tot ervaringsdeskundigheid. Het is net als schaatsen; zolang je er niet over nadenkt gaat het goed, maar als je er wel over nadenkt kan je ongelofelijk op je gezicht vallen. Bij ED is dat net zo. Moeilijk uit te leggen; zolang het gaat, gaat het.

Als je de foto's opzoekt op internet kan je veel over mij te weten komen. Mijn ervaring en deskundigheid, die mix is de rode draad in mijn leven geworden.



Paula Contreras: Ik ben Paula. Ik kreeg met 36 de diagnose diabetes type 2. Ik had 6 maanden last van symptomen die ik duidelijk herkende; het zit namelijk in de familie. Ik ging naar de arts en zei; volgens mij heb ik diabetes. Een uur na het bloedprikken belden ze met de bevestiging. De eerste twee jaar ging het niet goed en had ik de suiker niet onder controle, maar op een bepaald moment heeft mijn POH een andere aanpak voor mijn situatie gebruikt in de richting van persoonlijke omstandigheden en toen... ging het veel beter! Toen zij een tijdje daarna vroeg of ik bij dit project wilde mee doen heb ik meteen ja gezegd. Ik dacht het kwam mooi met mijn eigen verhaal overeen en misschien kan mijn bijdrage iets voor andere mensen betekenen.



Emil Fraai: Als Adviseur Zorgkwaliteit bij de Diabetes Vereniging Nederland ben ik als ervaringsdeskundige betrokken bij projecten die te maken hebben met het verbeteren van de patiëntervaring in de eerstelijnszorg. Met veel plezier heb ik vanuit het perspectief van de patiënt meegedacht over het effect van de nieuwe begeleiding.

Ervaringsdeskundigen aan het woord: 'Waar zit die gelijkwaardigheid in?'

Citaat ED:

Ik zie dit verslag als een inspiratiebron naar de zoektocht om verder te ontwikkelen in de methodiek als onderdeel van de persoonsgerichte zorg. De thema's kunnen ook gebruikt worden voor de intervisie groepen. Dit kan dan een licht werpen op bepaalde zaken die nog onderbelicht zijn.

ROHA heeft ervoor gekozen om voortaan de eigen activiteiten ten aanzien van de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg structureel af te stemmen met een aantal patiënten met chronische aandoeningen. Binnen het pilotproject is met een eerste groep van 5 patiënten aan de slag gegaan, die als ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld om feedback aan ROHA te verschaffen. Daarmee heeft ROHA een eerste stap gezet in de richting van een structurele samenwerking tussen patiënten en zorgprofessionals. Vier patiënten werden door POH's en andere specialisten uit de eigen praktijken geworven. Een patiënt heeft zich aangesloten vanuit de patiëntenorganisatie Cliëntenbelang Amsterdam. In de loop van het project heeft een van de patiënten zich teruggetrokken.

Het belangrijkste doel voor deze groep was om het proces van patiënt-zijn naar ervaringsdeskundige- worden als groep mee te maken. Tijdens de eerste bijeenkomsten is al meteen uitgebreid gebrainstormd over het verschil tussen die twee begrippen (patiënt en ervaringsdeskundige). De conclusie die de deelnemers zelf hebben getrokken komt erop neer dat de rol die de ervaringsdeskundige speelt, zorgt voor een verbreding van de horizon. Het eigen perspectief van de patiënt blijft ten alle tijde centraal staan, maar een ervaringsdeskundige is beter in staat om verhalen van andere patiënten met het eigen verhaal te integreren, teneinde vanuit die

verrijkte ervaring te kunnen reflecteren op het handelen van de zorgprofessional en, waar nodig, feedback en advies daarover te geven.

Het team van ervaringsdeskundigen heeft in eerste instantie gewerkt aan het opstellen van de vragenlijst voor de interviews met de patiënten (bijlage 2). Tevens hebben ervaringsdeskundigen vanaf het begin actief bijgedragen aan de bijeenkomsten die ROHA structureel voor de eigen leden organiseert. Deze bijeenkomsten zijn bedoeld als interviews voor de zorgverleners die de GG-training al hebben gevolgd. De aanwezigheid van de patiënt zelf zorgt voor een levendige discussie, een geanimeerd rollenspel en nieuwe inzichten, die in sommige gevallen meteen gebruikt kunnen worden, zowel tijdens een consult als tijdens een volgende training.

Hieronder volgt een overzicht van thema's die tijdens de bijeenkomsten van de ervaringsdeskundigen aan de orde zijn gekomen. Niet alle thema's hebben direct verband met de GG-methode; het zijn voornamelijk indicaties voor het bepalen waar de belangstelling van de patiënten naartoe gaat, wanneer ze het hebben over samenwerking en communicatie tussen de patiënt en de zorgprofessional. Het is daarbij opgevallen dat bijna alle vragen die aan bod zijn gekomen tijdens de brainstormsessies van de ervaringsdeskundigen, ook terug te vinden zijn in uitspraken van patiënten tijdens de interviews. Dit laat zien dat participatie van patiënten in de discussie over persoonsgerichte zorg een diagnostische functie heeft voor een organisatie als ROHA, waarvan met name patiënten met chronische aandoeningen profijt kunnen hebben.

- De thema's die de ervaringsdeskundigen hebben aangedragen en besproken zijn in de vorm van vragen geformuleerd, zoals dit ook tijdens de discussies aan de orde kwam:
- De huisarts deelt mee dat de patiënt naar een POH of naar een andere specialist moet gaan. Wordt ook de vraag gesteld of de patiënt zelf dit wil? Is er terugkoppeling mogelijk als de relatie met de POH niet ideaal verloopt?
 - Welke informatie uit het patiëntendossier is toegankelijk voor de POH? Is dit ooit met de patiënt besproken?
 - Hoe begint het bezoek: met het bespreken van de waarden van het onderzoek of met het voeren van een gesprek over je ervaringen?
 - Welke competenties van de zorgverlener zijn voornamelijk van belang voor het voeren van een goed gesprek met de patiënt?
 - Is de POH tevens psycholoog? Is de POH tevens coach?
 - Hoe kan een POH/huisarts een vertrouwenspersoon voor de patiënt worden? Hoe bouw je een relatie met elkaar op?
 - Wat houden de begrippen 'vertrouwen' en 'veiligheid' in?
 - Ervaart de patiënt spanning, voor en tijdens het consult?
 - Hoe gedraagt de zorgverlener zich tijdens het gesprek? Bijvoorbeeld waar kijkt zij/hij naar? Wat is haar/zijn lichaamsstaaf? En wat betekent dit voor de patiënt?
 - Welke houding van de zorgverlener noemen we laagdrempelig en welke belevend? Sluiten ze elkaar uit? Is een combinatie daarvan nodig/mogelijk?
- De sleutel begrijpen voor een goed gesprek: gemak, vertrouwen, veiligheid, gelijkwaardigheid...
 - Straalt de zorgverlener rust uit?
 - Kan de patiënt een eigen regie voeren tijdens het gesprek met de POH? Wat zijn de voorwaarden voor een dergelijk gesprek?
 - Wat is de verhouding tussen de begrippen eigen regie, eigen verantwoordelijkheid en schuld ten opzichte van ziekte en gezondheid, in westerse en niet-westerse culturen?
 - Wordt door de zorgverlener rekening gehouden met de culturele achtergrond van de patiënten? Hoe belangrijk is dat? Leren zorgverleners dit tijdens hun opleiding?
 - Welke rol speelt een visuele uitleg in de gesprekken tussen de zorgverlener en patiënten met chronische aandoeningen?
 - Welke rol speelt de fysieke omgeving van het consult voor het gevoel van veiligheid?
 - Waarom worden alleen de foto's van oudere mensen gebruikt in de brochures voor patiënten met diabetes?
 - Hoe ga je met je negatieve emoties rondom je ziekte om en wat is de rol van specialisten daarin?
 - Hoe kunnen patiënten een inspiratiebron voor elkaar zijn? Wat zijn sociale waarden van informele groepen/kringen, zoals wandelgroep en dergelijke?
 - Is het mogelijk om een beschermde digitale omgeving te creëren waar de POH's, de patiënten met dezelfde aandoening en de huisartsen met elkaar kunnen communiceren?

- Kan de holistische benadering behulpzaam zijn tijdens gesprekken met patiënten?

Deze reeks vragen heeft op zichzelf een goed beeld van de richting waarin een toekomstig onderzoek bij ROHA uitgevoerd kan worden.

Aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van persoonsgerichte zorg

De aanbevelingen zijn in vijf thema's gegroepeerd

Algemene ontwikkeling persoonsgerichte zorg

- We raden aan om de ontwikkeling van de werkwijze van ZZ naar GG in de ketenzorg voor de patiënten met chronische aandoeningen voort te zetten.
- Het is aan te bevelen om meer concrete handvatten voor het proces van ZZ naar GG te ontwerpen, met het oog op de diversiteit van de patiëntenpopulatie.
- We raden sterk aan om een bredere leernetwerk/platform op te zetten, waar diverse landelijke HA organisaties, kennisinstututen en onderwijs- en onderzoeksinstellingen hun ervaringen kunnen uitwisselen, teneinde mogelijke beperkingen of stagnatie in de ZZ→GG beweging te voorkomen.
- Het is aan te raden om te gaan investeren in een groep ervaringsdeskundigen, die structureel samen met ROHA zich kunnen buigen over de toekomst van persoonsgerichte zorg.

De GG-training

- De theorie en de praktische opdrachten van de training dienen goed gebalanceerd te worden. Er wordt aanbevolen om de GG-methode niet als apart bestaande benadering te presenteren maar haar te plaatsen in de context van andere technieken en werkwijzen waarmee de zorgverleners al bekend zijn. Zo kunnen de overeenkomsten en verschillen van de benaderingswijze van patiënten beter in kaart gebracht worden. Dit zal de bruikbaarheid van de training vergroten en de toepassing ervan laagdrempeliger maken voor de deelnemers.
- In de training wordt veel tijd besteed aan het begrijpen wat een 'niet sturend' gesprek betekent. Er kan overwogen worden om meteen met een film van een consult te beginnen, gevolgd door de gezamenlijke analyse. Op deze manier kunnen de deelnemers veel praktischer en efficiënter met de beschikbare tijd om gaan.
- Het middels rollenspellen oefenen met een 'echte patiënt' in plaats van met medecuristen wordt aangegeven als een belangrijke potentiële meerwaarde voor de training. Het lijkt ons zinvol om de ervaringsdeskundigen-patiënten structureel in te zetten voor de trainingen. Dit vraagt wel om extra aandacht voor de logistiek.
- In de opleiding dient meer aandacht te worden besteed aan verschillen in gedrag die te maken hebben met cultuur. Zo kunnen de zorgverleners een beter begrip en inzicht krijgen in de vraag hoe de GG-methode bij patiënten met verschillende culturele achtergronden of opleidingsniveaus het beste toegepast kan worden.

- Het is raadzaam om meer aandacht te besteden aan de gezondheidsvaardigheden van de verschillende patiëntgroepen zelf. Denk bv. aan de grote verschillen in opleidingsniveau, economische situatie en dergelijke. Aan de hand van concrete voorbeelden kan gediscussieerd worden over hoe de patiënten omgaan met de eigen regie en verantwoordelijkheid en wat ze nodig hebben van de zorgverlener teneinde hun zelfvertrouwen, kennis en motivatie te versterken, waardoor ze hun gedrag al dan niet blijvend zullen kunnen aanpassen.
- We raden aan de GG-training aan te bieden die specifiek voor huisartsen is bedoeld.

Doorontwikkelen en toepassen in de praktijk

- De GG-methode wordt nu aangeboden als universele tool voor persoonsgerichte zorg, die in theorie iedere patiënt tot activatie naar een gezonder gedrag kan krijgen. Dit uitgangspunt strookt niet met de ervaringen van de zorgverleners die GG in de praktijk toepassen. De ZZ-GG benadering dient verder te worden doorontwikkeld naar de praktijk, met aandacht voor de diversiteit van de patiënten en ook, niet te vergeten, voor de diversiteit van de zorgverleners. Het bij de trainingsopzet betrekken van zorgverleners en ervaringsdeskundigen is een voorwaarde om de methode goed aan te laten sluiten op de gebruikers ervan (zowel zorgverleners als patiënten).
- Het is aan te bevelen om ZZ en GG niet tegenover elkaar te zetten, maar er een integrale benadering van te maken. We moeten niet vergeten dat de patiënt met een probleem of een hulpvraag naar de zorgverlener komt. De integratie van ZZ en GG vraagt om nadere uitwerking/verdieping voor de praktijk, met als vragen: *Hoe kom je tot*

een dynamische en flexibele manier van gespreksvoering, waarin zowel ZZ als GG thema's aan bod komen? Hoe doe je dit vakkundig, waarbij je toch vermijdt om een nieuw protocol met vragenlijstjes te creëren?

- De verslaglegging van de GG-gesprekken moet nog ontwikkeld worden. Onder kopje *vragen en klachten* kun je immers lang niet alles kwijt wat de patiënten tijdens het consult vertellen.

Vervolgbijsprekken en Intervisie

- De vervolgbijsprekken die ROHA heeft georganiseerd, helpen goed om GG levendig te houden. Het regelmatig oefenen en feedback krijgen is van belang om GG eigen te maken. Het doorgaan met deze bijsprekken wordt dan ook sterk aanbevolen.
- Meer training *on-the-job* na de basiscursus wordt aanbevolen en zal aan de wensen van de deelnemers van de training tegemoetkomen. Mogelijke focus gebieden zijn: afbakening van de eigen expertiseterrein en een effectiviteit van het doorverwijzen. Verder kan ROHA een actievere rol spelen in het creëren van een breed draagvlak voor de GG-methode.
- Het is aan te raden om de huisartsen en de assistenten meer te betrekken bij de GG-trainingen en vervolgbijsprekken voor een breder draagvlak.
- Meer educatie/feedback door ervaringsdeskundigen tijdens de intervisie bijsprekken wordt als waardevol instrument aangeprezen om nieuwe inzichten te verkrijgen of aan te scherpen.

Samenvattend: randvoorwaarden voor het toepassen van de GG-methode in de praktijk

- De zorgverlener heeft *tijd* nodig om ervaring op te bouwen, teneinde zich de inhoud van GG na de training eigen te kunnen maken.
- De intervisiegroepen vormen een belangrijk onderdeel van het *leerproces*, als opvolging na de training, om de inmiddels opgedane ervaringen met elkaar te delen en elkaar te helpen om in de nieuwe wijze van aanpak te groeien; dit is tevens een middel om samen verder vorm te geven aan persoonsgerichte zorg.
- Het toepassen van GG kan succesvol zijn als deze methode als *duurzame* houding wordt gezien en niet als een trucje; GG is een *proces* dat integraal onderdeel vormt binnen de persoonsgerichte zorg.
- De GG-methode vraagt zowel om verbale- als non-verbale vaardigheden, die per patiënt en per situatie zorgvuldig dienen te worden afgewogen.
- Het vermogen tot *zelfreflectie* vormt zowel bij de zorgverlener als bij de patiënt een belangrijke voorwaarde voor het proces van gedragsverandering.
- De patiënt moet niet alleen *motivatie* en zelfvertrouwen hebben, maar ook openstaan om zelf naar mogelijkheden te zoeken om zijn gedrag aan te kunnen passen.
- Er dient rekening gehouden te worden met de *diversiteit* in de patiëntenpopulatie, qua opleiding en levenshouding maar ook qua culturele achtergrond.
- In geval van taalbarrière moeten er meerdere middelen beschikbaar zijn voor het voeren van een goed gesprek, dus niet alleen een familielid, maar bv. ook tekstuele of visuele uitleg.
- Een goede integratie van het ZZ-deel in de GG-methode is een voorwaarde voor succes.

- Het toepassen van de GG-methode vraagt om *creativiteit* en flexibiliteit teneinde de uniciteit van elke patiënt te kunnen matchen en de overbodige protocollen los te kunnen laten.

Vervolgonderzoek

- Een vervolgonderzoek wordt aanbevolen. De uitgangspunten en voorwaarden daarvan moeten anders zijn dan de voorwaarden van het onderhavige onderzoek. We hebben de volgende suggesties:
 - In Nederland en ook internationaal wordt veel onderzoek gedaan naar betere vormen van communicatie met de patiënten met chronische aandoeningen. De afgelopen jaren wordt ook steeds meer aandacht besteed aan de veranderingen in het gedrag van diverse groepen patiënten. De ontwikkeling die ROHA in de komende jaren op het gebied van communicatie met patiënten wil doormaken, heeft een goed onderbouwd theoretisch en methodologisch kader nodig. Daarbij wordt o.m. diepgaande literatuurstudie, waarbij zowel academische literatuur als grijze literatuur (reeds bestaande methoden en technieken, rapporten en verslagen) onder de loep worden genomen, sterk aanbevolen.
 - Om de effecten van de GG-methode goed aan te kunnen tonen, dienen al de groepen zorgverleners bij het onderzoek betrokken te worden, d.w.z. zowel diegenen die de GG training hebben al gevolgd als de zorgverleners zonder kennis van de training.
 - De patiënten moeten 'vrij' worden geworven, dus niet op aanbeveling van de zorgverleners, hetgeen de diversiteit van de patiëntenrepresentatie zal versterken. Een onderzoek in dyades is nog steeds mogelijk, maar dat dient slechts een onderdeel te vormen van het onderzoeksdesign.

- De GG-training is gaandeweg aangepast, hetgeen een vergelijking van de toepassing ervan in de praktijk lastig maakt. Er wordt aanbevolen om eerst tot een helder en min of meer definitief trainingskader te komen en vervolgens aan de zorgverleners meer tijd te gunnen om de opgedane kennis in de praktijk toe te passen, voordat de volgende evaluatie plaats kan vinden.




Vertel... hoe is het?
 Waar denk je aan (bij stilte)
 Herhaal en vat samen
 Hoe vaak jij je gezondheid? Cijfer? Waar word je blij van?

Wat zou je willen bereiken? Waar sta je nu?
 Hoe ga je dat doen? (wat, wanneer, waar, met wie?)
 (Kleine haalbare acties, waarbij de patiënt prioriteit aangeeft)
 Denk je dat je dat gaat lukken?

Heb je nog iets nodig? Vragen?
 Wil je uitleg over iets?
 Gesprekonderwerpen volgende keer?

Reflecties en conclusies

Vooraf

Dit overzicht van reflecties en conclusies is overkoepelend en aanvullend ten opzichte van de conclusies die per thema zijn getrokken. De conclusies gelden voor de groep respondenten die we in het kader van dit onderzoek geïnterviewd of gesproken hebben. De participatie en de feedback van de ervaringsdeskundigen zorgen voor de nodige validatie van de bevindingen en borgen de betrouwbaarheid daarvan. Op grond daarvan is het mogelijk om deze resultaten als indicatief te beschouwen en als zodanig te extrapoleren naar de grotere groep patiënten en zorgverleners.

De conclusies zijn in de volgende vier clusters weergegeven.

I Waardering van de GG-methode

- De algemene waardering en de reacties op de toepassing van de GG-methode door de zorgverleners zijn overwegend positief. De pluspunten zijn: mens tot mens benadering, minder protocol-gestuurd werken, het stellen van open vragen, leren om goed te luisteren en je eigen oordeel uit te stellen. Het toepassen van de GG-methode resulteert in een toegenomen mate van zelfreflectie op het eigen handelen en een toename van werkplezier. De gemiddelde score van de 13 zorgverleners is een 8 op het moment van het onderzoek. De voornaamste knelpunten zijn onvoldoende tijd om de nieuwe gesprekstechnieken goed te kunnen toepassen en de diversiteit van de patiëntenpopulatie, die niet altijd goed aansluit bij de algemene principes van de GG-methode.

- Alle geïnterviewde patiënten waardeerden de communicatie met de zorgverlener op het moment van het interview als positief. Het bleek voor 10 patiënten van de 12 niet mogelijk om aan te geven in hoeverre er een verandering heeft plaatsgevonden in de manier waarop hun zorgverleners het consult voeren. 2 patiënten en 3 ervaringsdeskundigen zijn zich goed bewust van deze verandering en stellen deze ontwikkeling op prijs.

II Aandachtspunten voor doorontwikkeling GG in de praktijk: proces, tijd, context en diversiteit

- *Proces:* De GG-methode wordt soms gezien als interventie die zowel eenmalig als structureel toegepast kan worden. Analyse toont aan dat eenmalige toepassing een tijdelijk positief effect kan geven, maar niet tot verandering van het levenspatroon van de patiënt leidt. Uit interviews blijkt dat de meerderheid van de respondenten-zorgverleners een bewuste keuze maakt over het 'vandaag wel of niet toepassen van de GG'. Een enkele respondent-zorgverlener had het over GG als proces of als structurele houding, die telkens met kleine stappen voortuitgang kan boeken en met kleine successen regelmatig gevierd mag worden.
- *Tijd:* Het toepassen van de GG-methode laat zien dat het bouwen van een goede relatie en voornamelijk ook het onderhouden daarvan, veel tijd kost. Hier praten patiënten en zorgverleners niet over de tijd die beschikbaar is voor het consult, maar over de kwaliteit van de onderlinge relatie in de loop van de tijd. Een aantal respondenten,

zowel patiënten als zorgverleners, geven aan af en toe hun geduld te verliezen als een zoveelste poging tot verbetering van het gedrag is mislukt. Bij elk van de partijen dient ten minste een negatieve conclusie voorkomen te worden. Bij de zorgverleners: bij deze patiënt lukt het nooit. Bij de patiënt: ik schrijf me af want het lukt me nooit. Tijd is hier zowel een vriend als een vijand. De patiënt absorbeert veel informatie. De informatie afkomstig van de zorgverlener vormt slechts een druppel in de zee. Het is niet altijd zichtbaar op welk moment de patiënt 'volloopt' en bereid is om haar/zijn leefstijl te veranderen. Daarom is doorgaan voor de zorgverlener van groot belang. De zorgverleners geven veel voorbeelden wanneer de patiënt 'opeens' openstond voor een dergelijke verandering. Deze opeens is het resultaat van een soms heel erg lang proces en een forse tijdsinvestering. De zorgprofessional is daarbij vaak de laatste strohalm waaraan de patiënt zich nog vastklampt.

- *Context en diversiteit:* Zorgverleners zijn zich ervan bewust dat succes van de GG-methode afhankelijk is van het herkennen en erkennen van de mens die voor hen zit. De patiënten zijn zich ervan bewust dat hun situatie uniek is en speciale aandacht verdient van de zorgprofessional. Ze willen echter onder hun eigen voorwaarden geholpen worden. De analyse toont aan dat het handelen vanuit de eigen context, d.w.z. opvoedingsnormen, opleidingsniveau, kennis, culturele achtergrond en ervaring, in de spreekkamer dagelijks aan de orde komt. GG echter vraagt de zorgverlener om juist de eigen context los te kunnen laten. Dit vergt een diepere belangstelling voor elkaar, openheid en, sterker nog, creativiteit om de verborgen context van de ander te kunnen ontdekken, begrijpen en respecteren. Veel zorgverleners voelen zich onthand wanneer het over een consult gaat waar zij de patiënt niet kunnen begrijpen of zelfs verstaan. Langs elkaar heen praten gebeurt

ook tijdens consulten waar de zorgverlener en de patiënt zonder tolk met elkaar communiceren. GG biedt een universele 'toolkit' voor een goed gesprek. Het lijkt ons van groot belang om daar specifieke handvatten aan toe te voegen, die toegespitst zijn op interactie met specifieke groepen cliënten.

III Mogelijke valkuilen als gevolg van toepassing GG: grenzen, regie en verantwoordelijkheid

- *Het bewaken van grenzen:* Het werken met de GG-methode vraagt van de zorgverlener de nodige basiskennis van psychologie en inzicht in gedrag. Aangevuld met ervaring en diverse trainingen moet deze integrale kennis voldoende zijn om een goed gesprek met de patiënt te kunnen voeren. De problematiek waarmee patiënten naar de zorgverlener komen is zeer divers. Vaak is er sprake van comorbiditeit. Dit maakt ketenzorg en samenwerking met Welzijn niet alleen wenselijk maar vooral ook nodig. Uit de interviews blijkt dat wanneer de zorgverlener het ZZ-protocol loslaat, het stellen en bewaken van de juiste grenzen in de relatie zorgverlener-patiënt lastiger kan worden. Een voorwaarde die deze mogelijke valkuil, nl. het overschrijden van de grenzen van je professionele expertise, helpt te voorkomen, is een goede samenwerking met de collega's binnen de eigen praktijk, in de ketenzorg en verder een gecoördineerd aansluiten op Welzijn.

- *Regie en verantwoordelijkheid:* De regie over het gedrag en de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënt zijn geen goederen die over de toonbank vanuit de zorgverlener naar de patiënt kunnen gaan met behulp van de GG-methode. In de beste gevallen die door de zorgverleners en patiënten worden beschreven, gaat het over een geleidelijk proces, waar de regie over de behandeling van de ziekte

door de zorgverlener vermindert en de regie van de patiënt over het eigen gedrag wordt vergroot. Zoals we al eerder hebben gezegd, is dit een langzaam proces met tweerichtingsverkeer. Het volledig overdragen van de regie naar de patiënt komt overigens niet vaak voor. Zelfs de patiënten die de eigen regie actief uitoefenen, zijn gebaat bij structurele steun en een coachende rol van de zorgverlener, wiens aanwezigheid er steeds voor dient te zorgen dat er geen terugval in het gedrag van de patiënt plaatsvindt. Van ZZ naar GG is verder een leerproces voor beide partijen, met als doel om de beste manier te vinden om met de chronische aandoening te kunnen blijven leven zonder (te veel) kwaliteit van je leven te hoeven inleveren. Verantwoordelijkheid wordt door de respondenten op zijn best als gedeelde verantwoordelijkheid opgevat. De motivatie, zelfvertrouwen en vaardigheden om kennis toe te passen in het dagelijks leven van de patiënt, gaan gepaard met de professionele kennis en begeleidende rol van de zorgverlener. De combinatie hiervan is een belangrijke voorwaarde voor succes. In welke verhouding regie en verantwoordelijkheid worden verdeeld, kan uitsluitend per geval bepaald worden. Eigen regie kan in stressvolle situaties bij de patiënt een terugval in het gedrag veroorzaken.

IV Keuze voor de GG-methode of breder nog, voor persoonsgerichte zorg

- Volgens de respondenten-zorgprofessionals is de GG-methode een degelijk middel om de zorg persoonsgerichter te maken. GG wordt door hen ingezet als een van de mogelijke instrumenten die een diepgaand gesprek op gang kunnen brengen. Naast GG wordt ook 'motivational interviewing' vaak genoemd. De zorgverleners passen ook eigen creatieve technieken toe, zoals een gesprek-tijdens-een-wandeling of een gesprek met behulp van afbeeldingen. Het ZZ-

gesprek echter blijft een belangrijk onderdeel in het werk van de zorgprofessionals die de GG-training hebben gevolgd. Een goede integratie van ZZ en GG is in de praktijk voor de zorgprofessionals nog zoeken; het is nog onvoldoende aan de orde geweest tijdens de training.

- Voor twee respondenten-zorgverleners lijkt de GG-methode net te ver van hun eigen opvatting over zorg(verlening) te staan, voor 10 respondenten is GG de voorkeurskeuze uit diverse mogelijkheden die ze per patiënt kunnen maken. Voor één van de respondenten lijkt de GG-methode overeen te komen met de manier waarop deze zorgverlener altijd al heeft gewerkt.

• *GG en objectiverend werken:* Het toepassen van de GG-methode door de zorgprofessionals roept vragen op over het objectiverend gedrag van de zorgverlener ten opzichte van de patiënt. Het behandelen binnen de zorg veronderstelt een asymmetrische relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Volledige symmetrie is geen doel, want een goede zorgrelatie is nooit gelijkwaardig. De patiënt heeft immers een probleem en komt met een hulpvraag. Het specifieke van de chronische zorg maakt het mogelijk om binnen GG over een meer gelijkwaardige relatie tussen de patiënt en de zorgverlener te praten. De handelingen van de respondenten-zorgverleners laten zien dat voor hen zelfs tijdens het toepassen van GG het grootste deel nog steeds objectiverend werkt ten opzichte van de patiënt. 'Ik ga vandaag GG gebruiken' is een keuze die de zorgverlener maakt. De vraag is of de patiënt ook deze keuze 'vandaag' wil maken. Sommige patiënten kunnen er baat bij hebben als deze keuze aan hen wordt voorgelegd en toegelicht. Ook de zorgverleners kunnen geholpen worden als tijdens

de training de vraag over het objectiverend handelen aan de orde wordt gesteld. De oefeningen en de discussie kunnen gaan over de voordelen en nadelen van de subject-object relatie en intersubjectieve interactie. Beide manieren kunnen tot goede resultaten leiden, mits ze bewust worden toegepast.

Referenties en leestips

Referenties

Abma, T. A., Cook, T., Rämngård, M., Kleba, E., Harris, J., & Wallerstein, N. (2017). Social impact of participatory health research: collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. *Educational Action Research*, 1-17.

Abma, T. A., Nierse, C. J., & Widdershoven, G. A. (2009). Patients as partners in responsive research: methodological notions for collaborations in mixed research teams. *Qualitative health research*, 19(3), 401-415.

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321.

Eigen regie een sociaal begrip. Position paper. (2014). Utrecht: Actiz.

Lieshout, F. V., & Cardiff, S. (2011). Innovative Ways of Analysing Data With Practitioners as Co-Researchers. *Creative Spaces for Qualitative Researching*, 223-234.

Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International journal of qualitative studies in education*, 8(1), 5-23.

Wendell, S. (1996). *The rejected body: Feminist philosophical reflections on disability*. Psychology Press.

Leestips

De navolgende leestips vormen een eerste stap naar een allesomvattende literatuurstudie.

Over discrepanties in het ervaren van begeleiding door patiënten en

zorgprofessionals

Stuij, M., Eiling, A., & Abma, T. A. (2017). Conflict between diabetes guidelines and experienced counselling in sports and physical activity. An exploratory study. *European journal of public health*, 27(1), 157-159.

Over autonomie en eigen regie:

Meyers, D. T. (1989). *Self, society, and personal choice*. New York: Columbia University Press.

Verkerk, M. A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4(3), 289-294.

Over zelfmanagement bij diabetes, en het belang van aandacht voor betekenisgeving en context:

Greenhalgh, T., Collard, A., Campbell-Richards, D., Vijayaraghavan, S., Malik, F., Morris, J., & Claydon, A. (2011). Storylines of self-management: narratives of people with diabetes from a multi-ethnic inner city population. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(1), 37-43.

Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L. & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of internal medicine*, 143(6), 427-438.

Over het belang van de narratieve benadering in studies over patiënten

met chronische aandoeningen:

Riessman, C.K. (2001). Analysis of personal narratives. In: Gubrium, J.F., Holstein, J.A., (eds.)

Handbook of Qualitative Research. London: Sage.

Stuij, M., Eiling, A., Trammer, A., Abma, T., forthcoming. Developing a Relational Narrative

About Diabetes: Towards a Polyphonic Story. In Bray, P., Borlescu, A. (eds.) *Voices of Illness. Negotiating Meaning and Identity* [working title]. Brill, Leiden, the Netherlands.

Over participatie van de patiënten in het onderzoek:

Tattersall, R. (2002). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine*, 2(3), 227-229.

Bijlagen

Bijlage I Interviewvragen voor de zorgverlener

Spreekuur verloop

- Beschrijf in het kort het verloop van je spreekuur?
- Wat doe je op welke manier, wannier en hoe voelt dat?

Effect GG-methode in de praktijk

- Wat heb je n.a.v. GG-training toegepast in de praktijk en hoe heb je dat ervaren?
- Wat is er anders aan de manier van gespreksvoering na de training en kun je daar voorbeeld(en) van geven?
- Wat is hetzelfde gebleven wat je eigenlijk wil veranderen en benoem dit adv voorbeeld(en)
- Kun je aangeven wat jij hiervoor nodig hebt om hier verandering in te brengen?

Wat werkt wel en wat niet

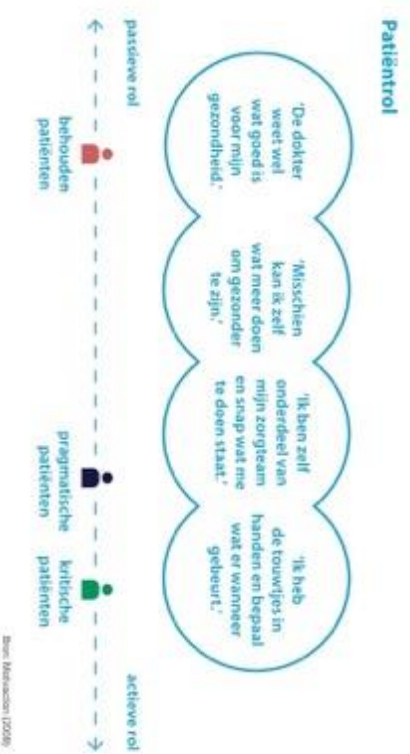
- In welke situaties werkt het wel en wanneer werkt het niet wat je geleerd hebt tijdens de training?
- Geef een voorbeeld van een gesprek tijdens een consult wat goed ging volgens jou?
- Hoe komt dat volgens jou?
- Geef een voorbeeld van een gesprek tijdens een consult wat niet goed ging volgens jou?
- Hoe komt dat volgens jou?
- Wat heb je nodig om dit gesprek beter te laten verlopen?

Effect training op jou in relatie tot patiënt

- Kun je vertellen wat de manier van gespreksvoering heeft gedaan met je relatie tot de patiënten?
- Ervaar je een verandering in gedrag/houding tijdens het gesprek bij jezelf en kun je hiervan een voorbeeld(en) geven?
- Ervaar je een verandering in gedrag/houding bij je patiënten en kun je hiervan een voorbeeld(en) geven?

Rol van de patiënt

- Kun je vertellen hoe jij gesprek aanpast op de rol die de patiënt heeft?
- Kun je aan de hand van bovenstaand model aangeven hoe jij als zorgverlener patiënten begeleidt die zelf regie nemen of het juist aan de behandeling arts helemaal overlaten?



Werkplezier

- Kun je aangeven wat voor jou werkplezier is (in 5 kernwoorden).
- Als je nu een cijfer moest geven voor werkplezier tussen de 0 en 10 waar zit je dan?

- Kun je aangeven waarom je daar zit wat is voor jou de volgende stap hierin of hoe je het behoudt?

Binnen de organisatie

- Wat betekent deze manier van consultvoering in relatie met de manier van werken binnen jouw praktijk?
- Hoe werkt deze GG-methode in de samenwerking met de collega's binnen en buiten je praktijk?
- Welke ervaringen vanuit het werken met deze methodiek vertel je aan je collega's?

Vervolg

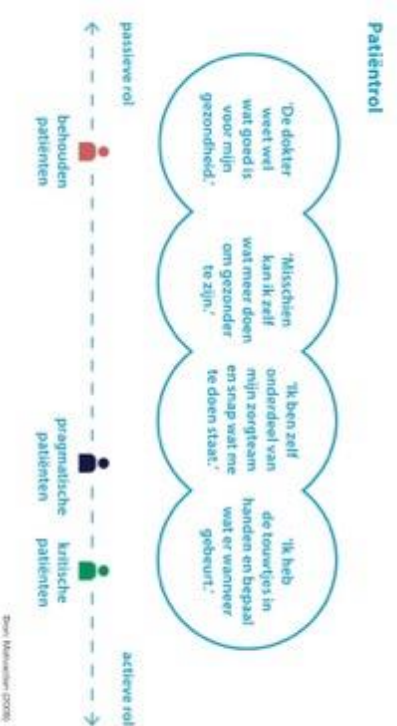
- Welke behoeften zijn er voor jou in relatie tot de GG-methode voor vervolgtraject?

Tot slot

- Is er nog iets wat ik vergeten ben om te vragen of wat je kwijt wil hierover?

Bijlage II Vragen voor de patiënten van zorgprofessionals die met GG-methode werken

1. Wat zijn de belangrijkste gebeurtenissen ten opzichte van je gezondheid gedurende het afgelopen jaar?
2. Kun je een cijfer geven aan je gezondheid in het afgelopen jaar (halfjaar, 3 maanden - termijn kan door de patiënt aangepast worden als zij/hij dit wil).
3. Zijn er omstandigheden die dit cijfer kunnen beïnvloeden? Welke dan?
4. Merk je veranderingen in je gedrag/levensstijl ten opzichte van je gezondheid gedurende afgelopen jaar? Zo ja, hoe komt dat?
5. Ken je mensen die je gedrag ten opzichte van je gezondheid kunnen beïnvloeden?
6. Met wie bespreek je stressfactoren die negatieve invloed op je gezondheid kunnen hebben?
7. Hoe lang ken je je POH/zorgverlener? Hoeveel POH's heb je meegemaakt? Weet je wat POH betekent?
8. Hoe voel je je voor, tijdens en na het gesprek met de POH/diëtist/huisarts?
9. Wat zijn voor jou 5 kernbegrippen van een goed gesprek met zorgprofessional?
10. Heb je veranderingen in de gespreksvoering met je POH/zorgverlener gemerkt?
11. Geef een cijfer aan je ervaring van de gesprekken met je zorgverlener...
12. Mogelijke subvragen, afhankelijk van de antwoorden van de patiënt:
 - Beschrijf alsjeblieft een doorsnee bezoek naar de POH/zorgverlener.
 - Ervaar je spanning als je naar het consult gaat? Waar is deze spanning van afhankelijk?
- Voel je voor en tijdens het gesprek dat je aan bepaalde eisen moet voldoen? Voel je dat je beoordeeld wordt?
- Heb je ooit een blokkade ervaren tijdens het gesprek? Weet je hoe dat kwam? Beschrijf alsjeblieft die situatie.
12. Wat moet nog veranderen om je een beter gevoel van gesprekken met zorgprofessional te geven?
13. Heeft de POH/zorgverlener ooit gevraagd hoe je je ziekte ervaart en wat je omgeving daarvan vindt?
14. Wat soort van patiënt ben je (aan de hand van het schema)?



15. Wat wil je veranderen ten opzichte van je gezondheid en gedrag in de volgende 6 maanden? of Waar sta je over een half jaar ten opzichte van je gezondheid?