

NASCHOLINGSCENTRUM MAATSCHAPPELIJK WERK

TEAMNASCHOLING



OPLOSSINGSGERICHT WERKEN

IN DE GEZONDHEIDSZORG

MET DRAAIDEUR-PATIENTEN EN ZORGMIDDERS



OPLOSSINGSGERICHT WERKEN IN DE GEZONDHEIDSZORG MET DRAAIDEUR PATIËNTEN EN ZORGMIJDERS

De gezondheidszorg in Nederland werkt gemiddeld genomen onder grote druk om de kosten in haar eigen sector zoveel mogelijk in de hand te houden en 't liefst nog verder naar beneden te brengen. Daarbij zijn termen als verhoogde effectiviteit gepaard gaand met verhoogde efficiëntie aan de orde van de dag.

De professionals in de gezondheidszorg staan onder enorme druk om te blijven voldoen aan alle vereisten. De rek is er veelal UIT!

Een telkens terugkerend en geldverslindend fenomeen in de gezondheidszorg zijn de zogenoemde draaideur patiënten en zorgmijders die de gezondheidszorg veel tijd en geld maar ook veel energie kosten en ergernis veroorzaken bij de behandelaars.

Vaak melden deze patiënten zich pas wanneer de zorgvraag uit de hand is gelopen en soms verdwijnen ze ook voortijdig wanneer de hoogste nood is gelenigd. Dat gebeurt zowel in de gezondheidszorg als in de psychosociale zorg.

Veel ziekenhuizen en instellingen zitten al jaren flink omhoog met deze groep patiënten maar ook andere professionals in de gezondheidszorg zoals huisartsen, gespecialiseerd verpleegkundigen, etc.

Zorgverzekeraars voeren de druk op in de gezondheidszorg om zich vooral aan de protocollen te houden anders komen bepaalde werkzaamheden niet voor vergoeding in aanmerking.

En daar gaat het nu juist fout!

Want wil je kostenbesparend en structureel genezend met deze patiëntengroep omgaan dan kan je niet volstaan met een aanpak vanuit het "protocollair hokjes-denken".

In de aanpak ontbreekt namelijk vaak een totaalaanpak waarbij deze patiënten op voorwaardenscheppend terrein geholpen worden, willen ze überhaupt de medische aanwijzingen opvolgen.

Binnen de psychosociale hulpverlening en vanuit de empowermentbeweging is inmiddels veel knowhow verzameld in h oe deze doelgroep te benaderen en zo goed mogelijk de motivatie in zichzelf te doen vinden om zich verantwoordelijk te gaan voelen voor hun eigen leven en hun gezondheid, zowel op psychosociaal als op medisch gebied.

De ervaring leert dat veel mensen zich eerst gezien en gehoord moeten voelen alvorens er überhaupt vertrouwen kan ontstaan, laat staan de bereidheid tot samenwerken wordt ontwikkeld. Ook weten we dat patiënten regelmatig bij de hand genomen moeten worden bij het daadwerkelijk uitvoeren van allerlei praktische zaken die voorwaardenscheppend zijn om de medische adviezen op te (kunnen) volgen.



Deze praktische zaken kunnen namelijk drempels veroorzaken waar wij, professionals ons niet van bewust zijn, laat staan kunnen bedenken!

Enkele voorbeelden van praktische zaken die deze drempels kunnen veroorzaken:

- Soms blijkt bijvoorbeeld dat patiënten laaggeletterd zijn en dat dit bij niemand bekend is, juist omdat patiënten zich daar diep voor schamen. Vooral bij dat laatste, het maskeren van het laaggeletterd zijn, hebben patiënten een grote trukendoos beschikbaar waarmee ze al jaren professionals om de tuin leiden.
- Iemand die in de schulden zit en eerst kosten moet maken met betrekking tot medische hulpmiddelen of anderszins, zal de patiënt in de behandelkamer zijn motivatie tonen maar wanneer hij buiten het ziekenhuis staat zal de realiteit van zijn lege portemonnee hem de moed in de schoenen doen zakken.
- Een patiënt met klachten die op reuma duiden wordt doorverwezen door de huisarts naar een reumatoloog. De patiënt maakt geen afspraak met de reumatoloog omdat hij geen geld heeft voor de bijkomende medische kosten. Omdat hij zich hiervoor schaamt bespreekt hij dit niet met de huisarts! Vervolgens komt de patiënt na een aantal maanden terug voor consult en blijkt dat zijn klachten zijn toegenomen en er schade aan zijn gewrichten is ontstaan.

De huisarts zou standaard bij een verwijzing de vraag kunnen stellen of er mogelijke redenen zijn die de verwijzing kunnen belemmeren of tot problemen kan leiden die hij, de huisarts niet kan overzien in praktisch en/of financieel opzicht...

Of: Hoeveel kans is er denkt u dat de doorverwijzing gaat slagen...

Of: Hoe denkt u zal uw gezin, werkgever, etc. reageren op dit nieuws?

Of: Wat zou de diagnose... denkt u betekenen in uw leven, werk, etc.?

- Of een patiënt met longproblemen, COPD, etc. moet serieuze pogingen gaan ondernemen te stoppen met roken maar in het leven van deze patiënt bundelen zich zoveel stressvolle zaken dat het roken juist als een houvast voelt voor de patiënt. Daarnaast is er geen/nauwelijks oog voor zijn kleine pogingen het roken te verminderen omdat dit aldus de huisarts/longverpleegkundige geen effect zou hebben. Dit demotiveert hem en geeft hem het gevoel de Himalaya te moeten beklimmen terwijl de Holterberg al voelt als een enorme uitdaging... Vervolgens gaat hij liegen over zijn rookgedrag naar zijn omgeving en rookt stiekem door maar omdat hij zich daar slecht over voelt zet dat juist aan tot meer roken en dus nog meer gezondheidsklachten, etc. Uiteindelijk komt hij de afspraken op de huisartsenpraktijk niet meer na en wordt steeds moeilijker bereikbaar, ook voor de huisarts.

Veel van dit soort zogenaamde zorgmijders zijn mensen met een verhaal waarbij we pas kunnen/mogen helpen wanneer we oog hebben voor de gegronde redenen van het

vermijdingsgedrag en patiënten in contact brengen (via warme overdracht) met bijvoorbeeld een “regisseur” die de casus samen met de patiënt en zijn omgeving in de hulpverleningsketen gaat managen.

Het is namelijk een kunst om de voortgang in de begeleiding/behandeling te garanderen zodat de patiënt gemotiveerd blijft voor hulp. Er kunnen zoveel obstakels optreden wat de patiënt weer tot vermijdingsgedrag aanzet dat een regisseur bovenop de casus moet zitten, samenwerkt met de patiënt en zijn omgeving en tegelijkertijd het mandaat krijgt van alle betrokkenen in de keten om samen met de patiënt die obstakels die de voortgang belemmeren in één of meerdere trajecten te bespreken en superviseren. De keten is zo sterk als z'n zwakste schakel... Er zal telkens “outreaching” actie moeten worden ondernomen door de betreffende partij waar de patiënt afhaakt om de voor de patiënt gegronde redenen te onderzoeken en deze info moet snel gedeeld worden met de regisseur.

Dit vraagt om een deskundige positie van de regisseur die superviserend het mandaat moet nemen en krijgen om te interveniëren daar waar het traject/de hulpverlening stopt.

Voorbeeld:

- Een patiënt is opnieuw aangemeld bij het maatschappelijk werk maar heeft eerdere hulpverlening voortijdig afgebroken omdat hij een probleem had met de maatschappelijk werker. Ondanks pogingen van zijn contactpersoon was de patiënt niet bereid dit probleem te bespreken. Wanneer hij zich opnieuw meldt geeft hij aan niet geholpen te willen worden door Mw. B.

Het beleid binnen de instelling voor maatschappelijk werk is echter dat om “doublures”/c.q. herhaling van voortijdig afhaken te voorkomen, de patiënt wordt gevraagd dit probleem te bespreken met Mw. B. en degene die met hem de intake deed om te voorkomen dat eenzelfde probleem zich nogmaals voordoet met een andere werker.

In het gesprek blijkt dat de storing tussen de patiënt en Mw. B. kan worden opgelost met tot gevolg dat zij samen toch weer aan het werk kunnen.

Vaak is het voor ons professionals onbegrijpelijk waarom medische adviezen niet worden nageleefd omdat patiënten hun gezondheid op het spel zetten. Dit gedrag kan boosheid en irritatie veroorzaken maar ook in ons een soort machteloosheid teweeg brengen om te kunnen blijven werken met deze doelgroep.

Dit alles terwijl patiënten altijd gegronde redenen hebben voor hun gedrag en wanneer het ons lukt die redenen te achterhalen zullen patiënten zich meer begrepen voelen door ons en eerder bereid zijn met ons samen te werken aan hun herstel.

In deze nascholing zal veel aandacht besteed worden hoe je als professional deze gegronde redenen van de patiënt naar boven leert halen.

Vaak behoren behandelaars in de gezondheidszorg tot de weinige, zo niet de enige behandelaar die nog in verbinding staan met de patiënt omdat alle andere zorg en hulpverleners hen inmiddels heeft opgegeven.



De huisarts/gespecialiseerd verpleegkundige bijvoorbeeld heeft in praktische zin gelegenheid met deze doelgroep in contact te komen vanwege het één op één contact in een afgesloten ruimte. Gedurende dit contact ontstaat er vaak een vertrouwelijkheid die gelegenheid biedt om vanuit de juiste, onbevooroordeelde en niet veroordelende houding, te komen tot signalering en contact teneinde ingang en motivatie te creëren. Zodoende zou mogelijk actie kunnen worden ondernomen met toestemming van de patiënt om te komen tot een totaalaanpak.

Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat een patiënt telkens in conflict komt met zijn vrouw omdat hij zich niet houdt aan het voorgeschreven beleid van zijn behandelaar, leidt dit tot stagnatie in de behandeling. Maar hoe kom je erachter dat deze “drempel” überhaupt bestaat wanneer de patiënt hier niets over zegt. Waarom de patiënt zich niet houdt aan het voorgeschreven beleid en zich daarover stil houdt komt omdat hij er “belang” bij heeft deze info te verbergen omdat hij natuurlijk “niet wenselijk” bezig is gezien vanuit de omgeving! Dit vraagt vanuit de behandelaar een onbevooroordeelde focus in het gesprek met deze patiënt en de skills h oe een motiverend gesprek te voeren over de noodzaak dit relatieconflict aan te gaan pakken.

De groep zorgmijders kampt vaak met een scala aan andere gezondheidsproblemen op verschillende terreinen; zoals bijvoorbeeld de psychosociale problemen, de economische omstandigheden waarin patiënten verkeren en de zogenaamde “multi-problematiek”. Je zou ook kunnen zeggen dat voor deze zorgmijders de gezondheidsklacht(en) het topje van de ijsberg vormen en vaak een gevolg van verwaarlozing van de patiënt zelf in allerlei opzichten. Derhalve zal het naar verwachting kostenbesparend zijn wanneer er een totaalaanpak op maat wordt ontwikkeld waarbij bijvoorbeeld de behandelaar de regievoerder wordt (bijvoorbeeld de gespecialiseerd verpleegkundige, huisarts). Het lijkt me echter wenselijk de inhoudelijke invulling en uitvoering van de regievoerder bij een totaalaanpak van deze patiënten door terzake deskundige professionals te laten plaatsvinden!

Voor professionals zal het zeker de zingeving in hun werk en het werkplezier verhogen, de kosten doen besparen wanneer de belasting en frustratie in het werken met deze doelgroep vermindert of mogelijk verdwijnt.

In de nascholing: **O oplossingsgericht werken met draaideur-patiënten en zorgmijders** zullen een aantal belangrijke principes uit de **oplossingsgerichte methode** worden behandeld die door veel patiënten als helpend worden ervaren.

BEWEZEN EFFECTIEF

Uit ongeveer 80 onderzoeken (McDonald) blijkt dat de oplossingsgericht methodiek bij vele cliënten en veel problemen tenminste even effectief is dan andere methoden terwijl hij minder tijd en geld kost. Hij is vooral effectief bij gedragsveranderingen en voor moeilijk behandelbare cliënten en is bovendien kortdurender. Het vermindert de druk en stress van*

*de professionals. Een andere conclusie is dat effectieve hulp heel goed mogelijk is zonder de diagnoses, probleem-analyses, behandelingsplannen, protocollen of specifieke Bewezen Effectieve Methodes. De oplossingsgerichte methodiek blijkt ook goed aan te sluiten bij wat onderzoek heeft aangetoond wat er werkt in de hulpverlening (de Vries**).*

* A. McDonald, *Solution Focused Therapy* Sage Publ. 2007

** S. de Vries ; *Wat Werkt? De kern en kracht van het MW.* SWP 2007

Bijvoorbeeld door te leren uitzoeken **wat werkt** voor deze patiënt; de nadruk te leren leggen op wat wél lukt in plaats van wat niet; het zoeken naar uitzonderingen; wat zijn de doelen van de patiënt ten opzichte van de doelen van de professionals; het gebruik maken van de **schaalvraag** als middel om te bekrachtigen wat al is gedaan.

Het leren gebruik te maken van de principes uit de **bezoeker- en klagertypische relatie** om te komen tot motiverende gespreksvoering!

Het stellen van vragen in de zin van:

- Hoe gaat het u denkt u deze keer wél lukken 2 sigaretten per dag minder te roken?
- Heeft u al een idee hoe u minder alcohol zou kunnen gebruiken want dat lijkt me heel erg moeilijk voor u...
- Wat geeft u nu wel de overtuiging dat gezonder eten een noodzaak is voor uw herstel...
- Heeft u al een idee hoe u dat kunt doen..., het lijkt me namelijk best lastig in uw situatie.
- Misschien kan en mag ik met u meedenken...
- Wanneer we de gebruiksaanwijzing van uw medicijn lezen wat valt u dan op... wat zou lastig op te volgen zijn...?

De benadering vanuit de **oplossingsgerichte methodiek** is bijzonder respectvol en gaat uit van de goede redenen van de patiënt voor het gedrag dat hij vertoont gezien vanuit zijn eigen perspectief.

Daarnaast wordt er geen druk uitgeoefend maar worden vragen gesteld die er toe leiden dat patiënten zelf na gaan denken over de consequenties van hun gedrag.

Tijdens de nascholing wordt naast het intrainen van de oplossingsgerichte methodiek, maatwerk geleverd met aandacht voor de persoonlijke toepasbaarheid van deze methodiek voor de lerende professional.

OPLEIDER

José Bijker heeft veel affiniteit en een zeer ruime ervaring (ca. 30 jaar) met het werken met de doelgroep multi-probleem, zorgmijders maar ook met multi-probleemgezinnen; risico-jongeren met meervoudige problematiek en hun gezinnen zowel in uitvoerend als in netwerkgericht werken met allerlei disciplines zoals o.a. onderwijs, politie, jongerenwerk en jeugdhulpverlening. Zij volgde een intensieve training in de Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie. Daarnaast heeft zij veel ervaring opgedaan met relatie-therapie en ontrouw binnen de relatie.



Samen met Sjef de Vries (methodiek-ontwikkelaar en auteur) heeft zij het expertisecentrum NMW opgericht. Inmiddels heeft het instituut zijn werkzaamheid bewezen getuige het grote aantal cursisten (11.500) dat sinds 2006 is opgeleid door het NMW.

Zij verzorgt de trainingen: Oplossingsgericht Werken, Outreachend Werken, Werken met Multi probleemgezinnen, Ervaringsgerichte Psychosociale Hulpverlening, Gezinscoaches, Ontrouw en Werken met Relaties en gezinnen, Combineren van formele met informele hulp, Eigen kracht van de cliënt en zijn systeem, Positioneren en samenwerken de eigen kracht van de werker, Wijkgericht / outreachend / generalistisch werken en Vechtscheidingen. Een groot aantal van deze trainingen heeft zij zelf ontwikkeld.

Tevens verzorgde zij twee Post HBO-opleidingen, te weten: bij het NMW de opleiding EIGEN KRACHT, de empowerment van cliënt en hulpverlener en bij het Kempler Instituut Nederland de systeemgerichte opleiding, waarbij zij in beide opleidingen werkte met live cliënten die zij superviseerde. Daarnaast verzorgt zij intervisiegesprekken, coaching en supervisie.

Sinds kort maakt deel zij uit van een Expertise-groep opgezet vanuit UMC Groningen om expertise te verzamelen tot het verbeteren van het HBO-onderwijs om de doelgroep multi-probleem beter te leren helpen waartoe deze draaideur-patiënten/zorgmijders vaak behoren!

Informatie

Marika Rijns, Van Goghlaan 14, 6006 PP Weert, tel: 0495-450667, info@ncmw.nl

