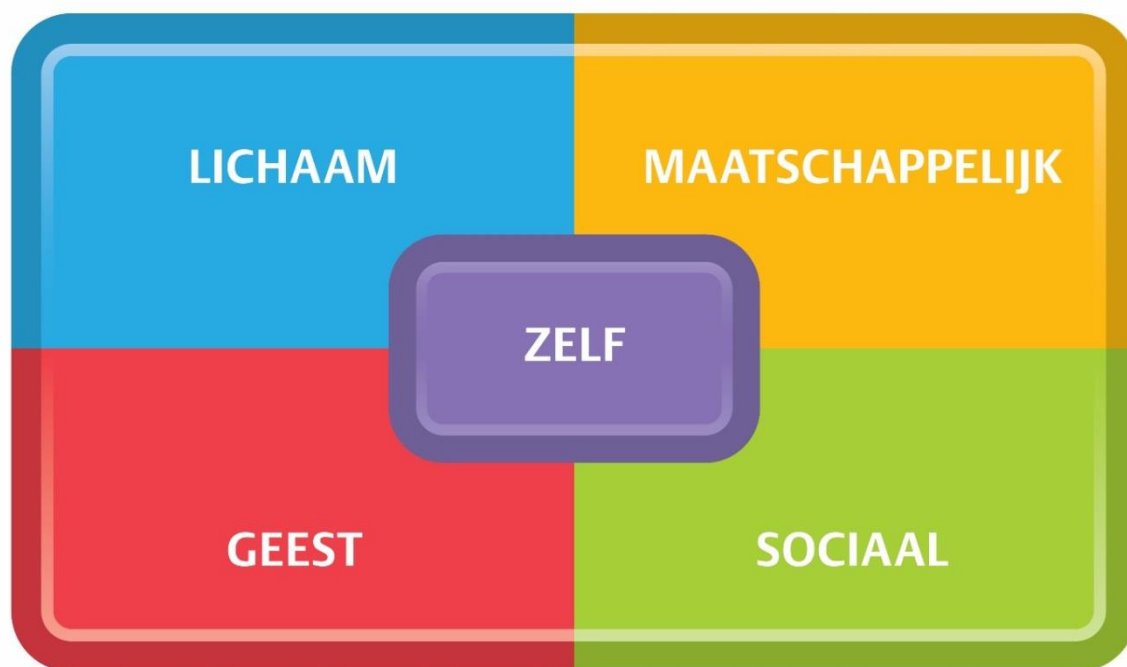


# Het 4Domeinen model

*Praktisch instrument voor communicatie en integrale inventarisatie in het medische en sociale domein.*



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

*vorige versie september 2015  
herziene versie  
maart 2019*

## Inhoudsopgave

### 1. Inleiding

### 2. Het 4D-model als instrument in de gespreksvoering

#### 2.1. de methode, hoe gebruik je het 4D-model?

#### 2.2. wanneer gebruik je het 4D-model?

#### 2.3. het cijfer voor ervaren gezondheid

### 3. Samenwerking, afstemming, samen leren

#### 3.1. afstemming

#### 3.2. lerende omgeving

### 4. Wat levert het 4D-model op?

#### 4.1. eigen regie versterken

#### 4.2. risico's beperken, kansen belichten

#### 4.3. doelmatigheid vergroten

#### 4.4. tevredenheid neemt toe

### 5. Het ontstaan van het 4D-model

### Colofon

## 1. Inleiding

Het 4Domeinen model (4D-model) is een praktisch instrument dat is ontwikkeld in de spreekkamer van twee huisartsen. Het is gebaseerd op integraal, biopsychosociaal denken en handelen. Het model wordt als instrument gebruikt in de samenwerking en communicatie en voor integrale inventarisatie in het medische en in het sociale domein. Het 4D-model ondersteunt de interactie tussen professionals onderling, én tussen professional (1) en patiënt. Het is een dynamisch en interactief instrument dat samen met de patiënt wordt ingevuld. Het samen invullen is één van de belangrijkste interventies die met het instrument kunnen worden gedaan. Een andere is het laten prioriteren door de patiënt zelf waarmee hij aan de slag wil gaan en het maken van een gezamenlijk plan daartoe.

Naast inzet om te inventariseren, overzicht te creëren en te prioriteren kan het 4D-model ook worden gebruikt om onderlinge verbanden te verhelderen tussen domeinen óf verwachtingen in de zorg of ondersteuningsrelatie te verhelderen. Ook in de samenwerking wordt het 4D-model gebruikt, bijvoorbeeld om af te stemmen tussen professionals en in casuïstiekbesprekingen.

### *voor wie*

Het 4D-model kan worden gebruikt in de hulp aan patiënten met een slechte(re) *ervaren gezondheid* (zie hoofdstuk 2.3) en vraagstukken die zich afspelen in meerdere levensdomeinen tegelijk. Het is toepasbaar in de hulpverlening aan mensen met een complexe hulpvraag of met gestapelde problematiek. Daarnaast is het ook zeer geschikt voor een biopsychosociale of functionele benadering van medische klachten en SOLK.

### *door wie*

Alle professionals werkzaam in het medische en sociale werkgebied kunnen het 4D-model inzetten. Het wordt gebruikt door onder meer huisartsen, POH's, wijkverpleegkundigen, medewerkers van de sociale wijkteams, buurtteam medewerkers, SPV-ers, psychologen en de patiënt zelf.

### *waarom*

- Het 4D-model geeft gestructureerd en methodisch zicht op wat er speelt in alle levensdomeinen van een patiënt, hoe dat elkaar onderling beïnvloedt en wat de invloed is op de gezondheidsbeleving.
- Het instrument en de methode bieden de patiënt ruimte om aan te geven wat hij belangrijk vindt en wat er prioriteit heeft. Hierdoor voert hij zelf de regie.
- Het instrument creëert gelegenheid aan de professional om door te vragen wie er allemaal betrokken zijn bij de begeleiding of hulpverlening. Hierdoor kan worden bepaald of ieders rol duidelijk en zinvol is.
- Tot slot leidt het gebruik van het 4D-model tot het hanteren van één gemeenschappelijke 'taal' tussen professionals. Dit houdt in dat er één werkwijze is bij vraagverheldering en dat er afgestemd is over verwachtingen onderling. Daarbij hoort dat er op dezelfde wijze is geprioriteerd en een doel is geformuleerd.

(1)

waar de term patiënt wordt gebruikt kunt u ook cliënt of klant lezen, en overal waar hij wordt geschreven kan ook zij worden gelezen.

## 2. Het 4D-model als instrument in de gespreksvoering

### 2.1. de methode, hoe gebruik je het 4D-model?

Bij inzet van het 4D-model worden de volgende stappen doorlopen:

- De professional tekent het 4D-model op papier of gebruikt de 4D-blocnote met voorgedrukte 4D-modellen.
  - Hij legt de patiënt uit dat zijn situatie in alle vier de levensgebieden invloed heeft op hem *zelf* (centraal in het plaatje). Een ingangsvraag kan zijn: “Geef eens een cijfer aan je ‘ervaren gezondheid?’” (zie hoofdstuk 2.3). Dit cijfer komt in het centrum (*zelf*) en geeft houvast om door te vragen naar invloeden op de ervaren gezondheid vanuit elk domein.
  - Per domein verkent de professional met de patiënt wat de feiten zijn en ook de beleving, gedachten, en ervaringen die daarbij een rol spelen. Ook gedrag dat hieruit voortkomt is soms relevant.
- De hulpverlener heeft de keuze om in te gaan op klachten of op risico's. Maar hij kan er ook voor kiezen om in te gaan op wat er goed gaat, op kansen. Hij brengt daarnaast in kaart welke (informele) zorg betrokken is. Patiënt en professional kiezen samen welke van de bovenstaande onderwerpen wordt uitgewerkt.
- De professional prioriteert *samen* met de patiënt wat voor hem het belangrijkste is. Wat heeft hij nodig om zich beter te voelen? En wat heeft hij nodig om zelf de regie te nemen?
  - De professional neemt hierbij de verantwoordelijkheid voor het prioriteren van door hem gesignaleerde risico's.
  - Patiënt en professional komen samen tot een afgestemde keuze en tot een plan.
  - De professional bepaalt samen met de patiënt wat de benodigde vervolgstappen zijn.
  - Deze stappen worden ingepland.

Er zijn meerdere mogelijkheden om een gesprek aan de hand van het 4D-model te starten. Elke professional kan een 4D-gesprek inzetten.

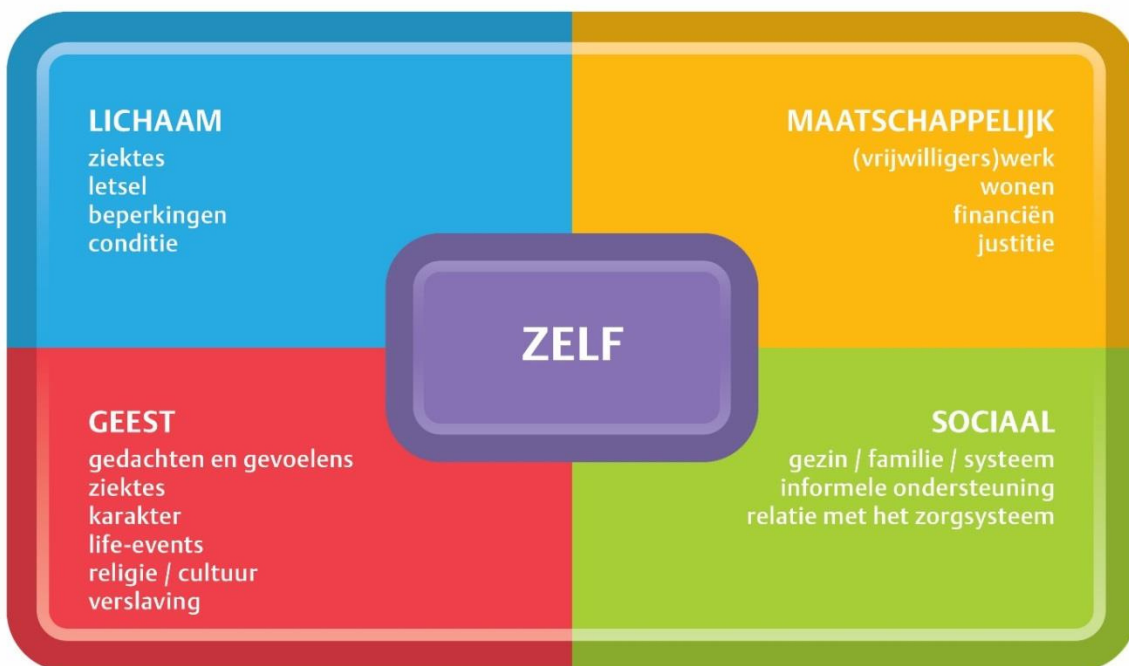
Bijvoorbeeld:

- De professional neemt het 4D-model er direct bij in een gesprek met de patiënt, bijvoorbeeld wanneer hij één van de situaties signaleert die in paragraaf 2.2. worden besproken.
- De professional maakt een vervolgspraak voor het 4D-gesprek
- De professional verwijst hiervoor naar een collega. Wie het gesprek voert hangt af van wat de onderlinge afspraken zijn. Er kan rekening gehouden worden met de kwaliteit van de relatie (matched care) Als je het 4D-model wil inzetten in een vervolgspraak, dan kan het helpen om het 4D-gesprek vast te introduceren. Bijvoorbeeld:
  - *“We hebben samen vastgesteld dat er geen aandoening is te vinden die jouw moeheid kan verklaren. Toch ben je nog moe. Er kunnen meer dingen aan de hand zijn die je moe maken. Als je wil kan ik wel met je meedenken. Mocht je dat willen dan kunnen we een vervolgspraak maken”*
- Het is ook mogelijk dat twee of meer professionals samen met de patiënt een gesprek hebben om te onderzoeken wat er speelt, wie waarvoor verantwoordelijk is, of om te bepalen wat prioriteit heeft en wat het beleid is (zie ook paragraaf 3.1).

## 2.2. wanneer gebruik je het 4D-model?

Het 4D-model kan op verschillende momenten in de gespreksvoering ingezet worden, hieronder zijn een aantal situaties uitgewerkt.

Het uitgangspunt van het model is de **integrale benadering**, waarbij de betrokken professional vanuit zijn eigen domein meedenkt. In het midden staat de patiënt of klant, aangeduid met het *zelf*. De ervaren gezondheid, maar ook het functioneren van deze persoon in het centrum, wordt beïnvloed door zaken uit alle vier de domeinen en interactie daartussen. Het 4D-model brengt op een methodische manier structuur aan in het gesprek hierover (zie 2.1).



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

A. De patiënt heeft onvoldoende zicht op de relatie tussen zijn ervaren gezondheid en problemen in verschillende levensgebieden, of kan hier onvoldoende verantwoordelijkheid voor nemen.

De visie achter het 4D-model is dat de ervaren gezondheid wordt beïnvloed door sociaal, geestelijk maatschappelijk én lichamelijk functioneren (biopsychosociaal model). Aan de hand van het 4D-model kan de professional de samenhang tussen de ervaren gezondheid en de vier domeinen onderzoeken en verbanden uitleggen. Dit is te zien als een vorm van psycho-educatie.

*Een voorbeeld: Saïda is ZZP-er. Ze heeft vaak last van hoofdpijn. Zij ervaart daarnaast ook veel stress. Dit komt omdat ze steeds niet toekomt aan haar administratie. Ze heeft er geen puf voor omdat ze dan hoofdpijn heeft. Ze heeft niet in de gaten dat er een vicieuze cirkel is ontstaan. Door de uitleg van de POH GGZ begrijpt ze beter wat de wisselwerking is. Tom van het wijkteam, die haar helpt met de administratie, bespreekt de uitleg van de POH GGZ nog eens, waardoor Saïda begrijpt waar de stress door kan afnemen.*

*Hierdoor kan zij de motivatie opbrengen om de administratie op te pakken.*

Wanneer de professional merkt dat de patiënt onvoldoende zorg draagt/kan dragen voor zijn eigen gezondheid is het 4D-model een hulpmiddel om dit aan de orde te stellen. In de afbeelding van het 4D-model staat de patiënt in het midden (*zelf*). Door met de patiënt de verschillende domeinen langs te lopen is de eigen inbreng en verantwoordelijkheid bij elk deelonderwerp goed aan de orde te stellen. Het is belangrijk om ook stil te staan bij interculturele verschillen. In 'wij-culturen' is het *zelf* vaak niet, of minder belangrijk. Soms is het concept *zelf* vanuit de wij-cultuur zelfs lastig te begrijpen. Hiermee rekening houdend zijn de verbanden vaak wel uit te leggen, maar het is relevant om te toetsen of de oplossingen die de professional voor zich ziet begrijpelijk, relevant en haalbaar zijn voor de patiënt.

B. Er is geen vooruitgang, de behandeling of begeleiding stagneert.

*Als de behandeling of begeleiding stagneert, kan het zijn dat er voor de patiënt problemen spelen in een domein waar de professional niet mee bezig is. Dan helpt het om uit te zoomen. Met behulp van het 4D-model inventariseren de professional en de patiënt wat er speelt. Samen stellen zij prioriteiten. Hierna kan een plan worden gemaakt dat zich richt op het belangrijkste probleem. Als het nodig is kan nu ook gericht worden doorverwezen.*

*Een voorbeeld: Meta is manager van een groot bedrijf. Ze is net gescheiden en heeft daarbij schulden gemaakt. Nu wordt ze door de huisarts verwezen naar de psychiater met een depressie. Hierdoor is ze ook arbeidsongeschikt geraakt. 3 maanden nadat ze verwezen is komt Jolanda van het sociale wijkteam bij Meta thuis om te helpen met de financiën en merkt op dat zij niet naar de psychiater is geweest. Ze snapt niet goed wat er speelt. Jolanda gaat er voor zitten en legt het 4D-model op tafel. Ze lopen samen alle items af. Schoorvoetend vertelt Meta dat zij geen geld heeft voor de bus. Ze durft dit niet goed aan de huisarts te vertellen omdat ze zich hiervoor schaamt. Ook de arbo-arts weet het niet. Zij voelt zich intussen steeds somberder. Samen maken ze een afspraak bij de huisarts om dit te bespreken.*

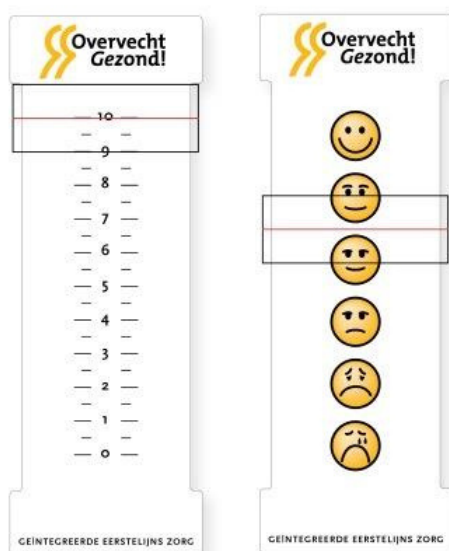
C. De patiënt heeft een vraag die buiten het domein van de professional valt.

Met behulp van het 4D-model kan de professional duidelijk maken dat de vraag geen betrekking heeft op zijn expertise. Samen met de patiënt kan hij bepalen wat er wel kan helpen en wie daarbij eventueel behulpzaam kan zijn. Als dit nodig is (bij lage gezondheidsvaardigheden van de bewoner) kan de professional een rol nemen in het leggen van dit contact. Op deze manier helpt het 4D-model bij het managen van verwachtingen van de patiënt en bij een doelmatige inzet van professionals.

*Voorbeeld: Johannes kan niet goed lezen en schrijven. Hij komt bij de huisarts want hij heeft al jaren pijn in zijn benen vanwege zijn bloedvaten. Johannes wordt daarvoor behandeld door de huisarts en de fysiotherapeut. Hij komt vandaag bij de huisarts omdat hij veel last heeft, en zijn overtuiging is dat dit komt door zijn woning op de achtste verdieping. De lift doet het vaak niet. Hij vraagt of de huisarts een nieuwe woning voor hem kan regelen. De huisarts stemt af met het buurtteam en legt uit aan Johannes dat zij hem kunnen helpen met welke stappen hij zelf kan zetten om te proberen in aanmerking te komen voor een begane grond woning.*

## 2.3. het cijfer voor ervaren gezondheid

In de praktijk gebruiken professionals regelmatig het ‘cijfer voor ervaren gezondheid’ samen met het 4D-model. Dit ‘rapportcijfer’ voor hoe iemand zijn gezondheid ervaart kun je als volgt uitvragen: *‘Welk cijfer zou u uw ervaren gezondheid op dit moment geven zoals u hier nu staat in het midden met alles wat er op dit moment speelt en wat van u verwacht wordt?’* [wijs naar het zelf in het centrum van het plaatje]. Op deze wijze sluit de professional aan bij de ervaringen van de patiënt. De relatie van het ‘zelf’ met de vier domeinen en wat zich daar afspeelt kan met behulp van het ‘cijfer voor gezondheid’ het inzicht van de patiënt vergroten. Dit levert op dat hij beter weet wat hij kan of wil aanpakken om de situatie te veranderen. In een gesprek wordt dat verhelderd door na te gaan wat ervoor nodig is om bijvoorbeeld een punt hoger uit te komen.



Het ‘cijfer voor ervaren gezondheid’ is een goed startpunt om te bepalen wat de patiënt én de professional kunnen bijdragen om bijvoorbeeld een punt hoger te komen. Door de vraag periodiek te stellen kan het beloop gemonitord worden. Er is in 2018 een labcode in de huisartsen informatie systemen (HIS) opgenomen waarin dit cijfer kan worden genoteerd (CGEZAA). Let op, het is altijd een moment opname, en dus afhankelijk van de factoren die op dat moment een rol spelen.

### 3. Samenwerking, afstemming, samen leren

Bij de begeleiding van mensen met complexe problematiek zijn vaak meerdere professionals betrokken die allemaal binnen hun vakgebied naar de beste oplossing zoeken. Om de hulpverlening te stroomlijnen en één boodschap richting de patiënt uit te dragen, is onderlinge afstemming essentieel. Het is regelmatig niet bekend welke problemen er allemaal spelen.

Een 'diagnostische' 4D-analyse is dan heel belangrijk.

*Voorbeeld: Milou, opgegroeid in Mali, komt bij huisarts Jan. Ze vertelt: 'ik ben ziek, jij kan helpen, Salima heeft gezegd'. Jan begrijpt niet wat Milou precies bedoelt. Samen bellen ze Salima van het wijkteam. Van haar hoort Jan het hele verhaal: Milou's uitkering wordt niet verlengd, tenzij er een medische reden voor is dat zij niet werkt. Milou heeft daar veel stress van, en heeft daar een gesprek over gehad met Salima.*

*Jan en Salima organiseren een drie-gesprek met Milou en kijken wat er allemaal speelt. Milou spreekt slecht Nederlands en heeft niet leren lezen en schrijven. Het centrum voor Werk en Inkomen wil dat Milou een taalcursus Nederlands doet. De vraag is echter of zij dat wel kan. Salima en Jan en gaan samen met Milou na wat de beste aanpak is en vooral ook: wie doet wat.*

Bovenstaand voorbeeld geeft weer hoe belangrijk het is om 'diagnostiek' te doen in alle domeinen. Dat is niet vanzelfsprekend, je moet eraan denken, het kost tijd en soms ook moeite. Samenwerken is in dit geval meer dan een brief schrijven of verwijzen. Daarnaast kan het lastig zijn om te organiseren. Het 4D-model is een goed hulpmiddel om dit proces op gang te brengen en te structureren.

#### 3.1. afstemming

Het 4D-model is een instrument dat ondersteunt in de afstemming tussen professionals. Het vertrouwen van de patiënt neemt toe wanneer hij het 4D-model bij de ene én bij de andere professional ziet, en ze beiden aan de hand van het 4D-plaatje laten zien wat ze kunnen betekenen: één taal.

*Een voorbeeld: de POH-GGZ ziet Monique na verwijzing door de huisarts vanwege hoofdpijn en stress. De POH vertelt Monique nog eens dat de huisarts heeft uitgesloten dat er een lichamelijke aandoening als oorzaak voor de hoofdpijn te vinden is (domein lichaam). Hij vraagt wat dat betekent voor Monique en legt daarna uit dat hij met haar wil kijken wat er nog meer speelt wat de hoofdpijn kan beïnvloeden. Daarbij kunnen ze samen nagaan of Monique zelf iets kan doen om de klachten te verminderen. Door het plaatje van het 4D -model erbij te nemen maakt de POH inzichtelijk waarom hij de andere domeinen er ook bij wil betrekken.*

Een uitgangspunt voor het gebruik van het 4D-model in de samenwerking is dat de betrokken professionals niet alleen verantwoordelijk zijn voor hun eigen deel van de zorg, maar zich ook mede verantwoordelijk voelen voor de gehele zorgverlening. Hieruit vloeit voort dat zij andere professionals, indien nodig, proactief opzoeken voor afstemming en dat zij zelf ook aanspreekbaar zijn voor afgestemde zorg.



Professionals zoeken elkaar op om uiteenlopende redenen. Hierin zijn twee groepen te onderscheiden. Dit onderscheid is relevant omdat ze een ander appél doen op het omgaan met privacywetgeving.

### *Proces of inhoud*

- Het kan gaan over het *proces* van samenwerken (wie doet wat, wanneer, waar). Coördinatie rond het samenwerkingsproces is vaak nodig als er meerdere professionals betrokken zijn en de patiënt dit niet zelf kan of overziet.
- Het kan gaan over de *inhoud*. In het laatste geval is expliciete toestemming van de betrokkene essentieel (en als mogelijk zijn aanwezigheid bij het gesprek). Uitgangspunt is dat afstemming en overleg plaats vindt volgens het volgende principe: zo klein als mogelijk en zo intensief/uitgebreid als nodig, variërend van een korte bilaterale afstemming tot een 3-gesprek; of een uitgebreid multidisciplinair overleg (MDO) met of zonder aanwezigheid van de patiënt.

## **3.2. lerende omgeving**

Professionals die werkzaam zijn in één gebied hebben vaak te maken met dezelfde mensen met complexe problematiek. De grootte van deze groep en het soort problemen verschilt per wijk of gebied. Er wordt op veel plaatsen gebruik gemaakt van (periodieke) casuïstiek besprekingen.

Het 4D-model is een zeer geschikt instrument om gezamenlijk casuïstiek te inventariseren en te bespreken. De gestructureerde methode regelmatig in te zetten is ook een goede manier om samen te leren en één taal te ontwikkelen. Het overleg kan gaan over inhoudelijke onderwerpen maar ook over elkaars werkveld, case-load en competenties. Deze werkwijze bevordert de kwaliteit van- en het plezier in de samenwerking.

De professionals die bij elkaar komen, hoeven niet allemaal bij de ingebrachte casus betrokken te zijn om hun kennis in te zetten. Deze effecten worden ook bereikt bij het bespreken van geanonimiseerde casuïstiek.

Gezamenlijk integraal kijken heeft tot doel om expliciet alle domeinen te betrekken bij de keuzes rond behandeling en begeleiding om zo tot goede prioritering en gedragen beleid te komen. Een belangrijk bijeffect is, dat de professionals elkaar beter leren kennen en zicht krijgen op de onderlinge verschillen die er zijn. Een ander gevolg is dat ze elkaar buiten de casuïstiekbespreking makkelijker opzoeken en meer begrip voor elkaar hebben omdat ze elkaar kennen. Daarnaast komen door deze aanpak makkelijker zaken op tafel waarin de samenwerking minder goed loopt. Deze kunnen hierdoor sneller worden opgelost.

## 4. Wat levert het 4D-model op?

Het werken met het 4D-model leidt tot meer regie van de patiënt en beter zicht op kansen en risico's. Daarnaast levert het afgestemde en doelmatige, efficiëntere zorg op. De tevredenheid van patiënt én professional neemt toe

### 4.1. eigen regie versterken

#### *Overzicht*

In de afbeelding van het 4D-model staat 'zelf' in het midden: de patiënt zelf staat centraal. Hij heeft de regie, maar soms lukt dat niet goed omdat hij geen overzicht heeft. Wie doet eigenlijk wat? Door de methode van het 4D-gesprek wordt duidelijk waar de regie van de patiënt (tijdelijk) minder goed gaat en waar (tijdelijke) inzet van een professional nodig is. Hierdoor krijgt de patiënt overzicht en raakt eerder gemotiveerd om zelf ook (zijn deel van de) verantwoordelijkheid te nemen.

#### *Inzicht*

Soms heeft een patiënt kennis nodig om regie te kunnen nemen. Door zijn eenvoudige vorm leent het 4D-model zich goed voor de uitleg dat sociaal-maatschappelijke factoren en leefstijl de (ervaren) gezondheid beïnvloeden. Als de patiënt deze verbanden begrijpt, kan hij makkelijker zelf stappen zetten om zijn ervaren gezondheid te verbeteren.

#### *Gezamenlijke besluitvorming*

Het gebruik van het 4D-model in het gesprek met de patiënt faciliteert de verandering van 'denken voor' de patiënt naar 'denken met' de patiënt: gezamenlijke besluitvorming. Professionals zijn sterk geneigd om zelf te analyseren wat er aan de hand is en er met collega's *over* te spreken. Denken *met* de patiënt (wat denkt hij dat er aan de hand is en wat kan helpen?) is vaak onderbelicht in het dagelijks werk. Het is wel een voorwaarde voor regievoeren door de patiënt.

#### *Cijfer voor de ervaren gezondheid (zie ook 2.3.)*

Door de patiënt te vragen welk cijfer hij zichzelf geeft voor zijn 'ervaren gezondheid' en wat er nodig is om een hoger cijfer te behalen, heeft de patiënt zelf een grote inbreng. Hij wordt actief aan het denken gezet: 'Hoe gaat het met mij en wat heb ik nodig?'. Zijn behoeften en ervaring kunnen daarna uitgangspunt worden voor het uitwerken van het beleid.

### 4.2. risico's beperken, kansen belichten

#### *In het consult*

Door gestructureerd en methodisch te inventariseren wat er in het leven van een patiënt speelt (financiële situatie, werk, vangnet, ziekten, etc.), hebben de professionals én de patiënt overzicht. Door deze manier van werken in komen risico's beter in beeld. Dit kan risico zijn op medisch gebied: overbehandeling (er wordt een medisch antwoord gegeven op een niet- medisch probleem) of onderbehandeling (een medisch probleem wordt onderbelicht doordat er een stapeling is van sociaal-maatschappelijke problemen die het zicht vertroebelen). Maar ook op een ander vlak: dreigende uit-huis-zetting van gezin

komt niet op tafel omdat de hulpverlener zich richt op een andere zaak. Wanneer iemand met veel verschillende vraagstukken bezig is dan is er vaak geen aandacht voor kansen. Deze komen alleen op tafel wanneer er gestructureerd naar gevraagd wordt. De methode van het 4D model voorziet hierin.

## *In de samenwerking*

Het inzetten van de methode van het 4D-model in de samenwerking geeft overzicht, waardoor de risico's van bijvoorbeeld gefragmenteerde zorg in beeld komen, of van gebruik van verschillende taal.

*Voorbeeld: De fysiotherapeut legt na overleg met de huisarts uit dat een röntgenfoto niet nodig is, de wijkverpleegkundige zegt: "als je het zeker wil weten zou ik een foto laten maken". Zij weten dit niet van elkaar en de patiënt wordt er onzeker van. (Zie ook paragraaf 4.1 over effect op risico's)*

Ook kansen komen naar voren.

*Een voorbeeld: Lydia van het wijkteam komt met Carla mee naar de huisarts. Carla heeft last van haar rug en heeft zich ziek gemeld. Lydia weet dat er een leuk project op Carla's werk aankomt en dat Carla daar veel zin in heeft, maar dat zij bang is om weer te gaan werken. Carla's oma heeft een ernstige rugaandoening gehad en daardoor is Carla een onzeker, maar ze heeft dit nooit op tafel gelegd bij de huisarts. Omdat Lydia dit weet kan ze Carla helpen dit bespreekbaar te maken in het drie-gesprek met de huisarts, deze kan daardoor goed*

*uitleggen waarom Carla geen risico loopt als ze weer aan de slag gaat.*

## **4.3. doelmatigheid vergroten**

### *Keuzes vanuit overzicht*

Bij een inventarisatie met het 4D-model wordt in beeld gebracht wie betrokken zijn, zowel in de informele als formele zorg. Dit leidt soms tot verrassingen: er blijken professionals te zijn die zich met hetzelfde bezig houden of met wie nog geen afstemming is. Ook blijken er mensen in het netwerk van de patiënt te zijn die een actievare rol kunnen spelen, waardoor professionele inzet kan worden verminderd. Hierdoor neemt doelmatigheid toe. Omdat de patiënt zelf de prioriteit stelt en deze wordt getoetst door de betrokken professionals neemt de kans op 'mislukkingen' af.

### *Informatie delen*

Risico op onder- of overbehandeling ontstaat als professionals, die tegelijkertijd of na elkaar een patiënt helpen, elkaar niet informeren. Het effect hiervan neemt toe als de patiënt tevens onvoldoende gezondheidsvaardigheden heeft of zich niet bewust is dat bepaalde informatie belangrijk is. Door met behulp van het 4D-model te bespreken wie wat doet, wordt de inzet efficiënt en effectief.

### *Kansen benutten*

Soms, wanneer professional en patiënt gericht zijn op problemen oplossen komt het proces niet verder. Het kan in zo'n geval ruimte bieden het gesprek hebben over mogelijkheden, kwaliteiten en kansen en zingeving. In de 4D-inventarisatie wordt breed gekeken. Hierdoor is het gemakkelijker om alle opties mee te nemen in het plan van aanpak. Ook kan helder worden gemaakt dat een kans uit het ene domein effect heeft in het andere. *Voorbeeld: Daniëlle heeft vaak last van rugpijn. Vroeger was zij een goede danser, ze vond dansen fantastisch. Ze danst al heel lang niet meer. Toen Daniëlle naar de huisarts ging om*

*over haar rugpijn te overleggen adviseerde hij haar, na grondig lichamelijk onderzoek, om meer ontspanning te zoeken en weer op dansles te gaan. Daniëlle snapt niet goed waarom de huisarts dat zegt, ze wil liever een medicijn. Dan legt de huisarts met behulp van het 4D-model het verband uit tussen ontspanning, plezier en haar klacht en legt goed uit dat het geen kwaad kan om te bewegen, maar juist een positief effect kan hebben. Nu valt het kwartje wel bij Daniëlle.*

Als de patiënt ervaart dat de professionals uit de verschillende domeinen samenwerken als één team, groeit zijn vertrouwen in de hulpverleners. Dit heeft een positief effect op de behandelrelatie, de motivatie en de therapietrouw.

## **4.4. tevredenheid neemt toe**

Patiënten met complexe problematiek voelen zich vaak overspoeld. Soms is hun vertrouwen in de professionals laag. Het is hen vaak niet duidelijk bij wie ze moeten zijn voor hun problemen. Hierdoor leggen ze hun vragen overal – of juist nergens – neer. Soms laten onbedoeld relevante informatie achterwege omdat zij het belang er niet van inzien. Met de inzet van het 4D-model wordt overzicht gecreëerd (methode zie H. 2.1). De patiënt voelt zich beter begrepen omdat de professional gestructureerd luistert naar wat alles wat er speelt. Dit geeft de patiënt erkenning voor zijn situatie. Prioriteren wat het belangrijkste is wordt samen gedaan. Hierdoor wordt de gekozen oplossingsrichting gedragen door alle partijen.

De tevredenheid neemt ook toe wanneer betrokken professionals op dezelfde wijze uitleg geven en dezelfde doelen nastreven (één taal) .

## 5. Het ontstaan van het 4D-model

Het 4D-model is ontwikkeld door twee huisartsen in de wijk Overvecht in Utrecht. Dit gebeurde tussen 2010 en 2012.

Zij kregen vaak te maken met patiënten met lichamelijke klachten, die daarnaast kampten met schulden, eenzaamheid, werkloosheid en andere sociaal-maatschappelijke problemen. Deze patiënten kwamen heel vaak terug op het spreekuur omdat zij zich ziek bleven voelen. Een medisch antwoord was niet voldoende.

Dit fenomeen geeft een hogere werkbelasting: mensen komen vaker, maar daarnaast ontstaat het gevoel niet goed te kunnen helpen en inefficiënt te werken.

De huisartsen stelden drie dingen vast:

1. Monodisciplinair werken voor mensen met gestapelde problematiek of een slechtere

*ervaren gezondheid* is vaak inefficiënt en frustrerend. Dit komt omdat niet-medische aspecten de gezondheid (dat wil zeggen: morbiditeit, mortaliteit én de gezondheidsbeleving) beïnvloeden. Ook andere factoren spelen vaak een rol, zoals weinig

vertrouwen hebben in de gezondheidszorg en lage gezondheidsvaardigheden.

Als deze aspecten niet worden herkend en meegenomen in de aanpak, blijven de lichamelijke klachten vaak bestaan. Ook wordt de hulpvraag vaak telkens weer vanuit medisch perspectief ingestoken.

2. Als huisarts ga je niet zelf aan de slag gaan met sociaal-maatschappelijke problemen,

maar om ze goed door te kunnen verwijzen moet je ze wel eerst vaststellen.

3. Als professionals elkaar niet kennen en onderling niet samenwerken (waar nodig afstemmen, coördineren, proactief werken) blijft deze inefficiëntie bestaan.

In het zoeken naar oplossingen hiervoor is het **4D-model** ontstaan.

Het model ondersteunt een integrale aanpak en past ook bij de nieuwere definities van gezondheid zoals die van positieve gezondheid (Machteld Huber).

Het 4D-model is geïnspireerd op:

- het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health),
- het biopsychosociaal model (Engel, 1977)
- het 4D denkraam van Robert Copenhagen (Creatieregie; Visie en verbinding bij verandering, 2002).

## Colofon

Deze publicatie is een revisie van de eerste uitgave (2015) en is gemaakt in opdracht van [stichting Overvecht Gezond](#) in het kader van de integrale wijkaanpak [Krachtige basiszorg](#).

Aan deze publicatie werkten mee:

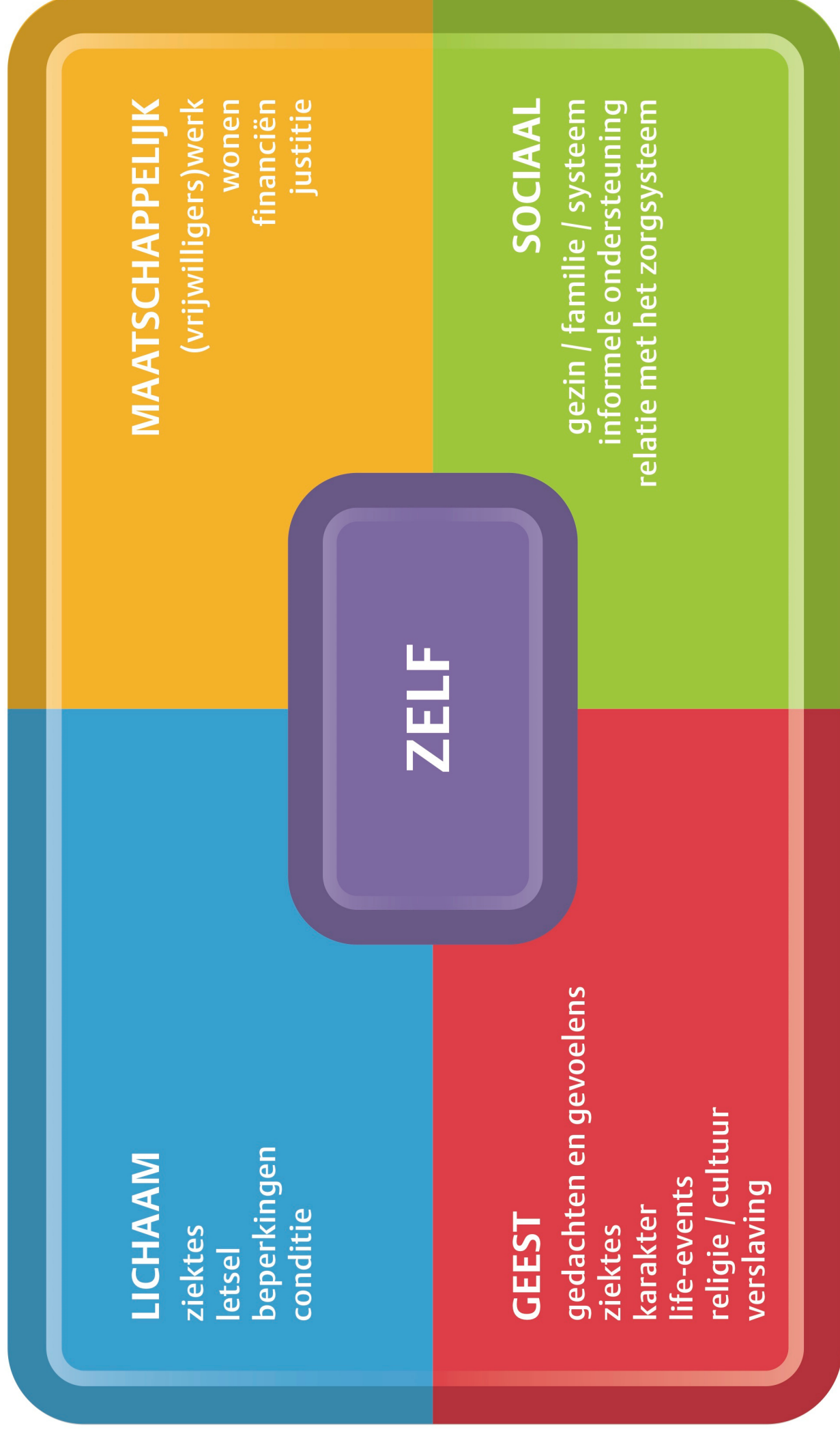
- Erik te Biesebeke (POH GGZ stichting Overvecht Gezond)
- Ingrid Horstik (ontwikkelaar Buurtteam Organisatie Sociaal , gemeente Utrecht)
- Nikki Makkes (huisarts, kaderhuisarts GGZ Stichting Overvecht Gezond, ontwikkelaar van het 4D-model)
- Jacqueline van Riet (huisarts, bestuur Stichting Overvecht Gezond, ontwikkelaar van het 4D-model)
- Petra van Wezel (manager Stichting Overvecht Gezond)

Utrecht, maart 2019

# 4-D model

Door: Stichting Overvecht Gezond  
Jacqueline van Riet & Nikki Makkes

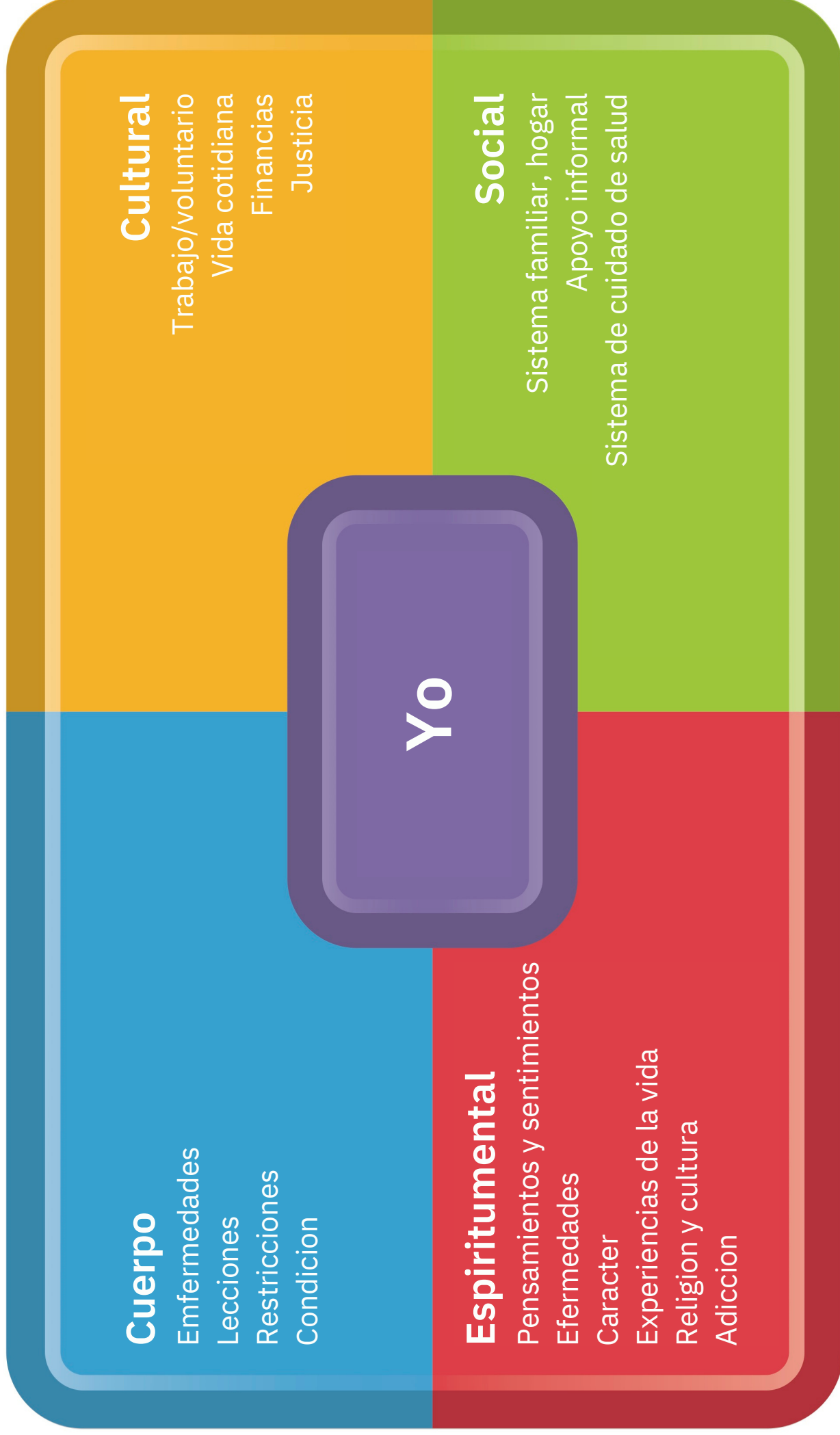
krachtige  
basiszorg



# 4-D model - Spaans

Door: Stichting Overvecht Gezond  
Jacqueline van Riet & Nikki Makkes

krachtige  
basiszorg





# 4-D model - Somalisch

Door: Stichting Overvecht Gezond  
Jacqueline van Riet & Nikki Makkes

krachtige  
basiszorg

