

SAMEN BESLISSSEN IN DE GGZ

ZICHTBAAR LEREN EN VERBETEREN

AUTEUR(S)
DATUM
VERSIE

Vicky Drost, Eva Gutteridge, Paulette in 't Veld en Ellen Westhoff
13 april 2023
Definitief

Inhoudsopgave

- Introductie.....Pagina 3
- Onderzoeksverantwoording.....Pagina 4
- Wat is samen beslissen?.....Pagina 6
- Uitwerking goede voorbeelden.....Pagina 15
- Leren en verbeteren op het gebied van samen beslissen.....Pagina 35
- Reflectie en conclusie.....Pagina 41
- Bijlage A - Respondenten.....Pagina 44

Introductie

Zorginstituut Nederland (ZIN) en veldpartijen in de ggz willen de beweging naar persoonsgerichte, passende zorg stimuleren. Samen beslissen is een belangrijk onderdeel om te komen tot passende zorg. Wanneer persoonlijke, professionele en maatschappelijke waarden in samenhang worden gezien, worden er keuzes besproken waardoor de geleverde zorg beter aansluit op de zorgvraag van de cliënt. Zichtbaar leren en verbeteren, op basis van betekenisvolle data en in een continue cyclus heeft daar een belangrijk aandeel in. Voorheen wogen zorgverleners de mening van hun cliënt niet altijd op een gelijkwaardige manier mee in de beslissing over bijvoorbeeld de diagnose, de behandeling of begeleiding, afronding van de zorg en nazorg. Zij handelden vanuit hun professionaliteit en klinische blik, waarbij aspecten die voor de cliënt van belang zijn niet altijd voldoende werden meegewogen. Met samen beslissen wordt de cliënt juist meer betrokken bij de besluitvorming en maakt hij of zij samen met de behandelaar een gewogen beslissing, wat de eigen regie ten goede komt. Doordat het perspectief van de zorgverlener samenkomt met dat van de cliënt, is de besluitvorming niet enkel gebaseerd op de kennis en ervaring van de zorgverlener, maar ook op alle aspecten waar de desbetreffende cliënt waarde aan hecht. Persoonlijke afwegingen in het leven van een cliënt (die een zorgverlener niet altijd kan weten) spelen op die manier ook een rol.

Op het gebied van samen beslissen zijn veel innoverende hulpmiddelen en werkprocessen ontwikkeld waardoor het toepassen van samen beslissen makkelijker wordt gemaakt. Zo draagt Akwa GGZ door de ontwikkeling en onderhoud van kwaliteitsstandaarden bij aan continue kwaliteitsverbetering en is er materiaal beschikbaar (bijvoorbeeld werkkaarten en video's) om het gebruik van standaarden in de praktijk te ondersteunen. Een ander goed voorbeeld is samenwerkingsverband SynQuest, dat het goed toepassen van samen beslissen op basis van Routine Outcome Monitoring (hierna: ROM) stimuleert door de ontwikkeling van hulpmiddelen voor cliënten, naasten en zorgprofessionals. Echter, het is door de hoeveelheid en diversiteit aan voorbeelden voor zorgaanbieders niet altijd duidelijk wat goede voorbeelden zijn en met name hoe zij daarvan kunnen leren en het geleerde kunnen toepassen in de praktijk.

ZIN heeft Significant Public gevraagd om onderzoek te doen naar zichtbaar leren en verbeteren op het gebied van samen beslissen in de ggz, door middel van het in kaart brengen van goede voorbeelden uit diverse fasen in de cliëntreis en daar lessen uit te trekken. Naast de voorbeelden maken we benodigde randvoorwaarden voor (leren en verbeteren op het gebied van) samen beslissen inzichtelijk.

Onderzoeksverantwoording (1/2)

De onderzoeksvragen die centraal stonden in dit onderzoek zijn als volgt:

- a. Wat zijn goede praktijkvoorbeelden van samen beslissen in de cliëntreis aan de hand van keuze-informatie en/of regelmatige evaluaties van de zorg (en wat zijn naast ervaren symptomen voor de cliënt belangrijke elementen op basis waarvan zij willen evalueren)?
- b. Welke rode draden/lessen zijn te trekken uit deze praktijkvoorbeelden voor het verder brengen van samen beslissen voor passende zorg en kwaliteitstransparantie?

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we een documentenstudie uitgevoerd. Daarbij hebben we de 'sneeuwbalmethodiek' gebruikt; het ene relevante document leidt via referenties en/of andere bronnen weer naar een ander relevant document. Bij het bestuderen van deze documentatie hebben we in kaart gebracht wat er binnen de ggz onder samen beslissen wordt verstaan, hoe organisaties invulling geven aan samen beslissen, wat dit van de behandelaar en de organisatie vraagt (vaardigheden, randvoorwaarden et cetera), welke positieve effecten van samen beslissen benoemd worden en welke werkzame elementen en belemmeringen er bekend zijn. De informatie uit de documentstudie hebben we geordend naar de fasen van de cliëntreis. Deze hebben we in drie belangrijke momenten ingedeeld: de keuze voor een behandelaar of organisatie, de keuze voor een behandeling en de keuze voor nazorg. De diagnosefase inclusief intake, tussentijdse evaluaties en bijsturing in de behandeling op basis daarvan scharen we onder de keuze voor een behandeling.

In 9 verdiepende interviews gingen we in gesprek met behandelaren (vrijgevestigd en werkzaam bij organisaties), onderzoekers en beleidsmedewerkers over dezelfde onderwerpen als in de documentenstudie. We spraken onder meer over de goede voorbeelden die zij kennen. We hebben op basis van de gesprekken en de literatuur gekozen voor goede voorbeelden die breed toepasbaar zijn in verschillende fasen van de cliëntreis en bij verschillende doelgroepen.

Onderzoeksverantwoording (2/2)

In twee focusgroepen met elk 5 cliënten zijn we vervolgens in gesprek gegaan over hun visie op samen beslissen, hun ervaringen en hebben we de werkzame elementen en belemmeringen van 6 goede voorbeelden verder uitgewerkt. In bijlage A is een geanonimiseerd overzicht opgenomen van de gesprekspartners in dit onderzoek.

Bij dit onderzoek is een klankbordgroep betrokken, bestaande uit vertegenwoordigers van ZIN, NVvP, P3NL, MIND, Akwa GGZ, de Nederlandse ggz en de LVVP. De selectie van respondenten voor dit onderzoek is gemaakt in samenspraak met de klankbordgroep. Daarnaast was de rol van de klankbordgroep om mee te denken over relevante documentatie, de inhoud van de interviews en focusgroepen en de duiding van de resultaten.

Leeswijzer

In het hoofdstuk [Wat is samen beslissen?](#) gaan we in op wat wordt verstaan onder het concept samen beslissen. We maken hierbij een uitsplitsing naar samen beslissen volgens professionals, samen beslissen in de praktijk, en samen beslissen in de organisatie. Ook bespreken we het tussentijds evalueren als hulpmiddel bij samen beslissen. Vervolgens besteden we in het hoofdstuk [Uitwerking goede voorbeelden](#) aandacht aan het daadwerkelijk toepassen van samen beslissen in de praktijk. We brengen eerst een aantal randvoorwaarden voor samen beslissen in beeld en lichten 6 praktijkvoorbeelden van samen beslissen uit in de vorm van factsheets. De voorbeelden zijn onderverdeeld in drie categorieën: werkwijze, instrument en het versterken van samen beslissen. Het hoofdstuk is verder aangevuld met twee checklists; één voor behandelaren en één voor organisaties, en meer goede voorbeelden die ter inspiratie kunnen dienen. Aangezien samen beslissen om een lerende cultuur vraagt, gaan we in het hoofdstuk [Leren en verbeteren op het gebied van samen beslissen](#) in op een aantal veranderkundige modellen, theorieën en praktische tips. Tot slot blikken we in de [Reflectie](#) terug op de belangrijkste bevindingen en conclusies ten aanzien van samen beslissen in de ggz.

WAT IS SAMEN BESLISSEN?



Wat is samen beslissen? (1/2)

Om onder woorden te brengen wat samen beslissen inhoudt, maken we een onderscheid tussen het perspectief van de professional (pagina 10), het perspectief van de cliënt (pagina 11), samen beslissen in de praktijk (pagina 13) en samen beslissen in de organisatie (pagina 14). Deze bevindingen zijn gebaseerd op interviews met behandelaren en beleidsmedewerkers, focusgroepen met cliënten, en literatuur waaronder het rapport [Uitkomsten online Panel Akwa GGZ Samen beslissen](#)*.

Op basis van de literatuur** kunnen we stellen dat samen beslissen geen eenduidige term is. Grofweg zien we een onderscheid tussen een meer traditionele, paternalistische opvatting van samen beslissen waarin de behandelaar een aantal behandelopties voorlegt aan de cliënt, op basis waarvan deze (soms sterk gestuurd door de behandelaar) een besluit kan nemen. Tegenover deze opvatting staat een meer moderne opvatting van samen beslissen, waarin de patiënt een, zoveel als mogelijk, gelijkwaardige positie heeft in de keuzes die gemaakt worden voorafgaand, tijdens en in de afronding van het behandeltraject. De behandelaren en cliënten die wij hebben gesproken, herkennen zich voor het overgrote deel in deze moderne opvatting. De volgende quote uit één van de interviews met een behandelaar illustreert deze opvatting:

- *“Soms zie je een meer traditionele definitie van samen beslissen. Dan wordt gesteld dat het vooral gaat om medische besluiten en dat de arts meer weet dan cliënt, en dus beter in staat is om de beslissing te maken. Er is dan geen sprake van **gelijkwaardigheid**. Maar samen beslissen gaat juist om **inbreng van ervaringskennis**. Het is een **continu proces**, waarin telkens gekeken wordt wie welke rol heeft/wil aannemen.”*

Op basis van het onderzoek kunnen we concluderen dat samen beslissen niet terug te brengen is tot één definitie. In plaats daarvan hebben we de betekenis gevat in een woordenwolk (zie volgende pagina). Deze woordenwolk weerspiegelt belangrijke uitgangspunten van samen beslissen die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

* Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ Samen beslissen - oktober 2021.

** Goossensen, A., Zijlstra, P. Shared Decision Making in de psychiatrie. TVGW 85, 92-97 (2007).

Woordenwolk samen beslissen



Wat is samen beslissen? (2/2)

Uit de gesprekken blijkt dat behandelaren en cliënten niet zozeer een ander beeld hebben van wat samen beslissen inhoudt. Wel valt op dat behandelaren meer de nadruk leggen op het proces, terwijl cliënten zich juist meer focussen op de relatie.

We concluderen op basis van de gevoerde gesprekken en bestudeerde documenten dat verschillende werkwijzen of belangrijke elementen van samen beslissen, niet duidelijk uit te splitsen zijn naar de diverse stappen in het behandelproces (of in de cliëntreis). Het gaat volgens de respondenten juist om een bepaalde basishouding die randvoorwaardelijk is aan het daadwerkelijke samen beslissen. Daarom geven we waar mogelijk aan op welke fase in de cliëntreis een voorbeeld of werkzaam element van toepassing is, maar is dat onderscheid niet overal relevant.

Samen beslissen volgens professionals

Akwa GGZ heeft onderzoek* uitgevoerd naar samen beslissen door het uitzetten van een enquête onder ggz-professionals, gevolgd door een verdiepende focusgroep. Uit dit onderzoek blijkt dat ggz-professionals (n=239) het volgende verstaan onder samen beslissen:

- *Het **expliciet bespreken** van samen beslissen.*
- *De patiënt krijgt **bedenktijd** voor het kiezen van de behandeling.*
- *Het bespreken **van voor- en nadelen** van verschillende behandelopties.*
- *Het bespreken van **alternatieven** voordat een behandeling gekozen wordt.*
- *Het bespreken van de **betekenis** voor de patiënt van verschillende behandelopties.*

Uit de interviews die wij gevoerd hebben met behandelaren kwam een vergelijkbaar beeld ten aanzien van samen beslissen naar voren. Een aantal aanvullende punten werd benoemd die we hieronder met quotes illustreren:

- *“Samen beslissen is een **basishouding**. Het gaat om **gelijkwaardigheid** in de relatie tussen behandelaar en cliënt.”*
- *“Samen beslissen gaat om de **dialogo**. Het bestaat niet alleen uit de keuze voor de behandeling maar het is een **samenwerkingsproces** waarin je gaandeweg steeds meer samen keuzes maakt.”*
- *“Denkfout: Samen beslissen draait alleen om de keuze voor de behandeling. Het draait om **iedere keuze gedurende het behandeltraject**.”*
- *“Samen beslissen is de kern van mijn werk. Je kan niets doen zonder samen beslissen. Je gaat op zoek naar de **gezamenlijke grond**.”*

* Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ Samen beslissen - oktober 2021.

Samen beslissen volgens cliënten

Uit diverse onderzoeken blijkt dat samen beslissen belangrijk is voor cliënten:

- *“Onderzoek naar samen beslissen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) laat zien dat deze aanpak een positieve invloed heeft: beter geïnformeerde patiënten, meer betrokkenheid van patiënten bij de behandeling, een hogere patiënttevredenheid, het beter opvolgen van behandelafspraken en uiteindelijk ook betere behandeluitkomsten.” **
- *“Genoemde voordelen van samen beslissen zijn een betere motivatie en commitment bij de patiënt. Er wordt een beroep gedaan op de draagkracht en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.” ***

In de focusgroepen bevestigden de aanwezige cliënten het belang van samen beslissen. Zij benoemden de volgende aspecten als essentieel onderdeel van samen beslissen:

- **De mens staat centraal**, niet de diagnose of het protocol;
- **Gelijkwaardigheid** tussen behandelaar en cliënt en elkaar accepteren als medemens;
- **Toegankelijke taal** gebruiken;
- **Vertrouwen** van de behandelaar in het proces van de cliënt;
- De vraag **“Wat heb jij nodig?”** centraal stellen in het behandelproces.

Verder noemen cliënten het belang van bepaalde **randvoorwaarden** waaraan voldaan moet worden zodat er daadwerkelijk samen beslist kan worden, zie pagina 16 en 17.

* Metz et al. Samen beslissen in de ggz: onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. Tijdschrift voor psychiatrie 61(2019)7, 487-497- juli 2019.

** Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ Samen beslissen - oktober 2021.

Samen beslissen in de praktijk

Hoewel professionals een duidelijk beeld hebben van wat samen beslissen inhoudt, blijkt dat ze het in de praktijk niet altijd op die manier toepassen. Zo volgt uit de Uitkomsten online Panel Akwa GGZ Samen beslissen*: *“De meeste zorgprofessionals doen dit wel eens, maar niet consequent bij elke patiënt. Het ‘expliciet bespreken van samen beslissen’ wordt het vaakst uitgevoerd en ‘Het bespreken van alternatieven voordat een behandeling gekozen wordt’ het minst vaak.”*

Dit komt overeen met de ervaringen die cliënten deelden tijdens de focusgroepen die wij organiseerden. Meerdere cliënten gaven aan dat zij (meermaals) hebben meegemaakt dat een behandelaar beslissingen neemt zonder te overleggen, en dat deze keuze op een later moment niet nader wordt toegelicht. Cliënten geven aan dat zij het lastig vinden om hierover in gesprek te gaan. Bovendien hebben ze vaak de indruk dat de behandelaar met name kijkt naar de diagnose en hoe deze tot uiting komt, in plaats van met een meer integrale blik naar hun persoonlijkheid, krachten en minder sterke punten. Cliënten geven aan dat zij zich als gevolg hiervan niet altijd serieus genomen voelen als het gaat om hun wensen en behoeften.

Zowel uit eerdere onderzoeken als uit dit onderzoek blijkt dat er in de praktijk meer aandacht moet komen voor samen beslissen in de ggz. Een groot deel van de zorgprofessionals van het AKWA GGZ panel (82%) geeft aan één of meerdere vormen van ondersteuning bij samen beslissen te kunnen gebruiken: *“De meest gewenste vormen van ondersteuning zijn voorbeelden van collega’s en training in benodigde vaardigheden. Andere genoemde vormen zijn: samen beslissen aan bod laten komen bij intervisie, meer tijd en meer steun vanuit de organisatie en het team. Ook is er behoefte aan een beschrijving van het proces gedurende de verschillende fasen van behandeling, met concrete voorbeelden & handvatten voor de hulpverlener.”*

Samengevat is er behoefte aan hulpmiddelen om het belang van en het proces rondom samen beslissen goed over te brengen, bij zowel cliënt als professional. Daarbij geven verschillende respondenten aan vooral praktische hulpmiddelen te missen om dit proces te ondersteunen.

* Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ Samen beslissen – oktober 2021

Samen beslissen in de organisatie

Zoals we eerder in dit hoofdstuk hebben beschreven, vraagt het bevorderen van samen beslissen in de praktijk om aanpassingen. Enerzijds gaat dit om aanpassingen vanuit de professional zelf: in de behandelpraktijk moeten zij consequent meer aandacht hebben voor samen beslissen. Maar zoals ook blijkt uit de eerdergenoemde uitkomsten van het AKWA GGZ panel* vraagt dit ook om verandering op organisatieniveau om de professional hierin te ondersteunen. Dit beeld kwam ook naar voren uit de interviews met behandelaren en beleidsmedewerkers:

- *“Samen beslissen is heel organisatie-gebonden. Staat het in je visie, wordt het gefaciliteerd, is er trekkracht binnen de organisatie? Belangrijk om het te faciliteren op een manier waardoor het gemeengoed wordt en je er bijna niet omheen kan. Zorg ervoor dat het een automatisme wordt: dit is hoe iedereen het doet.”*
- *“Het begint met aandacht binnen de organisatie. Vaak denken behandelaren dat ze samen beslissen vaker toepassen dan dat in de praktijk gebeurt.”*

De organisatie speelt dus een cruciale rol in de uitvoering van het samen beslissen in de behandelkamer. Organisaties hebben een duidelijke visie nodig op samen beslissen, en moeten voldoende aandacht besteden aan het ondersteunen van zorgprofessionals om hen te helpen bij het tot uitvoer brengen van samen beslissen in de praktijk. Dit vraagt een cultuurverandering en een bepaald leervermogen van organisaties. Meer over (cultuur)verandering is te lezen vanaf pagina 29.

* Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ Samen beslissen - oktober 2021.

Tussentijds evalueren bij samen beslissen

Het tussentijds evalueren is een hulpmiddel voor samen beslissen. Evaluatiemomenten kunnen gebruikt worden om het gesprek te voeren over de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties, waardoor cliënt en behandelaar gezamenlijk een besluit kunnen nemen over de best passende behandeling voor de cliënt. Ook in de voortgang van de behandeling kunnen evaluatiemomenten bijdragen om tot een gesprek te komen over de behoefte en doelen van de cliënt. Door evaluaties op een begrijpelijke en toegankelijke manier met de cliënt te delen, zorgt dit ervoor dat cliënten beter inzicht hebben in hun behandeling en voortgang, en hierdoor ook meer regie hebben over hun behandeling. Ook voor de behandelaar geeft het vaak aanvullende inzichten op de eigen klinische blik.

Het tussentijds evalueren kan met behulp van uitkomstmetingen worden gedaan. Het werken met uitkomstmetingen houdt in dat er voor, tijdens en/of na de behandeling uitkomsten worden gemeten die voor de cliënt belangrijk zijn. Veelgebruikte domeinen zijn patiëntervaringen, functioneren, kwaliteit van leven en klachten en symptomen. Uitkomstmetingen kunnen op verschillende wijze verzameld worden; via verschillende soorten vragenlijsten, evaluatiemethoden of instrumenten. In het Integraal Zorgakkoord wordt ook gesproken over uitkomstgericht werken, waarbij wordt benadrukt dat er versnelling nodig is in het transparant maken van kwaliteitsgegevens ten behoeve van onder andere samen beslissen en leren en verbeteren.

Er zijn diverse instrumenten en werkwijzen beschikbaar om in te zetten voor tussentijdse evaluatie. Wij lichten er een aantal toe in onze 'goede voorbeelden'. Het samenwerkingsverband [SynQuest](#) (bestaande uit de ggz-instellingen Dimence Groep, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Delfland, GGZ Breburg, GGZ Rivierduinen, GGZ InGeest, Emergis, Mondriaan, Reinier van Arkel Groep en Yulius) heeft inzichten opgehaald met het Programma Samen Beslissen met ROM waarbij onderzoek is gedaan naar het toepassen van de uitkomsten van ROM-metingen met als doel dat de cliënt en de behandelaar de uitkomsten gebruiken bij het samen beslissen over de behandeling.

UITWERKING GOEDE VOORBEELDEN



Randvoorwaarden (1/2)

Uit zowel de inzichten uit de literatuur als uit de gesprekken met respondenten concluderen we het belang van bepaalde randvoorwaarden voor samen beslissen. Zonder deze randvoorwaarden komen de goede voorbeelden later uit deze rapportage niet goed tot hun recht. Samen beslissen draait niet alleen om het samen maken van een keuze (de 'uitvoering' van samen beslissen), maar om het gehele behandelproces. Respondenten geven aan samen beslissen als een basishouding van de behandelaar te zien. We zetten hier kort een aantal elementen uiteen die bijdragen aan die basishouding.

Een goede samenwerkingsrelatie waarbij er sprake is van gelijkwaardigheid en een klik tussen behandelaar en cliënt is de basis van samen beslissen. Om dat te realiseren is het belangrijk om open en eerlijk te communiceren.

Ook openheid van de behandelaar als iets *niet* kan of als hij/zij niet zeker is hoe een bepaalde behandeling of andere keuze uitpakt zorgen voor gelijkwaardigheid in de relatie en, hoewel dat wellicht contra-intuïtief klinkt, meer vertrouwen in de behandelaar. Toegeven dat ergens onzekerheid over bestaat kan de cliënt juist het vertrouwen geven om op andere momenten het oordeel van de behandelaar op de juiste waarde te schatten. Aan de andere kant is het ook nodig dat de behandelaar vertrouwen heeft in de mening van de cliënt over wat hij/zij belangrijk vindt. In deze continue dialoog luistert de behandelaar actief naar de cliënt en is expliciet over besluitvorming (wanneer en op welke wijze). Alles bij elkaar zorgt dit voor een veilige sfeer en het in staat stellen van cliënten om samen te beslissen.



Randvoorwaarden (2/2)

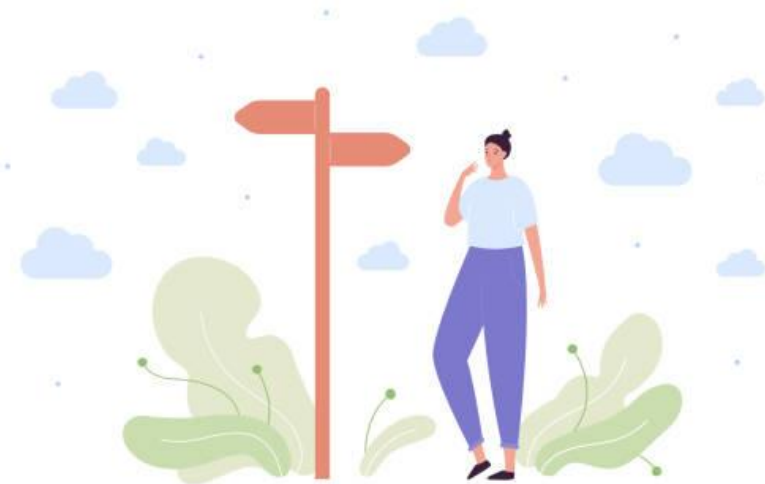
Dit is te zien als een continu en cyclisch proces van opbouwen, samen ervaren en evalueren hoe het uitpakt, en waar nodig daarop bijsturen. Ook dit proces is dus een vorm van samen beslissen. Deze meer impliciete elementen van samenwerking en samen beslissen zijn niet in een protocol te vatten, maar moeten elke keer opnieuw worden bepaald in het contact tussen cliënt en behandelaar. Meta-communicatie, dus het gesprek voeren over samen beslissen en hoe dat vorm te geven, kan hierbij helpen. Wie heeft welke rol in het besluitvormingsproces? In welke situaties is het nodig dat de behandelaar meer regie neemt? Et cetera.

Om deze randvoorwaarden op een goede manier in te vullen hebben behandelaren vaardigheden nodig die nog niet altijd voldoende zijn ingebed in basisopleidingen. Uit de gevoerde gesprekken en bestudeerde literatuur komt regelmatig naar voren dat organisaties korte opleidingen of workshops organiseren gericht op samen beslissen of bepaalde elementen daaruit, bijvoorbeeld het goed meenemen van naasten of betrekken van ervaringsdeskundigen. Het vraagt van professionals dat zij zich voortdurend bewust zijn van samen beslissen om de benodigde vaardigheden ook structureel in de praktijk te brengen.

Goed ingerichte ICT-voorzieningen en ondersteunende software kunnen behulpzaam zijn. Hierin zijn eenduidige definities van begrippen belangrijk, gebruiksvriendelijkheid, het gebruik van één systeem binnen een organisatie (of automatische uitwisseling bij het gebruik van meerdere systemen) en werkbare afspraken over privacy. Wie kan er bij welke gegevens? Kunnen professionals van andere afdelingen of andere organisaties ook toegang krijgen tot een dossier wanneer de cliënt de behandeling elders voortzet? En wie bepaalt of zij bepaalde gegevens mogen inzien? Er zijn goede ervaringen opgedaan met communicatie- en samenwerkingsplatforms als OZOverbindzorg en persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO) zoals MedMij. Door te werken met dergelijke platformen behoudt de cliënt regie over wie toegang heeft tot het dossier waarin vaak essentiële informatie staat met betrekking tot samen beslissen, maar hoeft iemand ook niet meermaals hetzelfde (soms pijnlijke) verhaal te doen. Ook zaken als pop-ups om de behandelaar erop attent te maken dat er een keuzemoment aankomt, of het automatisch versturen van vragenlijsten is behulpzaam om het proces van samen beslissen op gang te brengen en te houden.

Goede voorbeelden in verschillende fasen en op verschillende niveaus

Er zijn veel goede voorbeelden te vinden van samen beslissen in de ggz. De voorbeelden hebben betrekking op verschillende fasen van de cliëntreis* en op verschillende niveaus. Zo zijn er goede voorbeelden van instrumenten om in te zetten om samen beslissen te ondersteunen, maar ook voorbeelden van werkwijzen en voorbeelden waarbij geen sprake is van een tool of werkwijze, maar die getuigen van een visie op het versterken van samen beslissen in de hele cliëntreis (hierna spreken we over het versterken van samen beslissen). Daardoor is het voor de cliënt, de naaste en voor behandelaren en organisaties lastig om in te schatten welk voorbeeld aansluit bij de eigen praktijk en visie op samen beslissen. We hebben er daarom voor gekozen om in deze rapportage voorbeelden uit te lichten die niet te specifiek zijn voor bepaalde doelgroepen of contexten, maar (soms met aanpassingen) juist eenvoudig breder toepasbaar zijn.



Per voorbeeld geven we aan in welke fase van de cliëntreis deze ingezet kan worden en of het gaat om een instrument, een werkwijze of het versterken van samen beslissen. We beschrijven beknopt de werkzame elementen in de werkwijze, cultuur en structuur, en de hierbij behorende uitdagingen.** Verandering kost tijd. Inspirerende voorbeelden uit de huidige praktijk zijn eens begonnen door met kleine stappen te proberen, te vallen, daarvan te leren en weer op te staan. De voorbeelden die we hier delen zijn dan ook niet bedoeld om één op één te kopiëren, maar om te inspireren.

* De fasen zijn als volgt: de keuze voor een behandelaar of organisatie, de keuze voor een behandeling en de keuze voor nazorg. Tussentijdse evaluaties en bijsturing in de behandeling op basis daarvan scharen we onder de keuze voor een behandeling.

** Waar een goed voorbeeld direct voortkwam uit een gesprek en ingezet wordt door de betreffende respondent hebben we de inhoud van de uitgewerkte goede voorbeelden ter goedkeuring voorgelegd aan de respondent. Sommige goede voorbeelden zijn echter niet direct terug te voeren op één gesprek en worden al breder ingezet binnen de ggz. Deze goede voorbeelden zijn niet gecontroleerd door respondenten.



Voor wie?

Het gebruik van cliëntrapportages op basis van vragenlijsten kan voor alle cliënten meerwaarde hebben, ongeacht leeftijd of symptomen, afhankelijk van de voorkeur en behoefte van de cliënt.



In welke fase van de cliëntreis?

Vanaf keuze voor een behandeling tot aan nazorg.



Wat houdt het evalueren met behulp van cliëntrapportages in?

De cliëntrapportage wordt gemaakt op basis van uitkomsten van vragenlijsten die door de cliënt zijn ingevuld. De vragenlijsten kunnen over verschillende onderwerpen gaan (van algemene psychische gezondheid tot aan een klachtspecifieke behandeling). Het is aan de cliënt en behandelaar om te bepalen welke informatie op welk moment in de behandeling zinvol is en welke vragenlijst of meetmethode hiervoor geschikt is.

De cliëntrapportage is zowel voor de behandelaar als cliënt beschikbaar en faciliteert het gesprek tussen hen beiden. Het bespreken van de uitkomsten van de vragenlijst is een middel om samen in gesprek te gaan over de vraag: zitten we op de goede weg? Bij het meermaals invullen van een vragenlijst kan eventuele vooruitgang in de behandeling worden gemeten.



Welke belemmeringen of uitdagingen zijn er?

Het kan een uitdaging zijn om de cliëntrapportage zo te maken dat het voor het overgrote deel van de doelgroep begrijpelijk is. Daarnaast hebben niet alle cliënten de behoefte om met vragenlijsten en cliëntrapportages te werken. Ook binnen organisaties of lerende netwerken kunnen professionals verschillend tegen het gebruik van uitkomstvragenlijsten en cliëntrapportages aankijken. De lerende functie is het grootst als het merendeel van de behandelaren wel met vragenlijsten en cliëntrapportages werkt. Het gebruik kan bevorderd worden door het binnen de organisatie goed te faciliteren en aan te laten sluiten op de visie van de organisatie.



Wat is de werkwijze?

De cliënt vult de vragenlijst op meerdere momenten in, vanaf de keuze voor een behandeling en daaropvolgende evaluatiemomenten. Op basis van de vragenlijst wordt een cliëntrapportage gemaakt over de voortgang. Zowel de behandelaar als cliënt kunnen de cliëntrapportage terug zien (bijvoorbeeld in een dashboard of portaal).

De cliënt kan de rapportage op een eigen gekozen moment, voorafgaand aan een afspraak bekijken. Aan de cliëntrapportage kunnen een aantal vragen worden toegevoegd waar cliënten over na kunnen denken en die met de behandelaar besproken kunnen worden. Zoals:

- Wat verwachtte je?
- Wat valt je op positief?
- Wat valt je op negatief?
- Wat wil je bespreken (met de behandelaar)?



Wat zijn cultuurkenmerken?

Het gebruik van cliëntrapportages stimuleert behandelaren in het denken vanuit het perspectief van de cliënt.

Cliëntrapportages dragen eraan bij dat cliënten beter begrijpen wat hun behandeling inhoudt. De cliënt kan zich beter voorbereiden op een gesprek, wat ervoor zorgt dat het gesprek tussen behandelaar



en cliënt makkelijker gevoerd kan worden en zorgt voor een (meer) gelijkwaardige relatie. Dit vereist van de behandelaar om de cliëntrapportages te integreren in de behandeling en als middel te gebruiken om evaluatiegesprekken te voeren.

Wat zijn structuurkenmerken?

De organisatie moet het gebruik van cliëntrapportages faciliteren. Dit houdt in dat er tijd en ruimte binnen de organisatie beschikbaar moet zijn om een cliëntrapportage te implementeren zodat deze op een laagdrempelige manier aansluit bij de doelgroep.

Ook moet er goede ICT-ondersteuning en software beschikbaar zijn, bijvoorbeeld om een dashboard of portaal in te richten.



Voor wie?

Voor cliënten in klinische zorg.



In welke fase van de cliëntreis?

Bij de start van de (klinische) behandeling



Wat is een Zorgafstemmingsgesprek?

Het ZAG is een afstemmingsoverleg waarbij alle betrokkenen rondom de behandeling van de cliënt aanwezig zijn, inclusief de cliënt zelf. Onder de betrokkenen vallen: naasten van de cliënt, het klinische team, het ambulante team en eventuele andere betrokken professionals. Het doel van een ZAG is het zorgen voor een goede afstemming en samenwerking tussen alle betrokken rondom de behandeling van de cliënt. Centraal staat het verdelen van de verantwoordelijkheden zoals; Wie is verantwoordelijk voor wat? Wie houdt/pakt regie? Houdt bijvoorbeeld bij opschaling naar klinische zorg het ambulante team de regie in de behandeling en volgt de kliniek of andersom? Wie is verantwoordelijk voor de stap na klinische zorg, zoals het zoeken naar een vervolgplek? Door deze verantwoordelijkheden duidelijk en tijdig te verdelen, kan voorkomen worden dat een klinische behandeling langer duurt dan nodig.

Het ZAG faciliteert dat de behoeften, doelen en de wensen van cliënt besproken worden en meegenomen in het



behandelplan. Het ZAG helpt de betrokkenen elkaars perspectief mee te nemen tijdens de afstemming van zorg. De cliënt wordt expliciet uitgenodigd om in het ZAG zijn/haar verhaal te doen, zodat de cliënt kan aangeven wat hem/haar kan helpen, hoe hij/zij bezig is met herstel en hoe hij/zij daar in de kliniek verder aan wil werken. Tijdens het ZAG worden ook de wensen en doelen van naasten duidelijk geformuleerd.

Welke belemmeringen of uitdagingen zijn er?

Het kan een uitdaging kan zijn om alle collega's achter de werkwijze van het ZAG te krijgen, bijvoorbeeld collega's/professionals die het lastig vinden om de regie (meer) bij de cliënt te laten liggen. Andersom is het ook niet voor alle cliënten makkelijk om de regie te pakken. Cliënten kunnen het gevoel hebben dat ze zelf geen invloed hebben op de situatie en de problematiek, en zichzelf vooral als slachtoffer zien. Dit maakt zelfreflectie en het accepteren van de regie lastig. Voor professionals is het juist in die fase de uitdaging om de regie niet over te nemen, maar te blijven spiegelen en teruggeven. Het organiseren van het ZAG kan ook qua planning een uitdaging zijn. Het eerste ZAG vindt (bij voorkeur) binnen 24 uur na opname plaats, wat van alle betrokken partijen vereist dat ze op korte termijn bij elkaar aan tafel kunnen komen.



Wat is de werkwijze?

Het eerste ZAG vindt (bij voorkeur) binnen 24 uur na opname plaats. Daarna vindt op regelmatige basis en op belangrijke transitie momenten een vervolg ZAG plaats, afhankelijk van de duur van de opname. Voorbeelden van belangrijke transitie momenten zijn verandering van medicatie en verandering van opnameduur. Een ontslag ZAG vindt plaats voorafgaand aan het ontslag van de cliënt.

Tijdens het ZAG wordt gezamenlijk het behandelplan gemaakt en wordt besproken wie welke rol heeft en welke taken uitvoert.



Wat zijn cultuurkenmerken?

Het ZAG wordt georganiseerd rondom de cliënt. De behoeften en doelen van de cliënt staan centraal in de behandeling. Implementatie van het ZAG vraagt om een nieuwe houding en werkwijze van behandelaren waarbij (meer) regie bij de cliënt ligt. Om dit te realiseren is het van belang dat de ZAG werkwijze voortkomt uit de visie van de organisatie en ook ondersteund wordt binnen de organisatie.



Wat zijn structuurkenmerken?

Het ZAG vereist een investering in planning om alle betrokkenen (zowel intern als extern) met elkaar aan tafel te krijgen. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het van belang interne teamprocessen goed met elkaar te stroomlijnen, en processen in de keten goed op elkaar af te stemmen.

Behandelaren moeten worden meegenomen in de werkwijze van het ZAG. Bijvoorbeeld door opleidingsmogelijkheden en/of intervisie te faciliteren.



Voor wie?

De HOI is in principe voor alle cliënten geschikt. Uitgangspunt bij GGZ Noord-Holland-Noord is inzet van de HOI bij volwassenen die niet in crisis zijn, geen forensisch kader hebben en jonger zijn dan 70 jaar.



In welke fase van de cliëntreis?

De keuze voor een passende behandeling en het opstellen van (behandel)doelen.



Wat is een Herstelondersteunende Intake?

De herstelondersteunende intake (HOI) is een nieuwe manier van het voeren van een intakegesprek. In een HOI zijn naast de cliënt en de behandelaar ook een ervaringsdeskundige en, indien gewenst, een naaste aanwezig. Samen bespreken zij wat de cliënt nodig heeft om meer grip te krijgen op het herstelproces. Daarbij staan naast klachten en kwetsbaarheid nadrukkelijk ook weerbaarheid, drijfveren en motivatie centraal. Tijdens de HOI worden de volgende vragen besproken:

- Wat is er met u gebeurd?
- Wat is uw kwetsbaarheid en weerbaarheid?
- Waar wilt u naartoe?
- Wat heeft u nodig?

Uitkomst van een HOI is de keuze voor een behandeling of vorm van



ondersteuning die het beste aansluit op de vraag van de cliënt. Dit kan ook buiten de ggz zijn. Aanvullend zien we dat de HOI input biedt voor het opstellen van (behandel)doelen.

Welke belemmeringen of uitdagingen zijn er?

Om cliënten snel door te kunnen laten stromen naar ondersteuningsmogelijkheden in het sociaal domein of naar de eigen Herstelwerkplaats (in plaats van naar een behandeling binnen de specialistische ggz) is kennis van de sociale kaart en een goede samenwerkingsrelatie met keten- en netwerkpartners noodzakelijk. Een intake waarbij meerdere mensen aanwezig zijn kan extra druk op de cliënt leggen en juist een belemmering zijn om zich open te stellen. De HOI lijkt daarom niet voor alle cliënten geschikt.



Wat is de werkwijze?

Tussen de aanmelding en de HOI vindt een telefonisch screeningsgesprek plaats. Daarna kunnen e-health modules worden ingezet. De HOI vindt plaats in een huiselijke setting, dit kan zijn bij de cliënt thuis, maar ook op locatie van bijvoorbeeld een herstelacademie. In de HOI komen verschillende disciplines en kennis bij elkaar (professionele- en ervaringskennis) in plaats van alleen professionele kennis. De mogelijkheid om naar een behandeling of ondersteuning buiten de ggz door te stromen ligt expliciet op tafel.



Wat zijn cultuurkenmerken?

De inzet van ervaringsdeskundigheid zorgt voor een ander perspectief. Gecombineerd met het perspectief van de behandelaar en de naaste ligt in de HOI de focus meer op herstel, eigen kracht en gelijkwaardigheid. Men gaat uit van het eigen verhaal van de cliënt, hij of zij weet zelf wat het beste is. De huiselijke setting waar het gesprek plaatsvindt (soms in een Herstelwerkplaats) versterkt het gevoel van gelijkwaardigheid. Dit vraagt ook een cultuurverandering bij behandelaren, die minder moeten vertrouwen op hun (medische) kennis en meer op ervaringskennis en de eigen kracht van de cliënt. Het vraagt van hen dat zij zich bescheiden opstellen.



Wat zijn structuurkenmerken?

Implementatie van de HOI vraagt een andere organisatie van intakes en daarmee zeker in het begin een investering in de planning en organisatie. Behandelaren en ervaringsdeskundigen moeten opgeleid worden in het voeren van de HOI. Zorg daarnaast ook na invoering voor intervisiemogelijkheden.

** We gaan er hier vanuit dat er ICT-infrastructuur aanwezig is voor het aanbieden van e-health modules. Voor meer informatie over het betrekken van ervaringsdeskundigheid, zie het betreffende voorbeeld.*



Voor wie?

Voor cliënten die graag in gesprek willen met gelijkgestemden, en de behoefte hebben om te praten met iemand die hetzelfde heeft meegemaakt als wat zij op dat moment doormaken.



In welke fase van de cliëntreis?

Vanaf keuze voor een behandeling tot aan nazorg.



Wat houdt de inzet van ervaringsdeskundigen in?

Een ervaringsdeskundige kan worden ingezet om een cliënt bij te staan in het behandelproces. Het idee hierbij is dat dit een aanvulling is op de klinische kennis van een behandelaar. Omdat een ervaringsdeskundige hetzelfde heeft doorgemaakt als een cliënt is hij beter in staat om de systeemwereld aan te laten sluiten bij de leefwereld, en omgekeerd. Een ervaringsdeskundige kan een luisterend oor bieden, kan fungeren als rolmodel, en kan de cliënt hoop geven. Het kan de cliënt het gevoel geven dat hij er niet alleen voor staat.

Een ervaringsdeskundige kan worden ingezet op verschillende niveaus: van praktisch (zoals hulp bij het aanleren van een dagstructuur) tot meer overkoepelend, zoals het bespreken van voor- en nadelen van een bepaalde behandeling vanuit de ervaring van

iemand die het zelf heeft meegemaakt. Ook geven cliënten aan dat het in een behandeling vaak moeilijk is om de vraag “Hoe gaat het?” te beantwoorden. Een ervaringsdeskundige die dichter bij de leefwereld van de cliënt staat kan helpen om de gevoelswereld van de cliënt onder woorden te brengen.

In de [GGZ standaarden](#) wordt ervaringsdeskundigheid behandeld als een apart hoofdstuk. Ook bestaan er diverse [hulpmiddelen](#) om de inzet van ervaringsdeskundigheid te ondersteunen.



Welke belemmeringen of uitdagingen zijn er?

De ervaringsdeskundige moet goed in staat zijn om het verhaal over te kunnen brengen. Dat vraagt om een bepaalde mate van professionalisering. Ervaring maakt nog niet ‘kundig’. Er bestaan dan ook speciale opleidingen voor ervaringsdeskundige. Ook wordt er gewerkt aan een [kwaliteitssysteem](#) dat gericht is op het professionaliseren en borgen van de kwaliteit van de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigen bij het bieden van goede zorg.

Een andere uitdaging is de beschikbaarheid van financiering.



Wat is de werkwijze?

Waar traditioneel alleen de kennis van de behandelaar centraal staat in de behandeling van een cliënt, wordt er nu actief een ervaringsdeskundige bij gevraagd als sparringpartner voor zowel cliënt als behandelaar.



Wat zijn cultuurkenmerken?

De inzet van ervaringsdeskundigen vraagt ook om een cultuuromslag: ervaringskennis moet gelijk worden gesteld aan de klinische kennis van de professional.

Zorgaanbieders kunnen dit bevorderen door ervaringsdeskundigen ook in te zetten in trainingen. Behandelaren worden zich hierdoor meer bewust van het cliëntperspectief.



Wat zijn structuurkenmerken?

De organisatie faciliteert de inzet van ervaringsdeskundigen in een behandeltraject door financiering beschikbaar te stellen. Daarnaast vraagt de inzet van ervaringsdeskundigen om een verandering in de organisatie van zorg en kunnen professionals scholing nodig hebben om ervaringsdeskundigen op een goede manier in te zetten.

Betrekken van naasten



Voor wie?

Het betrekken van naasten kan voor alle cliënten meerwaarde hebben, ongeacht leeftijd of symptomen, afhankelijk van de voorkeur en behoefte van de cliënt.



In welke fase van de cliëntreis?

In alle fasen van de cliëntreis kan het betrekken van naasten meerwaarde hebben, afhankelijk van de voorkeur en behoefte van de cliënt.



Wat verstaan we onder het betrekken van naasten?

Met het betrekken van naasten bedoelen we de triadische samenwerking tussen cliënt, behandelaar en naaste waarbij de naaste een actieve rol speelt in één of meerdere gesprekken voor, tijdens of na de behandeling. We gaan in dit voorbeeld niet in op de directe ondersteuning van naasten in het herstelproces. Naasten fungeren als een extra paar oren en ogen in de behandelkamer, kunnen vragen om verduidelijking of informatie inbrengen vanuit hun perspectief (bijvoorbeeld over levensloop, ingrijpende gebeurtenissen en functioneren) die van belang kan zijn. Door aanwezig te zijn bij een gesprek wordt de informatiepositie van naasten ook beter, waardoor zij de cliënt in het dagelijks leven beter begrijpen of bij kunnen staan, of optreden als sparringpartner als de cliënt vastloopt. Een bijkomend voordeel kan

Versterken samen beslissen

zijn dat de naaste zich door de betrokkenheid bij de behandeling ook gehoord en gezien voelt, waardoor hij de (mantel)zorg voor de cliënt langer volhoudt.

Niet alleen personen uit de directe familie- of vriendenkring komen in aanmerking, ook personen uit het (bredere) netwerk van de cliënt kunnen betrokken worden, bijvoorbeeld ook een buur of collega. In tegenstelling tot ervaringsdeskundigen worden er geen (professionele) voorwaarden gesteld aan naasten, anders dan dat zij een vertrouwensband met de cliënt hebben.

Welke belemmeringen of uitdagingen zijn er?

Sommige cliënten houden het betrekken van naasten af, uit schaamte, omdat zij van mening zijn dat hun naasten onderdeel zijn van de problematiek, of omdat zij hun naasten niet willen belasten. Anderzijds willen niet alle naasten betrokken worden bij de behandeling of komt de relatie door de problematiek onder druk te staan. Ook zijn er cliënten die geen naasten (meer) hebben. Deze situaties vragen de behandelaars om open het gesprek aan te gaan en te verkennen wat er mogelijk is en hoe dit invulling kan krijgen. Niet alle naasten hebben een positieve invloed, soms hebben zij een beperkt inzicht in hun eigen rol in (het in stand houden van) de problematiek van de cliënt.





Wat is de werkwijze?

In plaats van een bilaterale professionele relatie tussen de cliënt en de behandelaar is er nu sprake van een zogenaemde triadische samenwerking tussen de cliënt, de behandelaar en de naaste. Hoe deze samenwerking er precies uitziet (op welke momenten en op welke manier wordt de naaste betrokken, welke informatie wordt er gedeeld et cetera) dient in afstemming met de cliënt en de naaste vormgegeven te worden. Meer informatie staat in de GGZ

Standaarden: [Werkkaart: Samenwerken en ondersteunen van naasten](#).



Wat zijn cultuurkenmerken?

De betrokkenheid van naasten zorgt voor een ander perspectief en een bredere inzicht in het leven en de problematiek van de cliënt. De aanwezigheid van een naaste in het gesprek vraagt om andere (gespreks)vaardigheden van de behandelaar, die ook moet inspelen op de (veranderende) dynamiek tussen de cliënt en de naaste. Daarnaast moet de behandelaar de inbreng van de naasten op de juiste waarde kunnen schatten om deze te integreren in het behandelplan.



Wat zijn structuurkenmerken?

Samenwerking met naasten vraagt om afspraken over privacy en het delen van informatie en ondersteunende software daarbij.

Professionals kunnen scholing nodig hebben om met naasten en de dynamiek tussen cliënt en naasten om te gaan. Hierin wordt ook aandacht besteed aan wettelijke kaders als de Wvz en de Wgbo en (het doorbreken van) zwijgplicht.



Voor wie?

Het gebruik van de GAS kan voor alle cliënten meerwaarde hebben, ongeacht leeftijd of symptomen, afhankelijk van de voorkeur en behoefte van de cliënt.



In welke fase van de cliëntreis?

Vanaf de start van de behandeling tot aan de afrondende fase.



Wat is een Goal Attainment Scale?

De GAS is een instrument waarmee de individuele behandeldoelen van de cliënt worden vastgelegd. Het uitgangspunt van de GAS is dat de cliënt en behandelaar gezamenlijk vanuit algemene doelen tot concretere werkdoelen komen. Dit zorgt ervoor dat het behandelplan beter aansluit op de behoefte van de cliënt en de aandacht gericht wordt op haalbare doelen. Voorbeeld van een werkdoel: de cliënt drinkt binnen drie maanden zelfstandig een kop koffie in het buurthuis om de hoek.

De GAS maakt de voortgang van de doelen inzichtelijk door tussentijdse evaluaties/metingen, en faciliteert daarmee het gesprek tussen cliënt en behandelaar.



Welke belemmeringen of uitdagingen zijn er?

Het is afhankelijk van de behoefte van de client of de inzet van de GAS behulpzaam en effectief is. Er zijn cliënten die het lastig vinden om een hulpvraag en werkdoelen op te stellen (denk bijvoorbeeld aan ouderen). Voor andere cliënten staat het invullen van scores ver af van hun gevoel: 'ik wil geen score invullen om te weten hoe het met me gaat'.



Wat is de werkwijze?

De GAS is een instrument om individuele werkdoelen te bepalen en evalueren. Bij de start van de behandeling bepalen cliënt en behandelaar samen wat de werkdoelen zijn van de behandeling, en leggen vast in hoeverre het doel behaald is op een van te voren gemaakte schaal.

Bij ieder werkdoel wordt ook vastgelegd:

- Wanneer er sprake is van een eventuele achteruitgang ten opzichte van de uitgangssituatie;
- Wanneer er wel sprake is van vooruitgang, zonder dat het doel is behaald;
- Wanneer er sprake is van vooruitgang die verder gaat dan het gestelde doel;
- Wanneer er sprake is van vooruitgang die veel verder gaat dan het gestelde doel.



Wat zijn cultuurkenmerken?

De GAS gaat uit van doelstellingen die de cliënt zelf heeft ingebracht. Dit vereist dat er een open sfeer is en ruimte voor de inbreng van de cliënt.

Het gebruik van de GAS kan bijdragen aan een lerende functie in een

organisatie of lerend netwerk van (zelfstandige) behandelaars. Door de normering van de schalen te baseren op werkafspraken, is het mogelijk om met de uitkomsten van de GAS-schalen niet alleen de veranderingen te meten in de situatie van individuele patiënten, maar ook de veranderingen binnen groepen. Dit vereist van behandelaars een open houding ten aanzien van leren van elkaar.



Wat zijn structuurkenmerken?

Om een lerende cultuur te faciliteren, moet de structuur van de organisatie daarop zijn ingericht. Dit kan bijvoorbeeld door lerende netwerken of intervisie te organiseren. Dit vraagt onder andere om het maken van afspraken over privacy en het delen van informatie.

Checklist voor behandelaren



Vraag wat de cliënt nodig heeft ([zie HOI](#)). Waar wilt u naartoe? Wat vindt u zelf belangrijk in de behandeling? Wanneer kun u weer zelf zonder behandeling verder? Heeft u een beeld wanneer u klaar bent met de behandeling?



Wees bewust van de [randvoorwaarden](#) en zorg er actief voor dat hier aan voldaan wordt.



Plan tussentijdse evaluaties in met de cliënt. Bespreek de doelstellingen van de cliënt ([GAS](#)), uitkomsten van vragenlijsten en zorg voor een [cliëntrapportage](#) waar de cliënt vooraf, en op een laagdrempelige manier toegang tot heeft.



Vraag aan de cliënt welke inzichten dit geeft en deel uw inzichten met de cliënt. Bepaal elke keer of het behandelplan moet worden aangepast.



Betrek [ervaringsdeskundigen](#), niet alleen tijdens de behandeling maar ook tijdens trainingen en intervisiesessies.



Organiseer intervisiesessies en bespreek hoe je 'samen beslissen' kunt bevorderen in de praktijk.



Bezoek [landelijke workshops](#) waar zorgprofessionals met elkaar het gesprek aan kunnen gaan over samen beslissen in de praktijk.



Maak gebruik van de [Toolkits samen beslissen](#) van Akwa GGZ.

Checklist voor organisaties



Maak concreet wat de organisatiefilosofie is ten aanzien van samen beslissen en neem dit op in de visie van de organisatie. Stel op basis van deze visie een plan van aanpak op.



Betrek cliënten(raden) en houd rekening met de verschillen tussen cliënten en hun behoeftes, bijvoorbeeld door [het opstellen van persona's](#).



Houd rekening met mogelijke verschillen tussen teams. Bied hierin maatwerk aan.



Kies voor een 'bottom-up' aanpak. Zoek aansluiting bij de dagelijkse manier van werken en de realiteit van professionals zodat zij de verandering 'mee' maken en het ook in hun beleving een probleem oplost.



Het bevorderen van samen beslissen vraagt om een structurele cultuurverandering. [Veranderkundige principes](#) kunnen helpen om dit op gang te brengen.



Er is [veel informatie](#) beschikbaar ten aanzien van samen beslissen. Bied deze informatie op een gedoseerde en gestructureerde manier aan.



Zoek de samenwerking op met andere organisaties en netwerken om van elkaar te leren ([GGZ Netwerken](#)).

Meer goede voorbeelden

Naast de goede voorbeelden die we in deze rapportage delen zijn er binnen de ggz diverse vindplaatsen voor informatie, tips en tools op het gebied van samen beslissen. We delen een aantal van deze vindplaatsen hier (deze lijst is niet uitputtend):

- Om cliënten, maar ook huisartsen en praktijkondersteuners ggz te helpen kiezen tussen mogelijke behandelaars en behandelingen heeft MIND in nauwe samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland de keuzewebsite [Kiezen in de ggz](#) ontwikkeld. Op de website is verder informatie te vinden over onder andere ervaringen met de zorg en wachttijden. Expliciet doel van de site is om samen beslissen te ondersteunen.
- Ook de Landelijke Vereniging van Vrijgestelde Psychologen en psychotherapeuten heeft een [zoekmachine](#) ontwikkeld waarmee cliënten aan de hand van diverse criteria kunnen zoeken naar een hulpverlener. Zo kunnen cliënten bijvoorbeeld aangeven of zij voorkeur hebben voor een therapievorm en voor wat voor klacht zij een behandeling zoeken.
- MIND heeft met patiënten en naasten uit hun achterban en professionals keuzehulpen of [toolkits](#) ontwikkeld die gebaseerd zijn op zorgstandaarden. Deze keuzehulpen bieden informatie over de behandelmogelijkheden en verkleinen zo de kennisvoorsprong van zorgprofessionals ten opzichte van cliënten en naasten.
- Samenwerkingsverband SynQuest heeft met het programma Samen Beslissen met ROM inzichten opgedaan die de cliënt en behandelaar helpen om uitkomsten van ROM-metingen te gebruiken bij samen beslissen. Ze hebben filmpjes, folders, trainingen en instructies ontwikkeld en deze [producten](#) gebundeld, waaronder het gebruik van [cliëntrapportages op basis van vragenlijsten](#). Inspirerend zijn ook de [interviews](#) met de professionals over hun ervaringen en opgedane inzichten.
- Samen beslissen is vanzelfsprekend ook een onderdeel van de verschillende [kwaliteitsstandaarden](#). Deze bieden een gedegen basis voor gezamenlijke besluitvorming en optimale zorg.

Ter inspiratie

Samen beslissen heeft niet alleen binnen de ggz de aandacht, maar is een belangrijk onderdeel van passende zorg zoals in het Integraal Zorgakkoord is omschreven. Andere sectoren ontwikkelen ook tools, keuzehulpen en andere informatiemiddelen. De medisch-specialistische zorg is hier ook al ver mee. Daar zijn bijvoorbeeld veel keuzehulpen ontwikkeld en worden PROM's en PREM's gebruikt om samen beslissen te ondersteunen. Gedurende het onderzoek zijn we een aantal goede voorbeelden van samen beslissen tegengekomen, die we hier ter inspiratie delen:

- [Metro mapping](#) ondersteunt samen beslissen in de oncologie met behulp van een methodiek die is ontleend aan 'service design thinking', ofwel een ontwerpbenadering. Aan de hand van een visualisatie van een medisch zorgpad waar informatie aan is gekoppeld kan de specialist het gesprek aangaan met de cliënt: waar kan het zorgpad beter en hoe zorgen we voor een route die het beste bij de betreffende patiënt past?
- In verschillende organisaties wordt de [OPTION-5 methode](#) ingezet. Dit is een methode waarmee je kunt onderzoeken of een zorgprofessional samen beslist met de patiënt of cliënt. De methode geeft vijf stappen van gezamenlijke besluitvorming weer en per item wordt de mate waarin er gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt gescoord, bijvoorbeeld door een observant of met collega's tijdens een teamoverleg. De ervaringen van professionals zijn positief: ze krijgen hele concrete tips hoe ze op een betere manier samen kunnen beslissen.
- Santeon Ziekenhuizen werken samen aan het [Experiment Uitkomstindicatoren](#) om uitkomst informatie toegankelijk te maken in de spreekkamer. Zij streven naar een *proof of concept* waarin de waarde van transparantie van zorguitkomsten wordt aangetoond. Daarnaast is het doel om goede voorbeelden te identificeren om zorguitkomsten bekend te maken en in te zetten voor samen beslissen in de spreekkamer. Dat doen ze onder andere door het ontwikkelen van keuzehulpen en dashboards waarin patiënten hun uitkomsten kunnen zien.
- Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg is een online leer- en samenwerkingsomgeving waarbinnen [praktijkvoorbeelden](#) worden gedeeld en waar je onder andere kan selecteren op thema, type organisatie en aanpak.

The background features a white surface with a large, tangled mass of colorful ropes (red, yellow, green) on the left side. On the right side, there is a hand-drawn illustration of a yellow lightbulb with several grey lines radiating from it to represent light. Below the lightbulb, there are three horizontal grey lines. The bottom right corner of the image is a solid orange triangle.

**LEREN EN VERBETEREN OP HET GEBIED
VAN SAMEN BESLISSEN**
LESSEN VOOR HET VERDER BRENGEN VAN DE
BEWEGING

Leren en verbeteren op het gebied van samen beslissen

Het verder brengen van samen beslissen ten behoeve van passende zorg en kwaliteitstransparantie is te zien als een cultuurverandering. Het vraagt om een nieuwe manier van denken en doen die op het niveau van de medewerker, de organisatie, stelselpartijen én cliënten en naasten verankerd moet worden. Er bestaan veel verschillende manieren, modellen en theorieën om naar een (cultuur)verandering te kijken. We lichten er in dit hoofdstuk een aantal uit, passend bij de ervaringen die we in de gesprekken die we tijdens dit onderzoek hebben gevoerd hebben gehoord. Zie deze 'brillen' samen met de praktische tips in dit hoofdstuk en de randvoorwaarden (pagina 20 en 21) als een toolkit om veranderingen en waarom deze soms lastig door te voeren zijn beter te begrijpen.

Managing Complex Change Model - Knoster

Om een duurzame beweging te realiseren is het van belang dat er een verandering in houding en gedrag (ontwikkeling van vaardigheden) bij betrokkenen plaatsvindt. Dit moet leiden tot een bevredigende invulling van samen beslissen en een lerende cultuur daarbinnen.

Volgens het 'Managing Complex Change Model' van Knoster zijn er vijf elementen nodig om een effectieve verandering of beweging te krijgen: visie, vaardigheden, prikkels, middelen en een actieplan. Het verandermodel pleit voor een leertraject waarin voldoende aandacht is voor elk van de genoemde elementen. Alleen investeren op bijvoorbeeld de vaardigheden door het aanbieden van trainingen is niet effectief. Wanneer je naast de trainingen ook investeert in het 'waarom van de verandering' of de context verandert, is de kans groter dat behandelaren het 'oude' gedrag minder vertonen. Een voorbeeld van een verandering in context is het stimuleren van een behandelaar om oprecht te investeren in de



Leren en verbeteren op het gebied van samen beslissen

behandelrelatie in plaats van belonen om in korte tijd veel cliënten te zien. Naast het overbrengen van kennis en inzichten zal dus ook aan andere knoppen gedraaid moeten worden om een gedragsverandering en een duurzame beweging te realiseren.

Robuustheid en taaigheid

Onderzoekers Oss en van 't Hek introduceren de begrippen robuustheid en taaigheid om (beperkingen in het doorvoeren van blijvende) veranderingen te begrijpen.* Zij beschrijven robuustheid als het vermogen van organisaties om onder veranderende omstandigheden in de kern van haar eigenschappen hetzelfde te blijven. Robuustheid ontstaat als er een zichzelf versterkende loop is waarbij een bepaalde handeling leidt tot succes, waardoor men de handeling herhaalt, wat vervolgens weer leidt tot een versterking van het succes. Na verloop van tijd verlopen de handelingen automatisch. Als er geen verandering gaande is, is dit een eigenschap van organisaties die niet direct opvalt. Het is namelijk de manier van werken die de professionals gewend zijn. Op het moment dat je een verandering wilt doorvoeren nodig je mensen uit om de situatie en hun handelen anders te duiden. Dat kan onwennig of onzeker zijn, omdat je een nieuwe manier van handelen moet vinden die past bij de nieuwe situatie, maar tegelijkertijd houden oude patronen dat tegen. Mensen kunnen dan bijvoorbeeld bang zijn voor een tijdelijk verlies van vaardigheden en om daarop te worden beoordeeld. Taaigheid is dan ook de reactie van het robuuste systeem en de mensen daarbinnen die gericht is op behoud van het vertrouwde.

Als de balans tussen maakbaarheid (vermogen tot verandering) en robuustheid meer helt naar die laatste, dan staat dat veranderingen in de weg. Bij het doorvoeren van veranderingen kan het helpen te kijken naar deze balans en mogelijke oorzaken die de bestaande werkwijzen in stand houden. Mogelijke oorzaken zijn gebrek aan ruimte om te experimenteren en fouten te maken, gebrek aan flexibiliteit bij werknemers of de organisatie en gebrek aan vaardigheden om om te gaan met onzekerheid. Dit biedt aanknopingspunten voor een veranderstrategie.

* Oss en van 't Hek - Robuustheid en taaigheid, over de grenzen tussen maakbaarheid en onveranderbaarheid van organisaties. M&O nummer 3/4 - mei/augustus - 2008.

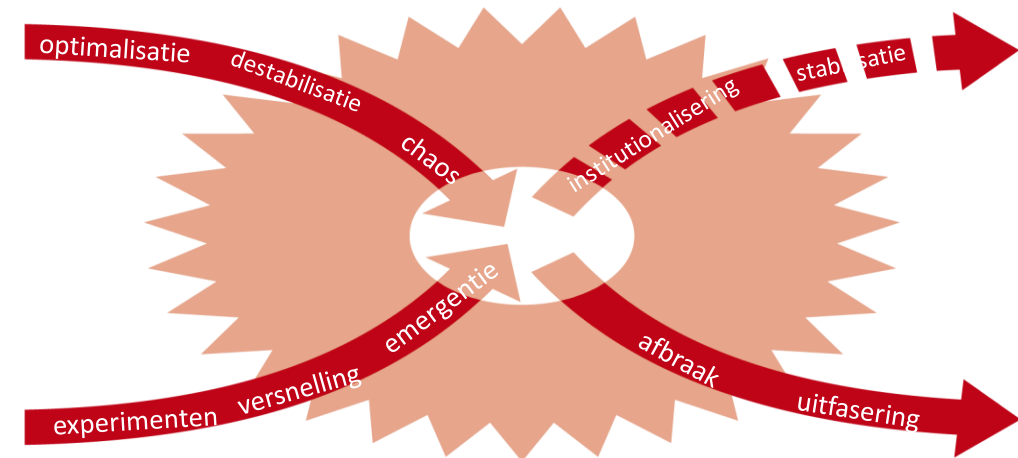
Leren en verbeteren op het gebied van samen beslissen

De X-curve

De X-curve beschrijft diverse fasen waarin een transitie zich kan bevinden en biedt een taal om hierover met elkaar in gesprek te gaan. In de X-curve zijn verschillende fasen van een transitieproces te onderscheiden:

- Optimalisatie van het bestaande (links boven);
- Experimenteren met radicale vernieuwing en versnellen (links onder);
- Chaos waarbij afbouw van het oude en opbouw van nieuwe methoden elkaar kruisen en de weerstand tegen verandering vergroot (midden);
- Institutionaliseren van een nieuwe werkelijkheid (rechts boven);
- Afbreken en uitfaseren van de oude werkelijkheid (rechts onder).

De les die we hier willen benadrukken is dat het niet voldoende is om alleen iets *toe te voegen*, in dit geval een 'nieuwe' werkwijze om meer of beter samen te beslissen. Het is niet zo dat een nieuwe manier van werken de oude manier automatisch vervangt, het is alleen een nieuwe manier erbij, zolang je de oude manier van werken niet afbouwt of *deïmplementeert*. Deze zorg ('weer iets nieuws erbij', 'welke nieuwe methodiek is het volgend jaar') kwam regelmatig naar voren in de gesprekken die we voerden in dit onderzoek en is belangrijk om serieus te nemen.



Bron: Drift for transition

7 lessen om richting te geven aan verandering

De 7 lessen op deze plaat geven de visie weer waarop wij kijken naar verandering. Je kunt deze zien als leidraad aan de hand waarvan een organisatie invulling kan geven aan de beweging.



Concrete tips voor verandering

Samen beslissen volledig integreren binnen de ggz en er naar tevredenheid van zowel cliënt als naaste als behandelaar invulling aan geven. Dat gaat niet vanzelf. Het vraagt een (cultuur)verandering die voor iedere organisatie anders verloopt, afhankelijk van de huidige situatie, de doelgroep, positieve en negatieve ervaringen met anders kijken naar samen beslissen, werkdruk en nog veel meer. We delen een aantal algemene tips die de basis leggen om stappen te zetten richting een structurele verandering:

- Zorg voor een gemeenschappelijk gevoel van urgentie;
- Haal inspiratie uit voorbeelden van binnen of buiten de organisatie;
- Benoemen van werkzame elementen;
- Zoeken van een 'coalition of the willing': begin daar waar enthousiasme en energie zit;
- Maak heldere en concrete afspraken over inbreng en verwachtingen;
- Betrek mensen die te maken krijgen met de verandering vanaf het begin;
- Maak een gezamenlijk helder plan;
- Start klein, denk groot: maak het bij de start zo klein als mogelijk om het vandaar uit verder uit te bouwen;
- Accepteer tijdelijkheid (zolang er maar permanente lessen uit komen);
- Overtuig je van een gedeelde visie;
- Zorg voor bestuurlijk draagvlak;
- Zorg voor speelruimte om te kunnen experimenteren;
- Heb oog voor ieders belangen, ook de onuitgesproken;
- Hou het gezamenlijke doel scherp in het vizier;
- Ga op zoek naar de vernieuwing, daar zit de energie;
- Inspireer;
- Vier successen;
- Schaal op wat werkt.

A ball of yellow yarn is positioned on the right side of the image. It has a sunburst effect with several thin, grey, hand-drawn lines radiating outwards from the top and sides. Below the ball, there are three horizontal grey lines, suggesting a shadow or a base.

REFLECTIE EN CONCLUSIE



Reflectie en conclusie

In de gesprekken en focusgroepen merken we dat er veel betrokkenheid is bij het thema samen beslissen. Zowel bij behandelaren als bij cliënten is er de bereidwilligheid en energie om samen beslissen verder te brengen in de praktijk. Zoals meermaals aangehaald in deze rapportage is er dan ook geen gebrek aan hulpmiddelen, zoals instrumenten en standaarden, die kunnen helpen om samen beslissen toe te passen. Toch weet nog lang niet iedereen deze hulpmiddelen te vinden of te gebruiken. Mogelijkerwijs zorgt het grote aanbod aan hulpmiddelen ervoor dat behandelaren het lastig vinden om een keuze te maken op welke manier ze samen beslissen (meer) in hun werk kunnen integreren.

Op basis van dit onderzoek concluderen wij dat er niet vanuit één dimensie naar samen beslissen kan worden gekeken. Samen beslissen bestaat uit een veelvoud aan elementen die bij elkaar komen. Deze elementen zitten onder andere verweven in randvoorwaarden, instrumenten en werkwijzen die samen beslissen en het verder brengen van deze beweging kunnen faciliteren en versterken. Wij hebben uiteindelijk een zestal voorbeelden uitgewerkt die binnen verschillende dimensies passen (onderzoeksvraag a). Dit zijn de voorbeelden die het sterkst naar voren kwamen in de focusgroepen en gesprekken die we gevoerd hebben, en waarvan we verwachten dat deze inspirerend en breed toepasbaar zijn. Wellicht dat de selectie aan voorbeelden de stap om een keuze te maken kan vergemakkelijken.

Niet alle voorbeelden zijn eenvoudig toepasbaar voor alle typen organisaties. Zo kan gebrek aan (technisch ondersteunende) capaciteit of middelen vrijgevestigden en kleine praktijken belemmeren om een compleet nieuwe werkwijze te adopteren. Anderzijds kan een bestaande ICT-infrastructuur juist voor grote organisaties een belemmering vormen om bijvoorbeeld een nieuwe manier van evalueren te implementeren. In dit rapport is een combinatie te vinden van benodigde randvoorwaarden, goede voorbeelden, ondersteunende theorieën en concrete tips voor het op gang brengen en houden van een verandering (onderzoeksvraag b). Ook de checklists voor behandelaren en voor organisaties zijn te zien als rode draden voor het verder brengen van samen beslissen. We verwachten dat er daarmee voor de diverse professionals en organisaties die de ggz rijk is bruikbare handvatten tussen zitten.

The background features a large, tangled mass of colorful ropes (red, yellow, and teal) on the left side. On the right side, there is a ball of yellow rope with several thin, grey lines radiating from it, resembling a sun or a lightbulb. Below the ball of rope are three horizontal grey lines. The bottom right corner of the page is a solid orange triangle.

BIJLAGEN

A. RESPONDENTEN

Bijlage A - Respondenten

- 5 cliënten uit werkgroep MIND.
- Twee interviews met behandelaren werkzaam als vrijgevestigde.
- Onderzoeker werkzaam bij GGZ Breburg.
- Adviseur werkzaam bij Dimence.
- Onderzoeker en projectleider werkzaam bij GGZ Noord-Holland.
- Beleidsadviseur en behandelaar werkzaam bij GGZ Delfland.
- Projectcoördinator werkzaam bij Akwa GGZ.
- Teamleider werkzaam bij Mondriaan.
- Adviseur werkzaam bij Zorginstituut Nederland.