



Gezamenlijke besluitvorming in een  
langdurige behandeling  
Onderzoeksartikel SPV 2019

Jenny Koning  
Studentnummer 1732432  
jenny.koning@student.hu.nl  
Post HBO-Sociaal Psychiatrisch  
Verpleegkunde 6  
Module Afstudeerproject  
Docent Hilda van der Heyde  
Beoordelaar Roland van der  
Sande  
Versie 1  
6 maart 2019  
Aantal woorden 3985



## Samenvatting

**Inleiding:** In hoeverre hebben SPV-en kennis van, welke interventies passen zij toe en zijn zij zich bewust van het proces van gezamenlijke besluitvorming. Tevens komt aan de orde of dit proces invloed heeft op een langdurige behandeling (>3jaar). Het doel van dit artikel is SPV-en inzicht geven in gezamenlijke besluitvorming en interventies aan te reiken, gebaseerd op de beste keuze voor de individuele cliënt. SPV-en kunnen mogelijk daardoor de kwaliteit van zorg verbeteren.

**Methode:** Het artikel bestaat uit literatuur- en praktijkgericht onderzoek. Semigestructureerde interviews zijn gehouden onder vijf experts (waaronder drie sociaal psychiatrische verpleegkundigen) van GGZ Rivierduinen, poli Autisme Volwassenen te Leiden.

**Resultaten:** Gezamenlijke besluitvorming is een proces tussen behandelaar en cliënt waarin beslissingen worden genomen over gezondheids- en behandeldoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke- en ervaringskennis, waarden en wensen van de cliënt. Bewustzijn en kennis van het proces van gezamenlijke besluitvorming is aanwezig onder de experts van GGZ Rivierduinen. Interventies worden te weinig ingezet om de cliënt te betrekken in de behandeling op basis van gezamenlijke besluitvorming.

**Discussie:** Er lijkt een kloof te bestaan tussen wat de experts zeggen te weten over gezamenlijke besluitvorming en wat er daadwerkelijk gebeurt. Men is zich niet voldoende bewust van het feit dat gezamenlijke besluitvorming kan bijdragen aan het versterken van competenties van cliënten. Herstelgericht werken en perspectief bieden zal leiden tot meer eigen regie en een actievare cliënt. De cliënt met ASS presenteert zijn problemen op alle niveaus van het menselijk functioneren. Voor de SPV is onderkenning nodig van de onderlinge beïnvloeding van vier niveaus van het menselijk functioneren: lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk niveau.

**Conclusie:** Kennis en bewustzijn van gezamenlijke besluitvorming in een langdurige behandeling is aanwezig onder de SPV-en. Interventies die nodig zijn om de cliënt actief mee te laten denken in een langdurige behandeling worden te weinig ingezet. Cliëntgerichte gespreksvaardigheden en samenwerking met de ketenpartners zien de SPV-en niet als essentiële interventies in het proces van gezamenlijke besluitvorming, terwijl dit in de literatuur wel wordt benoemd. Ze zien gezamenlijke besluitvorming als een mogelijkheid om de wachtlijstproblematiek aan te pakken en vinden dat dit in het verleden te weinig actief is gedaan. Door de cultuur- en attitudeverandering die nu op de poli is ingezet, zijn de SPV-en gemotiveerd om herstelgericht te werken en de weerstand bij de cliënt die langdurig in zorg is bespreekbaar te maken op basis van gezamenlijke besluitvorming.

**Aanbevelingen:** Bij aanvang van een behandeling op de poli Autisme duidelijkheid geven over een behandeling, voldoende informeren, gezamenlijk doelen opstellen en verwachtingen uitspreken. Het is belangrijk om te communiceren over de eindigheid van een behandeling. Aanbod van scholing aan het multidisciplinaire team Autisme op het gebied van cliëntgerichte besluitvorming om de samenwerking in een behandeling te bevorderen dient gefaciliteerd te worden door GGZ Rivierduinen. Onderdeel van deze scholing zou kunnen zijn motiverende gespreksvoering, zodat de weerstand die de cliënt (die langdurig in zorg is) heeft, besproken kan worden. Deskundigheidsbevordering door de SPV op het gebied van ASS kan aangeboden worden aan de ketenpartners.

## Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg is in beweging. GGZ Rivierduinen Leiden hanteert herstel als leidend principe en speelt hiermee in op kracht en herstelvermogen van cliënten. Er wordt nadruk gelegd op behoud van zelfredzaamheid en eigen regie. Gedurende de behandeling bespreken behandelaar en cliënt op basis van gezamenlijke besluitvorming het proces van behandelen (Kwaliteitsstatuut, 2018). Poli Autisme te Leiden biedt specialistische zorg aan volwassenen (normaal tot hoog IQ) met een autismespectrumstoornis (ASS) en comorbiditeit. Binnen deze poli is zichtbaar geworden dat cliënten langdurig in behandeling zijn; langer dan de maximale behandelduur van drie jaar. Het blijkt dat binnen deze groep cliënten het merendeel niet op de hoogte is van de stand van zaken in het behandelproces. Volgens Koekkoek (2011) mist langdurige behandeling nogal eens doel, richting en structuur. Het contact tussen de cliënt en behandelaar is voor beide partijen een vanzelfsprekendheid geworden. Hij pleit voor vroegtijdig nadenken over en samen bespreken van voortzetten van een behandeling.

Dit artikel gaat over welke functie de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) kan hebben in het proces van gezamenlijke besluitvorming. Aanleiding is een visiemiddag binnen het team GGZ Rivierduinen poli Autisme Volwassenen te Leiden waarin gesproken is over efficiënte en doelgerichte behandeling en daarmee het aanbieden van kwalitatief goede zorg. Kwaliteit van zorg is onder meer methodisch werken en gezamenlijke besluitvorming (Derks, Padt van der, & Boon, 2014). Gezamenlijke besluitvorming is een manier van werken waarbij de zorgverlener binnen de behandeling samen met de cliënt tot beslissingen komt die het beste passen bij die cliënt, onder meer door wederzijdse informatie-uitwisseling, inzet van keuzehulp en een specifieke manier van communiceren. Gezamenlijke besluitvorming kan cliënten helpen bij het begrijpen en zelf managen van hun aandoening. Dit vraagt om een actievere rol van de cliënt (Stimulansz, 2018).

Nederland telt ongeveer 160.000 volwassen GGZ-clieënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) (Trimbos Instituut, 2016). Dertig procent heeft een ASS (Delespaul, 2013). ASS is een aangeboren stoornis in de hersenen, die beperkingen in sociale situaties en communicatie met zich meebrengt. ASS heeft invloed op het persoonlijk en maatschappelijk functioneren (Schuurman, Blijd-Hoogeweys, & Gevers, 2013). Een klein percentage volwassenen met ASS slaagt erin zich sociaal aan te passen. Het merendeel blijft echter aangewezen op zorg, begeleiding en bescherming (Vuijk, 2012). Volgens Kan, Geurts en Sizoo (2013) is ASS een chronische aandoening. In een psychosociale begeleiding, die gericht is op ondersteuning op verschillende levensgebieden, is een belangrijke taak weggelegd voor de SPV (Vuijk, 2012).

De SPV baseert haar verpleegkundige interventies in behandeling en klinische besluitvorming zoveel mogelijk op de informatie van de cliënt, zijn sociaal netwerk en de mogelijkheden die in de context aanwezig zijn. In een gezamenlijke zoektocht met de cliënt en zijn netwerk worden deze gestimuleerd om de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden op te pakken (Derks, et al, 2014). Informeren en uitleggen, passend bij de cognitieve vermogens van de cliënt met ASS, is nodig. Van belang is het aanpassen van communicatiestijl, het bieden van visuele ondersteuning, zorgen voor samenhang en aanpassen van het tempo (Schuurman et al, 2013). Hierin ligt een actieve rol voor de behandelaar om de cliënt met ASS te betrekken in zijn behandelproces. Romme (1981) kijkt naar vier verschillende niveaus van functioneren (lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk) en zegt dat er een wisselwerking is tussen deze niveaus.

Vanuit cliëntperspectief is er sprake van onvoldoende gezamenlijke besluitvorming. Er wordt opgekeken tegen een hulpverlener. De onzekerheid over de aandoening maakt dat cliënten niet kunnen meebeslissen over hun behandeling met als gevolg passief en volgend gedrag. Alleen overbrengen van informatie is onvoldoende om gezamenlijke besluitvorming mogelijk te maken. Er is actie nodig om de attitudes van zowel cliënt als hulpverlener te veranderen

(Joseph-Williams, Edwards, & Elwyn, 2014). Volgens Metz, Biemans, Kessels & Van der Feltz-Cornelis (2015) leent gezamenlijke besluitvorming zich uitstekend om cliënten een actieve rol te laten spelen. Uit Zweeds onderzoek onder psychiatrische cliënten bleek echter dat het voor hen een strijd was als gelijkwaardige gesprekspartner gezien te worden (Jönsson, Schön, Rosenberg, Sandlund en Svenberg, 2015). Stiggelbouta, Pieterse en de Haes (2015) concluderen dat gezamenlijke besluitvorming in de gezondheidszorg in beperkte mate wordt gebruikt door hulpverleners. Zowel kennis als bewustzijn moeten ontwikkeld worden. Dit wordt bevestigd door Metz (2018). Zij is van mening dat zowel behandelaren als cliënten ondersteund moeten worden in hun rol tijdens gezamenlijke besluitvorming.

In dit artikel wordt antwoord gegeven op de **vraag** in hoeverre SPV-en kennis hebben van, welke interventies zij toepassen en zich bewust zijn van het proces van gezamenlijke besluitvorming. Tevens komt aan de orde of dit proces invloed heeft op langdurige behandelingen (>3jaar). Het **doel** van dit artikel is SPV-en inzicht geven in gezamenlijke besluitvorming en interventies aan te reiken gebaseerd op de beste keuze voor de individuele cliënt. SPV-en kunnen mogelijk daardoor de kwaliteit van zorg verbeteren.

## **Methode**

Door middel van literatuur- en praktijkgericht onderzoek is data verzameld om de vraagstelling te beantwoorden. In Pubmed en Research Gate is in combinatie gezocht met de volgende Engelse zoektermen: shared decision making, community psychiatric nurse, treatment en autism. Door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode is verder gezocht. Er zijn 33 artikelen gevonden, de abstracts gelezen en beoordeeld op bruikbaarheid, de bronvermelding zijn bekeken. Op deze manier zijn negen bruikbare en relevante artikelen verkregen. Verder zijn er gegevens gebruikt uit zorgstandaarden, richtlijnen, generieke modules van zorg- en onderzoeksinstituten zoals GGZ Nederland en Trimbos Instituut. Exclusiecriteria zijn gebaseerd op bronnen ouder dan vijf jaar en kinderen (children). Daarnaast is gebruik gemaakt van GGZ Rivierduinen Intranet. Verder zijn er zes actuele boeken geselecteerd van gerenommeerde auteurs die deskundig zijn op hun vakgebied en op de onderwerpen gezamenlijke besluitvorming, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en ASS.

De gegevens die met praktijkonderzoek zijn verkregen, zijn verzameld met behulp van semigestructureerde interviews met drie SPV-en, een psychotherapeut en het hoofd behandelzaken van de poli ASS volwassenen te Leiden. Aan de experts is toestemming gevraagd en gekregen om de gegevens te gebruiken voor het artikel. Gevraagd is om de resultaten terug te lezen, maar geen van de experts vond dit nodig. De interviewvragen zijn samengesteld met topics (definitie gezamenlijke besluitvorming, competenties die nodig zijn voor proces van gezamenlijke besluitvorming voor zowel de behandelaar als voor de cliënt, de effecten en wat gezamenlijke besluitvorming oplevert voor zowel de behandelaar als de cliënt) uit de literatuurstudie, waardoor de theorie aan de praktijk wordt getoetst. De interviews zijn geanalyseerd door middel van 'open coderen' (Verhoeven, 2014).

Om antwoord te krijgen op de vraag in dit artikel wordt er gebruik gemaakt van het model van Romme ( Romme, Kraan, & Rotteveel, 1981). Romme spreekt van systematische analyse van vier niveaus van menselijk functioneren namelijk op lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk.

# Resultaten

Literatuuronderzoek

## Wat is gezamenlijke besluitvorming?

Volgens Elwyn et al. (2012) houdt gezamenlijke besluitvorming in dat behandelaar en cliënt in een gezamenlijk proces beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis en ervaringskennis, waarden en wensen van de cliënt. Op deze manier wordt recht gedaan aan de kennis van de behandelaar en het recht van de cliënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties. De meeste cliënten (70%) willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke beslissingen in hun behandeling. De relatie tussen behandelaar en cliënt en de kwaliteit van leven verbetert als iemand actief wordt betrokken in een beslissing (Staveren Van, 2011). Gezamenlijke besluitvorming is de noemer voor een continueproces waarin behandelaar en cliënt (vaak met een naaste) gezamenlijke beslissingen nemen in alle fasen van de zorg. De achterliggende gedachte is dat de cliënt zijn wensen en voorkeuren kenbaar moet (kunnen) maken, waarna de behandelaar hem moet helpen om op basis hiervan de juiste keuzes te maken in diagnostiek en behandeling (Struijs & Jongsma, 2013).

Deze vraag- en cliëntgerichte zorg vond ongeveer twintig jaar geleden ingang in de langdurige zorg. Het concept van gezamenlijke besluitvorming ontwikkelde zich verder en beleidsmakers raakten geïnteresseerd. Aanbodgericht werken was niet langer de norm, wél de vraag van de cliënt als uitgangspunt in de hulpverlening voor het individu. De cliënt als partner in de besluitvorming betrekken sluit aan bij het streven van de Nederlandse overheid naar een grotere regierol en meer eigen verantwoordelijkheid van de cliënt (Struijs & Jongsma, 2013). Ook Stiggelbout, Pieterse en de Haes (2015) zeggen dat gezamenlijke besluitvorming in toenemende mate de norm wordt in de westerse gezondheidszorg. Ze concluderen dat gezamenlijke besluitvorming algemeen erkend zou moeten zijn onder de medisch-ethische principes; respect voor autonomie, weldoen, geen schade toebrengen en rechtvaardigheid.

GGZ Nederland en Ministerie van VWS (2014) constateren dat er binnen de GGZ in de laatste decennia op gebied van gezamenlijke besluitvorming veel veranderd en verbeterd is. Het uitgangspunt is de GGZ meer transparant te maken en de cliënt in de regierol te plaatsen. In de achtergrondnotitie van GGZ Nederland (2015) staat dat gezamenlijke besluitvorming essentieel is voor zelfregie en zelfmanagement; het levert hogere cliënttevredenheid op en betere kwaliteit van leven. In het Kwaliteitsstatuut van GGZ Rivierduinen (2018) staat dat er tussen cliënt en regiebehandelaar een keuze in de behandeling wordt gemaakt op basis van 'shared decision making'. Ook evalueert de regiebehandelaar periodiek en tijdig met cliënt en eventuele naasten. De beslijs-hulp (intranet GGZ Rivierduinen, 2018) die binnen GGZ Rivierduinen bestaat geeft de behandelaar een handleiding om het behandelproces op basis van gezamenlijke besluitvorming adequaat te laten verlopen.

Het proces van gezamenlijke besluitvorming vraagt bepaalde **competenties** van behandelaren (waaronder SPV-en) in de GGZ. Vooral voor de EPA doelgroep is het van belang de eigen regie expliciet te stimuleren en te verbeteren. Veel mensen met EPA hebben door de aandoening zelf en omstandigheden die daarmee samengaan hun eigen regie in het leven zien afnemen. De behandelaar moet nadrukkelijk aangeven dat de cliënt zelf bepaalt wat de doelen zijn. Onrealistische doelen worden besproken en beoordeeld op hun haalbaarheid. De behandelaar denkt in de eerste stappen naar een dergelijk doel zoveel mogelijk mee ("GGZ Standaarden", 2014). Volgens Woltmann en Whitley (2010) kijken cliënten uit de EPA doelgroep 'anders' tegen het begrip gezamenlijke besluitvorming aan: het recht op autonomie en de relatie met de behandelaar bleek belangrijker te zijn dan informatie vergaren en alternatieven in de behandeling bespreken.

Het proces van gezamenlijke besluitvorming vraagt van behandelaren dat ze cliënten kunnen stimuleren en ondersteunen, zodat deze zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Ervaringskennis moet serieus genomen worden. Van de behandelaar wordt naast medische kennis ook mensenkennis en betrokkenheid gevraagd. Voor optimale zorg aan cliënten met comorbiditeit, is bovendien van belang dat hulpverleners samenwerken, goed kunnen communiceren met de cliënt en zijn naasten én in staat zijn zorg te coördineren (Struijs & Jongsma, 2013). Van Staveren (2011) benoemt dat cliëntgerichte gespreksvaardigheden nodig zijn bij gezamenlijke besluitvorming. Cliëntgericht communiceren houdt in actief luisteren, elkaar informeren en samen een behandelplan opstellen. Het is op een natuurlijke manier de cliënt gidsen. Soms ben je als behandelaar de expert, soms de adviseur. Dit is afhankelijk van moment en omstandigheden. Met cliëntgericht communiceren kun je omgaan met moeilijke situaties als weerstand, heftige emoties en lastige interactiepatronen. In “GGZ Standaarden” (2018) wordt gesproken over een basishouding in de samenwerking met cliënten: hoopvolle bejegening, actief, structurerend en betrokken coachen. Dit is onderdeel van gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om capaciteiten van **cliënten**.

Zij hebben autonomie nodig om hun leven vorm te geven. Het vraagt van hen openheid, een zeker zelfsturend vermogen. Niet iedere cliënt zal in staat zijn na te denken over zijn eigen behandeling. Chronische aandoeningen, zoals ASS, vragen een langdurige inspanning van de cliënt. Vaak hebben ze meerdere hulpverleners. De cliënt moet dan met meerdere mensen tot besluiten komen. Het is niet vanzelfsprekend dat deze allen op één lijn zitten. Voor de cliënt is dit complex (Struijs en Jongsma, 2013).

Ook Oskam (2015) erkent dat het proces van gezamenlijke besluitvorming een forse inzet van cliënten vraagt. Er moet informatie worden gezocht en begrepen, er moet worden meegedacht over beslissingen van de eigen behandeling, juist op een moment dat kracht en concentratie minder zijn. Volgens Vuijk (2012) is het nodig cliënten met ASS samen met zijn omgeving te ondersteunen in het vinden van gezamenlijke interventies. Hij zegt dat hier een belangrijke taak voor de SPV is weggelegd en noemt informerende en begeleidende psycho-educatie, oplossingsgerichte gespreksvoering en zorgcoördinatie als mogelijke interventies.

Metz (2018) zegt dat gezamenlijke besluitvorming een positief effect heeft op beter geïnformeerde cliënten, meer betrokkenheid van cliënten, een hogere cliënttevredenheid, het beter opvolgen van behandelafspraken. Uiteindelijk zijn de behandeluitkomsten ook beter. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg met verschillende patiëntgroepen, waaronder mensen met persoonlijkheidsstoornissen en psychosen, allen langdurig in zorg, wat kan leiden tot hospitalisatie en een passieve rol. Maar ook positieve invloed op de werkrelatie en de gedeelde beslissingen. Metz concludeert dat samen beslissen in de GGZ nog niet breed wordt toegepast; er is nog veel te verbeteren. Zij ziet een kloof tussen onderzoeksresultaten en de dagelijkse praktijk. Zij is van mening dat zowel behandelaren als cliënten ondersteund moeten worden in hun rol tijdens gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming dient integraal te zijn en heeft niet alleen betrekking op klinisch herstel (het verminderen van ziekteverschijnselen), maar ook op persoonlijk herstel (het weer kunnen leven van een zinvol ervaren bestaan) en maatschappelijk herstel (meedoen en een bijdrage leveren) (Kwaliteitsstatuut, 2018).

Om cliëntgerichte besluitvorming te bereiken kan het nuttig zijn medewerkers op te leiden en te ondersteunen met structuren die helpen gezamenlijke besluitvorming samen met de cliënt aan te gaan. Dit zou positief werken in de samenwerking en de bejegening met zowel de cliënt als met collega's. Men zou meer risico durven nemen in een behandeling (Barnicot et al, 2017).

### **De visie op gezamenlijke besluitvorming volgens de experts.**

Eén SPV en de psychotherapeut vinden het vooral een proces is dat zich afspeelt binnen het multidisciplinaire team, omdat daar de besluiten over een behandeling genomen worden. De cliënt heeft volgens deze visie als laatste invloed op een beslissing. De anderen (twee SPV-en en hoofd behandelingen) zeggen dat het methodisch werken is waarin je gezamenlijk met de cliënt werkt aan zijn behandeling. Doelgerichtheid en cliënttevredenheid worden genoemd als uitgangspunten. Twee SPV-en vinden dat gezamenlijke besluitvorming gaat om kwaliteit van zorg en dat de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert wanneer deze wordt betrokken in zijn eigen behandeling. Eén SPV noemt het woord commitment, wat je moet hebben in de behandeling omdat je anders niet kan werken aan gezamenlijke doelen. Allen zijn zich ervan bewust dat gezamenlijk methodisch aan doelen werken er voor zorgt dat een behandeling effectief kan zijn. Allen erkennen dat er weinig methodisch met gezamenlijke besluitvorming gewerkt wordt. Ze vinden allemaal dat het beter kan. Eén SPV en psychotherapeut zeggen dat behandelaren te passief waren in het verleden. Iedereen is het er over eens dat het netwerk van de cliënt betrokken moet worden door middel van gezamenlijke besluitvorming.

### **Welke competenties hebben SPV-en nodig?**

In een langdurige behandeling is een actieve rol weggelegd voor de SPV. Eén SPV vindt dat dit op de poli Autisme niet anders is dan op een andere afdeling. Kennis van psychiatrie, waaronder ASS, is nodig om de cliënt te ondersteunen in het proces van gezamenlijke besluitvorming. De behandelaar zal moeite moeten doen aan te sluiten en de communicatie moeten aanpassen aan de persoon met ASS. De behandelaren zien het proces van gezamenlijke besluitvorming als een stimulans om meer doorstroom te bewerkstelligen op de poli Autisme. Men is gemotiveerd de lange wachttijden en de langzame doorstroom aan te pakken en ziet gezamenlijke besluitvorming als een mogelijkheid. Ze erkennen dat dit in het verleden te weinig is gedaan. Twee behandelaren zeggen dat er een cultuur- en attitudeverandering moet plaatsvinden die langzaam door de nieuwe manager in gang wordt gezet. Nu GGZ Rivierduinen de eigen regie van cliënten en herstelgerichtheid als leidende principes hanteert, is er voor cliënten die langdurig (>3Jaar) in zorg zijn op de poli (voorheen Centrum Autisme) extra uitleg nodig, veel en herhaaldelijk informeren om de weerstand te overwinnen die de cliënt met ASS en zijn netwerk tegen door- en uitstroom naar ketenpartners hebben.

Het hoofd behandelingen vindt kennis van behandelmethodes en richtlijnen nodig om juiste interventies te bieden. Allen vinden het vermogen tot reflectie een voorwaarde om gezamenlijk met een cliënt in een behandeling te werken. De volgende vaardigheden zijn volgens de experts nodig: uitleggen, informeren, overzicht geven, het netwerk van de cliënt betrekken, de regie voeren, soms taken overnemen en communicatieve vaardigheden. Wat betreft houdingsaspecten: in een gezamenlijke behandeling vindt iedereen dat je moet kunnen aansluiten, kritisch moet zijn, je de cliënt en zijn netwerk moet kunnen motiveren en dat je actief moet zijn. Eén SPV zegt dat je eerlijk moet zijn over de eindigheid van een behandeling en dat je verwachtingen moet uitspreken om de cliënt mee te krijgen in gezamenlijke behandeldoelen. Transparant en eerlijk zijn vinden twee experts belangrijk.

Op de vraag of **cliënten** ook **competenties** nodig hebben antwoorden de experts dat de persoon met ASS een niet te laag IQ moet hebben en moet kunnen reflecteren. Verder worden flexibiliteit, motivatie en zelfstandigheid genoemd. Eén SPV zegt dat de cliënt gewoon zichzelf kan zijn, maar dat de behandelaar zich moet aanpassen.

De experts geven aan dat cliënten met ASS om een andere, meer gestuurde, concrete en duidelijke benadering vragen dan bijvoorbeeld cliënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Wanneer er gezamenlijk behandeldoelen worden opgesteld is het helpend als er een steunsysteem betrokken is bij de cliënt.

Over een aantal zaken zijn de experts het eens. Gezamenlijke besluitvorming leidt tot meer inzicht in de behandeling, meer effectiviteit, kortere en meer resultaatgerichte behandelingen. Het hoofd behandelaars en één SPV zeggen dat er minder langdurige behandelingen zullen zijn, minder gekabbel en snellere verwijzing naar ketenpartners. Eén SPV zegt dat de cliënt minder afhankelijk zal zijn van de hulpverlener. De psychotherapeut zegt dat er door gezamenlijke besluitvorming meer interactie en discussie zal zijn tussen behandelaar en cliënt. Andere experts spreken van meer actie en doelgerichtheid in een behandeling. Als behandelaars de cliënt meer betrekken in het behandelproces zullen er volgens twee experts meer behandelcontracten worden besproken in het MDO met als resultaat een andere werkwijze in de lopende behandeling of afsluiten van die behandeling.

### **Interventies**

Doelgericht werken, regelmatig evalueren en het aanpassen van de doelen wordt door alle experts gezien als een belangrijke interventie om het gesprek tussen behandelaar en cliënt structureel te laten verlopen. Ook het netwerk systematisch betrekken in de begeleiding bij de cliënt met ASS wordt een voorwaarde genoemd. Het expliciet uitleggen, informeren en de verschillende alternatieven in de behandeling duidelijk maken is nodig bij deze cliëntengroep. Aan het begin uitleg geven over de behandeling, het verloop en de eindigheid daarvan wordt belangrijk gevonden om cliënten actief mee te laten denken over hun eigen behandeling, waarmee een beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid en het verstevigen van de eigen regie wordt door één SPV belangrijk gevonden. Volgens alle experts is het bewust maken van een realistische behandelduur en het aanreiken van alternatieven in de eerste lijn een taak van de behandelaar. De samenwerking met de FACT teams zou geïntensiveerd mogen worden. De kennis over ASS bij FACT laat volgens de experts soms te wensen over, hoewel ze wel een positieve ontwikkeling zien.

### **Discussie**

Uit zowel de literatuur als de uitkomsten van de interviews blijkt dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot inzicht in een behandeling, deze effectiever wordt en meer resultaatgericht is. In een langdurige behandeling moet de SPV zich actief opstellen om de cliënt te activeren in het besluit- en keuzeprocess. In de praktijk lijkt men zich hier bewust van te zijn, maar er worden onvoldoende interventies ingezet om de cliënt volledig te betrekken bij zijn behandelproces. Dit blijkt uit lange behandelcontacten (>3 jaar) binnen de poli, waarin de cliënt merendeel niet op de hoogte is van zijn behandelplan. Er lijkt een kloof te zijn tussen wat de experts zeggen te weten over gezamenlijke besluitvorming en wat er daadwerkelijk gebeurt.

Samenwerking binnen het multidisciplinaire team alsook met ketenpartners worden door de experts wel benoemd als factor die van invloed kan zijn in een langdurige behandeling, maar de alternatieven voor de cliënt worden niet op basis van gezamenlijke besluitvorming met hem of haar besproken. Omdat er vaak meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de cliënt met ASS is samenwerken volgens de literatuur echter een voorwaarde.

De SPV richt zich op het herstellvermogen van de cliënt. Niet alleen op klinisch herstel, maar op de vier niveaus van het menselijk functioneren: lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk.

Uit de interviews blijkt dat er aandacht is voor de individuele cliënt en zijn netwerk, maar men zich onvoldoende bewust is van het feit dat gezamenlijke besluitvorming kan bijdragen aan het versterken van competenties van cliënten, wat zal leiden tot meer eigen regie en een actievare cliënt. Daarmee zou er ingezet worden op persoonlijke en maatschappelijk herstel. Dit zal de uitstroom binnen de poli bevorderen en wachtlijsten verkorten.



De sterke kant van het onderzoek is dat gezamenlijke besluitvorming vanuit verschillende kanten wordt bekeken; vanuit de literatuur én de experts, waaronder drie SPV-en die betrokken zijn bij cliënten met ASS in een langdurige behandeling. Tevens is het onderzoek benaderd vanuit het SPV expertisegebied. Het onderzoek heeft een praktijkprobleem voor het voetlicht gebracht en deze zowel op cliënt-, team- en organisatieniveau belicht. De lange wachtlijsten, een maatschappelijk probleem, is terzijde aangestipt.

Over het onderwerp gezamenlijke besluitvorming is veel literatuur te vinden. Echter is er weinig literatuur te vinden die specifiek gaat over gezamenlijke besluitvorming bij volwassen cliënten met ASS of langdurige behandelingen. Er is daarom wel naar de EPA doelgroep en comorbiditeit richtlijnen gezocht en gebruikt.

## **Conclusie**

Kennis van gezamenlijke besluitvorming in een langdurige behandeling is aanwezig onder de SPV-en. Uit de antwoorden blijkt dat de SPV-en zich bewust zijn van interventies die nodig zijn om de cliënt op basis van gezamenlijke besluitvorming actief mee te laten denken in zijn behandeling. Ze erkennen dat methodisch en gezamenlijk aan doelen werken te weinig wordt gedaan. Ze zien gezamenlijke besluitvorming als een mogelijkheid om de wachtlijstproblematiek aan te pakken en vinden dat dit in het verleden te weinig actief is gedaan. SPV-en vinden gezamenlijke besluitvorming belangrijk en denken dat het effectief kan zijn in een langdurige behandeling. Ze zijn zich er van bewust dat de cliënt met ASS op dit moment te weinig wordt betrokken in zijn behandelproces en dat dit verbeterd moet worden. Deze cliënten hebben extra uitleg nodig. Ze moeten veel en herhaaldelijk geïnformeerd worden om de weerstand te overwinnen die de cliënt met ASS en zijn netwerk tegen door- en uitstroom naar ketenpartners hebben. Door de cultuur- en attitudeverandering die nu ingezet is op de poli, zijn de SPV-en gemotiveerd om herstelgericht te werken en de weerstand bij de cliënt die langdurig in zorg is bespreekbaar te maken op basis van gezamenlijke besluitvorming. Volgens de literatuur zijn cliëntgerichte gespreksvaardigheden nodig bij gezamenlijke besluitvorming. Deze interventie wordt niet als zodanig genoemd door de experts. De samenwerking met zowel de interne als de externe ketenpartners worden door de SPV-en niet als essentiële factor gezien in het proces van gezamenlijke besluitvorming, terwijl dit in de literatuur wel wordt benoemd als belangrijke interventie om de cliënt met ASS te ondersteunen en actief te betrekken in zijn behandeling.

## **Aanbeveling**

De SPV kan bij aanvang van een behandeling op de poli Autisme duidelijkheid geven over een behandeling, voldoende informeren, gezamenlijk doelen opstellen en verwachtingen uitspreken. Duidelijkheid geven over de eindigheid van een behandeling is belangrijk.

Scholing aan het multidisciplinaire team van poli autisme op het gebied van cliëntgerichte besluitvorming om de samenwerking in een behandeling te bevorderen dient door GGZ Rivierduinen gefaciliteerd te worden. Daarmee worden de competenties van de behandelaren vergroot, zodat de cliënt actief wordt betrokken en kan meedenken over zijn behandelproces. Motiverende gespreksvoering zou onderdeel van deze scholing kunnen zijn, zodat de weerstand die de cliënt heeft (die langdurig in zorg is) besproken kan worden. Aandacht voor de eigen regie en werkrelatie is nodig in een langdurige behandeling.

De SPV heeft als taak deskundigheidsbevordering. Consultatie en kennisverbreding door de SPV kan ingezet worden op het gebied van ASS en aangeboden worden aan de ketenpartners. Daardoor zou indirect de samenwerking met deze ketenpartners (waaronder FACT) verbeterd kunnen worden en de doorstroom bevorderd kunnen worden. De kwaliteit van zorg wordt daarmee mogelijk vergroot.

## Literatuurlijst

- Barnicot, K., Insua-Summerhayes, B., Plummer, E., Hart, A., Barker, C., & Priebe, S. (2017). Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 473–483. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1338-4>
- Delespaul, P. H. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *tijdschrift voor psychiatrie*, 55(6), 427–438.
- Derks, J., Van Der Padt, I., & Boon, J. (2014). *expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. Geraadpleegd van <http://www.venvn-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/spv-expertisegebied2014.pdf>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. Geraadpleegd van <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-012-2077-6>
- GGZ Nederland. (2015). Geraadpleegd op 9 februari 2019, van <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Agenda%20GGZ%20-%20achtergrondnotitie>
- GGZ Nederland, & Ministerie van VWS. (2014). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Geraadpleegd van <http://www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017/>
- GGZ Rivierduinen. (2018). *Kwaliteitsstatuut*. Geraadpleegd van [https://www.rivierduinen.nl/~/\\_media/\\_ggz%20rivierduinen/clienten/kwaliteitsstatuut.as hx?la=nl-nl](https://www.rivierduinen.nl/~/_media/_ggz%20rivierduinen/clienten/kwaliteitsstatuut.as hx?la=nl-nl)
- GGZ Standaarden. (2014). Geraadpleegd op 9 februari 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/inleiding/algemeen/ernstige-psychische-aandoeningen>
- GGZ Standaarden. (2018). Geraadpleegd op 9 februari 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/preview>
- Joseph-williams, N., Edwards, A., & Elwyn, G. (2014). power imbalance prevents shared decision making. *journal of BMJ*, 348.
- Jönsson, D., Schön, U. K., Rosenberg, D., Sandlund, M., & Svedberg, P. (2015, november). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(9), 688–97.
- Koekkoek, B. (2011). *praktijkboek sociaal psychiatrische begeleiding*. Amsterdam, Nederland: Bohn.
- Metz, M. (2018). *Shared decision making in mental health care: the added value for patients and clinicians*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/samenwerking-patient-behandelaar-in-ggz-nog-veel-te-verbeteren->
- Metz, M., Biemans, H., Kessels, E., & Van der Feltz-Cornelis, C. (2015). Gebruik van Routine Outcome Monitoring bij Shared Decision Making. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 13(5). Geraadpleegd van <https://mijn.bsl.nl/gebruik-van-routine-outcome-monitoring-bij-shared-decision-makin/6649254>

- Oskam, J. (2015). *Zo gaan we het doen!*. Amsterdam, Nederland: Schuyt.
- Romme, M., Kraan, H., & Rotteveel, R. (1981). *Wat is sociale psychiatrie? Een inleiding*. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samson.
- Schuurman, C., Blijd-hoogewys, E., & Gevers, P. (2013). *behandeling van volwassenen met een autisme spectrum stoornis*. Amsterdam, Nederland: Hogrefe.
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *patiënt education ans counseling*, 98, 1172–1179.
- Struijs, A., & Jongasma, K. (2013). *Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt - normatieve achtergrond* (Centrum voor Ethiek en Gezondheid). Geraadpleegd van [https://ceg.nl/uploads/publicaties/Achtergrondstudie\\_Gezamenlijke\\_besluitvorming\\_zorgverlener\\_patient.pdf](https://ceg.nl/uploads/publicaties/Achtergrondstudie_Gezamenlijke_besluitvorming_zorgverlener_patient.pdf)
- Trimbos Instituut. (2016). *Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/97ad37ee-bffa-46e6-b55e-0a01c646ed51.pdf>
- Van der Kan, C., Geurts, H. M., & Sizoo, B. (2013). *multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van autisme spectrumstoornissen bij volwassenen..* Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Van der Padt, I., Derks, J., & Boon, S. (2017). *Psychische kwetsbaarheid: belicht vanuit sociaalpsychiatrisch perspectief*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Van Staveren, R. (2011, 26 oktober). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, Ned Tijdschr Geneeskd*. 2011;155:A3777(43). Geraadpleegd van <https://www.ntvg.nl/artikelen/gezamenlijke-besluitvorming-de-praktijk>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Vuijk, R. (2012, 1 oktober). De SPV in de hulpverlening aan volwassenen met autismespectrumstoornis. *Sociale Psychiatrie*, 32(102), 15–22.
- Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness.. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 29–36. <https://doi.org/10.2975/34.1.2010.29.36>