



Niet voor de cliënt, maar met de cliënt

*Onderzoek naar het toepassen van de
methode gedeelde besluitvorming in de
Welzijns-en Gezondheidszorg*

*Kwaliteit maak je niet alleen, kwaliteit moet je samen maken
-Bewoner van de Blinkert*

Afstudeeronderzoek bij het Leger des Heils, locatie de Blinkert
Lauren van der Wal & Annelien van den Brink
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening en Sociaal Pedagogisch Hulpverlening
Afstudeerbegeleider: Jan-Peter Stolte
Beoordelaar: Nathan Gorter
Mei, 2016



Colofon

Opdracht:	Plan van Aanpak	
Opdrachtgever:	Marianne Stal-Klapwijk (Frank van Vredendaal als ondersteunend opdrachtgever) Leger des Heils Locatie de Blinkert Zandvoortweg 211 te Baarn	
Auteurs:	Lauren van der Wal lhvdwal@student.che.nl	120532
	Annelien van den Brink jbvdbrink@student.che.nl	121378
Onderwijsinstelling:	Christelijke Hogeschool Ede Oude Kerkweg 100 6717 JS Ede	
Opleiding Academie:	Maatschappelijk werk en Dienstverlening Sociaal Pedagogische Hulpverlening	
Afstudeerbegeleider:	Jan-Peter Stolte	

© Christelijke Hogeschool Ede, mei, 2016. Alle rechten zijn voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Leger des Heils, Midden-Nederland. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op locatie de Blink7ert in Baarn. Hier wordt specialistische verpleeghuiszorg geboden voor cliënten die niet alleen lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben, maar die ook begeleiding nodig hebben op het gebied van verslaving, sociaal maatschappelijke problemen en/of psychiatrie (Leger des Heils, 2015). De hoofdvraag van het onderzoek luidt: 'Op welke wijze kan er volgens cliënten en hun begeleiders, op de woonafdeling van locatie de Blinkert, vanuit de methode gedeelde besluitvorming worden bijgedragen aan het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt?'

Het Leger des Heils houdt zich bezig met de implementatie van de methode gedeelde besluitvorming binnen de sector Verpleging & Verzorging in Midden-Nederland en gebruikt als vooronderzoek ons afstudeeronderzoek op locatie de Blinkert, waarin we beschrijven hoe de methode kan worden toegepast voor de specifieke doelgroep op de woonafdeling van locatie de Blinkert. Het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgtraject, is een doel van het Leger des Heils, Midden-Nederland die beschreven staat in hun ontwikkelplan van 2016. Er ontstonden verschillende vragen, zoals hoe de methode aansluit bij de doelgroep, wat bewoners vinden van hun eigen inspraak in hun zorgproces en hoe medewerkers denken de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten. Deze vragen beantwoorden wij in dit onderzoeksverslag.

De methode gedeelde besluitvorming wordt ook wel Shared Decision Making genoemd. Volgens Elwyn (2014) is het een methode waarin de professional samen met de cliënt keuzes maakt, gebruik makend van beschikbare informatie en bewijs, waarbij de cliënt wordt aangemoedigd om verschillende opties te overwegen. De rol van de professional hierin is om de cliënt goed te informeren, de cliënt te helpen bij het vormen van een persoonlijke voorkeur voor een behandeling en om de cliënt op een gepaste manier te ondersteunen. Volgens Elwyn kan de methode gedeelde besluitvorming worden toegepast op alle situaties waarbij er verschillende keuzemogelijkheden zijn. Uit de literatuur blijkt dat de methode gedeelde besluitvorming een positief effect heeft op de eigen regie van de cliënt. Het zorgt voor een grotere betrokkenheid van de cliënt, het geeft de cliënt de mogelijkheid om zijn eigen keuzes te maken, de cliënt heeft zelf inspraak in de keuzes en ervaart meer verantwoordelijkheid, er treedt een kennisgroei op bij de cliënten en ze ervaren minder twijfel over hun genomen beslissing.

In ons onderzoeksverslag hebben wij de methode gedeelde besluitvorming verder onderzocht door middel van literatuuronderzoek. We hebben gekeken naar hoe deze theorie toegepast wordt in de praktijk, waarbij we onder andere gebruik hebben gemaakt van expertinterviews. Door middel van half gestructureerde interviews met medewerkers en cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert, is gekeken naar de inspraak en de gedeelde besluitvorming in de verschillende onderdelen van het zorgproces van de cliënt (behandeling, verpleging en verzorging) en wat zou kunnen bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Een opvallende uitkomst van de interviews, was dat medewerkers het betrekken van de cliënt en zijn of haar wensen en voorkeuren zien als een succesfactor om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten in hun zorgproces, terwijl de meest benoemde gewenste veranderingen door cliënten gaan over het meer betrokken willen worden in hun zorgproces. Uit de analyse van de schaalvragen, is gebleken dat medewerkers en cliënten de samenwerking met betrekking tot gedeelde besluitvorming anders ervaren, de medewerkers ervaren het positiever dan de cliënten.

Door middel van de gegevens uit ons onderzoek, hebben wij aanbevelingen met betrekking tot het implementeren van gedeelde besluitvorming geschreven voor de woonafdeling van locatie de Blinkert. Daarnaast hebben wij een handleiding gemaakt, waarin beschreven staat hoe de methode toegepast kan worden in het zorgproces van de cliënten op de woonafdeling van locatie de Blinkert.

Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
Voorwoord	6
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Vraagstelling en richtinggevende onderzoeksvragen	9
1.3.1 Hoofdvraag	9
1.3.2 Deelvragen.....	9
1.4 Doelstellingen, doelgroep en resultaten	9
1.4.1 Doelstellingen.....	9
1.4.2 Doelgroep.....	10
1.4.3 Resultaten.....	10
1.5 Beschrijving en verantwoording van de onderzoeksmethoden	10
Hoofdstuk 2 Methode gedeelde besluitvorming.....	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Methode gedeelde besluitvorming.....	13
2.3 Definitie van gedeelde besluitvorming volgens verschillende auteurs.....	14
2.3.1 Charles en Whelan.....	14
2.3.2 Towle	14
2.3.3 Coulter.....	15
2.3.4 Elwyn	15
2.4 Gedeelde besluitvorming in Nederland	16
2.4.1 Remmers	16
2.4.2 Staveren.....	16
2.4.3 Stiggelbout.....	16
2.5 Gedeelde besluitvorming en eigen regie	17
2.6 Deelconclusie.....	18
Hoofdstuk 3 Gedeelde besluitvorming in de praktijk.....	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Macro niveau.....	20
3.2.1 De zorgsector.....	20
3.2.2 Wet cliëntenrechten zorg.....	20
3.2.3 Platform Gedeelde Besluitvorming	21
3.3 Toepassing van de methode gedeelde besluitvorming.....	21
3.3.1 SamenKeuzesMaken	21
3.3.2 Routine Outcome Monitoring	23
3.3.3 Gedeelde besluitvorming bij oudere patiënten met complexe problematiek.....	24
3.3.4 Dynamische Oordeelsvorming	26
3.4 Deelconclusie.....	27
Hoofdstuk 4 Inspraak in het zorgproces van de cliënt	29
4.1 Inleiding	29
4.2 De schaalvragen	29
4.3 Huidige situatie.....	30

4.4	Wat zouden cliënten anders willen zien?.....	32
4.5	Deelconclusie.....	34
Hoofdstuk 5	Vergroting eigen regie van de cliënt	36
5.1	Inleiding	36
5.2	De schaalvraag.....	36
5.3	Succesfactoren	37
5.4	Benodigdheden	38
5.5	Belemmeringen	39
5.6	Deelconclusie.....	40
Hoofdstuk 6	Conclusie	42
6.1	Inleiding	42
6.2	Conclusie	42
Hoofdstuk 7	Aanbevelingen	45
7.1	Inleiding	45
7.2	Aanbevelingen.....	45
Hoofdstuk 8	Discussie en Evaluatie.....	47
8.1	Discussie	47
8.2	Evaluatie	47
8.2.1	Inleiding	47
8.2.2	Productevaluatie	47
8.2.3	Procesevaluatie	49
8.2.4	Onderzoeksdoelstellingen.....	50
Literatuurlijst		51
Bijlagen		54
Inhoudsopgave bijlagen		54
Bijlage 1	Begrippenlijst.....	55
Bijlage 2	Topiclijsten interviews.....	57
Bijlage 3	Verkort Labelsysteem.....	62
Bijlage 4	Handleiding toepassing methode gedeelde besluitvorming (product)	67
Bijlage 5	Ontwikkelplan Leger des Heils 2016	74

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Niet voor de cliënt, maar met de cliënt'. Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij het Leger des Heils in Nederland, op locatie de Blinkert in Baarn. Deze scriptie is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening en Sociaal Pedagogisch Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede. Deze scriptie is het eindresultaat van vier maanden onderzoek.

Samen met Marianne Stal-Klapwijk, afdelingsmanager op de Blinkert en Marlies Houtman, trajectcoördinator op de Blinkert, zijn wij gekomen tot een geschikt onderwerp voor ons afstudeeronderzoek. De oorspronkelijke onderzoeksvraag vanuit de organisatie is in overleg gedeeltelijk aangepast, waardoor wij, door een uitgebreid kwalitatief onderzoek, onze onderzoeksvraag konden beantwoorden.

Onze dank gaat uit naar Jan-Peter Stolte, onze afstudeerbegeleider van de Christelijke Hogeschool, die ons ondersteund heeft in het schrijven van onze eindscriptie. Wij willen hem bedanken voor zijn geduld, advies en enthousiasme in zijn begeleiding.

Wij willen Marianne Stal-Klapwijk en Frank van Vredendaal, van het Leger des Heils, bedanken voor de samenwerking, de ondersteuning en de begeleiding die zij gedurende ons onderzoek hebben geboden. Ook willen wij graag alle medewerkers en cliënten, van de woonafdeling van locatie de Blinkert, bedanken voor het meewerken aan onze interviews en voor het bijdragen aan ons onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Lauren van der Wal en Annelien van den Brink

Ede, 17 mei 2016

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Sinds 2015 is er veel veranderd voor de gemeenten in Nederland. Er heeft een overheveling plaatsgevonden van de taken vanuit de overheid, naar de gemeenten. De zorg wordt nu zo dicht mogelijk bij de burgers georganiseerd. Doordat de gemeenten dicht bij de burgers staan, wordt er meer ondersteuning op maat geboden en kan de omgeving hierin betrokken worden. De overheveling van de taken vanuit de overheid naar de gemeente wordt ook wel decentralisatie genoemd. Bij decentralisatie 'gaat het om twee soorten processen: transitie (regels, wetten, financiële verhoudingen etc.) en transformatie (ander gedrag van professionals, andere werkwijzen en manieren van met elkaar omgaan)' (Rijksoverheid, z.d.). Bij de transformatie gaat het erom dat professionals op een andere manier gaan handelen. De kern van de verandering houdt in dat de professional zich richt op vraaggericht- en resultaatgericht werken, het benutten van eigen kracht, benutten van het eigen netwerk, ondersteuning biedt op maat en gericht is op eigen verantwoordelijkheid van de burger (Draak, Mensink, Wijngaart, Kromhout, 2013, p.35). Eigen kracht van de burger houdt in: 'Dat mensen het vermogen en het recht hebben om zelf oplossingen voor hun problemen te bedenken, en dat ieder mens mensen om zich heen heeft die met hem of haar mee willen denken om een plan te maken' (Movisie, 2013, p. 7). Om dit transformatieproces door te zetten, is het belangrijk dat de cultuur bij instellingen en professionals verandert door een andere werkwijze, dit moet gedaan worden door anders met elkaar om te gaan (Veld & Wachtmeester, 2012, p. 8-9). Het doel van deze transformatie is dat de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van de burger centraal staan (Rijksoverheid, 2015). In ons onderzoek ligt de focus op het transformatieproces van het Leger des Heils, locatie de Blinkert. Deze locatie valt onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz), die door de decentralisatie in plaats is gekomen van de AWBZ. De Wet Langdurige Zorg is er voor alle mensen die aangewezen zijn op levenslange zorg, hieronder valt de persoonlijke verzorging, de verpleging, het verblijf, de begeleiding en de behandeling (Rijksoverheid, z.d.).

Het Leger des Heils is een internationale beweging en behoort tot de universele Christelijke kerk (Leger des Heils, n.d). Het Leger des Heils bestaat uit verschillende onderdelen en stichtingen en heeft ook een breed zorgaanbod. De Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg is onderdeel van het Leger des Heils in Nederland, locatie de Blinkert valt onder deze stichting in Midden Nederland. Locatie de Blinkert is gevestigd in Baarn en de locatie biedt specialistische verpleeghuiszorg voor cliënten die niet alleen lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben, maar die ook begeleiding nodig hebben op het gebied van verslaving, sociaal maatschappelijke problemen en/of psychiatrie (Leger des Heils, 2015). Afhankelijk van de problematiek van de cliënt wordt behandeling, verpleging en verzorging geboden door de medewerkers. Deze verschillende onderdelen van zorg of hulp definiëren wij als het totale zorgproces. Op locatie de Blinkert hebben alle cliënten een eigen kamer en is er 24 uur per dag verzorging en begeleiding aanwezig (Leger des Heils, n.d). De Blinkert bestaat uit zes afdelingen: twee opnameafdelingen en vier woonafdelingen, waarvan één gesloten afdeling voor mensen met de diagnose Korsakov.

Op locatie de Blinkert van het Leger des Heils is in 2014 een Customer Quality Index- meting (CQI) gehouden onder de cliënten, dit is een cliëntervaringsonderzoek. Deze meting werd uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksbureau, genaamd Triqs. In de CQI-meting werd onderscheid gemaakt tussen de benedenverdieping (Blinkert 1) en de bovenverdieping (Blinkert 2) van het gebouw.

Op de locatie was een aparte meting voor beide afdelingen (Blinkert 1 en Blinkert 2). Uit die CQI- meting van Blinkert 1 kwam naar voren dat meer dan vijftig procent van de ondervraagde cliënten het gevoel heeft soms of nooit te kunnen meebeslissen over wat voor zorg of hulp zij krijgen. Daarnaast blijkt ook dat meer dan zeventig procent van de ondervraagde cliënten het

gevoel heeft soms of nooit te kunnen meebeslissen met wanneer zij hulp of zorg krijgen (Triqs, 2014). Op afdeling Blinkert 2 ligt het percentage cliënten dat aangeeft het gevoel te hebben soms of nooit te kunnen meebeslissen over wat voor zorg of hulp ze ontvangen rond de veertig procent. Op de vraag of cliënten kunnen meebeslissen over wanneer ze zorg of hulp krijgen, antwoord bijna veertig procent van de ondervraagde cliënten met soms of nooit (Triqs, 2014). Het cliëntervaringsonderzoek geeft geen antwoord op de vraag of de cliënten daadwerkelijk behoefte hebben aan meer inspraak over wat voor zorg of hulp zij krijgen en wanneer. In ons onderzoek hebben wij ook bij deze vraag stilgestaan.

Naar aanleiding van onder andere de CQI-meting van 2014, heeft het Leger des Heils in 2015 een ontwikkelplan gemaakt voor Midden-Nederland. Eén van de doelen van het ontwikkelplan is om de eigen regie van cliënten te vergroten. In het ontwikkelplan geeft het Leger des Heils aan dat de meerwaarde van het vergroten van de eigen regie van de cliënt, leidt tot een grotere betrokkenheid van de cliënt, waardoor de zorg beter aansluit bij zijn of haar voorkeuren. Het ontwikkelplan is terug te vinden in de bijlage. In dit ontwikkelplan wordt expliciet de gedeelde besluitvorming benoemd als methode om de eigen regie van cliënten te vergroten. Dit doel sluit ook aan bij de bovengenoemde doelstelling van de transformatie: het centraal stellen van de eigen verantwoordelijkheid en de mogelijkheid van de burger.

De begeleiders van locatie de Blinkert willen de cliënten graag meer betrekken bij het uitoefenen van eigen regie rondom hun zorgproces, maar ze weten niet hoe ze dit met behulp van de methode gedeelde besluitvorming kunnen doen, aldus onze opdrachtgever M. Stal-Klapwijk (persoonlijke communicatie, 30 juli 2015). Eigen regie houdt in dat mensen de mogelijkheid moeten hebben mee te kunnen doen in de samenleving en dat ze de mogelijkheid moeten hebben om hun eigen leven te kunnen leiden waarin zij hun eigen keuzes mogen maken. Wanneer iemand wel hulp of zorg krijgt en daarvan afhankelijk is, moet het niet zo zijn dat diegene die hulp of zorg biedt, dingen voor de ander gaat invullen. Eigen regie komt dus terug in alle levensgebieden en op alle relaties tussen mensen (Movisie, 2013, p.6).

Op locatie de Blinkert wil men de eigen regie van de cliënten vergroten door de methode van gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making), toe te passen op locatie de Blinkert: 'Gedeelde besluitvorming is vooral aan de orde bij zogenoemde voorkeurs- of preferentiegevoelige beslissingen. Dit zijn beslissingen waarbij er meerdere interventieopties zijn die vergelijkbare uitkomsten hebben, of waarbij een dilemma bestaat tussen voor- en nadelen van een of meer opties' (Everdingen et al., 2014, p. 167).

In het contact tussen zorgverlener en patiënt kan de zorgverlener sturend optreden (het klassieke, paternalistische model), maar het kan ook zo zijn dat een patiënt zelf de afweging moet maken tussen verschillende opties en zelf een keuze moet maken zonder sturing (het model van de geïnformeerde patiënt) (Everdingen et al., 2014, p. 168). Gedeelde besluitvorming is een tussenmodel:

Bij het tussenmodel is sprake van wederzijds overleg en zijn beide gesprekspartners evenwaardig in het uitwisselen van informatie en sturing (gedeelde besluitvorming). De zorgverlener treedt op als expert, geeft informatie en verklaringen en betreft de patiënt in elk van deze processen. De patiënt spreekt, als ervaringsdeskundige in zijn eigen leven en gezondheid, diens verwachtingen en voorkeuren uit en de patiënt en zorgverlener bepalen samen wat de beste behandeling is (Everdingen et al., 2014, p. 169).

Wij hebben onderzocht wat cliënten en medewerkers van locatie de Blinkert vinden van de mogelijkheden voor cliënten om mee te kunnen beslissen in hun eigen zorgproces. We hebben gekeken naar de methode gedeelde besluitvorming, waarbij wij in overleg met onze opdrachtgever

hebben besloten dat dit niet alleen de moeilijke keuzes betreft, maar ook de alledaagse beslissingen in het zorgproces van de cliënt.

1.2 Probleemstelling

Gemiddeld geeft 50% van de cliënten van het Leger des Heils, locatie de Blinkert, in de CQI-meting van 2014 aan, het gevoel te hebben soms of nooit te kunnen meebeslissen over wat voor zorg of hulp ze krijgen en wanneer ze die zorg of hulp krijgen. Vanuit de uitkomsten van de CQI-meting is er een ontwikkelplan geschreven, waarin als doel benoemd wordt het vergroten van de eigen regie van de cliënt aan de hand van de methode gedeelde besluitvorming. Het is niet duidelijk op welke wijze de medewerkers van locatie de Blinkert de eigen regie van de cliënten kunnen vergroten door middel van de methode gedeelde besluitvorming.

1.3 Vraagstelling en richtinggevende onderzoeksvragen

1.3.1 Hoofdvraag

Op welke wijze kan er, volgens cliënten en hun begeleiders op de woonafdeling van locatie de Blinkert, vanuit de methode gedeelde besluitvorming worden bijgedragen aan het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt?

1.3.2 Deelvragen

Deelvraag 1: Wat is de methode van gedeelde besluitvorming en hoe draagt deze methode bij aan het vergroten van de eigen regie van cliënten?

Deelvraag 2: Op welke wijze wordt de methode gedeelde besluitvorming toegepast binnen de zorgsector?

Deelvraag 3: Hoe ervaren de cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert hun eigen regie in hun zorgproces en wat zouden de cliënten anders willen zien met betrekking tot de inspraak in hun eigen zorgproces?

Deelvraag 4: Wat zijn, volgens begeleiders van de woonafdeling van locatie de Blinkert, succesfactoren, waardoor cliënten meer eigen regie krijgen in hun zorgproces en wat hebben deze begeleiders nodig om dat toe te kunnen passen?

1.4 Doelstellingen, doelgroep en resultaten

1.4.1 Doelstellingen

Hoofddoel

Eind mei 2016 hebben wij een concreet beeld van hoe medewerkers en cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert, verwachten dat de methode gedeelde besluitvorming kan bijdragen aan het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt en wat zij nodig hebben om dit toe te kunnen passen in de praktijk. De resultaten kunnen vervolgens door het Leger des Heils worden gebruikt om de methode daadwerkelijk in te gaan voeren op de locatie, om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten.

Subdoel 1

Eind april 2016 hebben wij, door middel van literatuur- en praktijkonderzoek, onderzocht hoe door middel van de methode gedeelde besluitvorming bijgedragen kan worden aan het transformatieproces van de decentralisatie.

Subdoel 2

Eind april 2016 hebben wij, door middel van onze aanbevelingen aan de locatie en door literatuur- en praktijkonderzoek, bijgedragen aan de doelstelling die beschreven staat in het ontwikkelplan van het

Leger des Heils, midden Nederland, die beoogt de eigen regie van de cliënt te vergroten in zijn of haar zorgproces.

Subdoel 3

Eind april 2016 hebben wij, door middel van een praktijkonderzoek, onderzocht hoe volgens cliënten en medewerkers van de woonafdeling van locatie de Blinkert, door middel van de methode gedeelde besluitvorming, kan worden bijgedragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Daarnaast hebben wij door middel van aanbevelingen, de begeleiders advies gegeven over hoe zij de methode van gedeelde besluitvorming toe kunnen passen in hun werk.

1.4.2 Doelgroep

Ons onderzoeksverslag is bestemd voor meerdere partijen. Ten eerste is ons onderzoeksverslag een bijdrage die de eigen regie van de cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert kan vergroten, zij zijn degenen waar ons onderzoek op gericht is. Ten tweede is ons onderzoek bedoelt voor onze opdrachtgever, Marianne Stal-Klapwijk en ondersteunend opdrachtgever Frank van Vredendaal. De medewerkers van de woonafdeling van locatie de Blinkert behoren ook tot onze doelgroep, aangezien wij onderzocht hebben wat zij nodig hebben om de eigen regie van de cliënten te kunnen vergroten. Tot slot zullen beoordelaars van de Christelijke Hogeschool Ede en eventuele andere geïnteresseerden dit verslag ontvangen.

1.4.3 Resultaten

Het onderzoek heeft geresulteerd in ons onderzoeksverslag: 'Niet voor de cliënt, maar met de cliënt'. In ons onderzoeksverslag zijn de resultaten weergegeven van ons literatuur- en praktijkonderzoek. Aan de hand van ons onderzoek en de resultaten daarvan, hebben wij aanbevelingen geschreven die rekening houden met de medewerkers en cliënten van locatie de Blinkert. Onze aanbevelingen leveren een bijdrage aan locatie de Blinkert om de methode gedeelde besluitvorming toe te kunnen passen in het zorgproces van de cliënten, zodat de eigen regie van de cliënt kan worden vergroot. Onze aanbevelingen overhandigen wij in de vorm van een kleine handleiding aan de locatie. De handleiding is gebaseerd op de resultaten van ons onderzoek en geeft tegelijkertijd een korte samenvatting van de belangrijkste aspecten van de methode gedeelde besluitvorming. Wij gaan onze handleiding presenteren aan de medewerkers van locatie de Blinkert in onze eindpresentatie, waarbij wij ook de handleiding overhandigen aan de locatie. De door ons afgenomen interviews met medewerkers en cliënten, kunnen door het Leger des Heils worden gebruikt als nulmeting. Wanneer de methode gedeelde besluitvorming geïmplementeerd is op de locatie, is het voor de locatie mogelijk om aan de hand van onze nulmeting, zelf een tussen- en eindmeting van de geïmplementeerde methode te ontwerpen.

1.5 Beschrijving en verantwoording van de onderzoeksmethoden

In ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van een methodische triangulatie-aanpak. Dit houdt in dat je in één onderzoek verschillende dataverzamelmethode zinvol combineert (Baarda, Goede, de, & Teunissen, 2009, p. 187). Ons onderzoek bestaat uit een beschrijvend onderzoek: 'Beschrijvend onderzoek doe je als je een (probleem-) situatie wil beschrijven' (Baarda et al., 2013, p. 35). Onze hoofdvraag heeft een beschrijvend onderzoek uitgelokt, doordat wij uiteindelijk beschreven hebben hoe de methode van gedeelde besluitvorming kan bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt in hun zorgproces en wat daarvoor nodig is. Het gehele onderzoek heeft een holistisch karakter, dit betekent dat wij ons niet hebben beperkt tot een enkele kant, maar dat het meebeslissen in het zorgproces van cliënten van de woonafdeling op locatie de Blinkert vanuit verschillende kanten bekeken werd. We hebben dit bekeken vanuit de kant van de medewerkers, de kant van de expert en de kant van de cliënten (Baarda et al., 2013, p.69). Wij hebben stilgestaan bij de verschillende gedachten en meningen van de betrokkenen, om tot een zo realistisch mogelijk beeld te kunnen komen en een zo specifiek mogelijk antwoord te kunnen geven op onze hoofdvraag en deelvragen. Wij hebben door middel van het transparant werken, gepoogd de lezer ervan te

overtuigen dat de resultaten van ons onderzoek op een betrouwbare manier tot stand zijn gekomen (Baarda et al., 2013, p.243). Dit hebben wij gedaan door middel van het zichtbaar en toegankelijk maken van onze bronnen. Daarnaast wilden wij transparant zijn in de conclusies die wij getrokken hebben, door duidelijk te zijn over hoe wij aan deze conclusie zijn gekomen (Baarda et al., 2013, p.75).

Hieronder staat per deelvraag beschreven welke onderzoeksmethode wij gebruikt en toegepast hebben.

Deelvraag 1: Wat is de methode van gedeelde besluitvorming en hoe draagt deze methode bij aan het vergroten van de eigen regie van cliënten?

Wij hebben deze deelvraag beantwoord door te beschrijven hoe de methode van gedeelde besluitvorming eruit ziet en hoe de methode kan bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt in hun zorgproces. Als dataverzamelmethode hebben wij gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Er zijn veel verschillende soorten literatuur. Onder literatuur verstaan wij niet alleen boeken, maar ook rapportages, onderzoeken, digitale bronnen en dergelijke. Deze verschillende bronnen worden volgens Baarda gezien als losse onderzoekseenheid (Baarda et al., 2013, p.72). Wij gaan er vanuit dat het literatuuronderzoek en de verschillende soorten bronnen bijdragen aan een antwoord dat rekening houdt met verschillende richtingen of aspecten van het onderwerp. Het eerste deel van ons onderzoek is dus een literatuuronderzoek. Bij een literatuuronderzoek is het belangrijk om de gebruikte bronnen te toetsen, wij hebben rekening gehouden met verschillende toetsingscriteria. Wij hebben bij elke bron onszelf afgevraagd: wie de auteur is, wat de context is, wat de motivatie is van het document, wat de doelgroep is, of er meerdere bronnen zijn die de literatuur kunnen bevestigen en of het document compleet of bewerkt is. Door bovenstaande toetsingscriteria voor het gebruiken van literatuur te hebben doorlopen, konden we voor onszelf de kwaliteit van de literatuur toetsen (Baarda et al., 2013, p.136). Deze vragen hebben ons geholpen bij het toetsen in hoeverre bronnen valide zijn. Wanneer bronnen negatief scoorden aan de hand van de toetsingscriteria, hebben wij deze bronnen niet gebruikt voor ons literatuuronderzoek.

Ten slotte hebben wij bij het uitwerken van deze deelvraag ook gebruik gemaakt van een explorerende (Baarda et al., 2009, p. 96) manier van onderzoeken, door stil te staan bij hoe de eigen regie van de cliënt en de methode van gedeelde besluitvorming in relatie staan tot elkaar.

Deelvraag 2: Op welke wijze wordt de methode gedeelde besluitvorming toegepast binnen de zorgsector?

In deze deelvraag hebben wij onderzocht hoe gedeelde besluitvorming wordt toegepast binnen de zorgsector. Dit hebben wij gedaan aan de hand van een literatuuronderzoek en aan de hand van drie interviews met experts, die te maken hebben met de methode gedeelde besluitvorming. Experts zijn: 'mensen die zeer deskundig zijn op een bepaald gebied' (Baarda et al., 2013, p.92). Door middel van deze expertinterviews, hebben wij een beter beeld gekregen van de methode gedeelde besluitvorming en hoe de methode in de zorgsector kan worden toegepast. Het was voor het schrijven van onze aanbevelingen belangrijk om inzicht te krijgen in hoe de methode gedeelde besluitvorming elders wordt toegepast. Bij het uitwerken van de gegevens van de expertinterviews was het belangrijk om onze eigen interpretaties achterwegen te laten voor de betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek (Baarda et al., 2013, p.76).

Deelvraag 3: Hoe ervaren de cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert hun eigen regie in hun zorgproces en wat zouden de cliënten anders willen zien met betrekking tot de inspraak in hun eigen zorgproces?

Bij het beantwoorden van deze deelvraag hebben wij zes cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert geïnterviewd. Om een helder beeld te krijgen van de huidige situatie, hebben wij gekeken naar hoe de cliënten hun eigen regie momenteel ervaren in hun zorgproces en wat zij anders zouden

willen zien met betrekking tot de inspraak in hun eigen zorgproces (behandeling, verpleging en verzorging). De informatie van de cliënten hebben wij verkregen door middel van half gestructureerde interviews, waarin de onderwerpen en belangrijke vragen al vast lagen (Baarda et al., 2013, p.150). Doordat het half gestructureerde interviews waren, was er ook nog de mogelijkheid tot doorvragen. Onze vragen stelden we aan de hand van een vooraf samengestelde topiclijst met een aantal vooraf vastgestelde vragen op basis van de methode gedeelde besluitvorming en op basis van de verschillende onderdelen van het zorgproces van de cliënt. Tijdens de interviews hielden wij rekening met de doelgroep van dit onderzoek en met de geestelijke conditie van de cliënt, wij konden hun input gebruiken voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Om dieper op het onderwerp in te gaan en erachter te komen wat cliënten daadwerkelijk wilden, was het voor ons belangrijk om tijdens de interviews door te vragen.

Per afdeling wonen er veertien cliënten. Om een realistisch beeld te krijgen van wat cliënten van de woonafdeling van de locatie anders zouden willen zien met betrekking tot de inspraak in hun zorgproces, hebben wij zes cliënten geïnterviewd. Door bijna de helft van de cliënten van de woongroep te hebben geïnterviewd, hebben wij voldoende onderzoeksmateriaal en informatie verzameld en geanalyseerd, waardoor wij het punt van verzadiging (saturatie) bereikt hebben en zich geen nieuwe informatie meer voordeed die betrekking had op de deelvraag (Baarda et al., 2013, p. 42). Het zoeken naar cliënten die mee wilden werken, is in overleg gegaan met een medewerker van de woonafdeling op locatie de Blinkert, die de cliënten kent. De medewerker heeft verschillende cliënten gevraagd of zij interesse hadden om mee te werken aan ons onderzoek. Voor ons was het belangrijk dat cliënten vrijwillig wilden meewerken aan de interviews, wij wilden hen nergens toe verplichten en accepteerden het daarom als een cliënt niet geïnterviewd wilde worden. Tijdens de interviews met de cliënten, hebben wij rekening gehouden met de persoonlijke gegevens van de respondenten, dit hebben wij gedaan door de cliënten te anonimiseren en door geen persoonlijke gegevens te noteren die kunnen leiden naar een persoon (Baarda et al., 2013, p. 40). Vooraf hebben wij de respondenten dit ook uitgelegd. De interviews hebben wij opgenomen met een voice recorder, om zo de gegevens vanuit de interviews correct te kunnen verwerken. Het verwerken van de interviews hebben wij gedaan door middel van het fragmenteren van het uitgetypte interview, door het labelen en door het toevoegen van kernlabels en thema's.

Deelvraag 4: Wat zijn, volgens begeleiders van de woonafdeling van locatie de Blinkert, succesfactoren, waardoor cliënten meer eigen regie krijgen in hun zorgproces en wat hebben deze begeleiders nodig om dat toe te kunnen passen?

Bij het beantwoorden van deze deelvraag hebben wij gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews met een vooraf samengestelde topiclijst. Wij hebben gekozen voor half gestructureerde interviews zodat tijdens de interviews met de medewerkers ook mogelijkheid was tot doorvragen op de gegeven antwoorden. Wij hebben in totaal acht medewerkers geïnterviewd die werkzaam zijn op de woonafdeling, waaronder één behandelend arts. Per afdeling werken er ongeveer tien á twaalf medewerkers. Doordat wij acht medewerkers hebben geïnterviewd hebben wij het punt van verzadiging bereikt een realistisch beeld kunnen vormen van de medewerkers en hoe zij denken dat gedeelde besluitvorming kan zorgen voor het meer mee kunnen beslissen van cliënten in hun eigen zorgproces en wat de medewerkers nodig hebben om dat te kunnen realiseren.

Hoofdstuk 2 Methode gedeelde besluitvorming

2.1 Inleiding

De term ‘gedeelde besluitvorming’ is al meerdere keren in ons verslag naar voren gekomen. Maar wat houdt de methode gedeelde besluitvorming daadwerkelijk in? En hoe ziet dit eruit?

In dit hoofdstuk willen wij stilstaan bij wat de methode van gedeelde besluitvorming is, welke stappen de methode bevat en welk doel de methode heeft. We betrekken omschrijvingen van verschillende auteurs en we bekijken ook de effecten van het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming op cliënten.

Wij schrijven, aan de hand van alle voorgaande informatie, een deelconclusie die antwoord geeft op onze eerste deelvraag: ‘Wat is de methode van gedeelde besluitvorming en hoe draagt deze methode bij aan het vergroten van de eigen regie van cliënten?’.

2.2 Methode gedeelde besluitvorming

Sinds 2015 is er veel veranderd voor de gemeenten in Nederland. Er heeft een overheveling plaatsgevonden van de taken vanuit de overheid, naar de gemeenten. De gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor drie onderwerpen: jeugdzorg, werk en inkomen en ondersteuning van langdurige zieken en ouderen. De zorg wordt nu zo dicht mogelijk bij de burgers georganiseerd. Doordat de gemeenten dicht bij de burgers staan, wordt er meer ondersteuning op maat geboden en kan de omgeving hierin betrokken worden. De overheveling van de taken vanuit de overheid naar de gemeente wordt ook wel decentralisatie genoemd. Bij decentralisatie ‘gaat het om twee soorten processen: transitie (regels, wetten, financiële verhoudingen etc.) en transformatie (ander gedrag van professionals, andere werkwijzen en manieren van met elkaar omgaan)’ (Rijksoverheid, 2015). Bij de transformatie gaat het erom dat professionals op een andere manier gaan handelen. De kern van de verandering houdt in dat de professional zich richt op vraaggericht- en resultaatgericht werken, het benutten van eigen kracht, het benutten van het eigen netwerk, ondersteuning biedt op maat en gericht is op eigen verantwoordelijkheid van de burger (Draak, Mensink, Wijngaart, Kromhout, 2013, p.35).

Het contact tussen patiënt en zorgverlener kan in grote lijnen worden teruggevoerd naar minstens één van de modellen van patiëntenparticipatie (zie figuur 2.1). ‘Welke adviserende stijl het meest effectief is, hangt af van de individuele patiënt en van het type en de ernst van de hulpvraag’ (van den Brink et al., 2004, in Staveren, 2011, p. 2).

Links in het figuur is het klassieke paternalistische model omschreven. In dit model is de zorgverlener de gespreksvoerder, terwijl de patiënt een luisterende, passieve rol krijgt toebedeeld. Het gesprek is te typeren als eenrichtingsverkeer dat wordt gestuurd door de zorgverlener. Rechts in het figuur is het model van de geïnformeerde patiënt omschreven. Hierin verstrekt de zorgverlener als expert informatie, opties en indien gewenst ook verklaringen en toelichtingen, maar de zorgverlener laat vervolgens het afwegen van de mogelijke opties en het maken van een beslissing over aan de geïnformeerde patiënt.

	paternalisme	gedeelde besluitvorming	geïnformeerde patiënt
informatietransfer			
wikken en wegen	arts	arts en patiënt	patiënt
besluitvorming	arts	arts en patiënt	patiënt

Figuur 2.1: Modellen van patiëntenparticipatie (Charles, 1999, in Everdingen et al., 2014, p. 168)

Het model van gedeelde besluitvorming wordt gezien als een tussenmodel, waarin sprake is van wederzijds overleg waarin beide gesprekspartners evenwaardig zijn in het uitwisselen van informatie en sturing. Het model gaat uit van de zorgverlener die optreedt als expert en die informatie en verklaringen geeft en die de patiënt betreft bij deze processen. De patiënt spreekt, als ervaringsdeskundige in zijn eigen leven, zijn eigen verwachtingen en voorkeuren uit. Uiteindelijk beslissen de zorgverlener en de patiënt samen wat de beste behandelingsoptie is (Everdingen et al., 2014, p. 168- 169). In hoofdstuk 1 werd al beschreven dat gedeelde besluitvorming vooral aan de orde is bij voorkeurs- of preferentiegevoelige beslissingen. Deze beslissingen gaan voornamelijk om keuzes waarin meerdere interventieopties mogelijk zijn die vergelijkbare uitkomsten hebben, of om keuzes waarbij een dilemma ontstaat tussen de voor- en nadelen van de opties (Everdingen et al., 2014, p. 167- 169)

2.3 Definitie van gedeelde besluitvorming volgens verschillende auteurs

De methode gedeelde besluitvorming wordt ook vaak benoemd als Shared Decision Making. Dit is de Engelse term voor de methode gedeelde besluitvorming die ook wel afgekort wordt als SDM (Kaptein, Prins, Collette, Hulsman, 2010, p.193). De term gedeelde besluitvorming komt in verschillende artikelen en boeken terug. Het is opvallend dat er verschillen te zien zijn tussen de benamingen, definities of omschrijvingen van de methode gedeelde besluitvorming. Het Radboud universitair medisch centrum in Nijmegen heeft in 2012 een literatuuronderzoek gedaan naar Shared Decision Making & Zelfmanagement. Volgens Makoul (in Ouwens, Burg, Faber, Weijden, 2012, p. 39) zijn de meest gehanteerde definities in wetenschappelijke artikelen die gaan over Shared Decision Making, de definities en omschrijvingen van Charles, Towle, Coulter en Elwyn. Naast de eerdergenoemde uitleg van Everdingen en anderen, willen wij in deze paragraaf ook stilstaan bij de meest gehandhaafde omschrijvingen van de methode gedeelde besluitvorming.

2.3.1 Charles en Whelan

Charles en Whelan (in Ouwens et al., 2012, p. 39) beschrijven dat de methode gezamenlijke besluitvorming gebaseerd is op vier aannames: zowel de arts als de patiënt zijn betrokken bij het besluit dat genomen wordt, de informatie wordt gedeeld tussen arts en patiënt, zowel arts als patiënt spreken hun voorkeuren uit over de verschillende ingrepen en tot slot wordt er een behandelbesluit genomen waarbij zowel de patiënt als de arts het met elkaar eens zijn. Beide stemmen ze in met de uitvoering van de ingreep.

Charles en Whelan hebben deze onderdelen verder uitgebouwd en zijn uiteindelijk gekomen tot drie verschillende fases in het proces van besluitvorming die van elkaar onderscheiden kunnen worden. Deze drie fases zijn de uitwisseling van informatie, het overleg van verschillende mogelijkheden en de besluitvorming van de gekozen interventie. Volgens hen hoort de informatiestroom van zowel arts naar patiënt te lopen als van patiënt naar arts. Zo moet de arts de patiënt informeren over de verschillende behandelmogelijkheden en wat de voor- en nadelen zijn van deze opties. De patiënt geeft ook informatie aan de arts, door de arts te informeren over welke dingen belangrijk zijn voor hem of haar en wat zijn of haar voorkeuren en overtuigingen zijn met betrekking tot de behandelmogelijkheden. Het overwegen van de verschillende behandelmogelijkheden gebeurt in dit model dus in interactie tussen beide partijen. De uitkomst van deze interactie resulteert uiteindelijk in het nemen van een beslissing, waarin de beide partijen dus invloed op hebben gehad.

2.3.2 Towle

Angela Towle (in Ouwens et al., 2012, p. 40) spreekt over geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming, in plaats van gezamenlijke besluitvorming. Towle omschrijft dat de beslissingen rondom de behandeling bij de geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming worden genomen door de patiënt en de arts op basis van beschikbaar wetenschappelijk bewijs. Towle vindt dat deze informatie niet alleen moet gaan over de risico's en de voor- en nadelen in het algemeen, maar ook over wat dit inhoudt voor de patiënt zelf, rekening houdend met de kenmerken en de voorkeuren van de patiënt.

‘De basis hiervoor is *partnership* en rechten, plichten en verwachtingen die voor ieder duidelijk zijn en voor ieder van voordeel zijn’.

2.3.3 Coulter

Angela Coulter houdt de term Shared Decision Making (SDM) aan. Zij omschrijft de SDM als een proces waarbij artsen en patiënten samen werken om duidelijkheid te scheppen over de behandeling, hoe om te gaan met de ziekte en de zelfmanagementdoelstellingen van de patiënt. De arts en patiënt delen informatie over de behandelmogelijkheden en informatie over de voorkeuren en wensen van de patiënt, met als doel het tot een besluit komen waarmee beide partijen het eens zijn. Coulter geeft aan dat er steeds meer patiënten zijn die een actieve rol vervullen in het maken van keuzes in hun behandeling. Het is daarom van belang dat de arts mee gaat in de gezamenlijke besluitvorming, waarin de patiënt een gelijkwaardige of volwaardige rol speelt bij het nemen van een beslissing omtrent de behandeling. Tijdens de gesprekken wordt door de arts informatie gegeven over de diagnose, de prognose, de behandelingsmogelijkheden en de voor- en nadelen van die mogelijkheden. Coulter heeft een aantal activiteiten beschreven die als kenmerkend kunnen worden gezien voor gezamenlijke besluitvorming tijdens het bezoek van de patiënt in de spreekkamer. Deze kenmerken zijn: 1. Het ondersteunen van patiënten om duidelijk te krijgen wat zij van hun eigen aandoening weten en wat zij verwachten te bereiken met de behandeling of met zelfmanagement. 2. Het informeren van patiënten over hun aandoening, over de mogelijke behandelingsopties en de voor- en nadelen hiervan. 3. Het ervoor zorgen dat zowel de patiënt en de arts een beslissing overeenkomen met betrekking tot een behandeling. 4. Het vastleggen van de beslissing in het dossier en het uitvoeren van de gekozen route (Coulter, 2003 in Ouwens et al., 2012, p. 40).

2.3.4 Elwyn

Glyn Elwyn, hoogleraar Shared Decision Making, beschrijft de methode gedeelde besluitvorming als een methode waarin klinici en de patiënt samen keuzes maken waarbij ze gebruik maken van beschikbare informatie en bewijs, waarbij patiënten worden aangemoedigd om verschillende behandelingsopties te overwegen, ook kijkend naar de voor- en nadelen van elke optie. De rol van de arts hierin is om de patiënt goed te informeren, de patiënt te helpen bij het vormen van een persoonlijke voorkeur voor een behandeling en om de patiënt op een gepaste manier te ondersteunen. Elwyn beschrijft dat Shared Decision Making vaak bij eenmalige keuzes wordt ingezet, maar dat het ook breder getrokken kan worden en kan worden toegepast op alle situaties waarbij er verschillende keuzemogelijkheden zijn (Elwyn, 2014). De Shared Decision Making rust, volgens Elwyn, in de basis op het accepteren dat individuele zelfbeschikking een bewonderenswaardig doel is en dat klinici de patiënten moeten helpen om dit doel te kunnen behalen waar mogelijk (Elwyn, 2012).

Glyn Elwyn zag dat er nog weinig te vinden was over hoe de methode toegepast kan worden in de dagelijkse praktijk. Daarom heeft hij in het artikel ‘*Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*’ (2012), gepoogd om de beschrijving van de methode om te zetten naar een drie stappen model dat in de praktijk gebruikt kan worden door klinici. In figuur 2.2 is dat model te zien.



Figuur 2.2: Model van gedeelde besluitvorming in de praktijk (Elwyn, 2015).

Elwyn beschrijft deze drie stappen als volgt (Elwyn, 2014):

Team talk: Leg het belang van het overwegen van verschillende opties uit. Het is belangrijk dat de patiënt een deel is van het team, dat hij zich niet verlaten voelt en niet het gevoel heeft alleen een keuze te moeten maken.

Option talk: Het beschrijven van de mogelijke opties. Dit kan zo nodig met behulp van keuzehulptools. Bij deze stap is het van belang om de verschillende opties gedetailleerd uit te leggen, zoals het bespreken van de voor en nadelen van een behandeling.

Decision talk: Het helpen met het ontdekken van de voorkeuren van de patiënt en het maken van een beslissing.

2.4 Gedeelde besluitvorming in Nederland

2.4.1 Remmers

Hugo Remmers, geestelijk verzorger bij Ziekenhuisgroep Twente, vertaalt de methode Shared Decision Making (SDM) naar de term gezamenlijke besluitvorming. Volgens hem houdt de SDM in dat de arts en de patiënt samen in goed overleg (en indien nodig ook in overleg met andere professionals en naasten) tot een plan moeten komen wat het beste past bij wat de patiënt wil (Remmers, 2015, p. 19-20). Volgens Veenendaal (in Remmers, 2015, p.20) verbetert het werken volgens de SDM de interactie tussen patiënt en arts, wordt ongewenste variatie tussen professionals verkleind en wordt de eigen regie van de patiënt vergroot.

2.4.2 Staveren

Volgens Remke van Staveren, psychiater bij Altrecht, willen de meeste patiënten actief betrokken worden bij het maken van een belangrijke medische keuze. Zeventig procent van de patiënten wil zelf kunnen kiezen, terwijl dertig procent de beslissing liever aan de arts overlaat (Silverman, 2006, in Staveren, 2011, p. 1). Staveren vindt dat de arts door gezamenlijke besluitvorming kan voldoen aan die wens van de patiënt. Zij omschrijft gezamenlijke besluitvorming als een adviserende stijl van communiceren die gebruikt wordt bij preferentiegevoelige en belangrijke beslissingen waarin er meerdere vergelijkbare opties zijn. Deze beslissingen kunnen gaan over preventie, screening, diagnostiek of behandeling. Bij gezamenlijke besluitvorming doet de arts verschillende dingen, zoals het geven en vragen van veel informatie. Daarnaast vraagt de arts ook of de patiënt wil participeren in de besluitvorming en houdt de arts rekening met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt. Staveren schrijft ook over keuzehulpen ('decision aids') die het besluitvormingsproces kunnen ondersteunen. Keuzehulpen bestaan in verschillende vormen, zoals een folder, een cd-rom of een website. De keuzehulp kan worden bekeken tijdens het consult met bijvoorbeeld de arts of de keuzehulp kan zelf door de patiënt thuis worden bekeken (Staveren, 2011, p. 1). 'Keuzehulpen zijn effectief: ze bevorderen patiëntparticipatie in de besluitvorming, verbeteren de kennis over diagnostische en therapeutische mogelijkheden, bevorderen een goede afweging van de voor- en nadelen daarvan en maken het nemen van een beslissing minder moeilijk' (O'Connor et al., in Staveren, 2011, p. 3).

2.4.3 Stiggelbout

Stiggelbout, plaatsvervangend hoofd medisch beslistkunde, beschrijft een strategie voor het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming. Volgens haar (in Ouwens et al., 2012, p. 41) moet er als eerste duidelijk gemaakt worden aan de patiënt dat er niet één beste keuze is en dat geen keuze maken ook een optie kan zijn. Ten tweede moeten de verschillende behandelopties en de voor- en nadelen van deze opties toegelicht worden. Bij het verder toelichten van de verschillende opties kan gebruik gemaakt worden van keuzehulpen. Daarna is het belangrijk om de verwachtingen, de zorgen en de effecten van de behandelingen te bespreken met de patiënt. Tot slot is het van belang dat de patiënt ondersteund wordt tijdens het proces van het maken van een keuze.

Van gezamenlijke besluitvorming in de spreekkamer is volgens Stiggelbout sprake als er voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: Zowel de patiënt als de arts zijn betrokken bij de

besluitvorming, zowel de patiënt als de arts hebben een rol in het uitwisselen van informatie, zowel de patiënt als de arts geven hun voorkeuren aan met betrekking tot diagnostiek en behandelingen en tot slot stemmen zowel de patiënt als de arts in met de uiteindelijke beslissing die genomen wordt. Volgens Stiggelbout is gezamenlijke besluitvorming er niet voor om de patiënt te informeren, om toestemming te vragen of om de patiënt alleen een keuze te laten maken. Het gaat volgens haar om het bespreken van de rol die de patiënt wil hebben bij het besluitvormingsproces (Stiggelbout, 2012, in Ouwers et al., 2012, p. 41). Bij de methode draait het volgens Stiggelbout om vier ethische principes: het erkennen van de autonomie van de patiënt, het vermijden van schade door een goede afweging van voor- en nadelen en risico's, het tegengaan van onder- en overbehandeling en rechtvaardigheid (Stiggelbout, 2012, in Pel-Little & Veenendaal, 2015, p. 2).

2.5 Gedeelde besluitvorming en eigen regie

Wij willen stilstaan bij wat het effect is van de methode van gedeelde besluitvorming op de eigen regie van de cliënt of de patiënt. Onder regie verstaan we, zoals in hoofdstuk 1 uitgelegd, de mogelijkheid die mensen moeten hebben om mee te kunnen doen in de samenleving en de mogelijkheid om hun eigen leven te kunnen leiden, waarin zij hun eigen keuzes mogen maken. Wanneer iemand wel hulp of zorg krijgt en daarvan afhankelijk is, moet het niet zo zijn dat diegene die hulp of zorg biedt, dingen voor de ander gaat invullen. Eigen regie komt dus terug in alle levensgebieden en op alle relaties tussen mensen (Movisie, 2013, p.6).

Uit onderzoek is gebleken dat het goed inrichten en het ondersteunen van het besluitvormingsproces met gedeelde besluitvorming en keuzehulpen, patiënten helpt. Het effect is dat patiënten besluitvaardiger worden. Ze hebben de mogelijkheid en ook de wil om zelf te kiezen (Stalmeier et al., 2009, in Veenendaal et al., 2013, p.5). Verder zijn patiënten beter geïnformeerd en zich meer bewust van de voor- en nadelen van keuzeopties. Ze voelen zich vaker tevreden over hun besluit en ze ervaren er minder twijfel over (Stacey et al., 2011, in Veenendaal et al., 2013, p.5). In de literatuur wordt ook gezegd dat gedeelde besluitvorming een belangrijke pijler kan zijn voor goede zorg en voor het vergroten van de eigen regie van patiënten (Brink et al., 2013, p.167). Ook volgens Staveren levert gezamenlijke besluitvorming meer patiënttevredenheid op en een betere kwaliteit van leven. Daarnaast draagt gezamenlijke besluitvorming bij aan een betere arts-patiëntrelatie. Patiënten die zelf beslissen, maken veelal een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze (Staveren, 2011, p. 1).

Volgens Elwyn gaat het bij gedeelde besluitvorming om patiëntgerichte zorg. Patiëntgerichte zorg hangt volgens Robinson (in Elwyn, 2014) ook samen met verbeterde patiënten resultaten, verbeterde zelfregie, verbeterde patiënttevredenheid en verbeterde medicatietrouw. Daarnaast wordt Shared Decision Making ondersteund door het bewijs van 86 gerandomiseerde onderzoeken die plaats hebben gevonden (Elwyn, 2012). De onderzoeken laten zien dat er een kennisgroei optreedt bij patiënten, het vertrouwen in de gemaakte keuzes groter is, er meer actieve betrokkenheid van de patiënt is, en dat geïnformeerde patiënten in veel gevallen kiezen voor meer conservatieve behandelingsopties.

Heliomare, een organisatie die zich inzet voor mensen met een beperking zodat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen leven (Heliomare, z.d.), heeft ook gekeken naar hoe zij als organisatie de zelfmanagement van patiënten kunnen verbeteren. Zij hebben ervoor gekozen om de methode gedeelde besluitvorming in te voeren, 'omdat met behulp van deze methodiek patiënten leren eigen keuzes te maken. Daarnaast leren professionals een andere manier van werken – van adviseren naar gedeelde besluitvorming – dat meer past bij eigen regie' (Harmsen & Oosterhof, 2015, p. 17-18). Harmsen en Oosterhof beschrijven dat gedeelde besluitvorming een andere manier van werken is voor professionals. Daarnaast vraagt dit ook voor de patiënten een verandering, namelijk meer eigen verantwoordelijkheid en meer eigen regie. Zij beschrijven ook dat deze punten aansluiten bij de maatschappelijke trend van aanbod- naar vraaggerichte zorg.

In een achtergrondnotitie van de agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ, die opgesteld is door patiëntenvereniging en zorgaanbieders en die terug te vinden is op de site van de Rijksoverheid, wordt geschreven dat gezamenlijke besluitvorming essentieel is voor zelfregie en zelfmanagement. Daarnaast levert het volgens dit rapport ook een hogere patiënttevredenheid op en een betere kwaliteit van leven. Het draagt ook bij aan een positief resultaat van de behandeling. De gezamenlijke besluitvorming wordt in dit rapport beschreven als een cruciale randvoorwaarde om het bevorderen en het herstel van het zelfstandig functioneren gestalte te kunnen geven (Rijksoverheid, 2015).

2.6 Deelconclusie

Voor het beantwoorden van onze eerste deelvraag hebben wij gekeken naar verschillende omschrijvingen van de methode gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making). Ondanks de verschillende omschrijvingen, zijn er veel onderdelen die de verschillende auteurs benoemen die met elkaar overeenkomen. We zien dat de methode gedeelde besluitvorming vaak wordt ingezet in de klinische setting en dat er in de literatuur in de meeste gevallen gesproken wordt over patiënten. Aangezien het per organisatie verschillend is of het woord cliënt of patiënt wordt gebruikt, maken wij in ons onderzoek geen onderscheid tussen deze benamingen.

Uit de analyse van de literatuur en de verschillende omschrijvingen blijkt dat:

- de methode gedeelde besluitvorming ingezet wordt wanneer een keuze gemaakt moet worden omtrent preventie, screening, diagnostiek of behandeling en er meerdere vergelijkbare opties zijn om uit te kiezen;
- een kenmerkend onderdeel van de methode de informatie uitwisseling tussen de professional en de cliënt is. In die informatie uitwisseling vervullen beide partijen een belangrijke rol. De uitwisseling van informatie betreft informatie over de verschillende keuzemogelijkheden, de voor- en nadelen hiervan en de overwegingen, wensen en voorkeuren van de cliënt;
- een ander kenmerkend onderdeel van de methode is, dat de besluitvorming in overleg plaatsvindt tussen professional en cliënt.

De methode gedeelde besluitvorming wordt door Glyn Elwyn verwerkt in een drie stappen model voor het toepassen in de praktijk (Elwyn, 2014). De stappen sluiten aan bij de bovengenoemde kenmerkende onderdelen van de methode gedeelde besluitvorming. Deze drie stappen zijn kort samengevat:

Team talk: Bij deze stap wordt er benadrukt dat er verschillende opties zijn en dat die overwogen moeten worden. De cliënt is hierbij een onderdeel van het team en moet het gevoel hebben ondersteund te worden bij het maken van een keuze.

Option talk: Het beschrijven van de verschillende keuzeopties, de keuzeopties worden gedetailleerd uitgelegd en onder andere de voor- en nadelen van een keuze worden besproken.

Decision talk: De cliënt wordt ondersteund bij het ontdekken van zijn of haar eigen voorkeuren en bij het maken van een beslissing.

In dit hoofdstuk hebben wij het effect van de methode gedeelde besluitvorming op de eigen regie van cliënten onderzocht. Uit de literatuur bleek dat er verschillende effecten zijn op de eigen regie van de cliënt:

- een grotere betrokkenheid van de cliënt;
- de mogelijkheid van de cliënt om zijn eigen keuzes te maken;
- de cliënt heeft zelf inspraak in de keuzes en ervaart meer verantwoordelijkheid;
- er treedt een kennisgroei op bij de cliënten;
- cliënten ervaren minder twijfel over hun genomen beslissing.

Al deze factoren dragen bij aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt, omdat de cliënt zijn of haar eigen keuzes kan maken en op die wijze invulling kan geven aan zijn of haar leven (Movisie, 2013, p. 6).

In de rest van ons onderzoek is de betekenis van de termen gedeelde besluitvorming, gezamenlijke besluitvorming en Shared Decision Making, gelijk. Wij hanteren voor de rest van ons onderzoek de definitie van Glyn Elwyn over de methode gedeelde besluitvorming. Volgens Elwyn kan de methode worden toegepast op alle situaties waarbij er verschillende keuzemogelijkheden zijn (Elwyn, 2014), in de rest van ons onderzoek hanteren wij deze definitie van de methode ook voor andere doelgroepen buiten de klinische setting.

In het volgende hoofdstuk kijken we naar hoe de methode gedeelde besluitvorming elders wordt toegepast binnen de zorgsector.

Hoofdstuk 3 Gedeelde besluitvorming in de praktijk

3.1 Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat de methode gedeelde besluitvorming verschillende benamingen heeft en veel wordt toegepast binnen de klinische setting. In de methode gedeelde besluitvorming heeft zowel de professional als de cliënt een actieve rol in het besluitvormingsproces. In het vorige hoofdstuk hebben we ook gekeken naar de effecten die de methode gedeelde besluitvorming heeft op de eigen regie van cliënt. In dit hoofdstuk kijken we eerst op macro niveau naar de methode gedeelde besluitvorming binnen de zorgsector en vervolgens kijken we naar hoe de methode gedeelde besluitvorming wordt toegepast binnen verschillende organisaties of instellingen die vallen onder de zorgsector in Nederland. Voor het beantwoorden van onze deelvraag kijken we ook naar de uitwerking van twee interviews met experts, die uitleggen hoe zij zelf de methode inzetten. Wij schrijven, aan de hand van alle voorgaande informatie, een deelconclusie die antwoord geeft op onze tweede deelvraag: 'Op welke wijze wordt de methode gedeelde besluitvorming toegepast binnen de zorgsector?'.

3.2 Macro niveau

3.2.1 De zorgsector

Voordat we kijken naar hoe de methode gedeelde besluitvorming wordt toegepast binnen de zorgsector, zullen wij eerst het begrip zorgsector definiëren. Wij houden de definitie aan van het Centraal Bureau voor de Statistiek, die beschrijft dat de sector zorg bestaat uit alle aanbieders van zorg die gericht zijn op genezing, verpleging of langdurige verzorging. Organisaties als jeugdzorg, kinderdagopvang, internaten, sociaal cultureel werk, welzijn ouderen, maatschappelijke opvang en Arbo zorg vallen hieronder (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016).

3.2.2 Wet cliëntenrechten zorg

In deze paragraaf staan we stil bij de wet cliëntenrechten zorg (Wcz). In het Nederlandse zorgstelsel staat de cliënt centraal, dit houdt in dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers de zorg in moeten richten en vorm moeten geven vanuit het perspectief van de cliënt (Rijksoverheid, 2010). Weijden en anderen (2011) beschrijven de Wcz als een manier om de Nederlandse gezondheidszorg meer patiënt- en vraaggericht te maken. We zien hierin overeenkomsten met de uitgangspunten van de methode gedeelde besluitvorming. Het patiënt- en vraaggericht werken is ook terug te zien in de methode, doordat de cliënt zijn eigen voorkeuren en verwachtingen kan uitspreken (Everdingen et al., 2014, p.168-169).

De wet cliëntenrechten zorg is een wet om de rechtspositie van de cliënt te versterken en te verduidelijken. Deze wet geeft cliënten recht op goede zorg en het geeft cliënten de mogelijkheid om mee te kunnen praten over de inrichting en uitvoering daarvan. Dit sluit aan bij hierboven genoemde aspect van de methode gedeelde besluitvorming, waarin cliënten hun wensen en voorkeuren over de geboden zorg kunnen uitspreken. In 2008 heeft het kabinet een programma opgesteld, genaamd: 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie'. Dit programma is gemaakt in samenwerking en in overleg met cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars. Dit programma is de aanleiding geweest voor het schrijven van de wet cliëntenrechten zorg. Deze wet staat voor het versterken en verduidelijken van de individuele en collectieve rechtspositie van de cliënt. De wet beperkt zich niet alleen tot de rechten en plichten van de cliënt, maar richt zich ook op de verantwoordelijkheden die de zorgaanbieders dragen voor de kwaliteit van de geboden zorg. Naast dit praktische aspect van de wet, heeft de wet ook een symbolisch aspect: namelijk de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg, die nu meer komt te liggen bij de cliënt. Volgens Coulter (in Ouwers et al., 2012, p.40), neemt de cliënt een steeds actievere rol in bij het maken van keuzes in bijvoorbeeld de behandeling. Het is volgens Coulter belangrijk dat de arts mee gaat in de

gedeelde besluitvorming, waarin de cliënt een gelijkwaardige rol heeft bij het nemen van een beslissing.

Volgens de overheid is de basis voor goede zorg, een vertrouwensband tussen cliënt en zorgaanbieder. Vanuit dit wederzijds vertrouwen kan de zorgaanbieder vragen stellen aan de cliënt en samen met hem of haar de verschillende mogelijkheden doornemen. Elwyn beschrijft drie stappen om de methode gedeelde besluitvorming toe te kunnen passen in de praktijk. Onder de tweede stap van dit model valt onder andere het gedetailleerd uitleggen van de verschillende mogelijke opties (Elwyn, 2014). De cliënt moet ook de zorgaanbieder in staat stellen om goede zorg te kunnen verlenen. Daarom mogen de zorgaanbieders van de cliënten verwachten dat zij meewerken aan de behandeling, verpleging en verzorging. Hieronder valt bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid van de cliënt om de zorgaanbieder zo veel mogelijk relevante informatie te geven en de verantwoordelijkheid om mee te denken en te beslissen over de behandeling (Rijksoverheid, 2010). Everdingen et al. (2014) zeggen dat bij de methode gedeelde besluitvorming sprake is van wederzijds overleg, waarin beide gesprekspartners evenwaardig zijn in het uitwisselen van informatie en sturing. Dit komt overeen met de wederzijdse informatiestroom die beschreven wordt in de wet cliëntenrechten zorg.

3.2.3 Platform Gedeelde Besluitvorming

Naast de wet cliëntenrechten zorg, die overeenkomsten vertoont met de methode gedeelde besluitvorming, is er in 2011 in Nederland het Platform Gedeelde Besluitvorming opgericht, dat zich richt op het maximaliseren van de toepassing gedeelde besluitvorming in de zorgpraktijk van Nederland. Het Platform Gedeelde Besluitvorming is een samenwerkingsverband tussen patiënten(-verenigingen), zorgverleners, zorginstellingen en universiteiten. Het Platform gedeelde besluitvorming ziet zichzelf als een expertisecentrum op het gebied van de methode.

De doelen van het Platform Gedeelde Besluitvorming zijn (Zelfmanagement, z.d.):

- Het vergroten van de bekendheid van de methode gedeelde besluitvorming en van de keuzehulpen;
- Het uitwisselen van ervaringen en methoden voor effectieve gedeelde besluitvorming;
- Het stimuleren van onderzoek naar gedeelde besluitvorming;
- Het ondersteunen en adviseren bij activiteiten ter bevordering van gedeelde besluitvorming.

3.3 Toepassing van de methode gedeelde besluitvorming

In voorgaande paragrafen hebben we stilgestaan bij hoe de methode gedeelde besluitvorming op macro niveau verweven is met de zorgsector. In deze paragraaf willen wij stilstaan, aan de hand van enkele voorbeelden, hoe de methode gedeelde besluitvorming daadwerkelijk wordt toegepast door organisaties. We kijken eerst naar twee verschillende pilots (proef-uitvoeringen), waarbij de methode gedeelde besluitvorming centraal stond. Vervolgens kijken we naar een toepassing van de methode voor ouderen met complexe problematiek en ten slotte kijken we naar een toepassing van de methode gedeelde besluitvorming in een ziekenhuis.

3.3.1 SamenKeuzesMaken

Wij willen stilstaan bij de methode SamenKeuzesMaken, omdat dit een duidelijk voorbeeld is van een manier waarbij de vertaling naar de praktijk in de GGZ is gemaakt.

GGZ inGeest is sinds 2008 met behulp van GGZ-NHN, het HEE-team (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) van het Trimbos instituut en andere GGZ-instellingen, bezig met het uitwerken van de Shared Decision Making (SDM) binnen hun eigen behandelmodel. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een methode, genaamd SamenKeuzesMaken (SKM) die wordt ondersteund door een computerprogramma. Dit programma kan de cliënt helpen bij het maken van keuzes in de behandeling en op die manier de betrokkenheid van de cliënt vergroten (Bähler & Oosterveld, 2013, p. 16). Het uitgangspunt van SKM is 'herstel', waarmee bedoeld wordt: 'het vermogen om goed te

leven in aan- of afwezigheid van ziekte of problematiek' (Droës, 2012, geciteerd in Bähler & Oosterveld, 2013, p. 16). De SKM heeft als doel het bieden van ondersteuning aan cliënten, om bewust in gesprek te gaan met de behandelaar zodat de meest optimale behandeling kan worden besproken die de cliënt ondersteunt in zijn herstelproces.

Om het herstelproces van de cliënt zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen met behandeling, wordt er bij de SKM gebruikgemaakt van drie verschillende factoren, namelijk:

- een inventarisatie in de gestelde doelen en in de beleving van enkele belangrijke ervaringen van de cliënt (zowel positief als negatief);
- het beschikbaar stellen voor de cliënt van zoveel mogelijk relevante en betrouwbare kennis (bijvoorbeeld mogelijke bijwerkingen van een medicatie);
- het inzetten van positieve ervaringen van andere cliënten voor empowering binnen het herstelproces.

Om te komen tot een beslissing wordt er bij de SKM dus gebruik gemaakt van de deskundigheid van de psychiater, van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en van de wetenschappelijke inzichten (Bähler & Oosterveld, 2013, p. 16-17).

SamenKeuzesMaken is als pilot door een aantal landelijke GGZ-instellingen getest en met de gegevens daaruit verder ontwikkeld. Bij GGZ inGeest hebben tijdens de pilotfase 26 cliënten gebruikgemaakt van SKM. Uit de pilot van GGZ inGeest bleek dat cliënten het als prettig hebben ervaren om van te voren de vragenlijst (die centraal staat in het computerprogramma) ingevuld te hebben voordat zij een gesprek hadden met de behandelaar. Op deze manier konden de cliënten zich goed voorbereiden op het gesprek. Hierbij was de betrokkenheid van de psychiater groot, want de psychiater gebruikte de SKM als leidraad voor het behandelgesprek. Tijdens deze pilot werd gebruik gemaakt van het SKM model om het behandelplan te bespreken. De ervaringswerker ondersteunde de cliënt en samen keken zij naar wat de cliënt zelf kon doen. De ervaringswerker stimuleerde de cliënt om daarin eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid te nemen. Bij GGZ inGeest wordt momenteel de SKM organisatie breed uitgerold (Bähler & Oosterveld, 2013, p. 18).

Voor het beantwoorden van de tweede deelvraag, is er een expertinterview afgenomen met Tim Kreuger, ervaringsdeskundige in het FACT-team van GGZ inGeest. Bij SDM gaat het volgens Tim om de cliënt en dat de cliënt de kracht krijgt om zelf te beslissen over de behandeling of over het behandelplan. Dit kan gaan om zowel grote als kleine beslissingen. De gelijkwaardigheid tussen cliënt en hulpverlener staat bij de methode volgens Tim, centraal. Tim ziet de SDM als een belangrijke leidraad in de hulpverlening. Hij past de methode toe, door de cliënt goed te informeren en door de cliënt te ondersteunen in het maken van keuzes. Hij wil op een gelijkwaardige manier de relatie aangaan met de cliënt. Het is een attitude, waarin je rekening houdt met de wensen van de cliënt. Je moet de cliënt in zijn eigen kracht zetten en als professional een neutrale houding aannemen wanneer er verschillende opties uitgelegd moeten worden. Een valkuil voor hulpverleners kan volgens Tim zijn dat ze snel de neiging hebben te denken dat zij verantwoordelijkheid zijn voor de cliënt, waardoor ze sneller geneigd zijn om voor hun de keuzes te maken.

De effecten die hij ziet van het toepassen van de methode, zijn dat cliënten zich serieus genomen en meer mens voelen, dat ze tevreden zijn over de geleverde zorg, ze inzicht krijgen in hun kwetsbaarheden en mogelijkheden en dat ze meer verantwoordelijkheid ervaren over hun eigen leven. Hij ziet ook effecten op de langere termijn terug, zoals therapie- en medicatie trouw, wat helpt in de verdere behandeling. Tim zegt dat de SKM ingezet wordt in het contact met de cliënten, om vorm te kunnen geven aan bestaande informatie.

Dezelfde pilot heeft GGZ-NHN met 90 cliënten met een psychiatrische achtergrond uitgevoerd. Uit de resultaten van deze pilot bleek dat cliënten overwegend positief waren. De cliënten gaven aan zich meer te realiseren dat zij zelf een belangrijke inbreng hebben in hun herstel. Ook voor de

ervaringswerker leverde de SKM heldere aanknopingspunten in het contact met de cliënt op. Voor de psychiater had dit tot gevolg dat het contact veel gelijkwaardiger was, met als gevolg een andere samenwerking. SKM is bij GGZ-NHN ingezet waar ervaringswerkers onderdeel zijn van een behandelteam en de SKM wordt voornamelijk gebruikt als voorbereiding op het gesprek met de psychiater (Bähler & Oosterveld, 2013, p.18).

3.3.2 Routine Outcome Monitoring

GGZ Breburg heeft in 2011-2012 een pilot uitgevoerd waarin ze Routine Outcome monitoring (ROM) toepasten in combinatie met Shared Decision Making, bij patiënten van het Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid van GGZ Breburg. Dit zijn patiënten met lichamelijke- en psychische klachten (Feltz et al., 2014, p. 375, 377). ROM is een werkwijze die is ontstaan vanuit de behoefte om op 'systematische wetenschappelijk verantwoorde wijze te meten hoe de symptomen van de patiënt tijdens de behandeling ontwikkelen' (Zitman, 2011, geciteerd in Feltz et al., 2014, p. 375). Het is een meting die kijkt naar de verschillende levensdomeinen, het functioneren en de kwaliteit van leven. Deze meting wordt ingezet om te kijken naar welke behandeling passend is bij de patiënt. Daarnaast wordt deze meting ingezet om de effecten van de behandeling vast te stellen door middel van verschillende tussenmetingen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende instrumenten die kunnen bijdragen aan het maken van een beslissing (Feltz et al., 2014, p. 376).

De pilot in GGZ Breburg is begonnen met 67 patiënten, zeven patiënten bleken niet in staat tot ROM in de intakefase en deden daarom niet meer mee aan de pilot. Na de intakefase hadden 25 patiënten geen behoefte aan een verder behandeltraject. Bij 33 van de 35 patiënten die doorgingen met een behandeling, werd tijdens die volgende trajecten minstens één vervolg-ROM meting verricht. Bij deze patiënten werd een vermindering van lichamelijke klachten en van psychische symptoomlast gevonden (Feltz et al., 2014, p. 375).

GGZ Breburg heeft een conceptueel model ontwikkeld voor de SDM. Ze wilden in hun SDM-model meer aandacht voor de autonomie van de patiënt, maar tegelijkertijd wilden ze ook de hulpverlener de optie geven om doelgericht symptomen te kunnen behandelen of te genezen. Omdat ze de patiënt een actieve rol wilden geven in het kiezen van het behandeldoel en van de 'hoofdsymptomen' waarop gemonitord zou worden tijdens de behandeling, hebben zij een model gemaakt waarin de autonomie van de patiënt en de professionele deskundigheid van de hulpverlener op drie verschillende momenten in evenwicht is. Per onderdeel hebben zij in het model ook 'tussenstappen' beschreven. Dit model is te zien in figuur 3.1.

Tijdens de pilot werd de patiënt pas uitgenodigd voor een intakegesprek wanneer de eerste ROM-meting had plaatsgevonden, dit wordt ook wel de basismeting genoemd. Aan de hand van deze basismeting en na het verrichten van psychiatrisch- en lichamelijk onderzoek en overleg met de verwijzer, werd in overleg met de patiënt en het team gekeken naar welk zorgpad gepast leek voor de hulpvraag van de patiënt (Feltz et al., 2014, p.379).

Bij het gezamenlijk maken van het behandelplan werd de patiënt gevraagd naar zijn of haar hulpvraag en naar de verwachtingen van de behandeling. Vervolgens werd er gezamenlijk besproken wat de hoofdklachten waren van de patiënt, dit kon zowel lichamelijk als psychisch zijn. Aan de hand hiervan werden de passende vervolginstrumenten gezamenlijk gekozen en werden de zes-wekelijkse ROM-metingen klaargezet.



Figuur 3.1: 'Gedeelde besluitvorming (SDM), ROM en zorgpaden tijdens de verschillende fases' (Feltz et al., 2014, p. 378).

De uiteindelijke pilot heeft vijf maanden geduurd. Na de pilot heeft in de zes opvolgende maanden een evaluatie plaatsgevonden van de doorstroom, de mate waarin de werkwijze door patiënten en behandelaars werd gevolgd en de behandelresultaten.

Uit de pilot is gebleken dat vermindering van zowel lichamelijke als psychische klachten werd geconstateerd bij de patiënten. De uiteindelijke conclusie van deze pilot was dat de methode goed toepasbaar is bij patiënten met zowel psychische als lichamelijke klachten. De klachten van de patiënten werden minder: 'Deze pilot laat zien hoe ROM in samenwerking met de patiënt en met gebruik van een beslissingsondersteunend instrument op stimulerende en onderbouwde wijze zinvol toegepast kan worden in de behandeling' (Feltz et al., 2014, 378-383).

3.3.3 Gedeelde besluitvorming bij oudere patiënten met complexe problematiek

Pel-Littel en Veenendaal beschrijven de methode gedeelde besluitvorming als een model waarin de zorgverlener en de patiënt gezamenlijk beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen en de acties die horen bij het behalen van dat doel. Ze hanteren dezelfde definitie als de definitie van Glyn Elwyn over gedeelde besluitvorming, die terug te vinden is in het vorige hoofdstuk. Pel-Littel en Veenendaal zeggen dat er een fase ontbreekt in het huidige model van Elwyn, om de doelen en de problemen van de patiënt te verkennen. Ze beschrijven dat bij gedeelde besluitvorming bij ouderen rekening gehouden moet worden met specifieke kenmerken en dat interventies daarop aangepast moeten worden. Pel-Littel en Veenendaal hebben, door middel van het combineren van bestaande modellen, uitvoerig beschreven hoe de gedeelde besluitvorming in zeven stappen kan worden ingezet bij oudere patiënten met complexe problematiek. Deze stappen zijn vooral bedoeld om een duidelijke structuur in het gesprek te kunnen brengen. Deze structuur helpt zowel de zorgverlener als de patiënt om die onderdelen bij het gesprek te betrekken, waardoor de patiënt weet dat er verschillende opties zijn waaruit hij of zij kan kiezen in overleg met de zorgverlener. Het gesprek verheldert verder de voor- en nadelen van de verschillende keuzeopties, brengt een proces van overwegingen tot stand en helpt met het vaststellen of en hoe er gezamenlijk besloten kan worden (Veenendaal & Pel-Littel, 2015, p. 1-5).

We staan hieronder stil bij hoe Pel-Littel en Veenendaal de zeven stappen verder hebben uitgewerkt (Veenendaal & Pel-Littel, 2015, p. 5-9):

- **Stap 1: Voorbereiding op het gesprek**

Bij de eerste stap is het belangrijk om erachter te komen of de cliënt al eerder iets besproken of vastgelegd heeft over zijn leven, zoals bepaalde levensdoelen, of over de behandeling in het algemeen. Deze informatie kan helpen met het openen van het gesprek of de informatie kan als richtingaanwijzer dienen bij patiënten die op dat moment wilsonbekwaam zijn. In deze stap komt ook een probleemanalyse aan bod. Hierin wordt het probleem van de patiënt in kaart gebracht eventueel met bijdragen van andere disciplines.

- ***Stap 2: Doelen van het gesprek***

In de tweede stap legt de behandelaar uit dat er sprake is van een probleem en/of ziekte en dat er verschillende mogelijkheden zijn. Hierbij is het belangrijk om stil te staan bij het feit dat elk probleem en/of ziekte per persoon verschillend is en dat daarom eerst algemene zaken besproken moeten worden. In deze stap wordt gekeken of de persoon wilsonbekwaam is om zelf een keuze te maken. Wanneer dit niet het geval is dan moet er gekeken worden naar wie hiervoor (juridisch) aangewezen is.

In deze tweede stap wordt ook gekeken naar waarden en levensdoelen van de patiënt.

- ***Stap 3: Het keuzegesprek***

In de derde stap wordt teruggeblikt op wat in de vorige gesprekken allemaal besproken is. Aan de patiënt wordt uitgelegd dat er meerdere behandelingsmogelijkheden zijn en dat de patiënt daaruit een keuze kan maken. De patiënt (of zijn vertegenwoordiger) wordt uitgenodigd, voor zover dat mogelijk is, om zelf zijn behandeldoelen formuleren. Vervolgens is het belangrijk om te controleren of de patiënt of zijn vertegenwoordiger alles begrepen heeft.

- ***Stap 4: Optiesgesprek***

Aan de hand van de uitkomsten van de waarden, levensdoelen en behandeldoelen van de patiënt wordt bij deze vierde stap een lijst gemaakt met mogelijke behandelopties. De risico's en de voor- en nadelen van de opties worden in deze stap ook besproken. Hierbij wordt in de gaten gehouden hoe de patiënt reageert wanneer deze opties en de gevolgen daarvan besproken worden.

- ***Stap 5: Waardegesprek***

In deze stap worden de voorkeuren voor de behandelopties van de patiënt besproken. Daarnaast wordt er ook stilgestaan bij wat voor de patiënt de doorslag geeft. Het is ook mogelijk om bij deze stap gebruik te maken van een keuzehulp om bijvoorbeeld voor- en nadelen van verschillende opties visueel te maken. Aan de patiënt wordt ook gevraagd of hij nog extra informatie nodig heeft of extra bedenktijd.

- ***Stap 6: Besluitvormingsgesprek***

In deze stap draait het om het maken van een keuze. Het is belangrijk om na te gaan of de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) klaar is voor het maken van een keuze. Het is ook mogelijk dat de patiënt zelf niet de beslissing wil nemen en dit neerlegt bij de arts. In deze situaties moet de arts zoveel mogelijk aansluiten bij de levensdoelen, de waarden of de behandeldoelen van de patiënt.

- ***Stap 7: Evaluatiegesprek***

In deze laatste stap wordt het besluitvormingsproces geëvalueerd. Er wordt gecontroleerd of alle partijen nog steeds staan achter het genomen besluit. Wanneer dit goed doorgesproken is kan het behandelingsplan aangepast worden op het genomen besluit.

Volgens Pel-Littel en Veenendaal is er ook een aantal competenties nodig voor zowel patiënt als zorgverlener om deze methode toe te kunnen passen. Volgens hen is het belangrijk dat de patiënt de gekregen informatie begrijpt en kan toepassen op zichzelf en dat de patiënt gemotiveerd is om zelf mee te beslissen in de behandeling. Er moet rekening gehouden worden met persoonlijke en situationele kenmerken die deze vaardigheden kunnen beïnvloeden.

Ook voor de zorgverlener zijn enkele competenties vereist om de methode toe kunnen passen, zoals het besef hebben dat de keuze aan de patiënt is, het hebben van een neutrale houding, de

voorkeuren van de patiënt leidend laten zijn in combinatie met de richtlijn, het kunnen adviseren over het gebruik van keuzehulpmiddelen en het niet te snel naar een oplossing willen toewerken.

3.3.4 *Dynamische Oordeelsvorming*

Hugo Remmers, waarvan er in hoofdstuk 2 te zien is wat de SDM voor hem inhoudt, spreekt in zijn artikel over de methode Dynamische oordeelsvorming. Dit model kan volgens hem ondersteuning bieden bij het toepassen van de SDM (Remmers, 2015, p. 20). Volgens hem blijkt dit model geschikt te zijn voor het begeleiden van patiënten in het nemen van beslissingen omtrent hun behandeling. Broek beschrijft (in Remmers, 2015, p. 20) dat het model Dynamische Oordeelsvorming een model is waarbij mensen individueel of in groepen kunnen komen tot een weloverwogen beslissing die gebaseerd is op de verkregen kennis.

Bij het toepassen van dit model wordt rekening gehouden met verschillende aspecten van overwegingen in het besluitvormingsproces, zoals de feiten, de gedachten de idealen en waarden, de gevoelens en intuïties de wensen en doelen en de middelen en mogelijkheden. Heden, verleden en toekomst worden ook betrokken in de besluitvorming (Remmers, 2015, p.20). Het model houdt rekening met de persoonlijke levensvisie en waarden van de patiënt en met de realiteit en de beschikbare middelen.

Hugo geeft aan dat het wel raadzaam is om het model volgens onderstaande fasering te doorlopen (Remmers, 2015, p. 21-22):

- *1: Gevoelens*
In deze fase draait het om de gevoelens van de patiënt: hoe hij zich verhoudt tot zichzelf, tot anderen, de situaties en verschijnselen.
- *2: Vraag*
In deze fase wordt gekeken naar de vragen waar de patiënt voor staat. Er wordt een hoofdvraag geformuleerd van de patiënt die verder uitgewerkt kan worden in deelvragen.
- *3: Feiten*
In deze fase draait het om de feiten over de gezondheid van de patiënten, maar ook over feiten die relevant zijn in de vraag.
- *4: Middelen*
In deze fase draait het om de benodigde zorg in de toekomst. In deze fase wordt er besproken over hoe de nazorg eruit zou komen te zien naar aanleiding van de wensen van de patiënt.
- *Fase 5: Begrippen*
In deze fase wordt stilgestaan bij de gedachten van de patiënt omtrent de diagnose en de prognose. Er wordt onderzocht hoe de patiënt de gekregen informatie interpreteert en wat hij daarvan vindt.
- *Fase 6: Doelen*
In deze fase draait het om verhelderen van de doelen van de patiënt.
- *Fase 7: Besluit*
Wanneer de eerdere fase doorlopen zijn, kan er in de laatste een besluit worden gemaakt door de patiënt.

Wij hebben een expertinterview afgenomen met Hugo Remmers. Hij is werkzaam als humanistisch geestelijk verzorger bij Ziekenhuisgroep Twente, in Almelo. Hugo geeft aan dat er op zijn werk qua gedeelde besluitvorming al redelijk veel wordt gedaan door artsen, maar dit gaat alleen nog niet helemaal vanzelf of volgens een vaste methode. Hugo denkt dat het toepassen van de methode beter kan en probeert daarom binnen het ziekenhuis het model van dynamische oordeelsvorming te promoten. Hij gebruikt het model van dynamische oordeelsvorming als een soort middel om tot gedeelde besluitvorming te komen. Volgens Hugo is de methode overal waar keuzes gemaakt moeten worden toepasbaar. Naar zijn idee is het niet als het werken volgens een protocol, Hugo ziet

het meer als een soort achtergrondkennis. Hij past dit model toe wanneer hij in gesprek gaat met patiënten over mogelijke behandelingen. Hij ontvangt patiënten op zijn kantoor, maar hij komt ook bij de patiënten thuis op bezoek en probeert er dan achter te komen of de patiënt alle feiten en opties helder heeft. Voordat hij bij een patiënt langs gaat, heeft hij een multidisciplinair overleg bijgewoond, zodat hij op de hoogte is van de medische feiten van de mogelijke opties. Hugo geeft aan dat er ook regelmatig gezinsleden bij aanwezig zijn om op die wijze ook rekening te kunnen houden met wat zij denken en ervaren, maar de patiënt maakt uiteindelijk wel zelf de keuze.

Hugo ziet dat, wanneer je alles zorgvuldig doorloopt met de patiënt, er toch vaak opluchting, rust, aanvaarding of juist weer het gevoel van eigen regie ontstaat: je hoeft je niet helemaal over te laten aan dat medische systeem. Hij vindt het goed dat er in dit model persoonlijke vragen gesteld worden, omdat er daardoor recht wordt gedaan aan de eigen regie van de patiënt en het de mening en oordeel van de patiënt verheldert.

3.4 Deelconclusie

Voor het beantwoorden van onze tweede deelvraag hebben we naar verschillende voorbeelden gekeken van hoe de methode gedeelde besluitvorming elders wordt toegepast binnen de zorgsector. Uit de literatuur blijkt dat de methode op verschillende wijze en met ondersteuning van verschillende modellen wordt toegepast in de praktijk.

De wet cliëntenrechten zorg laat zien dat het gedachtegoed van meer cliënt- en vraaggericht werken, steeds verder ontwikkelt en beschreven wordt binnen de zorgsector in Nederland. Deze overgang naar meer cliënt- en vraaggericht werken, waar we in hoofdstuk 2 dieper op in zijn gegaan, wordt ook beschreven in het proces van transformatie in de decentralisatie, die ander gedrag van professionals, andere werkwijzen en manieren van omgang beogen (Rijksoverheid, z.d.). De wet cliëntenrechten zorg laat verschillende overeenkomsten zien met de methode gedeelde besluitvorming, zoals het luisteren naar de wensen en voorkeuren van de cliënt, het bespreken van de verschillende keuzeopties en de wederzijdse informatiestroom tussen cliënt en professional.

Het Platform Gedeelde Besluitvorming wil het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de zorgpraktijk maximaliseren. Zij streven naar een groei in het gebruik van de methode binnen de zorgsector en zien zichzelf als een expertisecentrum op het gebied van de methode gedeelde besluitvorming.

Uit de gevonden literatuur en documenten, blijkt dat de methode gedeelde besluitvorming al in de praktijk bij verschillende doelgroepen wordt toegepast binnen de zorgsector. In tegenstelling tot onze deelconclusie in hoofdstuk 2, zien we in dit hoofdstuk terug dat de methode gedeelde besluitvorming ook buiten de klinische setting wordt ingezet. Per organisatie is het verschillend in welke vorm de methode gedeelde besluitvorming wordt gegoten, maar de basiselementen komen in alle verschillende modellen en methodes terug. Uit onze analyse van de gevonden literatuur en van de expertinterviews, blijkt dat er verschillende elementen benoemd worden in de verschillende toepassingen van de methode, die met elkaar overeen komen. Deze elementen noemen wij de basiselementen.

Basiselementen bij het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming, die in de voorbeelden vaker benoemt worden, zijn:

Het ondersteunen van de cliënt en het ondersteunen in het maken van de meest optimale keuze.

- Het stimuleren tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de cliënt.
- Het inzetten van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt.
- Het door de hulpverlener geven van relevante en betrouwbare informatie aan de cliënt.
- Het ondersteunen van de cliënt en het ondersteunen in het maken van de meest optimale keuze.

- Het hebben van een neutrale houding en uitgaan van een houding van gelijkwaardigheid.

We kunnen hieruit concluderen dat, alhoewel gedeelde besluitvorming soms op verschillende manieren wordt bereikt, de verschillende toepassingen wel dezelfde basiselementen bevatten en in veel opzichten met elkaar overeenkomen.

In het volgende hoofdstuk bekijken we de uitwerking van de interviews met cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert en wat zij anders zouden willen zien met betrekking tot de inspraak in hun zorgproces. We kijken in de volgende deelconclusie naar de gewenste benoemde veranderingen door de cliënten en kijken naar de plek waar deze veranderingen kunnen optreden in het drie stappen model van Glyn Elwyn, over het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de praktijk.

Hoofdstuk 4 *Inspraak in het zorgproces van de cliënt*

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we gekeken naar hoe de methode gedeelde besluitvorming op verschillende manieren wordt ingezet en toegepast in de zorgsector bij verschillende doelgroepen. In dit hoofdstuk staan de interviews die we hebben afgenomen met zes cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert centraal. Wij hebben gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews, waarin de onderwerpen en de belangrijkste vragen al vastliggen (Baarda et al., 2013, p.150). Onze vooraf vastgestelde topiclijsten voor de interviews met cliënten zijn terug te vinden in de bijlage. Het thema dat centraal stond in de interviews met de cliënten, was de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces (de behandeling, verpleging en verzorging). We hebben dit voornamelijk besproken door stil te staan bij de mate waarin de cliënt het gevoel heeft mee te kunnen beslissen in zijn of haar zorgproces en wat de cliënt daarin eventueel anders zou willen zien. In dit hoofdstuk staan we stil bij de huidige situatie op de woonafdeling, de mate waarin de cliënt het gevoel heeft mee te kunnen beslissen in zijn eigen leven, welke cijfers zij hiervoor geven en welke gewenste veranderingen zij benoemd hebben. Wij schrijven, aan de hand van de voorgaande informatie, een deelconclusie die antwoordt geeft op onze derde deelvraag: 'Hoe ervaren de cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert hun eigen regie in hun zorgproces en wat zouden de cliënten anders willen zien met betrekking tot de inspraak in hun eigen zorgproces?'.

4.2 De schaalvragen

Om een beeld te kunnen vormen van de tevredenheid van de cliënten en om een eventuele vervolgmeting voor de locatie over de tevredenheid van de cliënten haalbaar te maken, hebben wij aan de cliënten gevraagd hoe tevreden zij zijn over het mee kunnen beslissen in hun eigen zorgproces. We hebben dit gedaan met gebruik van schaalvragen. We hebben gevraagd of ze hun tevredenheid konden aangeven met een cijfer, waarbij we werkten op een schaal van 1 tot 5. De 1 stond voor zeer ontevreden en de 5 voor zeer tevreden. In onderstaande tabellen is per onderdeel van het zorgproces te zien wat voor een cijfer de cliënten gaven. De gegeven cijfers lopen van 0 tot 5. Niet alle cliënten hebben bij elk onderdeel een cijfer gegeven, omdat sommige cliënten niet te maken hebben met alle zorgonderdelen van het zorgproces, of omdat cliënten geen cijfer wilden of konden geven.

Cijfer meebeslissen in de behandeling	Aantal cliënten
0	1
1	0
2	1
3	1
4	0
5	1

Cijfers meebeslissen in verpleging	Aantal cliënten
0	1
1	0
2	0
3	0
4	1
5	0

Cijfer meebeslissen in de verzorging	Aantal cliënten	Cijfers meebeslissen in het hele zorgproces	Aantal cliënten
0	1	0	2
1	0	1	0
2	0	2	1
3	0	2.5	1
3.5	1	3	0
4	1	4	1
5	1	5	1

Opvallend is dat cliënten vooral bij de verzorging tevreden zijn over het mee kunnen beslissen. Wij zien een cijfer boven de 3 als een positieve becijfering over het mee kunnen beslissen. In de verzorging zien wij dat slechts één van de vier cliënten het meebeslissen in de verzorging als negatief ziet. Als we kijken naar het mee kunnen beslissen in het gehele zorgproces, zien we dat vier van de zes cliënten dit negatief becijferen. Twee cliënten geven een positief cijfer over het mee kunnen beslissen in hun zorgproces.

4.3 Huidige situatie

We hebben in de interviews gekeken naar hoe de huidige situatie op de woonafdeling er uit ziet volgens de cliënten. Wij hebben cliënten gevraagd waarin ze het gevoel hebben wel of niet te kunnen meebeslissen in hun zorgproces. De uitwerking van deze antwoorden hebben wij verdeeld onder de verschillende onderdelen van het zorgproces van de cliënt, namelijk: de behandeling, de verpleging en de verzorging, zodat het per onderdeel van het zorgproces helder wordt waarin ze wel of niet mogen meebeslissen. Daarnaast hebben wij ook gekeken naar de inspraak van cliënten in het behandelplan (of zorgplan) en naar hun inspraak in de geschreven rapportages door de medewerkers. We hebben de fragmentcodes bij de uitspraken genoteerd, zodat ze gemakkelijk terug te vinden zijn in het kernlabelsysteem in het bronnenboek. De 'C' staat voor cliënt, met daarachter genoteerd hoeveelste respondent dit was.

Behandeling

Behandeling houdt in dat geneeskundige zorg wordt geboden, voor een aandoening, beperking, stoornis of handicap. Het doel van de geneeskundige zorg is herstel of het stabiel blijven (Zorginstituut Nederland, z.d). Drie van de zes cliënten geven aan weinig tot geen inspraak te hebben in de behandeling, volgens hen maakt de arts de keuze en beslist hij wat er gedaan wordt (C4.1, C4.5, C3.13, C2.1). Volgens twee cliënten worden de wensen en voorkeuren niet meegenomen in de behandeling (C2.9, C3.38). Er is, door twee cliënten, ook benoemd dat er geen overleg is tussen behandelaar en cliënt over de behandeling (C4.8, C5.12). Eén cliënt geeft aan soms te ervaren dat er niet naar hem geluisterd wordt:

'Ik kan net zo goed tegen de muur praten, echt gebeurt niets mee' (C6.3).

Deze cliënt ervaart het alsof er achter zijn rug om dingen worden afgesproken, waar hij geen weet van heeft. Naar zijn idee wordt er voor hem gedacht in plaats van met hem. Hierdoor krijgt hij het idee dat de begeleiding denkt dat hij zelf niet kan nadenken (C6.13, C6.14).

Eén cliënt geeft aan verder niet te weten waarin hij niet zou mogen meebeslissen in de behandeling. Hij geeft aan dat de medewerkers eigenlijk niet moeilijk doen, behalve als het niets met hem te maken heeft (C5.3, C5.4). Deze cliënt geeft ook aan dat hij het gevoel heeft dat er wel rekening gehouden wordt met zijn wensen en voorkeuren en dat de arts luistert naar zijn klachten (C5.5, C5.12).

Drie van de zes cliënten spreken over weinig tot geen inspraak in de medicatie of in de medicatie afbouw (C4.3, C3.2, C2.3, C2.4, C2.8). Eén van deze drie cliënten geeft aan dat zij alleen de medicatie kan weigeren (C3.15), en wanneer ze dat doet wordt er volgens haar niet gekeken naar eventuele andere opties die de cliënt zou willen (C3.3). Daarentegen geeft één cliënt aan wel inspraak te hebben gehad op het afbouwen van zijn medicatie (C6.15).

Uit de interviews blijkt dat drie van de zes cliënten aangeven dat zij mee mogen beslissen bij de oefeningen die zij bij de fysiotherapie kunnen uitvoeren (C3.2, C3.4, C3.5, C3.7, C3.13, C4.2, C5.2).

Verpleging

Onder verpleging verstaan wij de uitvoering van verpleegtechnische handelingen, het signaleren en begeleiden en voorlichtende taken. Onder de verpleging valt onder andere: het toedienen van medicatie, het aanleggen van katheters, wondverzorging en het uitvoeren van handelingen van de arts (Zorginstituut Nederland, z.d).

Twee van de zes cliënten geven aan het gevoel te hebben niet mee te kunnen beslissen in de verpleging (C3.15, C2.14). Meerdere antwoorden van andere cliënten laten ook zien dat er bepaalde gebieden zijn waarin de cliënten niet mee mogen beslissen, zoals onderstaande voorbeelden. Sommige dingen gaan in opdracht van de arts (C2.13). Volgens één cliënt kan hij niet meebeslissen wanneer hij geholpen wordt in de verpleging en wordt er niet met hem overlegd wat hij nog zelf kan doen en wat de begeleiding over moet nemen (C2.16, C2.18). Een andere cliënt geeft aan dat het gaat zoals de begeleiding wil, dat je afhankelijk bent van de begeleiding en van hoe het hun uitkomt (C4.14, C4.15, C4.17):

Het enige dat benoemd wordt door een cliënt waarin zij mag meebeslissen in de verpleging, is wanneer er een suikercontrole (C3.20) wordt gedaan of wanneer zij zelfstandig dingen uitvoert, in plaats van dat de begeleiding dat doet, omdat deze cliënt zoveel mogelijk zelfstandig wil blijven doen in verband met haar verhuishens.

‘Je hebt je helemaal aan te passen aan hun. En voor de rest heb je weinig in te brengen’ (C4.16).

Verzorging

Bij verzorging gaat het om het ondersteunen of overnemen van zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Dit wordt ingezet wanneer iemand niet meer zelfstandig de zelfzorg uit kan voeren (Zorginstituut Nederland, z.d).

Vijf van de zes cliënten benoemen verschillende voorbeelden van de verzorging waar ze inspraak in hebben. Als voorbeelden worden benoemd: het zelf beslissen van de douchetijden, het meebeslissen in de dagelijkse dingen, het meebeslissen in de kledingkeuze, welke shampoo of douchetemperatuur ze willen en in het meebeslissen van tijden van andere verzorgende handelingen (C1.8, C2.24, C5.16, C4.23, C4.25, C3.26).

De cliënten benoemen ook dingen waarin zij geen of minder inspraak hebben. Twee van de zes cliënten geven aan niet mee te kunnen beslissen over het eten (C1.6, C4.9, C4.26). Volgens twee cliënten wordt er geen rekening gehouden met hun wensen en voorkeuren in de verzorging (C2.27, C4.29). Andere voorbeelden die benoemd worden door de cliënten, zoals de begeleiding die voor de cliënten beslist (C3.21, C2.26), het zich aanpassen aan de regels van de afdeling (C5.18), de eigen wil van de begeleiders en het geen rekening houden met wat de cliënt wil (C4.21,) worden als voorbeelden benoemd, waardoor de inspraak van de cliënt in de verzorging verkleint of beperkt wordt. Op de vraag waar de cliënt in mee mag beslissen in de verzorging, kregen wij als antwoord:

‘Nergens in, ik kan het wel aangeven maar het ligt eraan of ze er iets mee doen meestal niet’ (C2.23).

Inspraak behandelplan/zorgplan en rapportages

We hebben cliënten gevraagd in hoeverre zij inspraak hebben in hun behandelplan of zorgplan, en in de rapportages. De antwoorden van cliënten over de inspraak in hun zorg- of behandelplan zijn verschillend. Vier van de zes cliënten hadden wat op te merken over hun zorgplan: Eén cliënt gaf aan dat het zorgplan door de begeleiding werd bepaald (C4.18) en dat hier geen terugkoppeling over was geweest (C4.19), een andere cliënt gaf aan niet te weten of ze een behandelplan had (C1.1), er werd ook aangegeven door een cliënt dat hij zijn plan wel heeft gelezen en heeft ondertekend, maar dat de begeleiding het plan heeft opgesteld (C5.10). Tot slot benoemd één cliënt het niet eens te zijn met haar zorgplan en vertelt dat het zorgplan zonder overleg met haar is gemaakt door de begeleiding (C3.9, C3.10, C3.24). Volgens haar stonden er dingen in die niet klopte en waar ze niet achter stond, ze had haar zorgplan ook niet zelf ondertekend (C3.8, C3.25). In haar zorgplan stond bijvoorbeeld dat ze hulp accepteert voor haar verslavingsproblemen, alleen volgens mevrouw heeft zij geen verslavingsproblemen. Ze geeft aan dat de begeleiding niet verwacht had dat ze het zorgplan te lezen zou krijgen (C3.24). Als we bovenstaande antwoorden naast elkaar leggen, zien we dat vier cliënten niet betrokken zijn geweest bij het maken van hun zorgplan/behandelplan.

Als we kijken naar de rapportages die geschreven worden door de medewerkers op de woonafdeling, zien we dat drie van de zes cliënten aangeeft dat de rapportages ingezien mogen worden of dat ze besproken worden (C3.27, C1.15, 5.27, C5.28, C5.29). Eén cliënt geeft aan al eerder aangegeven te hebben de rapportages in te willen zien, maar dat daar nog geen kans toe is geweest (C3.29, C3.30). De begeleiding heeft volgens haar afspraken gemaakt zonder overleg en die haar worden opgedrongen (C3.31, C3.32). Twee cliënten geven aan de rapportages niet in te willen zien, omdat dit naar hun idee geen zin heeft (2.29, C6.5).

Gevoel van meebeslissen over leven

Op de vraag of de cliënt het gevoel had te kunnen en mogen meebeslissen over zijn of haar eigen leven, werd verschillend gereageerd. Van de zes cliënten die geïnterviewd zijn, was er één positief over zijn eigen inspraak met betrekking tot zijn eigen leven (C5.26). Twee andere cliënten benoemen het idee te hebben geen zeggenschap te hebben over hun eigen leven (C1.13, C4.33). Hierbij komt het volgens één persoon voor dat er soms iets gedaan wordt, waar hij niet om gevraagd heeft (C4.37).

4.4 Wat zouden cliënten anders willen zien?

De cliënten hebben verschillende gewenste veranderingen aangegeven, die meerdere thema's besloegen. Cliënten hebben verschillende gewenste veranderingen benoemd. Na de analyse van deze antwoorden, zagen wij dat deze gewenste veranderingen onder te verdelen waren in de thema's: Werkwijze, Omgang en Meebeslissen.

Werkwijze

Met het thema Werkwijze, worden de gewenste veranderingen over de werkwijze van de medewerkers van de woonafdeling van locatie de Blinkert bedoeld.

Twee cliënten spraken hun onvrede uit over de woonafdeling. Eén van die cliënten gaf aan dat niet alle medewerkers van de woonafdeling allemaal even deskundig zijn en benoemd dit als een punt dat hij anders zou willen zien (C4.31). De andere cliënt vertelde dat het 'hele reilen en zeilen onder de maat is', hij benoemd dat het structureel verkeerd loopt. Hij benoemd ook de vele ziekmeldingen die hij ziet onder het personeel. Volgens hem loopt het personeel rond 'als een kip zonder kop' (C6.23). Volgens hem is de werkdruk te hoog, waardoor er meer ziekmeldingen zijn. Naar zijn idee komen ze in een neerwaartse spiraal terecht en is het aannemen van nieuw personeel niet de oplossing. Volgens hem moeten ze op zoek gaan naar het probleem en deze bij de kern aanpakken (C6.24).

In een interview met een cliënt zagen wij dat de cliënt een positief beeld had over de begeleiding en over zijn woonplek. Hij benoemde voornamelijk positieve punten. Op onze vraag of hij ook iets anders zou willen zien, benoemde hij dat het hem een goed idee leek om zwerfvuil in de omgeving op te ruimen (C5.31). Hij geeft aan meer dagbesteding te willen:

'Nou ik denk, ik denk dat het belangrijke punt is dat we iets krijgen om te doen. Want de mens verveelt zich gewoon hier binnen, tussen vier muren. Dus het belangrijke is dat we iets te doen hebben en dat we mobiel blijven' (C5.35).

Cliënten gaven verschillende voorbeelden van gewenste veranderingen in de werkwijze: Eén cliënt gaf aan dat hij het nakomen van afspraken graag anders zou willen zien in zijn zorgproces (C2.22, C2.23). Hij zou willen dat de arts of de begeleiding naar hem communiceert als ze wat later komen. Een andere cliënt gaf aan behoefte te hebben de rapportages in te zien en behoefte hebben om soms een tussendoortje te kunnen eten (C3.35, C3.28). Een andere cliënt geeft aan op zichzelf te willen gaan wonen, alleen dat ze hier weinig over te horen krijgt van de begeleiding. Zij zou graag meer en beter op de hoogte gehouden willen worden over haar verhuisplannen (C1.16).

Eén cliënt sprak vooral over dat hij niet thuishoort op locatie de Blinkert, omdat hij geen intensieve zorg nodig heeft. Naar zijn idee nemen de medewerkers niet hun verantwoordelijkheid om hem over te plaatsen naar een andere plek waar hij meer thuis is. Verder gaf hij aan dat hij had gehoord van anderen dat er niet snel op de bel wordt gereageerd wanneer een cliënt hulp nodig heeft. Hij gaf aan dat hij dit anders zou willen zien (C6.18).

Ten slotte was er een cliënt die niets kon benoemen over wat hij anders zou willen zien. Hij gaf aan dat het allemaal geen zin meer had en vertelde tijdens het gesprek vooral bezig te zijn met het einde van zijn leven. Volgens hem is het allemaal te laat en heeft verandering geen zin meer (C2.31). Daarentegen geeft hij wel aan waarom hij wel graag zou willen meebeslissen in de verpleging:

'Nou, dan wordt je in vertrouwen genomen, dan wordt je een beetje gerespecteerd, en dan wordt je een beetje dan denk je nou dat is toch leuk, dat iemand naar me omkijkt' (C2.19).

Omgang

Onder het thema Omgang vallen de gewenste veranderingen die de cliënten benoemen, wat betreft de bejegening naar hen toe. Naast gewenste veranderingen in de werkwijze, gaven cliënten ook verschillende gewenste veranderingen over de manier van omgang van de begeleiding. Een cliënt gaf

aan dat hij graag zou willen dat medewerkers attenter zijn, dat wanneer hij op de bel drukt de begeleiding komt (C4.35). Hij geeft ook aan dat hij niet zo betutteld wil worden door de begeleiding. Naar zijn mening worden er dingen voor hem gedaan waar hij niet om gevraagd heeft (C4.36, C4.37). Hij vindt dat de medewerkers rekening moeten houden met zijn geestelijke gezondheid, omdat hij volgens eigen zeggen 'aardig bij is' (C4.38). Een andere cliënt gaf aan dat hij wil dat medewerkers naar hem luisteren, wanneer hij aangeeft dat hij pijn heeft. Nu heeft hij het idee dat er niet naar hem geluisterd wordt en medewerkers hier niets mee doen (C4.6).

Twee cliënten gaven aan persoonlijke communicatie te missen. Eén cliënt gaf aan dat het beter zou zijn als er vaker een gesprek plaats vindt tussen begeleiding en cliënt, zodat vaker besproken kan worden hoe het gaat (C5.33). De andere cliënt antwoordde het volgende op onze vraag of hij het communiceren met mensen mist:

'Natuurlijk mis ik dat. Ja. Ik zei net al elke minuut dat ik hier zit is verloren tijd' (6.22).

Het laatste punt die ook benoemd werd als gewenste verandering in de omgang, is het op een eerbiedwaardige manier behandeld willen worden. Eén cliënt geeft aan dat de medewerkers van de woonafdeling, cliënten respectloos benadert. Volgens hem moeten ze eerst leren de cliënten eerbiedwaardig te behandelen. Hij geeft aan zichzelf klein gehouden te voelen door medewerkers (C6.17).

Meebeslissen

Onder het thema meebeslissen vallen de gewenste veranderingen rondom het mee kunnen beslissen in het gehele zorgproces.

Enkele cliënten gaven concrete ideeën over waarin zij zouden willen meebeslissen. Drie cliënten geven aan mee te willen beslissen over het eten (C3.34, C1.12, C5.14). Ook het mee willen beslissen in het zorgproces wordt benoemd. Een cliënt gaf aan meer te vertellen willen hebben over bijvoorbeeld de plek waar hij eet (C4.40). Een andere cliënt gaf aan meer mee te willen beslissen over de gang van zaken:

'Gewoon over de gang van zaken, hoe je in je vel zit, hoe het gaat, wat je wel en niet kan' (C2.20).

Tot slot wordt door één cliënt benoemd dat hij graag zou willen zien dat er meer gevraagd wordt naar wat hij zou willen. Volgens hem gebeurt dit al wel een beetje, maar dit zou volgens hem nog meer kunnen (C5.32).

4.5 Deelconclusie

Voor het beantwoorden van onze derde deelvraag, hebben wij gebruik gemaakt van zes interviews met cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert. In de interviews met cliënten zijn wij het gesprek aangegaan met de vraag waar cliënten wel of niet over mee kunnen beslissen en wat ze (eventueel) anders zouden willen zien hierin. De benoemde gewenste veranderingen gaan over de werkwijze van de medewerkers, de manier van omgang tussen cliënt en medewerker en over het willen meebeslissen in verschillende dingen. De benoemde gewenste veranderingen door cliënten, met betrekking tot hun eigen inspraak, zijn:

- het mee willen beslissen rondom het zorgproces;
- meer persoonlijk contact willen tussen medewerker en cliënt;
- het mee willen en mogen beslissen over het eten;
- de wens om meer dagbesteding te hebben;
- het ervaren van minder betutteling door de medewerkers (geen ongevraagde dingen doen);

- dat er rekening gehouden wordt met de geestelijke conditie van de cliënt, door de medewerker;
- het willen en mogen inzien van de geschreven rapportages door de medewerkers;
- het betrokken willen worden bij eventuele verhuisplannen.

Kijkend naar het drie stappen model van Glyn Elwyn (2014), die beschreven staat in hoofdstuk 2, zien we dat cliënten gewenste veranderingen benoemen over hun eigen regie in het zorgproces. De meeste gewenste veranderingen van de cliënten gaan over het onderdeel 'Decision Talk' van het model, waarin de cliënt ondersteund hoort te worden bij het ontdekken van persoonlijke voorkeuren en bij het maken van een keuze. Cliënten geven aan meer mee te willen beslissen in verschillende aspecten van het zorgproces. Er worden ook veranderingen benoemd die betrekking hebben op de stap 'Team Talk', waarin er benadrukt wordt aan de cliënt dat er verschillende keuzeoptyes zijn en waarbij de cliënt een onderdeel is van het team en op de stap 'Option Talk', waarin de verschillende keuzeoptyes beschreven en besproken worden. Cliënten geven aan meer persoonlijk contact te willen hebben met de medewerkers en meer betrokken te willen worden bij hetgeen wat medewerkers doen.

Opvallend is dat er meerdere cliënten zijn die dezelfde gewenste veranderingen benoemen. Het beeld dat geschetst wordt door de cliënten over het mee kunnen beslissen in hun zorgproces, is door de meeste geïnterviewde cliënten negatief gekleurd. Uit de analyse blijkt dat vier van de zes cliënten negatief spraken over de mogelijkheid tot meebeslissen in hun eigen zorgproces. We zien dat cliënten verschillend denken over de mogelijkheid tot het kunnen meebeslissen in de verschillende onderdelen van het zorgproces (behandeling, verpleging en verzorging), waardoor er uitlopende beelden geschetst worden door de cliënten.

De benoemde gewenste veranderingen door de cliënten kunnen de inspraak van de cliënt vergroten. Het vergroten van de inspraak van de cliënten, draagt ook bij aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt, omdat de cliënt zijn of haar eigen keuzes kan maken en op die wijze invulling kan geven aan zijn of haar leven (Movisie, 2013, p. 6). De effecten die benoemd worden in hoofdstuk 2 kunnen ook optreden wanneer de cliënt meer inspraak krijgt in zijn of haar zorgproces. Kort gezegd waren deze effecten: een grotere betrokkenheid van de cliënt, de mogelijkheid inspraak te hebben in de keuzes, het ervaren van meer eigen verantwoordelijkheid en het optreden van een kennisgroei bij de cliënt.

In hoofdstuk 5 bekijken we de uitwerking van de interviews met medewerkers van de woonafdeling van locatie de Blinkert. We staan stil bij de benoemde succesfactoren en benodigdheden door de medewerkers, die kunnen bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces.

Hoofdstuk 5 Vergroting eigen regie van de cliënt

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we gekeken naar de uitwerking van de interviews met cliënten en wat zij anders zouden willen zien met betrekking tot de inspraak in hun zorgproces. In dit hoofdstuk staan de interviews die we hebben afgenomen met acht medewerkers van locatie de Blinkert, waaronder één behandelaar, centraal. Al deze medewerkers werken op de woonafdeling, de behandelaar behandelt ook cliënten van de woonafdeling. Wij hebben gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews, waarin de onderwerpen en de belangrijkste vragen al vastliggen (Baarda et al., 2013, p.150). Onze vooraf vastgestelde topiclijsten voor de interviews met de medewerkers, zijn terug te vinden in de bijlage. Het thema dat centraal stond in de interviews was de eigen regie van de cliënt in hun zorgproces en hoe de medewerkers verwachten deze eigen regie te kunnen vergroten. We staan in dit hoofdstuk stil bij de benoemde succesfactoren door de medewerkers, de benodigdheden om deze succesfactoren toe te kunnen passen, de mogelijke belemmeringen om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten, de samenwerking tussen medewerkers en cliënten en bij gewenste veranderingen die door medewerkers benoemd worden. Wij schrijven, aan de hand van de voorgaande informatie uit de interviews, een deelconclusie die antwoord geeft op onze vierde en laatste deelvraag: 'Wat zijn, volgens begeleiders van de woonafdeling van locatie de Blinkert, succesfactoren, waardoor cliënten meer eigen regie krijgen in hun zorgproces en wat hebben deze begeleiders nodig om dat toe te kunnen passen?'.

5.2 De schaalvraag

In het vorige hoofdstuk beschreven wij hoe we aan de cliënten verschillende schaalvragen hebben gesteld. Wij hebben ook aan de medewerkers en de behandelaar gevraagd hoe zij de samenwerking tussen medewerker en cliënt, met betrekking tot gedeelde besluitvorming in het zorgproces van de cliënt, zouden becijferen. We hebben gevraagd of ze de samenwerking konden aangeven met een cijfer, waarbij we werkten op een schaal van 1 tot 5. De 1 stond voor zeer ontevreden en de 5 voor zeer tevreden. We hebben de gegevens verwerkt in onderstaande tabel.

Cijfer samenwerking m.b.t. gedeelde besluitvorming in zorgproces cliënt	Aantal medewerkers
0	0
1	0
2	1
3	0
4	7
5	0

Opvallend is dat alle medewerkers van de woonafdeling de samenwerking becijferen met een vier, terwijl de behandelaar de samenwerking becijfert met een twee. De medewerkers onderling, die betrokken worden bij het gehele zorgproces van de cliënt, zitten op één lijn wat betreft de becijfering, maar de behandelaar, die alleen gaat over het onderdeel 'behandeling' in het zorgproces van de cliënt, geeft een heel ander beeld over de samenwerking tussen cliënt en behandelaar.

5.3 Succesfactoren

Wij hebben de medewerkers gevraagd wat volgens hen succesfactoren zijn om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten in hun zorgproces. Succesfactoren zijn factoren in het handelen van de medewerkers, die helpend kunnen zijn bij het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt. We hebben de fragmentcodes bij de uitspraken genoteerd, zodat ze gemakkelijk terug te vinden zijn in het kernlabelsysteem in het bronnenboek. De 'M' staat voor medewerker en de 'B' staat voor behandelaar, met daarachter genoteerd hoeveelste respondent dit was. De benoemde succesfactoren van de medewerkers, hebben wij onderverdeeld onder twee aparte thema's: Omgang en Werkwijze.

Omgang

Met de succesfactoren die vallen onder het thema omgang, worden de benoemde succesfactoren bedoeld die te maken hebben met de bejegening naar cliënten toe.

Volgens de behandelaar zijn er verschillende dingen die hem helpen om de cliënt meer eigen regie te geven, zoals het geven van informatie, het stellen van vragen, het wekken van vertrouwen en de persoonlijke aandacht (B1.21). Het bespreekbaar maken van dingen en het geven van zoveel mogelijk informatie over de stand van zaken is volgens één medewerker een succesfactor die ook kan bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt en volgens haar draagt dit ook bij aan de vertrouwensrelatie (M5.21). Wat verder een succesfactor kan zijn, volgens een medewerker, is het op het gemak stellen van de cliënt (M3.11). Een andere medewerker geeft als succesfactor aan, het staan achter de keuze van de cliënt (M1.20). Wat ook kan bijdragen aan het vergroten van de eigen regie is, volgens een medewerker, de motivatie van de cliënt (M2.28).

Werkwijze

Met succesfactoren die vallen onder het thema werkwijze, worden de benoemde succesfactoren bedoeld die te maken hebben met de manier van werken van de medewerkers.

Vier van de acht medewerkers geven aan dat het helpend is om vooral te vragen aan de cliënt naar zijn of haar mening en om het gesprek aan te gaan. Door te kijken en te vragen naar de wil van de cliënt kan de eigen regie, volgens medewerkers, vergroot worden (M1.19, M1.21, M5.26, M2.26, M2.15, M7.14). Drie van de acht medewerkers geven aan dat het stimuleren van de cliënt helpend kan zijn om de eigen regie te vergroten. Hierbij is het belangrijk, volgens de medewerkers, dat cliënten worden gestimuleerd om zoveel mogelijk zelfstandig dingen te doen en zo weinig mogelijk zelf over te nemen (M1.22, M1.37, M5.13, M1.31, M1.39, M3.18). Daarnaast benoemt een medewerker ook als succesfactoren het overleggen en het laten zien van de voor- en nadelen van wat er uiteindelijk kan gaan gebeuren als ze bijvoorbeeld niet de wonden laten verzorgen (M1.31). Volgens haar is er ook genoeg tijd voor het aangaan van een gesprek met de cliënten:

'Ja, in principe op de afdeling waar ik zit wel. Ja, dat merk ik wel dat daar wel gewoon genoeg tijd voor is. Dus je kunt ook echt met ze aan de gang, dus dat is ook wel weer fijn. Dus je kunt daar ook echt wat van maken in plaats van dat je dat maar moet overnemen, omdat er geen tijd voor is' (M1.24).

De inspraak van de cliënt wordt volgens twee medewerkers ook meegenomen in hun zorgproces, bijvoorbeeld wanneer een cliënt gedoucht wil worden, of wanneer een cliënt bepaalde soort kleding aan wil (M2.25, M4.30). Volgens één van de medewerkers kan het ook helpen als je uitlegt wat je precies gaat doen, bij bijvoorbeeld wondverzorging (M4.26). Zij geeft aan dat ook het stimuleren en het herinneren van de cliënt succesfactoren zijn (M4.15). Een andere benoemde succesfactor voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt is het geven van psycho-educatie (M6.10).

Ten slotte was er één medewerker die benoemde dat het bespreken van het zorgplan een succesfactor kan zijn om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten in het zorgproces van de

cliënt. Door samen alles door te nemen, te kijken naar wat de cliënt wil en om de cliënt om advies te vragen wat hij of zij prettig vindt (M5.13).

5.4 Benodigdheden

Wij hebben de medewerkers ook gevraagd wat zij nodig hebben om bovenstaande succesfactoren toe te kunnen passen in hun werk, om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten. Wij hebben de benoemde benodigdheden door de medewerkers, verdeeld onder de twee thema's: Werkwijze & Cliënten en Team.

Werkwijze & Cliënten

De benodigdheden die vallen onder het thema 'Werkwijze & Cliënten', gaan over benodigdheden in de werkwijze en over benodigdheden van de cliënten, om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten.

Twee van de acht medewerkers geven aan tijd nodig te hebben om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten (M1.40, M2.17). Een medewerker geeft aan soms te snel te willen en dat ze soms stil moet staan en erover na moet denken, wil ze de eigen regie van de cliënt kunnen vergroten (M1.23). Volgens deze medewerker is het nodig dat cliënten aangeven wat zij willen, maar volgens haar wordt dat nu al door de cliënten gedaan (M1.41, M1.33). Een andere medewerker geeft aan juist de motivatie van de cliënt nodig te hebben en het werken aan doelen, om de eigen regie te kunnen vergroten (M2.16) zie onderstaand tekstfragment:

'Nou ik denk dat je altijd wel iets van de cliënt zelf nodig heb om iets te kunnen bereiken. Een stukje motivatie erin is wel belangrijk. Nee, als de cliënt niet komt met iets waar die tegen aan loopt dan zou die zorgplan er ook anders uitzien dan is alleen maar vanuit de verpleging gezien de knelpunten die dan formuleert' (M2.21).

Team

De benodigdheden die vallen onder het thema 'Team', gaan over dingen die nodig zijn van het team om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten.

Wat benoemd wordt door drie van de acht medewerkers als benodigdheden van het team, is de communicatie en het op één lijn zitten binnen het team, met name richting de cliënten (M4.34, M3.12, M4.17, M7.32):

'Nou ja de medewerking van je collega's (...) als de één zegt tegen cliënt je kan het zelf en de ander neemt het dan elke keer over daar krijg je ook weer dat ze je uit gaan spelen. Oh jij bent zo vervelend die ander doet het wel voor mij naar dan krijg je dat split gedrag. Je moet wel proberen zoveel mogelijk op één lijn te zitten. Er is ook een afspraak met elkaar, doe je het een keer anders, motiveer het in de rapportage dan weten we waarom. Soms is dat ook weer heel strak, zo van dit hebben we zo afgesproken en soms wijk je daarvan af en dan motiveer ik dit in de rapportage' (M7.32).

Een medewerker benoemt het belang van duidelijke rapportages. Zij gaf aan dat de arts dit goed doet, alleen dat de communicatie met de verslavingsarts niet optimaal verloopt (M4.16). Dezelfde medewerker geeft ook aan het fijn te vinden om bepaalde handelingen te bespreken met collega's, om te zien in hoeverre zij handelen volgens protocol (M4.27). Een andere medewerker geeft aan dat

ze ook steun van andere collega's nodig heeft om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten, 'Want als je het gevoel dat je de enige bent die op een bepaalde manier kijkt naar iets kan dat lastig zijn' (M7.26). Eén medewerker geeft aan het fijn te vinden als een collega als back-up kan optreden wanneer er zich bijvoorbeeld een conflictsituatie voordoet, zij benoemt dit als iets wat ze nodig heeft (M5.14). Daarnaast geeft een medewerker aan het prettig te vinden als zij meer ruimte zou krijgen voor haar eigen mening, door middel van intervisie en het delen met collega's. Dit kan helpen om de eigen mening en overtuiging van de medewerker meer op zij te kunnen zetten (M6.17). Zij geeft aan zich te moeten houden aan bepaalde regels vanuit het management. Volgens haar hadden dingen anders gekund, alleen hier had ze geen zeggenschap over. Ze had het idee dat aan haar mening geen gehoor werd gegeven, waardoor ze het los moest laten. Ze gaf aan dit erg lastig te vinden. Op dit soort momenten zou zij graag meer zeggenschap willen hebben voor de bestwil van de cliënt (M6.13). Hieronder is een voorbeeld te zien over hoe zij denkt over meer medezeggenschap:

'Dus ik vind dat je altijd wel mag kijken als persoonlijk begeleider van wat wil ik voor mijn cliënte, zo goed mogelijk en ook dat multidisciplinair bespreken indien dat nodig, maar ik vind er zit ook een negatieve macht aan vast hé en dat is de andere kant. Dus ik zou zelf wel wat meer medezeggenschap willen hebben, veel meer met elkaar intervisie en supervisie, en dat gaat ook gebeuren trouwens. dat is in mijn optiek heel erg belangrijk om ook goede zorg te verlenen en ook om iets dieper bij mensen naar binnen te gaan' (M6.15).

5.5 Belemmeringen

In de interviews met de medewerkers hebben wij ook stilgestaan bij de mogelijke belemmeringen die medewerkers ervaren, waardoor ze de eigen regie van de cliënt niet of minder kunnen vergroten. Wij hebben de benoemde belemmeringen verdeeld onder de thema's: Werkwijze en Cliënten.

Werkwijze

De belemmeringen die vallen onder het thema 'Werkwijze', gaan over de handelingen die zij zelf verrichten of over de werkwijze van de woonafdeling.

Vier van de acht medewerkers benoemen als belemmering om de eigen regie te kunnen vergroten, de factor tijd. Door de hoge werkdruk kan het soms zijn dat iemand te snel klaar wil zijn of dat er weinig tijd is om iets uit te voeren of te bespreken (M4.34, M7.13, M7.18, M3.18, M3.19, M1.23, M7.37). Daarnaast benoemen twee medewerkers dat het ingrijpen tegen de wil van de cliënt in, een belemmering kan zijn om de eigen regie van de cliënt te vergroten. Het ingrijpen kan soms noodzakelijk zijn voor bijvoorbeeld de gezondheid van de cliënt of om veiligheidsredenen (M5.27, M2.27). Daarnaast wordt ook als belemmering benoemd, wanneer medewerkers een verschillende visie hebben over de verzorging of over de manier van handelen. Een medewerker geeft aan dat het belangrijk is om op één lijn te zitten, omdat anders verschillen optreden (M2.23). De protocollen die de medewerkers moeten hanteren, wordt ook door een medewerker als belemmering gezien om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten (M4.28). Eén medewerker geeft aan dat een belemmering voor haar is, wanneer het negatieve consequenties zou hebben voor haar baan, naar haar inziens is het niet altijd handig om open en kritisch te zijn (M6.16).

Ten slotte geeft een medewerker aan dat er door tijdsgebrek weinig tijd is voor persoonlijke aandacht voor de cliënt:

(...) 'verder hebben we ook wel weinig tijd om echt persoonlijke aandacht voor de cliënt, dat je echt even bij een cliënt kan gaan zitten, dat iemand even z'n hart kan luchten, dat ja dat is ook gewoon echt weinig tijd voor. Dus echt persoonlijke aandacht ook' (M5.5).

Cliënten

De belemmeringen die vallen onder het thema 'Cliënten', gaan over de belemmeringen die medewerkers benoemen met betrekking tot het aandeel van de cliënt.

De onwil van de cliënt om iets te doen, wordt benoemd door een medewerker als belemmering (M1.42). Een ander antwoord van een medewerker sluit hier bij aan, zij geeft aan soms de motivatie te missen van de cliënt, dat een cliënt bijvoorbeeld meerdere keren dingen belooft of zegt dat hij het gaat doen en het dan uiteindelijk toch niet doet. De medewerker geeft aan dat als dit vaker gebeurt, ze er weer opnieuw energie in moet steken (M4.18, M4.19).

Een belemmering die ook benoemd wordt door een medewerker, is het feit dat sommige cliënten weinig tot geen ziekte inzicht hebben:

'Want ik heb zoiets het is hun leven en wij kunnen wel heel leuk gaan beslissen, jij moet dit zo en zo gaan doen, maar misschien hebben ze zelf hele andere ideeën of hé en dan denk ik van ja, laat maar is horen wat voor een ideeën dan en hoe zouden ze dat zelf oplossen. Alleen ze hebben soms een kwetsbare persoonlijkheid en dan hebben ze niet helemaal ziekte inzicht en dat maakt het dan wel een beetje moeilijk. Want soms heb je gewoon mensen die gewoon totaal niet in de gaten dat ze gewoon ernstig verslaafd zijn aan pillen. Dus daar ligt wel een grens denk ik van in hoeverre kan je dat doen' (M4.5).

Een medewerker benoemt het als een belemmering wanneer cliënten vragen niet eerlijk beantwoorden (M4.33). Een medewerker vertelt dat de doelgroep zwaarder wordt, waardoor cliënten ook moeilijker gedrag laten zien. Dit wordt ook gezien als een belemmering om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten (M7.38), zij benoemt dat bepaalde reacties van de cliënt belemmerend kunnen werken (M7.17). Volgens de behandelaar zitten niet alle cliënten te wachten om betrokken te worden bij het nemen van beslissingen (B1.19).

Een andere medewerker benoemt ook dat cliënten door moeilijk gedrag of door een persoonlijkheidsstoornis niet in staat zijn om zelf tot een beslissing te kunnen komen (M7.27). Er wordt gezegd dat het inschatten van de grens wanneer iemand wel of niet wilsbekwaam is, lastig is (M5.12). Hieronder een voorbeeld van deze medewerker, die ervoor kiest om het zorgplan zelf te maken:

'Heel lastig, vind ik heel moeilijk wat iemand eigenlijk helemaal niet wil, daar ga jij dan over bepalen dat voelt als een soort van machtsmisbruik, maar ja het is wel ten goede van de cliënt, alleen die ziet zelf niet in, maar dat is dat is wel soms heel moeilijk. Bijvoorbeeld ik heb ook een zorgplan voor haar gemaakt en dan geef ik expres weinig tot geen informatie over, omdat ik weet dat als ik dat wel doet, dat is toevallig ook gebeurd, dan wordt ze heel onrustig, en dan gaat ze aan iedereen de zorgplan laten lezen en van het is belachelijk hier, en dat klopt allemaal niet en, dan moet je dus heel de tijd die discussie aangaan die je eigenlijk niet aan kan gaan, want ja zij, zij heeft gewoon geen inzicht dus dat is dan wel heel lastig' (M5.16)

5.6 Deelconclusie

Voor het beantwoorden van onze vierde deelvraag, hebben wij gebruik gemaakt van acht interviews met medewerkers (inclusief één behandelaar) van de woonafdeling van locatie de Blinkert. Uit de interviews blijkt dat er verschillende succesfactoren aanwezig zijn om de eigen regie van de cliënten te kunnen vergroten in hun zorgproces. Uit de interviews blijkt wat de medewerkers nodig hebben om daadwerkelijk de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten. Benoemde succesfactoren door medewerkers voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces, zijn:

- het stimuleren en herinneren van de cliënt;
- de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig laten uitvoeren, door geen dingen over te nemen als dat niet nodig is;
- het vragen naar de mening, de wensen en de voorkeuren van de cliënt en hier rekening mee houden;
- motivatie van de cliënt;
- het geven van informatie aan de cliënt, zoals het bespreken van voor- en nadelen, het uitleggen wat er gedaan wordt en het geven van psycho-educatie;
- het hebben van genoeg tijd;
- het staan achter de keuze van de cliënt;
- het aangaan van persoonlijk contact, het wekken van vertrouwen en het op de gemak stellen van de cliënt;
- het bespreken van de zorgplan met de cliënt.

De benoemde succesfactoren hebben ook overeenkomsten met basiselementen van de methode gedeelde besluitvorming, die beschreven worden in de deelconclusie van hoofdstuk 3. De basiselementen van de methode gedeelde besluitvorming die aansluiten bij de benoemde succesfactoren door de medewerkers, zijn:

- Het stimuleren tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de cliënt
- Het inzetten van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt
- Het door de hulpverlener geven van relevante en betrouwbare informatie aan de cliënt
- Het ondersteunen van de cliënt en het ondersteunen in het maken van de meest optimale keuze

Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming ‘Het hebben van een neutrale houding en uitgaan van een houding van gelijkwaardigheid’ sluit niet aan bij de benoemde succesfactoren door de medewerkers.

Uit hoofdstuk 2 blijkt dat de methode gedeelde besluitvorming verschillende effecten heeft op de eigen regie van de cliënt. De succesfactoren die door de medewerkers zijn benoemd kunnen bijdragen aan: het hebben van inspraak van de cliënt in keuzes, een grotere betrokkenheid van de cliënt, het ervaren van meer eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en het optreden van een kennisgroei bij de cliënt.

Om de succesfactoren toe te kunnen passen en om daadwerkelijk de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten, benoemen de begeleiders ook behoeften, zoals: tijd, motivatie van de cliënt, communicatie tussen de medewerkers onderling en tussen de medewerkers en cliënten, het op één lijn zitten als team, duidelijke rapportages over handelingswijze en gemaakte keuzes, steun van collega's, het hebben van eigen zeggenschap binnen het team, het aangeven door de cliënt wat hij wil en het bespreken van bepaalde handelingen met collega's.

In hoofdstuk 6 geven wij op antwoord op onze hoofdvraag, die luidt: ‘Op welke wijze kan er, volgens cliënten en hun begeleiders op de woonafdeling van locatie de Blinkert, vanuit de methode gedeelde besluitvorming worden bijgedragen aan het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt?’.

Hoofdstuk 6 Conclusie

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen wij antwoord geven op de hoofdvraag, die luidt: 'Op welke wijze kan er, volgens cliënten en hun begeleiders op de woonafdeling van locatie de Blinkert, vanuit de methode gedeelde besluitvorming worden bijgedragen aan het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt?'.

6.2 Conclusie

Aan de hand van alle informatie uit de vorige hoofdstukken, concluderen wij dat de methode gedeelde besluitvorming een methode is waarin de professional samen met de cliënt keuzes maakt, gebruik makend van beschikbare informatie en bewijs, waarbij cliënten worden aangemoedigd om verschillende opties te overwegen. De rol van de professional hierin is om de cliënt goed te informeren, de cliënt te helpen bij het vormen van een persoonlijke voorkeur voor een behandeling en om de cliënt op een gepaste manier te ondersteunen (Elwyn, 2014). Volgens Elwyn kan de methode gedeelde besluitvorming worden toegepast op alle situaties waarbij er verschillende keuzemogelijkheden zijn. Elwyn heeft de methode uitgewerkt in drie stappen:

- Team talk: Bij deze stap wordt er benadrukt dat er verschillende opties zijn en dat die overwogen moeten worden. De cliënt is hierbij een onderdeel van het team en moet het gevoel hebben ondersteund te worden bij het maken van een keuze.
- Option talk: Het beschrijven van de verschillende keuzeopties, de keuzeopties worden gedetailleerd uitgelegd en onder andere de voor- en nadelen van een keuze wordt besproken.
- Decision talk: De cliënt wordt ondersteund bij het ontdekken van zijn of haar eigen voorkeuren en bij het maken van een beslissing.

Uit de literatuur blijkt dat de methode gedeelde besluitvorming ook een positief effect heeft op de eigen regie van de cliënt. Het zorgt voor een grotere betrokkenheid van de cliënt, het geeft de cliënt de mogelijkheid om zijn eigen keuzes te maken, de cliënt heeft zelf inspraak in de keuzes, de cliënt ervaart meer verantwoordelijkheid, er treedt een kennisgroei op bij de cliënten en cliënten ervaren minder twijfel over hun genomen beslissing.

Het gedachtegoed van meer cliënt- en vraaggericht werken, wordt steeds verder ontwikkeld en beschreven binnen de zorgsector in Nederland, hierbij valt te denken aan de wet cliëntenrechten zorg, die veel overeenkomsten heeft met de methode gedeelde besluitvorming. Daarnaast wil ook het Platform Gedeelde Besluitvorming het toepassen van de methode in de zorgpraktijk maximaliseren. Zij streven naar een groei in het gebruik van de methode binnen de zorgsector. Uit de gevonden literatuur en uit de informatiebronnen blijkt dat de methode gedeelde besluitvorming bij verschillende doelgroepen en organisaties inzetbaar is en dat de methode wordt ingezet door middel van verschillende methodes of modellen.

De cliënten van de woonafdeling van het Leger des Heils, locatie de Blinkert, hebben in de interviews aangegeven wat zij anders zouden willen zien met betrekking tot de inspraak in hun eigen zorgproces. De medewerkers van de woonafdeling hebben aangegeven wat volgens hun succesfactoren zijn om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten en wat de medewerkers denken hiervoor nodig te hebben. Door middel van deze gegeven informatie en de koppeling hiervan aan de literatuur, beantwoorden wij onze hoofdvraag.

Vergroting eigen regie volgens cliënten

De benoemde gewenste veranderingen door de cliënten met betrekking tot de eigen regie in hun zorgproces, hebben wij gekoppeld aan de basiselementen van de methode gedeelde besluitvorming, die blijken uit de literatuur. Daarnaast hebben we aangegeven in welke van de drie stappen van het

model van Elwyn over de toepassing van de methode in de praktijk, de gewenste verandering kan plaatsvinden.

- De meest benoemde gewenste verandering door cliënten is het meer mee willen beslissen in hun zorgproces. Ze geven aan mee te willen beslissen over het eten, meer dagbesteding te willen, betrokken te willen worden bij eventuele verhuisplannen, dat er rekening gehouden wordt met de geestelijke conditie en dat geschreven rapportages ingezien mogen worden. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het inzetten van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt. Als we kijken naar het drie stappen model van Elwyn (2014), kan deze gewenste verandering plaatsvinden in de derde stap van het model, namelijk 'Decision Talk'.
- Cliënten gaven aan graag meer persoonlijk contact te willen met de begeleiding. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het hebben van een neutrale houding en het uitgaan van een houding van gelijkwaardigheid. Kijkend naar het drie stappen model van Elwyn (2014), kan deze gewenste verandering plaatsvinden in de eerste stap van het model, namelijk 'Team Talk'.
- Door een cliënt werd ook als verandering benoemd het willen ervaren van minder betutteling (dat er geen ongevraagde dingen gedaan worden). Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het stimuleren tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de cliënt. Kijkend naar het drie stappen model van Elwyn (2014), kan deze gewenste verandering plaatsvinden in de derde stap van het model, de 'Decision Talk'.

Vergroting eigen regie volgens medewerkers

De benoemde succesfactoren door de medewerkers die de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces kan vergroten, hebben wij gekoppeld aan de basiselementen van de methode gedeelde besluitvorming, die blijken uit de literatuur. Deze succesfactoren zijn te koppelen aan meerdere stappen van het drie stappen model van Elwyn en zijn niet te koppelen aan één specifieke stap.

- Het stimuleren van de cliënt tot het zoveel mogelijk zelfstandig uitvoeren van taken, wordt als succesfactor benoemd voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het stimuleren tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de cliënt.
- Het vragen naar de mening van de cliënt en het rekening houden met de wensen en voorkeuren van de cliënt, wordt gezien als een succesfactor voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het inzetten van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt, waaronder de wensen en voorkeuren van de cliënt.
- De motivatie van de cliënt wordt benoemd als succesfactor voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het stimuleren tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de cliënt.
- Het geven van informatie aan de cliënt, zoals het bespreken van voor- en nadelen, het uitleggen wat er gedaan wordt en het geven van psycho-educatie, wordt gezien als een succesfactor voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het geven van relevante en betrouwbare informatie door de professional aan de cliënt.
- Het staan achter de keuze van de cliënt wordt benoemd door de medewerkers als succesfactor om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te vergroten. Het basiselement van de methode gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het ondersteunen van de cliënt en het ondersteunen in het maken van de meest optimale keuze.
- Het bespreken van het zorgplan met de cliënt wordt gezien als succesfactor om de eigen regie van de cliënt te vergroten in zijn of haar zorgproces. Het basiselement van de methode

gedeelde besluitvorming die hierbij aansluit, is het stimuleren tot het nemen van de eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de cliënt.

Opvallend aan de bovenstaande gegevens, is dat medewerkers het betrekken van de cliënt en zijn of haar wensen en voorkeuren zien als een succesfactor om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten in hun zorgproces, terwijl de meest benoemde gewenste veranderingen door cliënten gaan over het meer betrokken willen worden. De benoemde gewenste veranderingen door cliënten kunnen met namen optreden in de derde stap van het drie stappen model van Elwyn (2014), de 'Decision Talk' en in de eerste stap van het model, de 'Team Talk'. De benoemde gewenste veranderingen geven de mogelijkheid om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces in deze stappen van het model van Elwyn te vergroten.

Daarnaast is het opvallend dat een medewerker als succesfactor benoemd het betrekken van de cliënt bij het maken van het zorgplan. Als we kijken naar de becijfering van de cliënten over de mogelijkheid tot het mee kunnen beslissen in hun gehele zorgproces, zien we dat vier van de zes cliënten dit negatief becijferen en dat slechts twee van de zes cliënten dit positief becijferen. Wanneer cliënten inspraak hebben in hun zorgplan, kan ook hun inspraak vergroot worden over hun gehele zorgproces.

Opvallend is het grote verschil tussen de becijfering van de cliënten en de becijfering van de medewerkers, die zij geven over de samenwerking met de cliënt met betrekking tot gedeelde besluitvorming in het zorgproces van de cliënt. Zeven medewerkers becijferen dit namelijk als positief, terwijl de behandelaar dit negatief beoordeeld.

In het volgende hoofdstuk staan we stil bij de aanbevelingen die wij het Leger des Heils, locatie de Blinkert meegeven met betrekking tot het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces, aan de hand van de methode gedeelde besluitvorming.

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 6 hebben wij onze hoofdvraag beantwoord. Aan de hand van de eindconclusie, schrijven wij aanbevelingen voor het Leger des Heils, locatie de Blinkert. Deze aanbevelingen kunnen bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert in hun zorgproces, door middel van de methode gedeelde besluitvorming.

7.2 Aanbevelingen

Aanbeveling 1

Toepassing gedeelde besluitvorming in de Behandeling

Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de behandeling van de cliënt, kan worden gedaan volgens het uitgewerkte 3-stappen model van Glyn Elwyn (2014). In dit model staat beschreven hoe de cliënt ondersteund kan worden in het maken van een keuze omtrent de behandeling. De stappen bestaan uit 'Team talk', 'Option talk' en 'Decision talk'.

Elwyn beschrijft deze drie stappen als volgt (Elwyn, 2014):

- *Team talk*: Leg het belang van het overwegen van verschillende keuzeopties uit aan de cliënt. Het is belangrijk dat de cliënt een deel is van het team, dat hij zich niet verlaten voelt en niet het gevoel heeft alleen een keuze te moeten maken.
- *Option talk*: Het beschrijven van de mogelijke opties aan de cliënt. Bij deze stap is het van belang om de verschillende keuzeopties gedetailleerd uit te leggen, zoals het bespreken van de voor- en nadelen van de behandeling.
- *Decision talk*: Het helpen met het ontdekken van de voorkeuren van de cliënt en het maken van een beslissing.

Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de behandeling van de cliënt, kan ook worden gedaan door het opstellen van het zorg- of behandelplan samen met de cliënt. Indien nodig kan dit worden gedaan in overleg met andere partijen die betrokken zijn bij de cliënt, zoals eventuele familieleden. Ongeacht de wilsbekwaamheid van de cliënt, is het van belang dat de cliënt op de hoogte is en zoveel mogelijk betrokken wordt bij het schrijven van zijn of haar eigen zorg- of behandelplan. Hierdoor heeft de cliënt inspraak op belangrijke keuzes die gemaakt moeten worden en kan hij of zij zijn eigen leven invulling geven.

Aanbeveling 2

Toepassing gedeelde besluitvorming in de Verpleging

Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de verpleging van de cliënt, kan onder andere worden gedaan door benoemde succesfactoren voor vergroting van eigen regie van de cliënt door medewerkers en door benoemde gewenste veranderingen van cliënten van locatie de Blinkert.

- *Persoonlijke communicatie met de cliënt*: Het vragen naar de wil van de cliënt, het overleggen met de cliënt en het meenemen van de inspraak van de cliënt over wanneer de verpleging plaatsvindt, wie wat doet in de verpleging en op welke manier dit wordt gedaan. Keuzes worden in overleg en in samenwerking met de cliënt gemaakt.
- *Het geven van informatie aan de cliënt*: Het uitleggen wat en waarom iets gedaan wordt, wat eventuele voor- en nadelen of bijwerkingen kunnen zijn, eventuele psycho-educatie.
- *Het nemen van genoeg tijd voor een gesprek met de cliënt*.
- *Het staan achter de keuze van de cliënt*: Het kunnen loslaten van eigen persoonlijke voorkeuren of meningen.
- *Het nakomen van afspraken van zowel de cliënt als de professional*.

Aanbeveling 3

Toepassing gedeelde besluitvorming in de Verzorging

Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de verzorging van de cliënt, komt met veel aspecten overeen met onze tweede aanbeveling, over de toepassing van de methode in de verpleging. Het toepassen van de methode in de verzorging kan onder andere worden gedaan door

benoemde succesfactoren voor vergroting van eigen regie van de cliënt door medewerkers en door benoemde gewenste veranderingen van cliënten van locatie de Blinkert.

- *Persoonlijke communicatie met de cliënt:* Het vragen naar de wil van de cliënt, het stimuleren van de cliënt, het overleggen met de cliënt en het meenemen van de inspraak van de cliënt over wanneer de verzorging plaatsvindt, wat de cliënt zelf kan en wat de professional moet overnemen in de verzorging en op welke manier de verzorging wordt uitgevoerd. Keuzes worden in overleg en in samenwerking met de cliënt gemaakt.
- *Het geven van informatie aan de cliënt:* Het uitleggen wat en waarom iets gedaan wordt, wat eventuele voor- en nadelen of bijwerkingen kunnen zijn, eventuele psycho-educatie.
- *Het nemen van genoeg tijd voor een gesprek met de cliënt.*
- *Het staan achter de keuze van de cliënt:* Het kunnen loslaten van eigen persoonlijke voorkeuren of meningen.
- *Het nakomen van afspraken van zowel de cliënt als de professional.*

8.1 Discussie

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de methode van gedeelde besluitvorming, dit onderzoek is echter het eerste onderzoek die zich richt op de toepassing van de methode op locatie de Blinkert van het Leger des Heils. Alhoewel de methode al wordt ingezet binnen de klinische setting en in de geestelijke gezondheidszorg, is het toepassen van de methode op de woonafdeling van locatie de Blinkert een uitdaging. De locatie biedt specialistische verpleeghuiszorg voor cliënten die niet alleen lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben, maar die ook begeleiding nodig hebben op het gebied van verslaving, sociaal maatschappelijke problemen en/of psychiatrie (Leger des Heils, 2015). Ons onderzoek kijkt specifiek naar hoe de methode bij deze doelgroep ingezet kan worden en is daarom een aanvulling op al bestaande onderzoeken.

Ons afstudeeronderzoek is nu ten einde, maar het biedt verschillende mogelijkheden tot het ontwerpen van een vervolgonderzoek. Wanneer de methode gedeelde besluitvorming geïmplementeerd is op de woonafdeling van locatie de Blinkert, waar wij ons onderzoek hebben uitgevoerd, is er een mogelijkheid om dezelfde interviews met cliënten en medewerkers van andere afdelingen te houden. Naar aanleiding van deze andere interviews, kan de methode ook verder ontwikkeld worden voor de gehele locatie de Blinkert en eventueel ook voor andere locaties van het Leger des Heils in Midden Nederland, deze doelstelling sluit ook aan bij het ontwikkelplan van Midden Nederland die in de bijlage te vinden is. Het door ons gedane onderzoek kan ook dienen als een nulmeting, waarbij er is gekeken naar de huidige situatie vóór het implementeren van de methode gedeelde besluitvorming. Onze nulmeting opent nieuwe deuren naar het ontwerpen van een tussen- en eindmeting voor de woonafdeling van locatie de Blinkert, waarin gekeken kan worden naar de veranderingen die op zijn getreden ná het implementeren van de methode. Deze metingen kunnen dan ook worden ingezet op andere locaties binnen de sector Verpleging & Verzorging, Midden Nederland.

8.2 Evaluatie

8.2.1 Inleiding

Tijdens ons onderzoek hebben wij kennisgemaakt met het kwalitatief onderzoeken binnen de Welzijns- en Gezondheidszorg. In dit hoofdstuk willen wij kritisch terugblikken op ons onderzoek, aan de hand van verschillende aspecten. We willen stilstaan bij onze eigen rol als onderzoekers, de genomen beslissingen in het onderzoeksproces, de uitvoering van het onderzoek en onze vooraf vastgestelde doelstellingen.

8.2.2 Productevaluatie

De uitvoering van ons onderzoeksopdracht is grotendeels volgens ons opgestelde plan van aanpak verlopen. Wij willen onze werkwijze evalueren aan de hand van een SWOT-analyse, die te vinden is op de volgende bladzijde en vervolgens willen wij stil staan bij enkele belangrijke beslissingen die we genomen hebben in de verschillende onderzoeksfases.

Positief	Negatief
Sterkten • Werken met motivatie • Doorzettingsvermogen • Zorgvuldigheid • Open communicatie	Zwakten • Te snel willen • Perfectionisme • Te kritisch
Kansen • Implementatie methode op locatie de Blinkert • Gemakkelijker om vervolgmetingen te ontwerpen • Zelfstandig werken • Ontvangen van feedback + spellingcontrole onderzoeksverslag	Bedreigingen • Scheiden van hoofd- en bijzaak • Tijdsdruk • Schrijfstijl

Toelichting SWOT-analyse

In bovenstaande SWOT-analyse zijn verschillende aspecten van onze werkwijze te zien. Wij hebben vooral onze motivatie en doorzettingsvermogen ingezet om het onderzoek op tijd en in goede staat in te kunnen leveren. Onze zorgvuldigheid bij het schrijven van ons verslag is ook een eigenschap geweest die ons hierbij heeft geholpen. De open communicatie tussen ons droeg bij aan een fijne en veilige samenwerkingsrelatie. Echter zien wij ook enkele zwaktes terug in onze werkwijze. De zorgvuldigheid kon soms doorslaan in perfectionisme, waarbij we te kritisch waren naar ons verslag en we te veel de focus hadden op de details. Soms wilden we ook te snel, waardoor we eigenlijk onrealistische verwachtingen van onszelf hadden gevormd. Dit kan ook te maken hebben met de tijdsdruk die we voelden en we het dan ook zien als een bedreiging. Enkele andere bedreigingen waren het scheiden van hoofd- en bijzaken, wat voor ons soms lastig kon zijn bij het uitwerken van de deelvragen. Daarnaast was onze schrijfstijl ook een punt waar we kritisch naar moesten kijken. Ons onderzoek heeft echter ook mooie kansen opgeleverd, zoals de mogelijkheid om de methode gedeelde besluitvorming te kunnen implementeren op de woonafdeling van locatie de Blinkert. Dit kan ook worden doorgetrokken naar de invoering van de methode op de hele locatie of op andere locaties binnen de Verpleging & Verzorging van het Leger des Heils, Midden Nederland. De door ons afgenomen interviews met cliënten maken een eventuele vervolgmeting mogelijk na de implementatie van de methode gedeelde besluitvorming. Het zelfstandig werken hebben wij ook als een kans ervaren. Wij werden eigenlijk heel vrij gelaten in het onderzoek en we mochten dingen aanpassen als dit nodig was. Het laatste punt wat voor ons een kans was en die de ons kon helpen bij de benoemde bedreiging, was het ontvangen van feedback op de inhoud en spelling van ons verslag.

Belangrijke beslissingen in het onderzoeksproces

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek hebben wij uitgevoerd zoals beschreven in ons plan van aanpak. Wij hebben ervoor gekozen om één omschrijving van de methode gedeelde besluitvorming te kiezen die wij in het rest van ons verslag hanteren. Wij hebben gekozen voor de omschrijving van Glyn Elwyn. Dit hebben wij gedaan, omdat dit overeenkomt met de gehanteerde omschrijving door het Leger des Heils in het beleidsstuk van de palliatieve zorg. Daarnaast laat de omschrijving van Elwyn ook een hele praktische richtlijn zien van hoe de methode gedeelde besluitvorming kan worden ingezet in de praktijk. Dit was voor ons ook bruikbaar bij het schrijven van onze aanbevelingen voor locatie de Blinkert.

Interviews

Bij het ontwerpen, het afnemen en het uitwerken van de interviews hebben we ook verschillende beslissingen genomen die van invloed zijn geweest op de kwaliteit van ons onderzoek. Wij hebben ervoor gekozen om drie expertinterviews af te nemen, waarvan wij er twee hebben gebruikt bij het beantwoorden van onze tweede deelvraag. Dit hebben wij gedaan, omdat de derde respondent nog bezig was met de implementatie van de methode, waardoor we geen concreet voorbeeld hadden gekregen van hoe de methode werd toegepast. De expertinterviews hebben ons een beter beeld gegeven van hoe de methode gedeelde besluitvorming op verschillende manieren ingezet kan worden. Deze voorbeelden gaven ons ook meer ideeën over hoe de methode toegepast kan worden op de woonafdeling van locatie de Blinkert en konden ons daarin helpen bij het schrijven van onze aanbevelingen. Daarnaast hebben wij ervoor gekozen om ook een arts te interviewen van locatie de Blinkert. Uit de literatuur bleek namelijk dat de methode veel ingezet wordt binnen de klinische setting. Dit maakte ons nieuwsgierig naar de mening van de arts en naar zijn werkwijze en dit leek ons een goede aanvulling op de interviews met medewerkers en cliënten. Het aantal interviews met medewerkers en cliënten is ook wat gewijzigd. In ons plan van aanpak hadden we geschreven dat we zeven cliënten en zes medewerkers zouden gaan interviewen. Uiteindelijk hebben wij zes cliënten van de woonafdeling geïnterviewd en acht medewerkers, waaronder één behandelaar. We hebben hiervoor gekozen, omdat we al vrij vroeg een punt van verzadiging hadden bereikt met de cliënteninterviews. Het feit dat wij een arts wilden interviewen en het feit dat meerdere medewerkers wilden meewerken aan ons onderzoek, heeft geresulteerd in twee extra interviews met medewerkers.

Het uitwerken van de interviews hadden wij in eerste instantie alleen gedaan in fragmenten, labels en kernlabels. Toen wij ons kernlabel systeem maakte beseften we dat de kernlabels vrij onoverzichtelijk waren door de hoeveelheid labels. Dit komt mede doordat wij besloten hebben om dicht bij de tekst van de interviews te blijven tijdens het labelen, om de betrouwbaarheid in de uitwerking van de interviews te vergroten. In overleg met Jan-Peter Stolte, afstudeerbegeleider van de CHE, hebben wij daarom besloten om ook thema's onder de kernlabels toe te voegen. In het kernlabel systeem staat ook de kernlabel 'Werkwijze'. De informatie die uit dit kernlabel kwam was vooral voor onze beeldvorming van de locatie, maar hebben wij verder niet gebruikt bij het uitwerken van onze deelvragen.

Schrijven van het verslag

Tijdens het schrijven van ons onderzoeksverslag kwamen wij erachter dat onze tweede deelvraag die we geschreven hebben in ons plan van aanpak te breed was. In plaats van de sector zorg en welzijn hebben wij nu gekeken naar de zorgsector. Daarnaast was er geen duidelijke definitie te vinden van de sector zorg en welzijn, waardoor wij niet goed wisten hoe breed ons onderzoeksveld was. Onze derde deelvraag hebben wij tijdens ons onderzoek aan moeten passen, omdat deze niet te beantwoorden was naar aanleiding van de interviews met de cliënten. Tijdens het afnemen van de interviews, merkten wij dat het lastig was om met de cliënten te spreken over de eigen regie en over de methode gedeelde besluitvorming. Dit hebben wij anders moeten verwoorden, daarom hebben we dit vertaald naar het hebben van wel of geen inspraak in de onderdelen van het zorgproces en de gewenste veranderingen daarin. Op deze manier sloten onze interviews beter aan bij de doelgroep. Daarnaast hebben wij bij onze derde deelvraag gekeken naar hoe de huidige situatie eruit ziet. Hierdoor konden wij een concreter beeld vormen van de woonafdeling en konden wij de benoemde gewenste veranderingen door de cliënten beter begrijpen.

8.2.3 Procesevaluatie

Gedurende ons onderzoek hebben wij regelmatig contact gehad met onze begeleiders van het Leger des Heils en met onze begeleider van de Christelijke Hogeschool Ede. Het contact was toegankelijk en makkelijk bereikbaar via de mail of telefonisch en het contact heeft bijgedragen aan een kwaliteitsverbetering van ons onderzoek. Tijdens ons onderzoek was het op sommige momenten lastig om rekening te houden met de verschillende plannings van onze begeleiders. Wij als

onderzoekers wilden soms sneller vooruit dan mogelijk was. De onderlinge samenwerking tussen ons als onderzoekers verliep soepel. We hebben van te voren duidelijke afspraken gemaakt en onze verwachtingen naar elkaar uitgesproken. Dit heeft ervoor gezorgd dat we gedurende ons afstudeertraject op één lijn zaten en ook veel plezier beleefden in het samenwerken.

Tijdens het uitwerken van onze onderzoeksresultaten, zijn wij ons bewust geworden van onze eigen meningen en interpretaties over de gevonden informatie. Deze bewustwording heeft ons geholpen om kritisch te kunnen kijken naar ons geschreven werk, zodat wij objectief konden blijven en onze eigen interpretaties, in het schrijven van ons onderzoeksverslag, zoveel mogelijk achterwege konden laten. Dit heeft bijgedragen aan een vergroting van de betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek. Daarnaast hebben wij in ons literatuuronderzoek rekening gehouden met de verschillende soorten bronnen en hebben wij deze kritisch geëvalueerd aan de hand van verschillende aspecten, zoals de auteur, de publicatiedatum en de geldigheid van de gevonden informatie. Het kritisch evalueren van de verschillende bronnen heeft bijgedragen aan een vergrote betrouwbaarheid en validiteit van ons onderzoek.

8.2.4 Onderzoeksdoelstellingen

Wij hebben onze vooraf vastgestelde doelstellingen, die te lezen zijn in hoofdstuk 1, behaald. Door middel van ons literatuuronderzoek, de afgenomen interviews met medewerkers, cliënten en experts en het uitwerken van de informatie in ons onderzoeksverslag, is het ons gelukt om zowel ons hoofddoel, als de macro-, meso-, en microdoelstelling te behalen.

Literatuurlijst

Baarda, D., Goede, de, M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, B., Bakker, E., Goede, M., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V. (2013) *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (derde druk). Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers B.V

Bähler, M & Oosterveld, H. (2013). SamenKeuzesMaken, gereedschap voor shared decision making in de GGZ. *Kwaliteit in zorg*, 3. 16-18.

Bouwkamp, R., & S. (2010). *Handboek Psychosociale hulpverlening*. Utrecht: De Tijdstroom.

Brink, R., Timmersmans, H., Habers, J., Veenendaal, H. (2013) *Ruimte voor regie: Pioniers over zelfmanagement in de zorg*. Deventer: Kluwer

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016) *Waaruit bestaat de zorgsector [Databank]*. Opgevraagd op 4 maart 2016 <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/faq/specifiek/faq-zorgsector.htm>

Draak, M., Mensink, W., Wijngaart, M., Kromhout, M. (2013) *De weg naar maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Elwyn, G. (2012, 23 mei). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. Opgevraagd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>

Elwyn, G. (2014, mei). *Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems*. Opgevraagd van <http://www.annfammed.org/content/12/3/270.long>

Elwyn, G. (2015, 21 juli). Collaboration Talk Model for Shared Decision Making [Blog]. Opgevraagd van <http://www.glynelwyn.com/blog>

Everdingen, J.J.E, Dreesens D.H.H, Burgers J.S, Swinkels J.A, Barneveld T.A, Weijden, T. (2014) *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Felts-Cornelis, C.M., Andrea, H., Kessels, E., Duivenvoorden, H.J., Biemans, H., Metz, M. (2014). Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch empirische verkenning. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 6. 376-384.

Harmsen, H., Oosterhof, B. (2015). 'Niemand aan de zijlijn'; van milde manipulatie naar echt partneren met de patiënt: het voorbeeld van de invoering van gedeelde besluitvorming in Heliomare revalidatie. *Kwaliteit in zorg*, 2. 17-19.

Heliomare. (z.d.) *Deelnemen aan de maatschappij*. Opgevraagd op 28 maart 2016 van <https://www.heliomare.nl/page/Over-Heliomare/Missie-en-Visie>

Kaptein, A.A, Prins, J.B, Collette, E.H, Hulsman, R.L. (2010) *Medisch psychologie*.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Leger des Heils. (2015, november). *Verpleeghuiszorg: Verpleegzorg en begeleiding op het gebied van psychiatrie en verslaving*. Opgevraagd op 11 mei 2016 van http://www.legerdesheils.nl/files/files/verpleegzorg_nov%202015.pdf

Leger des Heils. (z.d.). *Wat we doen*. Opgevraagd op 2 december 2015 van <http://www.legerdesheils.nl/wat-we-doen>

Medisch contact (z.d.). *International Shared Decision Making 2011*. Opgevraagd op 29 maart 2016 van <http://www.medischcontact.nl/MCtv-Event/International-Shared-Decision-Making-2011.htm>

Movisie. (2013, 7 februari). *Feiten en cijfers Zelfregie*. Opgevraagd van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Feiten%20en%20Cijfers%20Zelfregie%20v07-02-2013%20\[MOV-691369-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Feiten%20en%20Cijfers%20Zelfregie%20v07-02-2013%20[MOV-691369-1.0].pdf)

Movisie. (2013, juli). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Opgevraagd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf

Ouwens, M., Burg, S., Faber M., Weijden T. (2012). *Shared Decision Making & Zelfmanagement literatuuronderzoek naar begripsbepaling (Radboud University Nijmegen Medical Centre)*. Nijmegen: Radboud University

Poelman, P. & Severijnen, O. (2014). *De APA-richtlijnen: Over literatuurverwijzingen en onderzoeksrapportage*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Rijksoverheid. (2010, 23 april). *Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg*. Opgevraagd van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2010/04/23/samenvatting-wet-clientenrechten-zorg/publiekssamenvatting-wcz.pdf>.

Rijksoverheid. (2015, november). *Agenda ggz achtergrondnotitie*. Opgevraagd van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/11/26/agenda-ggz-achtergrondnotitie/agenda-ggz-achtergrondnotitie.pdf>

Rijksoverheid. (z.d.). *Decentralisatie overheidstaken*. Opgevraagd op 13 mei 2016 van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/wettelijke-kaders-gezondheidsbeleid/decentralisatie>

Rijksoverheid. (z.d.). *Decentralisatie AWBZ*. Opgevraagd op 13 mei 2016 van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/wettelijke-kaders-gezondheidsbeleid/decentralisatie-0>

Remmers, H. (2015). Geestelijke verzorging en gezamenlijke besluitvorming. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 19-24, 1.

Staveren, R. (2011). Stand van zaken, gezamenlijke besluitvorming in de praktijk patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Nederlands tijdschrift geneeskunde*, 155. 1-5.

Triqs. (2014, juni). *Rapportage CQI-meting VV&T (somatiek) Leger des Heils - Midden Nederland - De Blinkert 1*. Opgevraagd van <http://www.legerdesheils.nl/files/files/Clienttevredenheid%20De%20Blinkert%201%20Somatiek%202014.pdf>

Triqs. (2014, juni). *Rapportage CQI-meting VV&T (somatiek) Leger des Heils - Midden Nederland - De Blinkert 2*. Opgevraagd van <http://www.legerdesheils.nl/files/files/Clienttevredenheid%20De%20Blinkert%202%20Somatiek%202014.pdf>

Veenendaal, H & Pel-Littel, R. (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*. 1-11. DOI: 10.1007/s12414-015-0074-5

Veendendaal, H., Stalmeier, P., Broek, I., Baas-Thijssen, M., Drenthen, T., Hilders, C., Otten, T. (2013). Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. *Kwaliteit in zorg* 3. 4-6.

Veld, A. & Wachtmeesters, J. (2015, januari). *Decentralisatie betekent transitie & transformatie*. Opgevraagd van http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/120038-01%20Boekje%20decentralisatie_DEF_LR2.pdf

Weijden, T., Drenthen, T., Versluijs, M., Veenendaal, H., Stalmeier, P., Koelewijn van Loon, M., Stiggelbout, A., Timmermans D. (2011). Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *ZEFQ*. 1-6. DOI:10.1016/j.zefq.2011.04.005

Weijden, T & Sanders-van Lennep A. (2012, 2 november). *Keuzehulpen voor de patiënt*. Opgevraagd van <http://www.henw.org/archief/volledig/id5138-keuzehulpen-voor-de-patint.html>

Zelfmanagement. (z.d). *Gedeelde besluitvorming*. Opgevraagd op 4 maart 2016 <http://www.zelfmanagement.com/thema-s/gedeelde-besluitvorming/>

Zorginstituut Nederland. (z.d) *Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging*. Opgevraagd op 21 april 2016 <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/persoonlijke+verzorging+begeleiding+en+verpleging>

Bijlagen

Inhoudsopgave bijlagen

Bijlage 1	Begrippenlijst
Bijlage 2	Topiclijsten interviews
Bijlage 3	Verkort labelsysteem
Bijlage 4	Handleiding toepassing methode gedeelde besluitvorming (product)
Bijlage 5	Ontwikkelplan Leger des Heils 2016

Definitie	Uitleg
Begeleiders/Medewerkers	Verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn op de woonafdeling van locatie de Blinkert. Daarnaast valt ook de behandelend arts die wij geïnterviewd hebben onder de medewerkers van locatie de Blinkert. De begeleiders en medewerkers van de locatie worden ook wel zorgmedewerkers genoemd.
De Blinkert	De Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg is onderdeel van het Leger des Heils in Nederland. Locatie de Blinkert valt onder deze stichting in Midden Nederland en is gevestigd in Baarn. Hier wordt specialistische verpleeghuiszorg geboden voor cliënten die niet alleen lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben, maar die ook begeleiding nodig hebben op het gebied van verslaving, sociaal maatschappelijke problemen en/of psychiatrie (Leger des Heils, 2015). De Blinkert bestaat uit zes afdelingen: twee opnameafdelingen en vier woonafdelingen, waarvan één gesloten afdeling voor mensen met de diagnose Korsakov.
Cliënt/Patiënt	Bij het Leger des Heils, locatie de Blinkert spreken ze over cliënten en niet over patiënten. De methode gedeelde besluitvorming is vooral beschreven vanuit een klinische setting, waarin ze de term patiënten aanhouden. Aangezien de term van de doelgroep afhankelijk is van de organisatie, hebben wij besloten in deze twee benamingen geen onderscheid te maken.
Consumer Quality Index:	Centrum klantervaring zorg (Ckz) in 2006. Het doel is om valide en betrouwbare metingen en vergelijkingen van consumentenervaringen te implementeren in de gezondheidszorg (Weijden et al., 2011, p. 4).
Eigen regie	De mogelijkheid die mensen moeten hebben om mee te kunnen doen in de samenleving en de mogelijkheid om hun eigen leven te kunnen leiden, waarin zij hun eigen keuzes mogen maken. Wanneer iemand wel hulp of zorg krijgt en daarvan afhankelijk is, moet het niet zo zijn dat diegene die hulp of zorg biedt, dingen voor de ander gaat invullen. Eigen regie komt dus terug in alle levensgebieden en op alle relaties tussen mensen (Movisie, 2013, p.6)
Expertinterviews	Dit zijn interviews die gehouden zijn met mensen die zich gespecialiseerd hebben in een bepaald onderwerp.
Gedeelde besluitvorming:	In ons onderzoek hanteren wij de omschrijving van de methode gedeelde besluitvorming, zoals Elwyn deze beschrijft. Het is een methode waarin klinici en de patiënt samen keuzes maken waarbij ze gebruik maken van beschikbare informatie en bewijs, waarbij patiënten worden aangemoedigd om verschillende behandelingsopties te overwegen, ook kijkend naar de voor- en nadelen van elke optie. De rol van de arts hierin is om de patiënt goed te informeren, de patiënt te helpen bij het vormen van een persoonlijke voorkeur voor een behandeling en om de patiënt op een gepaste manier te ondersteunen (Elwyn, 2014). In ons onderzoek maken wij geen onderscheid in de verschillende

	benamingen die gebruikt worden om de methode gedeelde besluitvorming aan te duiden.
Het Leger des Heils	Het Leger des Heils is een internationale beweging en behoort tot de universele Christelijke kerk (Leger des Heils, n.d). Het Leger des Heils bestaat uit verschillende onderdelen en stichtingen en heeft ook een breed zorgaanbod. De Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg is onderdeel van het Leger des Heils in Nederland, locatie de Blinkert valt onder deze stichting in Midden Nederland.
Keuzehulp	Dit is een ondersteunend middel voor gedeelde besluitvorming. Hiermee kan de patiënt informatie tot zich nemen of het gesprek met de zorgverlener voorbereiden. De keuzehulp beoogt: • Het besluit, de specifieke patiëntendoelgroep en de beschikbare opties te beschrijven; • De mogelijke consequenties van elke optie duidelijk te maken; • Het helpen van patiënten bij het verhelderen van hun voorkeuren; • Een stappenplan in de besluitvorming te beschrijven en de mogelijke rol van de patiënt daarin (Everdingen et al., 2014, p.170).
Sector zorg	Wij houden de definitie aan van het Centraal Bureau voor Statistiek, die beschrijft dat de sector zorg bestaat uit alle aanbieders van zorg die gericht zijn op genezing, verpleging of langdurige verzorging. Organisaties als jeugdzorg, kinderdagopvang, internaten, sociaal cultureel werk, welzijn ouderen, maatschappelijke opvang en Arbo zorg vallen hieronder (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016).
Succesfactoren	Dit zijn factoren in het handelen van de medewerkers, die zij zien als factoren die helpend kunnen zijn bij het vergroten van de eigen regie in het zorgproces van de cliënt.
Wet Cliënten rechten zorg	In het Nederlandse zorgstelsel staat de cliënt centraal, dit houdt in dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers de zorg in moeten richten en vorm moeten geven vanuit het perspectief van de cliënt (Rijksoverheid, 2010). Weijden en anderen (2011) beschrijven de Wcz als een manier om de Nederlandse gezondheidszorg meer patiënt- en vraaggericht te maken.
Woonafdeling	Dit is één van de afdelingen op locatie de Blinkert, waar cliënten een langere tijd verblijven. Ons onderzoek vond plaats op de woonafdeling.
Zorgproces	Onder het totale zorgproces van de cliënten op locatie de Blinkert, vallen de onderdelen: behandeling, verpleging en verzorging van de cliënt.

Expertsinterviews

Deelvraag 2: Op welke wijze wordt de methode gedeelde besluitvorming toegepast binnen de sector zorg en welzijn?

Inleiding

- Voorstellen
- Uitleg afstudeeronderzoek
- Toetstemming vragen voor opname
- Uitleggen dat wij de interviews anoniem kunnen verwerken indien gewenst
- Uitleggen hoe de verdere verwerking van dit interview verloopt

Basisgegevens respondent

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Waar bent u werkzaam/doelgroep
- Functie
- Aantal jaren werkervaring

Methode gedeelde besluitvorming

- Wat houdt deze methode volgens u in (kunt u hier meer over vertellen)?
- Hoe bent u met deze methode in aanraking gekomen?
- Wat is de meerwaarde volgens u om te werken volgens deze methode?
- Waar kan deze methode volgens u worden toegepast?
- Hoe past de organisatie waar u werkt deze methode toe?
- Hoe past uzelf deze methode toe op uw werkplek?
- Welke effecten ziet u dat de methode teweeg brengt bij de doelgroep waar u mee werkt?

Afsluiting

- Wat zou u graag willen zien met betrekking tot de methode gedeelde besluitvorming in de sector zorg en welzijn?
- Wilt u ons onderzoeksverslag ontvangen zodra deze gereed is?
- Heeft u nog vragen of aanvulling die u wilt bespreken met betrekking tot dit interview?

Clënten Interviews

Deelvraag 3: Hoe ervaren de cliënten van de woonafdeling van locatie de Blinkert hun eigen regie in hun zorgproces en wat zouden de cliënten anders willen zien met betrekking tot de inspraak in hun eigen zorgproces?

Inleiding

- Voorstellen
- Uitleg afstudeeronderzoek
- Uitleg definitie zorgproces
- Toetstemming vragen voor opname
- Uitleggen dat wij de interviews anoniem verwerken

Basisgegevens

- Leeftijd

- Geslacht
- Hoelang woont u op de woonafdeling?
- Optioneel: Reden van verblijf bij het Leger des Heils?

Behandeling

- Heeft u een behandelplan? Zo ja, hoe en door wie is dit opgesteld?
- Waarover mag u wel of niet zelf beslissen in de behandeling? Kunt u voorbeelden noemen?
- Worden de beslissingen over de medicatie met u genomen? Hoe ziet dit eruit?
- Worden de beslissingen over therapie (als u dat heeft) met u genomen? Hoe ziet dit eruit?
- Wordt er genoeg rekening gehouden met uw eigen wensen en voorkeuren in de behandeling?
- Vindt u dat er genoeg overlegd wordt tussen uzelf, de behandelaar en de begeleiding van de Binkert?
- Op een schaal van 1 tot 5, hoe tevreden bent u over het mee kunnen beslissen in de behandeling?

Verpleging

- Heeft u een verplegingsplan? Zo ja, hoe en door wie is dit opgesteld?
- Waarover mag u wel of niet meebeslissen in de verpleging? Kunt u voorbeelden noemen?
- Kunt u meebeslissen over wat voor verpleging u krijgt en wanneer u deze krijgt?
- Mag u zelf beslissen waar u in de verpleging wel of geen hulp voor wilt ontvangen? Kunt u voorbeelden noemen?
- Houden de medewerkers rekening met wat u wel en niet zelf kunt?
- Wordt er genoeg rekening gehouden met uw eigen wensen en voorkeuren?
- Wordt er met uw overlegd over de verpleging? Waarover wel en niet?
- Op een schaal van 1 tot 5, hoe tevreden bent u over het mee kunnen beslissen in de verpleging?

Verzorging

- Heeft u een verzorgingsplan? Zo ja, hoe en door wie is dit opgesteld?
- Over welke dingen mag u wel of niet meebeslissen in de verzorging? Kunt u voorbeelden noemen?
- Kunt u meebeslissen over wat voor zorg u krijgt en wanneer u deze krijgt?
- Mag u zelf beslissen waar u in de verzorging wel of geen hulp voor wilt ontvangen? Kunt u voorbeelden noemen?
- Houden de medewerkers rekening met wat u wel en niet zelf kunt?
- Wordt er genoeg rekening gehouden met uw eigen wensen en voorkeuren?
- Wordt er met uw overlegd over uw verzorging? Waarover wel en niet?
- Op een schaal van 1 tot 5, hoe tevreden bent u over het mee kunnen beslissen in de verzorging?

Bejegening

- Heeft u het gevoel dat u de mogelijkheid heeft om te beslissen over uw eigen leven?
- Worden geschreven rapportages over uw besproken/ is dit voor uw inzichtelijk?
- Hoeveel waarde hecht u aan de autonomie (recht om zelf te bepalen wat u doet) rondom uw zorgproces (behandeling, verpleging en verzorging)?
- Heeft u het idee dat u gestimuleerd wordt om zelfstandig bepaalde activiteiten te ondernemen?
- Zou u wat anders willen zien in de huidige manier van begeleiden, zo ja wat dan?
- Op welke manier zou u betrokken willen worden bij keuzes in uw zorgproces? Wat vindt u hierin belangrijk?

- Op een schaal van 1 tot 5 (5 het beste), wat voor een cijfer geeft u de mogelijkheid om mee te kunnen beslissen over uw zorgproces (dus een totaalbeeld van de verzorging, verpleging en behandeling)?

Afsluiting

- Hoe zou u willen dat er op locatie de Blinkert omgegaan wordt met bewoners?
- Heeft u nog vragen of aanvulling die u wilt bespreken met betrekking tot dit interview?

Medewerkers topiclijst

Deelvraag 4: Wat zijn, volgens begeleiders van de woonafdeling van locatie de Blinkert, succesfactoren waardoor cliënten meer eigen regie krijgen in hun zorgproces en wat hebben deze begeleiders nodig om dat toe te kunnen passen?

Inleiding

- Voorstellen
- Uitleg afstudeeronderzoek + methode gedeelde besluitvorming
- Uitleg definitie zorgproces
- Toetstemming vragen voor opname
- Uitleggen dat wij de interviews anoniem verwerken

Basisgegevens respondent

- Leeftijd
- Opleiding
- Waar bent u werkzaam/doelgroep
- Functie
- Aantal jaren werkervaring

Eigen visie medewerker

- Wat vindt u zelf belangrijk in de benadering naar cliënten?
- Wat is uw visie over de eigen regie van de cliënt?
- Wat is uw visie over de methode van gedeelde besluitvorming?
- Is er naar uw idee genoeg aandacht voor de wensen en voorkeuren van de cliënt in zijn of haar zorgproces? Kunt u hierover voorbeelden noemen?
- Als een cliënt uw hulp nodig heeft bij het maken van een keuze, hoe gaat u hier dan mee om? Welke stappen onderneemt u en hoe zit dit eruit?

Behandeling

- Hoe worden cliënten bij hun behandeling betrokken, wat is uw rol daarin?
- Wanneer moet u samen met de cliënt keuzes maken over de behandeling? Wanneer niet? Kunt u voorbeelden noemen?
- Is er naar uw idee genoeg aandacht voor de wensen en voorkeuren van de cliënt in zijn of haar behandeling?
- Wat helpt u om de eigen regie van de cliënt meer te vergroten in de behandeling? Wat heeft u daarvoor nodig?
- Zijn er dingen die u tegen houden om de cliënt meer te betrekken bij de ontvangen behandeling?

Verpleging

- Hoe ziet uw rol in de verpleging er uit?

- Hoe zet u de eigen regie van de cliënt in bij de verpleging die u geeft? Kunt u voorbeelden noemen?
- Waar mag de cliënt wel of niet in mee beslissen in de verpleging die zij van u ontvangen? Kunt u voorbeelden noemen?
- Wat helpt u om de eigen regie van de cliënt meer te vergroten in de verpleging? Wat heeft u daarvoor nodig?
- Zijn er dingen die u tegen houden om de cliënt meer te betrekken bij de ontvangen verpleging?

Verzorging

- Hoe ziet uw rol in de verzorging er uit?
- Hoe zet u de eigen regie van de cliënt in bij de verzorging die u geeft? Kunt u voorbeelden noemen?
- Waar mag de cliënt wel of niet in mee beslissen in de verzorging die zij van u ontvangen? Kunt u voorbeelden noemen?
- Wat helpt u om de eigen regie van de cliënt meer te vergroten in de verzorging? Wat heeft u daarvoor nodig?
- Zijn er dingen die u tegen houden om de cliënt meer te betrekken bij de ontvangen verzorging?

Samenwerking tussen cliënt en medewerker

- Zou u wat anders willen zien in de samenwerking tussen cliënt en medewerker met betrekking tot de eigen regie in het zorgproces van de cliënt?
- Op een schaal van 1 tot 5, hoe tevreden bent u nu over de samenwerking tussen de cliënt en medewerker met betrekking tot gedeelde besluitvorming in het zorgproces van de cliënt?

Afsluiting

- Heeft u nog vragen of aanvulling die u wilt bespreken met betrekking tot dit interview?

Behandelaar topiclijst

Deelvraag 4: Wat zijn, volgens begeleiders van de woonafdeling van locatie de Blinkert, succesfactoren waardoor cliënten meer eigen regie krijgen in hun zorgproces en wat hebben deze begeleiders nodig om dat toe te kunnen passen?

Inleiding

- Voorstellen
- Uitleg afstudeeronderzoek + methode gedeelde besluitvorming
- Uitleg definitie zorgproces
- Toetstemming vragen voor opname
- Uitleggen dat wij de interviews anoniem verwerken

Basisgegevens respondent

- Leeftijd
- Opleiding
- Woonafdelingen cliënten
- Functie
- Aantal jaren werkervaring

Eigen visie medewerker

- Wat vindt u zelf belangrijk in de benadering naar cliënten?
- Wat is uw visie over de eigen regie van de cliënt?

- Wat is uw visie over de methode van gedeelde besluitvorming?

Behandeling

- Hoe worden cliënten bij hun behandeling betrokken?
- Wanneer moet u samen met de cliënt keuzes maken in de behandeling? Wanneer niet? Kunt u voorbeelden noemen?
- Hoe zet u de eigen regie in van de cliënt als wij kijken naar behandeling?
- Behandelplan: Hoe wordt dit opgesteld en door wie?
- Als u kijkt naar hoe je keuzes maakt met een cliënt omtrent behandeling hoe pak je dit dan aan? *Hierbij kun je denken aan houding, manier van vraagstelling, opties weergeven en het aangeven van de voor- en nadelen?*
- Is er naar uw idee genoeg aandacht voor de wensen en voorkeuren van de cliënt in zijn of haar behandeling?
- Wat helpt u om de eigen regie van de cliënt meer te vergroten in de behandeling? Wat heeft u daarvoor nodig?
- Zijn er dingen die u tegen houden om de cliënt meer te betrekken bij de ontvangen behandeling?
- Op welke wijze wordt er overlegd tussen uzelf, de cliënt en de begeleiding van de Blinkert? Hoe verloopt de samenwerking?
- Zou u dingen anders willen zien omtrent de samenwerking met anderen in de behandeling?
- Op een schaal van 1 tot 5, hoe tevreden bent u nu over de samenwerking tussen u, de cliënt en de medewerkers met betrekking tot gedeelde besluitvorming in de behandeling van de cliënt?

Afsluiting

- Heeft u nog vragen of aanvulling die u wilt bespreken met betrekking tot dit interview?

Hieronder is een verkorte versie van ons kernlabelsysteem van de uitwerking van de interviews terug te vinden. Onze complete kernlabelsysteem is terug te vinden in het bronnenboek.

De fragmenten die wij niet hebben gebruikt, hebben wij roodgedrukt. De fragmenten die vallen onder het kernlabel 'Werkwijze' hebben wij niet gebruikt voor het beantwoorden van onze onderzoeksvraag, maar diende puur voor het kunnen vormen van een duidelijk beeld van locatie de Blinkert. Onder het kopje fragment nummer treft u verschillende codes aan. De 'C' staat voor cliënten, de 'M' staat voor medewerker en de 'B' voor behandelaar. Elke letter wordt gevolgd met een cijfer. Deze cijfer geeft aan hoeveelste respondent dit is, met daarachter het fragmentnummer van het interview

Kernlabel	Thema's	Fragment nummer	Definitie Kernlabel
Wel inspraak	Behandeling (23)	C4.2, C3.2, C3.15, C3.4, C3.5, C3.7, C5.3, C5.4, C5.5, C5.2, C5.12, C6.15, M7.11, M1.14, M5.10, B1.9, B1.15, B1.16, B1.19, M7.11, M6.7, M4.11, M3.9	Het kernlabel 'Wel inspraak' definiëren wij als de onderwerpen, gebieden of vraagstukken waarin de cliënt inspraak heeft of waarin hij het gevoel heeft wel te mogen meebeslissen. Deze onderwerpen, gebieden of vraagstukken kunnen door zowel medewerker als cliënt zijn benoemd.
	Verpleging (13)	C3.20, C3.17, M1.28, M4.20, M3.14, M3.17, M4.22, M4.21, M5.19, M6.12, M7.23, M7.20, M7.22	
	Verzorging (23)	C1.8, C2.24, C3.23, C3.26, C4.23, C4.25, M1.35, M2.18, C4.27, C5.16, M1.35, M1.34, M1.35, M1.36, M2.24, M3.21, M4.22, M4.29, M4.29, M5.23, M5.23, M6.14, M7.28	
	Zorgplan	C5.10, M1.28, M2.10, M4.37, M5.31, M4.38, M7.8, M7.9, M7.9	
	Rapportages (3)	C3.27, C5.28, C5.29	
	Algemeen (4)	C5.19, C5.24, M1.11, M4.6, C5.26, M4.31	
	Werkwijze (7)	M1.10, M1.15, M2.2, M2.5, M3.5, M4.36, M6.9	

Geen inspraak

Behandeling (37)	C2.1, C2.3, C2.4, C2.8, C2.9, C3.38, C3.2, C3.3, C3.13, C4.1, C4.1, C4.3, C4.5, C4.8, C5.12, 6.13, C6.3, C6.14, B1.6, B1.6, M2.14, B1.7, B1.9, B1.10, M2.11, M3.15, M3.16, M4.6, M4.23, M4.24, M6.8, M1.18, M5.20, M7.14, M7.15, M7.16, M7.20.	Het kernlabel 'Geen inspraak' definiëren wij als de onderwerpen, gebieden of vraagstukken waarin de cliënt geen inspraak heeft of waarin hij het gevoel heeft niet mee te mogen beslissen. Deze onderwerpen, gebieden of vraagstukken kunnen door zowel medewerker als cliënt zijn benoemd.
Verpleging (17)	C2.13, C2.14, C2.16, C2.18, C3.14, C3.15, C4.14, C4.15, C4.16, C4.17, C5.13, M1.29, M1.30, M1.27, M3.20, M4.25, M6.12, M5.18.	
Verzorging (18)	C3.21, C4.21, C4.24, C4.26, C2.27, C4.29, C2.26, C4.9, C5.18, M1.36, M1.34, M2.24, M3.23, M5.6, M5.24, M5.25, M4.32, M7.28, M7.29.	
Zorgplan (7)	C3.8, C3.24, C3.9, C3.10, C3.25, C4.18, C4.19	
Rapportages (2)	C3.29, C3.30.	
Werkwijze (11)	M1.4, M2.5, C3.31, C3.32, M3.9, M4.3, M5.33, M5.34, M7.3, M7.5.	
Algemeen (3)	C3.37, C1.13, C4.37.	

Werkwijze
Niet gebruikt voor
het beantwoorden
van de deelvragen

Overige (168)	C1.1, C1.2, C1.3, C1.4, C3.16, C3.19, C1.5, C1.15, C2.15, C2.17, C2.18, C3.1, C3.11, C3.12, C3.18, C3.19, C3.22, C4.15, C4.28, C4.34, C4.34, M2.20, M2.22, M4.4, C4.39, C5.6, C5.9, C5.20, C5.21, C5.31, C5.27, C5.30, C6.1, C6.2, C6.6, C6.7, C6.8, C6.10, C6.12, C6.20, C6.23, C6.24, B1.1, B1.2, B1.3, B1.4, M1.5, M2.4, M3.3, M4.5, M5.2, M7.4, B1.5, M1.13, M6.4, B1.6, B1.8, B1.9, B1.10, M7.24, B1.11, B1.12, B1.13, B1.14, B1.17, B1.18, B1.20, B1.22, M1.1, M1.43, M1.2, M1.3, M1.6, M1.7, M4.10, M1.8, M1.9, M1.12, M1.13, M1.15, M1.16, M1.25, M1.26, M1.38, M2.1, M3.2, M3.3,	Het kernlabel 'Werkwijze' definiëren wij als de huidige manier van werken op de woonafdeling, de manier van handelen of de houding van de medewerkers. Dit betreft zowel de werkwijze tussen medewerkers onderling, als de werkwijze tussen medewerkers en cliënten.
---------------	---	--

		M2.2, M2.3, M3.1, M6.1, M7.1, M2.6, M2.9, M2.12, M2.13, M2.14, M2.19, M3.4, M3.5, M3.6, M3.7, M3.8, M3.9, M3.10, M3.13, M5.7, M3.13, M7.7, M3.20, M3.22, M6.11, M3.24, M4.1, M4.2, M4.3, M7.2, M4.7, M4.8, M4.9, M4.11, M4.13, M4.14, M4.19, M4.20, M4.29, M4.30, M4.37, M5.1, M5.3, M5.7, M5.8, M5.9, M5.10, M5.11, M5.12, M5.16, M5.17, M5.19, M5.23, M5.30, M5.32, M6.1, M6.1, M6.4, M6.3, M6.5, M6.6, M6.8, M6.9, M6.10, M6.11, M6.12, M6.14, M7.1, M7.8, M7.2, M7.6, M7.7, M7.8, M7.10, M7.12, M7.15, M7.21, M7.22, M7.25, M7.30, M7.31.	
Samenwerking (-)	Cijfer meebeslissen (9)	C1.10, C2.12, C2.21, C2.28, C2.33, C3.36, C6.16, B1.25, C6.25.	Het kernlabel 'Samenwerking (-)' definiëren wij als de uitspraken of meningen van cliënten en medewerkers die gaan over de samenwerking tussen medewerkers en cliënt of medewerkers onderling, die volgens ons negatief getint zijn. De schaalvragen die onder dit kernlabel verwerkt zijn, lopen op een schaal van 1 tot 5. Wij hebben besloten dat het gegeven cijfer tot en met 2.5 telt als een negatieve becijfering.
	Werkwijze (14)	C1.14, C2.3, C2.7, C2.10, C2.11, C6.4, C2.15, M5.28, M7.19, C3.26, 4.13, C4.30, C3.36, C4.4, C4.11.	
	Omgang (15)	C2.29, C2.30, C2.32, C2.2, C6.5, C3.33, C6.5, C6.9, C6.11, C4.7, C6.17, C6.19, C6.21, C2.5, M4.12.	
Samenwerking (+)	Cijfer meebeslissen (16)	C1.4, C1.14, C4.10, C4.20, C5.8, C4.32, C4.41, C5.25, C5.34, B1.24, B1.26, M1.44, M2.29, M3.28, M4.39, M5.29, M6.19, M7.39, M3.27.	Het kernlabel 'Samenwerking (+)' definiëren wij als de uitspraken of meningen van cliënten en medewerkers die gaan over de samenwerking tussen medewerkers en cliënt of medewerkers onderling, die volgens ons positief getint zijn. De schaalvragen die onder dit kernlabel verwerkt zijn, lopen op een schaal van 1 tot 5. Wij hebben besloten
	Werkwijze (7)	C2.25, C1.18, C4.12, C5.23, M4.14, M3.26, M4.39.	
	Omgang (19)	C1.19, C1.20, C4.21, C1.9, C3.6, C5.1, C5.7, C5.8, C5.11, C5.13, C5.15, C5.22, C5.23, C5.17, C5.18, C5.27, M4.36, B1.23, M3.20.	

		dat het gegeven cijfer vanaf een 3 telt als een positieve becijfering.
Veranderingen	Werkwijze (22)	M1.17, M1.43, C1.16, C4.31, C5.31, C2.19, M7.36, C5.35, 5.33, M7.39, C2.22, C2.23, C2.31, C3.28, C3.35, C6.18, C6.23, C6.24, M2.8, M2.30, M5.28, M5.5, M7.34.
	Omgang (15)	C2.19, C4.6, C2.22, C4.35, C4.36, C4.38, M2.31, M5.4, M5.5, M6.18, C5.33, C6.22, C6.17, M7.35, M7.36.
	Meebeslissen (7)	C4.40, C5.14, C5.32, C2.20, M2.7, M6.18, M7.13.
Belemmeringen	Werkwijze (16)	M7.18, M7.13, M1.23, M4.28, M4.34, M5.5, M2.23, M2.27, M3.18, M3.19, M7.33, M3.19, M5.27, M6.16, M7.37.
	Cliënten (12)	M4.5, M5.16, M4.18, M4.19, M1.42, M4.33, M7.27, M7.38, M5.12, M5.22, M7.17, B1.19.
Succesfactoren	Omgang	B1.21, M1.20, M2.28, M3.11, M5.21.
	Werkwijze (19)	B1.21, M1.19, M1.21, M5.26, M1.24, M1.31, M1.22, M1.31, M1.39, M2.15, M2.25, M2.26, M4.30, M3.18, M3.25, M4.15, M4.26, M5.13, M6.10, M6.15, M7.14.
		Het kernlabel 'Succesfactoren' definiëren wij als benoemde succesfactoren door medewerkers die kunnen bijdragen aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces. Onder de succesfactoren gaan wij uit van factoren die medewerkers zelf (kunnen) uitvoeren om de eigen regie in het zorgproces van de cliënt te vergroten.

Benodigdheden

Werkwijze (4)	M1.23, M1.32, M2.17, M1.40, M5.14, M7.32.	Het kernlabel 'Benodigdheden' definiëren wij als benoemde benodigdheden door medewerkers die zij nodig hebben (van anderen, van hunzelf of in bepaalde middelen) om de eigen regie van de cliënt te kunnen vergroten in zijn of haar zorgproces.
Cliënten (5)	M1.33, M1.41, M2.16, M2.21.	
Team (11)	M4.16, M3.12, M4.27, M4.34, M5.14, M6.13, M6.15, M6.17, M7.26, M7.32, M4.17.	



Niet voor de cliënt, maar met de cliënt.

*Onderzoek naar het toepassen van de methode
gedeelde besluitvorming in de Welzijns-en
Gezondheidszorg*

Handleiding voor de woonafdeling van locatie de Blinkert

Afstudeeronderzoek 2016 bij het Leger des Heils, locatie de Blinkert

Lauren van der Wal & Annelien van den Brink

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening en Sociaal Pedagogisch Hulpverlening

Inleiding

Dit document is een handleiding voor het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming op de woonafdeling van locatie de Blinkert van het Leger des Heils, om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten. Deze handleiding is geschreven aan de hand van het afstudeeronderzoek wat tussen februari en mei 2016 heeft plaatsgevonden op de locatie. Het afstudeeronderzoek is uitgevoerd door de vierdejaarsstudenten Annelien van den Brink en Lauren van der Wal van de Christelijke Hogeschool Ede. In dit onderzoek is onderzocht wat de methode gedeelde besluitvorming is, hoe het elders wordt toegepast, wat de inspraak is van cliënten in het zorgproces, wat cliënten anders zouden willen zien en wat volgens medewerkers succesfactoren zijn om de eigen regie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te kunnen vergroten.

In de handleiding staan we stil bij hoe de methode gedeelde besluitvorming kan worden toegepast bij de verschillende onderdelen in het zorgproces van de cliënt (behandeling, verpleging en verzorging). De handleiding is geschreven naar aanleiding van de onderzoeksresultaten, de conclusie en de aanbevelingen die beschreven staan in het afstudeeronderzoek: *'Niet voor de cliënt, maar met de cliënt'*.

Begripsbepaling

Methode gedeelde besluitvorming

Als eerste willen wij de definitie methode gedeelde besluitvorming verder toelichten. Wij hanteren de definitie van Glyn Elwyn die zegt dat het een methode is, waarin de professional en de cliënt samen keuzes maken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van beschikbare informatie en bewijs, waarbij cliënten worden aangemoedigd om verschillende behandelingsopties te overwegen, ook kijkend naar de voor- en nadelen van elke optie. De rol van de professional hierin is om de cliënt goed te informeren, de cliënt te helpen bij het vormen van een persoonlijke voorkeur voor een behandeling en om de cliënt op een gepaste manier te ondersteunen. Volgens Elwyn (2014) kan de methode overall toegepast worden bij situaties waarin er verschillende keuzemogelijkheden zijn, dit houdt in dat de methode gedeelde besluitvorming ook gebruikt kan worden voor de doelgroep op locatie de Blinkert. De methode gedeelde besluitvorming rust, volgens Elwyn, in de basis op het accepteren dat individuele zelfbeschikking een bewonderenswaardig doel is en dat professionals de cliënten moeten helpen om individuele zelfbeschikking te kunnen behalen waar dat mogelijk is (Elwyn, 2012).

Eigen regie van de cliënt

De mogelijkheid die mensen moeten hebben om mee te kunnen doen in de samenleving en de mogelijkheid om hun eigen leven te kunnen leiden, waarin zij hun eigen keuzes mogen maken. Wanneer iemand wel hulp of zorg krijgt en daarvan afhankelijk is, moet het niet zo zijn dat diegene die hulp of zorg biedt, dingen voor de ander gaat invullen. Eigen regie komt dus terug in alle levensgebieden en op alle relaties tussen mensen (Movisie, 2013, p.6).

Zorgproces van de cliënt

Onder het totale zorgproces van de cliënten op locatie de Blinkert, vallen de onderdelen: behandeling, verpleging en verzorging van de cliënt.

Methode gedeelde besluitvorming

Houding van medewerkers en cliënten

Voor het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming, zijn er volgens Pel-Littel en Veenendaal een aantal competenties vereist voor zowel de cliënt als de professional (Veenendaal & Pel-Littel, 2015, p. 5-9). Hieronder staan we kort stil bij deze competenties.

Competenties van de professional:

- Het beseft dat de keuze aan de cliënt is;
- Het hebben van een neutrale houding;
- De voorkeur van de cliënt leidend laten zijn in combinatie met de richtlijn;
- Het niet te snel naar een oplossing willen toewerken;
- Het rekening houden met de persoonlijke en situationele kenmerken die de vaardigheden van de cliënt kunnen beïnvloeden.

Competenties van de cliënt:

- Het begrijpen van de gekregen informatie van de professional;
- Het toepassen van de gekregen informatie op zichzelf;
- Motivatie om zelf mee te beslissen in het zorgproces.

Volgens Tim Kreuger, ervaringsdeskundige bij GGZ inGeest is het werken volgens de methode gedeelde besluitvorming niet echt als het werken volgens een methode, maar is het meer een attitude (persoonlijke communicatie, 1 maart 2016). Tim Kreuger benoemt dat het belangrijk is als professional om te kijken naar je eigen houding en om rekening te houden met de wensen van de cliënt, een neutrale houding te hebben wanneer er verschillende opties uitgelegd worden en om de cliënt in zijn of haar kracht te zetten. Volgens Tim kan een valkuil voor de professional zijn dat zij snel de neiging hebben om te denken dat zij verantwoordelijk zijn voor de cliënt, waardoor ze ook sneller geneigd zijn om keuzes te maken voor de cliënt. Tim Kreuger zegt dat de cliënt zelf ook verantwoordelijkheden heeft en het gaat er volgens hem vooral om dat men cliënten stimuleert om de zelfregie te nemen over zijn of haar leven.

Hugo Remmers, geestelijk verzorger bij Ziekenhuisgroep Twente, beaamt dat de methode gedeelde besluitvorming geen strakke methode is met allemaal protocollen (persoonlijke communicatie, 25 februari 2016). Volgens Hugo Remmers is het meer een achtergrondkennis dan iets waarmee je heel strak en stapsgewijs moet werken.

Methode gedeelde besluitvorming

Toepassing in de Behandeling

Onder de behandeling verstaan wij het bieden van geneeskundige zorg, voor een aandoening, beperking, stoornis of handicap. Het doel van de geneeskundige zorg is herstel of het stabiel blijven (Zorginstituut Nederland, z.d). Op locatie de Blinkert valt onder de behandeling, ook de paramedische behandeling, zoals de ergo- en fysiotherapie, diëtetiek, logopedie en de behandeling door de psycholoog.

Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de behandeling van de cliënt, kan worden gedaan volgens het uitgewerkte 3-stappen model van Glyn Elwyn (2014). In dit model staat beschreven hoe de cliënt ondersteund kan worden in het maken van een keuze omtrent de behandeling. De stappen bestaan uit 'Team talk', 'Option talk' en 'Decision talk' en worden in onderstaand figuur per stap verder toegelicht.



Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de behandeling van de cliënt, kan ook worden gedaan door het opstellen van het zorg- of behandelplan met de cliënt. Indien nodig kan dit worden gedaan in overleg met andere partijen die betrokken zijn bij de cliënt, zoals eventuele familieleden. Ongeacht de wilsbekwaamheid van de cliënt, is het van belang dat de cliënt op de hoogte is en zoveel mogelijk betrokken wordt bij het schrijven van zijn of haar eigen zorg- of behandelplan. Hierdoor heeft de cliënt inspraak op belangrijke keuzes die gemaakt moeten worden en kan hij of zij zijn eigen leven invulling geven.

Methode gedeelde besluitvorming

Toepassing in de Verpleging

Onder de verpleging verstaan wij de uitvoering van verpleegtechnische handelingen, het signaleren en de begeleidende en voorlichtende taken. Onder de verpleging valt onder andere: het toedienen van medicatie, het aanleggen van katheters, wondverzorging en het uitvoeren van handelingen van de arts (Zorginstituut Nederland, z.d). Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de verpleging van de cliënt, kan onder andere worden gedaan door benoemde succesfactoren voor vergroting van eigen regie van de cliënt door medewerkers en door benoemde gewenste veranderingen van cliënten van locatie de Blinkert die weergegeven zijn in onderstaand figuur met verdere toelichting.



- *Persoonlijke communicatie met de cliënt:* Het vragen naar de wil van de cliënt, het overleggen met de cliënt en het meenemen van de inspraak van de cliënt over wanneer de verpleging plaatsvindt, wie wat doet in de verpleging en op welke manier dit wordt gedaan.
- *Het geven van informatie aan de cliënt:* Het uitleggen wat en waarom iets gedaan wordt, wat eventuele voor- en nadelen of bijwerkingen kunnen zijn, eventuele psycho-educatie.
- *Het nemen van genoeg tijd voor een gesprek met de cliënt.*
- *Het staan achter de keuze van de cliënt:* Het kunnen loslaten van eigen persoonlijke voorkeuren of meningen.
- *Het nakomen van afspraken van zowel de cliënt als de professional.*

Methode gedeelde besluitvorming

Toepassing in de Verzorging

Bij het onderdeel verzorging van het zorgproces van de cliënt, gaat het om het ondersteunen of het overnemen van zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Dit wordt ingezet wanneer iemand niet meer zelfstandig de zelfzorg uit kan voeren (Zorginstituut Nederland, z.d). Het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming in de verzorging van de cliënt, komt met veel aspecten overeen met de toepassing bij de verpleging. Het toepassen van de methode in de verzorging, kan onder andere worden gedaan door benoemde succesfactoren voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt door medewerkers en door benoemde gewenste veranderingen van cliënten van locatie de Blinkert die weergegeven zijn in onderstaand figuur met verdere toelichting.



- *Persoonlijke communicatie met de cliënt:* Het vragen naar de wil van de cliënt, het stimuleren van de cliënt, het overleggen met de cliënt en het meenemen van de inspraak van de cliënt over wanneer de verzorging plaatsvindt, wat de cliënt zelf kan en wat de professional moet overnemen in de verzorging en op welke manier de verzorging wordt uitgevoerd.
- *Het geven van informatie aan de cliënt:* Het uitleggen wat en waarom iets gedaan wordt, wat eventuele voor- en nadelen of bijwerkingen kunnen zijn, eventuele psycho-educatie.
- *Het nemen van genoeg tijd voor een gesprek met de cliënt.*
- *Het staan achter de keuze van de cliënt:* Het kunnen loslaten van eigen persoonlijke voorkeuren of meningen.
- *Het nakomen van afspraken van zowel de cliënt als de professional.*

Methode gedeelde besluitvorming

Effecten van het toepassen

In het afstudeeronderzoek 'Niet voor de cliënt, maar met de cliënt' is onderzocht wat de effecten zijn op de eigen regie van de cliënt bij het toepassen van de methode gedeelde besluitvorming. Hieronder staan wij stil bij wat deze effecten kunnen zijn en wat de meerwaarde is wanneer de methode wordt toegepast:

- Het draagt bij aan grotere betrokkenheid van de cliënt;
- Het geeft de cliënt de mogelijkheid om zijn of haar eigen keuzes te maken;
- De cliënt heeft zelf inspraak in de keuzes en ervaart meer verantwoordelijkheid;
- Er treedt een kennisgroei op bij de cliënt;
- De cliënt ervaart minder twijfel over de genomen beslissing.

Al deze factoren dragen bij aan het vergroten van de eigen regie van de cliënt, omdat de cliënt zijn of haar eigen keuzes kan maken en op die wijze invulling kan geven aan zijn of haar leven (Movisie, 2013, p. 6).

Gebruikte bronnen

Elwyn, G. (2012, 23 mei). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. Opgevraagd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>

Elwyn, G. (2014, mei). *Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems*. Opgevraagd van <http://www.annfammed.org/content/12/3/270.long>

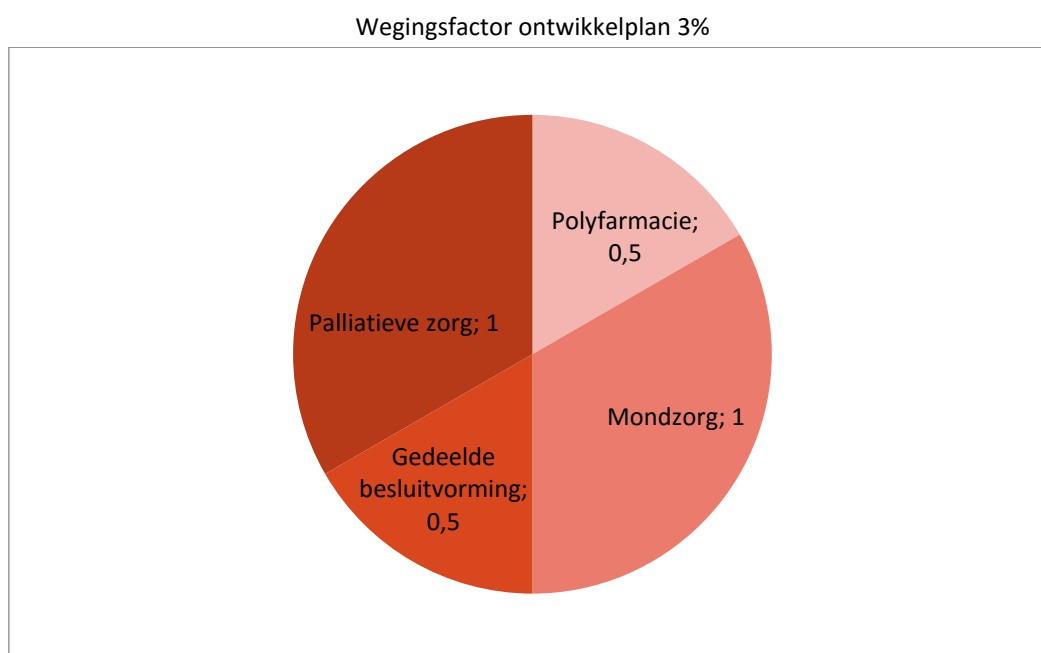
Movisie. (2013, juli). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Opgevraagd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%205BMOV-1421737-0.1%5D.pdf

Veenendaal, H & Pel-Littel, R. (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*. 1-11. DOI: 10.1007/s12414-015-0074-5

Zorginstituut Nederland. (z.d) *Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging*. Opgevraagd op 21 april 2016 <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/persoonlijke+verzorging+begeleiding+en+verpleging>

9.1 Plan van aanpak ontwikkelplan LDH Midden Nederland

Naar aanleiding van het indienen van onze zelfanalyse en ons ontwikkelplan heeft er een gesprek plaatsgevonden dat de eerste stap van de dialoog met het Zorgkantoor markeert. Naar aanleiding van de dialoog worden vervolgafspraken gemaakt over de implementatie en de wegingsfactoren van de verschillende onderdelen van het ontwikkelplan. Naast de wegingsfactoren is het belangrijk dat de resultaten van het ontwikkelplan aantoonbaar gemaakt kunnen worden. Dit plan is eerste aanzet om het ontwikkelplan te implementeren. Per onderdeel zal worden aangegeven welke zaken van belang zijn.



Toelichting: Voor de 4 onderdelen zijn de vastgestelde resultaten ook gewogen zoals afgesproken met de accountmanager van het zorgkantoor.

Vergroten eigen regie

Wegingsfactor	0,5%
Locaties	Blinkert, Meerzorg, Merenhoef
Aantal cliënten	wordt bepaald in nulmeting
Looptijd traject	voorbereiding: heden – januari 2016
start nulmeting & implementatie	januari 2016 –eind 2016

Meerwaarde (resultaten)voor de cliënt

De cliënt wordt meer betrokken in het zorgtraject door het verhelderen van zijn of haar mogelijkheden bij het maken van afwegingen in het zorgproces. Hierdoor zal de cliënt beter in staat zijn een eigen afwegingen te kunnen maken. De meerwaarde is dat de betrokkenheid van de cliënt vergroot wordt waardoor de zorg beter aansluit bij zijn of haar voorkeuren.

De ervaren betrokkenheid van de cliënt wordt vergroot

40 medewerkers(pb-ers en EVV-ers) worden geschoold in de methodiek van de gedeelde besluitvorming

Wegingsfactor per resultaatgebied

50% De ervaren betrokkenheid van de cliënt wordt vergroot (CQI meting) voor PG merenhoef wordt familie bevraagd 50% 40 medewerkers worden geschoold in de methodiek van de gedeelde besluitvorming.

Uitgangssituatie

In januari 2016 start de afstudeeropdracht van 2 studenten en daarmee de implementatie van de invoering van de methodiek gedeelde besluitvorming. De aftrap van de implementatie is een nulmeting die ook de basis zal zijn voor de tussentijdse- en eindmeting. De nulmeting wordt met de onderzoekers en cliënten ontwikkeld en moet inzicht geven in welke mate de invoering van de methodiek leidt tot een meerwaarde voor de cliënt. Naar aanleiding van de pilot wordt een implementatieadvies uitgebracht. Op basis van het implementatie-advies volgt het implementatietraject voor de overige afdelingen.

Monitoring en planning

Gegevens CQI meting nulmeting (meest recente CQI meting) Eind 2016 is de nieuw CQI meting uitgevoerd. (ook de meting van de pilot zal meegenomen worden)

Registratielijst geschoolde medewerkers, 20 in mei en 40 in eind 2016.

In mei 2016 wordt een tussentijdse meting gehouden

In november 2016 wordt de eindmeting gehouden