

Gedeelde besluitvorming in de ggz: het adviesgesprek in de jeugd-ggz als voorbeeld

G.M.A. WESTERMANN, J.M.G. MAURER

- ACHTERGROND** In de westerse geneeskunde heeft binnen het domein van de arts-patiëntcommunicatie en -bejegening een paradigmaverschuiving plaatsgevonden van een paternalistisch perspectief naar gedeelde besluitvorming.
- DOEL** Samenvattend de achtergrond, de ontwikkelingen en stand van zaken beschrijven inzake gedeelde besluitvorming in de (jeugd-)ggz.
- METHODE** Kritische beschouwing van de literatuur aangaande de methodiekontwikkeling, onderzoek en toepassing van advisering en besluitvorming in de ggz.
- RESULTATEN** Het merendeel van patiënten, professionals en andere belanghebbenden beschouwt gedeelde besluitvorming als wenselijk en belangrijk voor de bevordering van de kwaliteit en effectiviteit van zorg. Tot voor kort lag de focus van onderzoek en inspanningen ter versterking van de participatie van patiënten vooral op het ontwikkelen van keuzehulpen en beter toegankelijk maken van informatie. Inmiddels verschuift de aandacht meer naar het ontwikkelen van vaardigheden en omstandigheden om patiënten relationeel en affectief te engageren in het beslissingsproces. In de ggz voor kinderen en jeugdigen is er meer dan in de volwassenenzorg traditioneel aandacht voor deze aspecten van gedeelde besluitvorming, met name tijdens adviesgesprekken die de overgang van diagnostiek naar behandeling markeren. In handboeken, de dagelijkse praktijk, modelontwikkeling en onderzoek binnen de jeugd-ggz komt deze belangstelling van oudsher naar voren. Inmiddels zijn binnen de volwassenenzorg op dit gebied ook diverse ontwikkelingen gaande.
- CONCLUSIE** Hoewel het belang van gedeelde besluitvorming alom onomstreden lijkt, staat de ggz nog aan het begin van implementatie van gedeelde besluitvorming. In de praktijk zijn nog diverse barrières te nemen. De ervaring met advisering en besluitvorming die binnen de jeugd-ggz is opgedaan, kan bij de verdere ontwikkeling van gedeelde besluitvorming in de ggz als voorbeeld dienen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 352-360

TREFWOORDEN adviesgesprek, dialoog, gedeelde besluitvorming, (jeugd-)ggz, participatie, partnerschap



ARTIKEL



Elk tijdperk en iedere cultuur kent bijbehorende zorgprincipes betreffende de uitvoering en organisatie van de hulpverlening. In de westerse geneeskunde heeft binnen het domein van de arts-patiëntcommunicatie en bejegening een paradigmaverschuiving plaatsgevonden van een paternalistisch perspectief naar gedeelde besluitvorming.

In 2010 kwam het *Salzburg Statement on Shared Decision Making* tot stand (<http://www.SalzburgGlobal.org/go/477>). Steeds meer gezondheidszorginstellingen over de gehele wereld onderschrijven deze verklaring. De verklaring roept op om beslissingen rond gezondheid als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel de hulpvrager

als de hulpverlener te zien. De aanbeveling betreft een patiëntgerichte benadering waarbij patiënten actief kunnen participeren in de besluitvorming. Gedeelde besluitvorming is vooral aan de orde bij belangrijke, voorkeursvoelige beslissingen.

Medio 2013 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het advies uit 'De participerende patiënt' (rvz 2013), met aanbevelingen over besluitvorming binnen en uitvoering van de zorg waarbij de relatie patiënt-zorgverlener centraal staat. Diagnostiek en behandeling vloeien vaak bijna automatisch in elkaar over zonder expliciete markering van keuzemomenten (rvz 2013, p. 25).

Ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden gedurende het gehele zorgproces diverse besluiten genomen. Deze besluiten behoren op expliciete wijze, in overleg met de aangemelde persoon of diens wettelijke vertegenwoordigers tot stand te komen. In de praktijk zien we dat vaak impliciet en vooral de hulpverlener beslissingen neemt voor de hulpvrager.

Recent – weliswaar buitenlands – onderzoek laat zien dat in ruim 40% van de gevallen hulpverleners beslissingen voor de patiënt nemen (Hamann 2010). Hoewel persoonlijk herstel en maatschappelijke participatie centraal staan in de huidige ggz, met autonomie en gelijkwaardigheid als sleutelwoorden, worden beslissingen nog geregeld op snelle en paternalistische wijze genomen voor cliënten (Helmus e.a. 2011).

De jeugd-ggz kent traditioneel, meer dan de volwassen-ggz, een herkenbaar adviserings- en besluitvormingsmoment, het zogeheten adviesgesprek. Dit gesprek vormt de schakel tussen de diagnostiek- en behandelingsfase. Terwijl binnen de ggz diagnostiek- en behandelingsmethoden toenemend op wetenschappelijk onderzoek zijn gebaseerd en in richtlijnen zijn verankerd, geldt dit voor adviseringsmethoden nog nauwelijks.

In deze bijdrage belichten wij eerst de ontwikkelingen en huidige wetenschappelijke inzichten aangaande (gedeelde) besluitvorming in de gezondheidszorg. Vervolgens komen toepassingen van gedeelde besluitvorming in de ggz aan bod. Bij de bespreking van de toepassing van gedeelde besluitvorming in de jeugd-ggz fungeert het adviesgesprek als focus. We sluiten af met een beknopte reflectie en een aanzet tot mogelijke ontwikkelingen.

Achtergrond bij de opkomst van gedeelde besluitvorming

In de loop van de vorige eeuw is de rolverdeling van hulpvragers en hulpverleners in de gehele gezondheidszorg sterk veranderd en daarmee ook de onderlinge interactie en posities. In het eerste driekwart van de vorige eeuw was de inbreng van patiënten overwegend beperkt tot het inschakelen van deskundige hulp bij klachten, het ver-

AUTEURS

GEORGE M.A. WESTERMANN, kinder- en jeugdpsychiater, Atrium-Orbis GGZ, afd. Kinderen en Jeugdigen, Sittard-Geleen.

JAC M.G. MAURER, klinisch psycholoog, psychotherapeut, Atrium-Orbis GGZ, afd. Kinderen en Jeugdigen, Sittard-Geleen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. George M.A. Westermann, Atrium-Orbis GGZ,
Postbus 5500, 6130 MB Sittard.
E-mail: g.westermann@orbisconcern.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-9-2014.

strekken van noodzakelijke informatie en het zich houden aan behandelingsvoorschriften (Parsons 1951). Het '*doctor knows best*-principe' gold. Het paternalistisch model was dominant op een enkele uitzondering na (Balint 1957; Engel 1960). De Krankzinnigenwet (1986) kende het 'bestwil-criterium' als leidend principe.

Vanaf de jaren zestig verwierf het ethisch principe van recht op zelfbeschikking steeds meer terrein. Bij de anti-psychiatriebeweging bijvoorbeeld waren de scheve machtsverhouding tussen patiënt en hulpverlener en het recht op autonomie centrale thema's.

De zorg werd gaandeweg zagezegd meer patiëntgericht. De *client centered* psychotherapie, ontwikkeld door Carl Rogers, kan worden gezien als exponent van deze ontwikkeling. Bij patiëntgerichte zorg ging het niet alleen om de opvatting dat de patiënt - inmiddels dus cliënt genoemd - zelf kon uitmaken wat goed of slecht voor hem of haar was. Dergelijke patiëntgerichte zorg zou ook leiden tot verhoogde therapietrouw, tevredenheid en minder kosten door minder doorverwijzingen en beperkter aanvullend diagnostisch onderzoek. Mensen werden steeds mondiger en veeleisender en de cliënt werd klant ofwel consument. De term 'vraaggerichte zorg', als tegenhanger van 'aanbodgestuurde zorg', kwam in zwang. Hulpverlening volgens het (voorlichtings)model van *informed choice*, waarbij de hulpverlener alle nodige informatie verstrekt en de hulpvrager zelf de behandelingskeuze maakt, kwam in beeld. Tussen de uitersten waarin óf de hulpverlener óf de hulpvrager beslist, beweegt zich 'gedeelde besluitvorming'. De actoren komen samen overeen in welke mate ze een aandeel willen en kunnen hebben in het afwegings- en besluitvormingsproces. De attitude van de hulpverlener bevordert hierbij dialoog en actief partnerschap. Goede afstemming, overeenstemming en samenwerking worden

nagestreefd ten behoeve van patiënttevredenheid en doelmatigheid en kwaliteit van de geboden zorg (Westermann & Maurer 2010). Afstemming op de informatie-behoefte en gewenste rol in het besluitvormingsproces is noodzakelijk. Meebeslissen betekent niet automatisch dat de patiënt de meeste verantwoordelijkheid draagt of vooral de regie voert. In de psychiatrie kan (vermoeden van) wilsonbekwaamheid of het ziektebeeld het actief betrekken van de patiënt bij keuzes bemoeilijken (Nys 2005; Van Staveren 2011).

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg concludeert evenwel: *'Gedeelde besluitvorming moet het uitgangspunt zijn, waar van kan worden afgeweken indien de patiënt ondanks aanmoediging en hulp van zijn zorgverlener, bewust afziet van de geboden mogelijkheid tot participatie'* (rvz 2013, p. 40).

Patiëntenorganisaties (LPGGZ 2014) vragen eveneens een bejegening die gelijkwaardige deelname en zelfregie bevordert. De in de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) (1994) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) (1995) vastgelegde rechten en plichten van alle betrokkenen zijn erop gericht de ongelijkheid tussen de behandelaren en de patiënten waar mogelijk te verminderen.

Gedeelde besluitvorming zou volgens sommigen een 'ethisch imperatief' moeten zijn onder de algemeen erkende vier medisch-ethische principes: respect voor autonomie, weldoen, geen schade toebrengen en rechtvaardigheid (Stiggelbout e.a. 2012).

Gedeelde besluitvorming is in het belang van de individuele patiënt, maar ook een maatschappelijk belang. Zorg die niet aansluit bij de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt werkt ondoelmatigheid in de hand. De beschikbare middelen (arbeid, geld) zijn beperkt, zullen eerder af- dan toenemen en moeten zo effectief mogelijk worden besteed (rvz 2013, p. 11).

Theorieën en modellen van gedeelde besluitvorming

Volgens een veelgebruikte definitie houdt gedeelde besluitvorming in dat zorgverlener en patiënt in een gezamenlijk proces beslissingen nemen over gezondheids- en behandelingsdoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van de ervaringskennis, waarden en wensen van de patiënt. Op deze manier wordt recht gedaan aan de expertise van de zorgverlener en aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan (Elwyn e.a. 2012).

Onderzoekers concluderen dat gestructureerde, interactieve, op de patiënt toegesneden hulpmiddelen of methoden voor kennisoverdracht en besluitvorming (mondeling, schriftelijk en/of visueel) tijdens de adviesfase het effec-

tiefst lijken (De Haes & Bensing 2009; Kiesler & Auerbach 2006; Nesbit & Adesope 2006).

Tot voor kort lag het zwaartepunt wat betreft theorievorming met name bij communicatie-, informatie- en kennisoptimalisatie. Veel aandacht ging uit naar het ontwikkelen van zogenaamde keuzehulpen en het implementeren ervan in richtlijnen. De focus verschuift momenteel meer naar interactionele, affectieve aspecten en context van het besluitvormingsproces (Joseph-Williams 2014). De Raad van de Volksgezondheid en Zorg spreekt van nieuw partnerschap, ofwel 'de relatie patiënt-zorgverlener centraal' in plaats van voorheen de 'patiënt centraal' (rvz 2013, p. 3).

In lijn met dit perspectief hebben King e.a. (2014) een conceptueel raamwerk ontworpen om kinderen en ouders affectief, cognitief en gedragsmatig te engageren bij de keuze van interventie in de ggz. Enthousiasme voor de interventie, overtuiging dat de interventie bij hen past en vertrouwen in het kunnen bijdragen aan het behandelingsplan, hoopvolle verwachting, en geloof in effectiviteit zien zij als effecten die de hulpverlener bij het gezin dient op te roepen.

Een methode zoals de *Choice and Partnership Approach* (CAPA) wordt toegepast in diverse jeugd-ggz-instellingen binnen en buiten Engeland en kan bijdragen aan het efficiënt organiseren van patiëntgerichte zorg (<http://www.capa.co.uk/>). CAPA richt zich zowel op de inhoud (kwaliteitsverbetering, doelgerichte zorg, *empowerment* en gedeelde besluitvorming) als ook op het proces (scholing, intervisie, efficiënte planning, reductie wachttijden en niet komen opdagen bij afspraken) van op samenwerking gerichte zorg.

Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van gedeelde besluitvorming

ONDERZOEK IN DE ALGEMENE ZORG

Het meeste onderzoek aangaande advisering en besluitvorming is verricht in de algemene gezondheidszorg, vooral in de eerste lijn, bij duidelijk omschreven aandoeningen. Veel onderzoek is exploratief. Empirisch onderzoek betreft vooral procesanalyse, trainingen in communicatie en de ontwikkeling van keuzehulpen (*decision aids*) (Duncan e.a. 2010). Positieve effecten betreffen met name verbetering van kortetermijntkomsten: begrip en tevredenheid bij de patiënt direct na advisering en gezondheidseffecten op korte termijn. Gunstige effecten op lange termijn, zoals therapietrouw of effectiviteit van de therapie zijn minder consistent wetenschappelijk aantoonbaar gebleken (Duncan e.a. 2010).

Ook bij hulpverleners is het effect van patiëntgerichte zorg onderzocht. Bij artsen is gesignaleerd dat een patiëntge-

richte communicatiestijl samenhangt met meer voldoening en minder werk gerelateerde stress (Roter e.a. 1997).

ONDERZOEK IN DE VOLWASSENEN-GGZ

Empirisch onderzoek in de psychiatrie is nauwelijks voorhanden. Bij een cochrane-review (Duncan e.a. 2010) over gedeelde besluitvorming voor mensen met psychiatrische aandoeningen werd bij alle onderzoeken consistent een positief effect gemeld wat betreft tevredenheid en gezondheid van de patiënten (Duncan e.a. 2010). Slechts twee gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken waarbij een keuzehulp bij respectievelijk volwassenen met schizofrenie (Hamann 2006) en met depressie (Loh 2007) voldeden aan de inclusiecriteria.

Recente publicaties roepen op tot meer onderzoek binnen de ggz, benadrukken tevens de complexiteit van besluitvorming in de ggz en zien de nodige infrastructurele en procedurele barrières (Drake e.a. 2010). Bhugra e.a. (2011) noemen als aan de ggz inherente complicerende aspecten naast individuele noden, wensen, therapietrouw en toestand van de patiënt en systemische invloeden, diverse factoren aan de kant van de hulpverlening. Het gaat daarbij om: een complexe combinatie van gevarieerde (meer *practice-* dan *evidence-based*) kennis en kunde, beperkte training, veel intuïtieve inbreng en het multidisciplinaire karakter.

Woltmann en Whittley (2010) onderzochten de besluitvormingsvoorkeuren bij volwassen ggz-patiënten. Dezen hechtten meer waarde aan relationele en affectieve aspecten van besluitvorming dan aan informatievergarig overleg over de diverse behandelingsopties. Pijnenburg (1997) concludeerde in een onderzoek naar consensus over psychiatrische problemen van kinderen al dat de affectieve component van de hulpverleningsrelatie, een geloofwaardig perspectief, meer leidt tot samenwerking tussen ouders en hulpverlening dan inhoudelijk eenzelfde opvatting over de probleemomschrijving.

ONDERZOEK IN DE JEUGD-GGZ

Westermann e.a. (2013) deden gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar advisering en besluitvorming in de jeugd-ggz en ontwikkelden een adviseringsinterventie na gebleken behoefte aan een methodische adviseringswijze bij jeugd-ggz-instellingen (Westermann & Verheij 2009). In dit onderzoek namen ouders een besluit over de behandeling van hun kind (< 12 jaar), waarbij eveneens de affectieve en relationele aspecten meer dan de cognitief-informatieve kant de doorslaggevende rol speelden. De zogenaamde lagere beslissingsambivalentie (of anders gezegd: meer het gevoel een goede beslissing te nemen) bij de ouders uit de interventiegroep ging gepaard met het significant vaker accepteren van het behandelingsadvies.

De onderzochte interventie (Adviesgesprek in Dialoog) onderscheidt zich het meest van *care as usual* in het expliciete gebruik van visualisatie en dialoog. Het onderzoek wordt inmiddels gerepliceerd bij adolescenten en hun gezinnen. Een pilotonderzoek naar het effect ervan bij de besluitvorming rond somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) in de huisartsenpraktijk is gestart.

Gedeelde besluitvorming in de jeugd-ggz: het adviesgesprek als focus

Het moment waarbij per definitie beslissingen worden genomen, betreft het adviesgesprek. Met name in de jeugd-ggz markeert het adviesgesprek sinds oudsher de afronding van het diagnostisch proces en introduceert de behandelings- en begeleidingsplanning. Afgestemd op hulpvragen, eigen opvattingen en voorkeuren van het hulpvragend systeem legt de hulpverlener bij voorkeur *evidence-based* ofwel *best practice* behandelingsopties dan wel andere adviezen (zoals procesdiagnostiek) voor aan het kind/de jeugdige (afhankelijk van de leeftijd en het psychiatrisch toestandbeeld) en het gezin. De verschillende, unieke casusgebonden persoons- en omgevingsfactoren bepalen mede het verloop en de uitkomst van het adviesgesprek (Pameijer & Draaisma 2011; Verheij e.a. 2014).

Internationaal benadrukt men eveneens het specifieke belang van de adviserings- en overeenstemmingsfase. Voor de in België en Nederland gangbare term 'adviesgesprek' is internationaal geen universeel equivalent in gebruik. Lieberman en Van Horn (2004) spreken van '*feedback session*'. Bird (2004) noemt het adviesgesprek '*postassessment of informing interview*'.

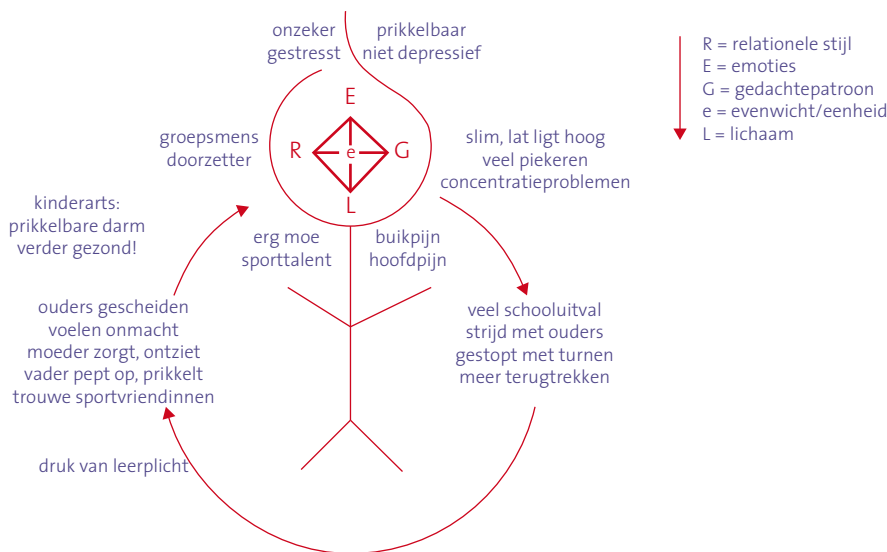
Het is de kunst om tijdens de adviesfase het eens te worden over een diagnostische omschrijving die inzicht in en overzicht biedt van wat er aan de hand is en die uitzicht geeft op de gewenste verandering. In de ggz is het meer dan in de algemene gezondheidszorg dikwijls niet bij voorbaat duidelijk welk 'probleem of combinatie aan problemen' het object van de besluitvorming betreft. Een gedeelde diagnostische omschrijving van de problematiek mag als een onmisbare voorwaarde worden gezien voor het bespreken van passende behandelingsopties en voor het nemen van gezamenlijke besluiten (Verheij e.a. 2014). De waarde van een diagnostische formulering die voor het gezin betekenisvol is, voldoende erkenning biedt en hoop op verandering genereert en in gezamenlijkheid tot stand komt, wordt in diverse kinder- en jeugdpsychiatrische handboeken onderstreept (Bird 2004; Henderson & Martin 2006; Rutter & Taylor 2010). Een dergelijke betekenisvolle diagnostische omschrijving die in dialoog tot stand komt, bevordert bij de hulpvragers tevens een gevoel van tevredenheid en het idee te zijn gehoord en gezien (Westermann 2010).

Tevredenheid bij patiënten wordt gezien als een belangrijke indicator voor het op gang komen van het behandelingsproces en een positieve werkaliantie (Hafkenscheid 2014; Légaré e.a. 2006). Diverse onderzoeken hebben het verband aangetoond tussen werkaliantie gemeten in de beginfase van behandeling en het uiteindelijke behandelingsresultaat (Horvath e.a. 2011). Goede samenwerking kan bij de patiënten het geloof in eigen vermogen en de mogelijkheden tot verandering bevorderen en het gevoel van hulpeloosheid doen verminderen (Frank & Frank 1991).

Barnhoorn e.a. (2013) deden een systematische verkenning naar hetgeen bekend is over de invloed van cliënt-, professional- en alliantiefactoren op effectiviteit van zorg in de jeugdsector. Uit dit overzicht komt een sterk positief effect

naar voren van het bewerkstelligen van persoonlijke alliantie en een gezamenlijk doel of plan. Wat betreft de kenmerken van hulpvragers is een matig tot sterk verband gevonden tussen enerzijds het geloof en het vertrouwen in de hulpverlener en het geloof in de geschiktheid van de gekozen aanpak, hoop, verwachting en de motivatie voor behandeling en anderzijds het uiteindelijk effect. Naast het feit dat met name de expertise, de attitude en competenties van de professional verschil maken, komt ook een duidelijk verband naar voren tussen het zorgresultaat enerzijds en het vermogen van de hulpverlener om patiënt en naasten te betrekken anderzijds. Hetzelfde geldt voor het verband tussen de persoonlijkheidskenmerken van professionals zoals empathie, warmte en openheid en het stimuleren van *empowerment* van ouders en de uitkomsten

FIGUUR 1 Visualisatiehulpmiddel bij 'Adviesgesprek in Dialoog' met een voorbeeld



De tekening komt tijdens de eerste fase van het adviesgesprek stap voor stap tot stand. Afgestemd op de individuele behoefte zal de hulpverlener hierbij actieve inbreng stimuleren en deze benutten om een gedeeld verhaal tot stand te brengen. In kernwoorden geeft de hulpverlener de diagnostische omschrijving weer en beschrijft hoe (in Dialoogmodeltaal: helpende en hinderende) aspecten onderling met elkaar samenhangen en op elkaar inspelen. Hierbij vormt het visuele kader het verbindend perspectief voor de visies van alle betrokken. Als de hulpvragers hierin de essentie van wat speelt, herkennen en over dit 'totaalplaatje' voldoende overeenstemming is bereikt, vindt verdere gedeelde besluitvorming plaats. Hierbij geeft de tekening aan waar en hoe diverse mogelijke interventies aangrijpen.

Dit voorbeeld betreft een jeugdige met somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK). De tekening verduidelijkt hoe in het hier-en-nu zij en haar ouders toenemend vastlopen in een zeker gedachtepatroon (G-), interactie (de cirkel) en persoonlijke omgangstijl (R) waarbij stressgevoel (E) en pijn (L) elkaar over en weer versterken en zij steeds meer uit evenwicht (e) raken en ze het samen niet meer 'gerегeld' krijgen (zie het acroniem REGeL in de rechterbovenhoek). Een duidelijke 'oorzaak' is niet gevonden. De prikkelbare darm verklaart de klachten slechts gedeeltelijk. Betrokkenen kunnen zich vinden in de neutrale definiëring: 'Je lichaam laat je steeds vaker in de steek en is inmiddels overgevoelig geraakt. Dat veel niet meer lukt, past helemaal niet bij jou. Jij, maar ook u als ouder, voelt zich ondanks alle goede inzet niet bij machte om deze neerwaartse, stressverhogende spiraal te doorbreken. Het drijft jullie zelfs uit elkaar.'

Vervolgens gaat het gesprek over diverse interventies om dit patroon te doorbreken en het evenwicht te herstellen, zoals cognitieve gedragstherapie, psychomotorische therapie, ouderbegeleiding, gezinsgesprekken en/of medicatie. Voor- en nadelen van de diverse opties en aansluiting op ieders voorkeuren en capaciteiten bepalen de uiteindelijke keuze (zie voor nadere uitwerking: Maurer & Westermann 2007; Verheij e.a. 2014).

van de geboden zorg (zie voor specifieke referenties: Barnhoorn e.a. 2013). Deze bevindingen komen overeen met onderzoeksresultaten in de volwassenenzorg (Norcross 2011).

ADVIESGESPREK IN DIALOOG

Het eerder vermelde, recent door het landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie erkende 'Adviesgesprek in Dialoog (AiD)', is ontworpen met inachtneming van de hier beschreven conceptueel en empirisch onderbouwd gunstig geachte elementen van gedeelde besluitvorming. De methode is primair gericht op het bevorderen van afstemming en samenwerking voor een optimale werkkrelatie, positieversterking en actieve inbreng van alle betrokkenen tijdens advisering- en evaluatiemomenten. De affectieve (zoals stress reduceren, betekenisverlening bewerkstelligen, hoop genereren) en relationele aspecten (afstemming, actieve participatie en toevertrouwen bevorderen) worden als belangrijke voorwaarden gezien om – op cognitief niveau – effectieve informatie-uitwisseling te realiseren. Spreken in de taal van het gezin, het construeren van een persoonlijke diagnostisch verhaal en visualisatie van deze formulering met kernwoorden zijn hoofdkenmerken van de methode. In **FIGUUR 1** ziet u een voorbeeld van hoe het visualisatiehulpmiddel wordt toegepast.

Training in de interventie is voorhanden (dialoogmodel.nl). De Dialoogmodelmethode, waartoe AiD behoort, wordt inmiddels in een aantal jeugd-ggz-instellingen in Nederland en België naar tevredenheid toegepast, als ook in de eerste lijn.

Gedeelde besluitvorming in de volwassenen-ggz

Ook in de ggz voor volwassenen is toenemend aandacht voor de adviseringsfase als een te onderscheiden koppelmoment tussen diagnostiek en behandeling. In het *Leerboek psychiatrie* (Van Balkom 2009) wordt het adviesgesprek in het kader van psycho-educatie behandeld vanuit een hoofdzakelijk medische (lineaire ofwel oorzaak-gevolg) invalshoek. Van Oenen e.a. (2012) bepleiten een meer contextgerichte (circulaire) op consensus gerichte benadering bij de gespreksvoering en het interveniëren in de psychiatrie. Zij betrekken naastbetrokkenen zo veel als mogelijk en nodig bij het zorgproces en streven naar gedeelde besluitvorming op basis van een gezamenlijke visie.

Diverse andere initiatieven om patiënten actief te betrekken bij de besluitvorming over voor hen belangrijke dilemma's bij de behandeling komen op dit moment van de grond, zoals bij mensen met een psychose (Helmus e.a. 2011; Tielens 2012), met persoonlijkheidsproblematiek (Bouwman e.a. 2013) of verslavingsproblematiek (Miller & Rollnick 2012). Van Os (2014) spreekt over belang van het

vinden en construeren van het eigen verhaal met behulp van een gemeenschappelijke taal bij het vaststellen van de zorgbehoefte en overeen te komen behandelingen. Hij bepleit ook bij evaluatie tijdens de behandeling een structurele inbreng van de patiënt, onder meer via actieve monitoring van zowel de klachten als andere, voor het herstel relevante, verschijnselen (zoals positief affect).

Besluit

Ondanks de wens en inzet van patiënten en zorgverleners om gedeelde besluitvorming en gezamenlijke uitvoering van zorg vorm te geven, komt de participatie van de patiënt in de spreekkamer nog maar moeizaam van de grond. Dit geldt voor de gehele gezondheidszorg (rvz 2013, p. 3). Het is interessant dat na voornamelijk de nodige investering in kennisoptimalisatie en actief aanbieden van keuzeopties momenteel de relationele en affectieve aspecten van gedeelde besluitvorming meer dan ooit in de belangstelling staan bij onderzoekers en experts. Zoals beschreven, waarderen patiënten in de ggz met name deze aspecten en zijn initiatieven voor gedeelde besluitvorming in dit veld voor een belangrijk deel daarop gericht, meer dan op informatieoverdracht sec. Joseph-Williams e.a. (2014) benadrukken op grond van systematisch overzichtonderzoek dat patiënten niet alleen kennis, maar vooral een sterke positie nodig hebben, wil er werkelijk sprake zijn van gedeelde besluitvorming.

Effectieve implementatie van gedeelde besluitvorming in de praktijk, inclusief positieversterking, vraagt om het samen optrekken van hulpvragers zelf met hun naastbetrokkenen en professionals (Baars & Van Meekeren 2013). Men neemt aan dat het uitdragen en verwezenlijken van werkelijk partnerschap en dialoog een belangrijke bijdrage zullen leveren aan de kwaliteit van de ggz, besluitvorming op grond van adequate informatie, tevredenheid, zelfregie, werkalliantie en betekenisvolle uitkomsten (Drake e.a. 2010). De ervaring die is opgedaan in de jeugd-ggz, vooral tijdens advisering- en evaluatiemomenten, kan als voorbeeld dienen bij de verdere ontwikkeling van gedeelde besluitvorming in de ggz met de bijbehorende, in dit artikel beschreven, beoogde effecten.

LITERATUUR

- Baars J, Van Meekeren E, Redactie. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013.
- Balint M. The doctor, the patient, and his illness. London: Tavistock; 1957.
- Balkom AJLM van. Psycho-educatie. In: Hengeveld MW, van Balkom AJLM, red. Leerboek psychiatrie. 2e, herz. druk. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.
- Barnhoorn J, Broeren S, Distelbrink M, De Greef M, Van Grieken A, Jansen W, e.a. Client-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Den Haag: ZonMw; 2013.
- Bird HR. Presentation of findings and recommendations. In: Wiener JM, Dulcan MK, red. Textbook of child and adolescent psychiatry. 3e ed. Washington, Londen: American Psychiatric Publishing; 2004. p. 215-8.
- Bouwman R, Schulte R, Ingenhoven, Th. Shared Decision Making: samen kiezen, samen beslissen. Het farmacotherapeutisch spreekuur met borderlinepatiënten. Maandbl Geest volksgezondh 2013; 68: 208-15.
- Bhugra D, Easter A, Mallaris Y, Gupta S. Clinical decision making in psychiatry by psychiatrists. Acta Psychiat Scand 2011; 119: 1-9.
- De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. Patient Educ Counsel 2009; 74: 287-94.
- Drake RE, Deegan PE, Rapp Ch. The promise of shared decision making in mental health. Psychiatr Rehabil J 2010; 34: 7-13.
- Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making for people with mental health conditions. Cochrane Database of Syst Rev 2010; 1: CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub2.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, e.a. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012; 27: 1361-7.
- Engel G. A unified concept of health and disease. Perspect Biol Med 1960; 3: 459-85.
- Frank JD, Frank JB. Persuasion and Healing. 3e ed. Baltimore/London: Johns Hopkins University Press; 1991.
- Hafkenscheid A. De therapeutische relatie. Enschede: De Tijdstroom; 2014.
- Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S e.a. Shared decision-making for in-patients with schizophrenia. Acta Psychiat Scand 2006; 114: 265-73.
- Hamann J, Kruse J, Schmitz F, Kissling W, Pajonk F-G. Patient participation in antipsychotic drug choice. Psychiatry Res 2010; 178: 63-67.
- Helmus K, Bezemer M, Slooff C. Shared decision making binnen de zorg voor mensen met psychose. Psychopraktijk 2011; 3: 30-4.
- Henderson SW, Martin A. Formulation and Integration. In: Martin A, Volkmar FR, red. Lewis's Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4e ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 377-82.
- Horvath AO, Flückiger C, Delre AC, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy 2011; 45: 9-16.
- Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision-making. Patient Educ Counsel 2014; 94: 291-309.
- Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision making and interpersonal behaviour: Evidence, models and interventions. Patient Educ Counsel 2006; 61: 319-41.
- King G, Currie M, Petersen P. Review: Child and parent engagement in the mental health intervention process: a motivational framework. Child Adolesc Ment Health 2014; 19: 2-8.
- Krankzinnigenwet, 16e druk Zwolle: Tjeenk Willink; 1986.
- Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Tremblay S. Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patient's and physician's decisional conflict. Med Decis Making 2006; 26: 373-90.
- Lieberman AF, Van Horn P. Assessment and treatment of young Children exposed to traumatic events. In: Osofsky JD, red. Young children and trauma: intervention and treatment. New York: Guilford Press; 2004. p. 122.
- Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomised controlled trial. Patient Educ Counsel 2007; 67: 324-32.
- Maurer JMG, Westermann GMA. Beter communiceren in de hulpverlening. Het dialoogmodel als leidraad. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
- Miller WR, Rollnick St, red. Motivational Interviewing. 3e ed. Helping people change (Applications of Motivational Interviewing). New York: Guilford Press; 2012.
- Nesbit JC, Adesope OO. Learning with concept and knowledge maps: A meta-analysis. Rev Educ Res 2006; 76: 413-48.
- Norcross JC. Psychotherapy relationships that work. Oxford: University Press; 2011.
- Nys TRV. Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschr Psychiatr 2005; 47: 519-28.
- Oenen FJ van, Cornelis J, Bernardt C. Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren – Een systemisch 'goed genoeg' pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. Systeemtherapie 2012; 24: 63-81.
- Os J van. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis; 2014.
- Pameijer N, Draaisma N. Adviesfase en evaluatie. In: Pameijer N, Draaisma N. Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Leuven/Den Haag: Acco; 2011. p. 127-44.

- Parsons, T. The social system. Glencoe: The Free Press; 1951.
- Pijnenburg HCE. Consensus over psychiatrische problemen van het kind. Een empirisch onderzoek naar overeenstemming tussen hulpverlener en ouders. Amsterdam: VU Boekhandel/ Uitgeverij; 1997.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. Den Haag; 2013.
- Roter DL, Stewart M, Putman SM. Communication patterns of primary care physicians. *J Am Med Assn* 1997; 227: 350-6.
- Rutter M, Taylor E. Clinical assessment and diagnostic formulation. P. 42-57. In: Rutter M, Bishop D, Pine, D Scott S, Stevenson J, Taylor E, e.a., red. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5e ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MPT, Frosch D, Légaré F, Montori VM e.a. Shared Decision Making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344: 256.
- Tielens J. In gesprek met psychose. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Stavere R van. Gezamenlijk besluitvorming in de praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 155: 1-5.
- Verheij F, Westermann GMA, Maurer JMG. Adviseren over en plannen van jeugdhulp. Amsterdam: SWP; 2014.
- Westermann GMA, Verheij F. Het adviesgesprek in de Nederlandse jeugd-geestelijke gezondheidszorg: een inventarisatie. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 333-8.
- Westermann GMA. Ouders adviseren in de jeugd-ggz. Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers; 2010.
- Westermann GMA, Maurer JMG. Bewezen effectieve therapie en toch werkt het niet!: Tijd voor dialoog en visualisatie. *Kind en Adolesc Praktijk* 2010; 9: 100-6.
- Westermann GMA, Verheij F, Winkens B, Verhulst FC, Van Oort FVA. Structured shared decision-making using dialogue and visualization: A randomized controlled trial. *Patient Educ Counsel* 2013; 90: 74-81.
- Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Burgerlijk Wetboek. Den Haag: Sdu; 1994.
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Burgerlijk Wetboek. Den Haag: Sdu; 1995.
- Woltmann EM, Whittlely R. Shared decision making in public mental health care: perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2010; 34: 29-36.
- Zelfmanagement en passende zorg. Programma van Eisen. Versie 3, LPGGz 2014 <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/zelfmanagement-en-passende-zorg/programmas-van-eisen-versie-3-maart-2014.pdf>

SUMMARY

Shared decision-making in mental health care: a role model from youth mental health care

G.M.A. WESTERMANN, J.M.G. MAURER

BACKGROUND In the communication and interaction between doctor and patient in Western health care there has been a paradigm shift from the paternalistic approach to shared decision-making.

AIM To summarise the background situation, recent developments and the current level of shared decision-making in (youth) mental health care.

METHOD We conducted a critical review of the literature relating to the methodology development, research and the use of counselling and decision-making in mental health care.

RESULTS The majority of patients, professionals and other stakeholders consider shared decision-making to be desirable and important for improving the quality and efficiency of care. Up till recently most research and studies have concentrated on helping patients to develop decision-making skills and on showing patients how and where to access information. At the moment more attention is being given to the development of skills and circumstances that will increase patients' interaction with care professionals and patients' emotional involvement in shared decision-making. In mental health for children and adolescents, more often than in adult mental health care, it has been customary to give more attention to these aspects of shared decision-making, particularly during counselling sessions that mark the transition from diagnosis to treatment. This emphasis has been apparent for a long time in textbooks, daily practice, methodology development and research in youth mental health care. Currently, a number of similar developments are taking place in adult mental health care.

CONCLUSION Although most health professionals support the policy of shared decision-making, the implementation of the policy in mental health care is still at an early stage. In practice, a number of obstacles still have to be surmounted. However, the experience gained with counselling and decision-making in (youth) mental health care may serve as an example to other sections of mental health care and play an important role in the further development of shared decision-making.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 352-360

KEY WORDS feedback-counselling session, dialogue, mental health care, participation, partnership, shared decision-making, youth mental health care