

SamenKeuzesMaken, gereedschap voor shared decision making in **de GGZ**

Behandeling in de langdurende psychiatrie is noodzakelijk voor herstel. Een ernstige psychiatrische aandoening vergt over het algemeen langdurige (medicamenteuze) behandeling. Behandeling dringt de ziekte terug, zodat er ruimte ontstaat voor nieuwe gevoelens, doelen en zingeving. In dat geval ondersteunt behandeling herstel indirect (Droës, 2012). Het (langdurig) gebruik van medicatie heeft zowel positieve als negatieve gevolgen voor de cliënt. Vaak zijn er bij de dosering en keuze van medicijnen meerdere opties mogelijk. Om daarin beslissingen te kunnen nemen kan via shared decision making de betrokkenheid van de cliënt worden vergroot. GGZ-NHN, het HEE-team van het Trimbos-instituut en andere GGZ-instellingen ontwikkelden hiervoor het computerprogramma SamenKeuzesMaken.

Door: M. Bähler en H. Oosterveld

SamenKeuzesMaken (shared decision making) heeft als doel de participatie van de cliënt op onder andere het gebied van medicamenteuze behandeling te maximaliseren. Patricia Deegan heeft shared decision making in 2006, in de Verenigde Staten, methodisch voor de geestelijke gezondheidszorg uitgewerkt. Drake en Deegan (2009) beschrijven shared decision making als volgt: 'Beslissingen over medicatie zijn niet alleen medische beslissingen. Het zijn persoonlijke beslissingen vanwege risico op onder andere metaboolsyndroom, tardieve dyskinesie (bewegingsstoornissen als bijwerking van medicijnen), verminderde seksuele lust ten opzichte van symptoomreductie. Het zijn moeilijke beslissingen over de zorg waarbij mensen hulp nodig hebben om tot een gebalanceerde beslissing te komen in plaats van paternalisme'.

Sinds 2008 is in Nederland GGZ-NHN met het HEE-team van het Trimbos-instituut en in nauwe samenwerking met een aantal andere GGZ-instellingen bezig om de methode binnen het eigen behandelmodel uit te werken. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een door een computerprogramma ondersteunde methode: SamenKeuzesMaken.

Model

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van SamenKeuzesMaken (SKM) is 'herstel'. De term waarmee in de psychiatrie (kort samengevat) wordt bedoeld 'het vermogen om goed te leven in aan- of afwezigheid van ziekte of problematiek' (Droës, 2012). Belangrijk hierbij is het hebben van regie over het leven en de ziekte. SKM heeft als doel ondersteuning te bieden aan de cliënt om bewust het gesprek met de behandelaar in te gaan met als doel de optimale behandeling te bespreken die de cliënt ondersteunt bij zijn herstelproces. Voor het herstel is het van belang om bijvoorbeeld de voor- en nadelen van het gebruik van medicatie af te wegen en om alternatieven te bespreken en bij de medicatie niet alleen af te gaan op of er sprake is van vermindering van symptomen.

Om het herstelproces zo goed mogelijk met behandeling te ondersteunen wordt bij SKM gebruikgemaakt van een drietal te onderscheiden componenten.

1. Er vindt een inventarisatie plaats van gestelde doelen en de beleving van een aantal belangrijke (onder andere door medicatie beïnvloedbare) ervaringen. Het omschrijven van de te bereiken doelen helpt om de actuele praktische beperkingen in beeld te

brengen en interventies te vinden om de invloed daarvan te verminderen. Deze interventies kunnen zowel medicamenteus als niet-medicamenteus zijn. Medicatie zelf kan vaak ook weer ernstige beperkingen opleveren. Vooral om beperkingen van medicatie op te sporen vindt er een uitgebreide inventarisatie plaats van onder andere symptomen en bijwerkingen. Alle informatie wordt bijeengebracht waardoor zowel de behandelaar als cliënt in één overzicht de positieve en negatieve bijdragen aan herstel gepresenteerd krijgen.

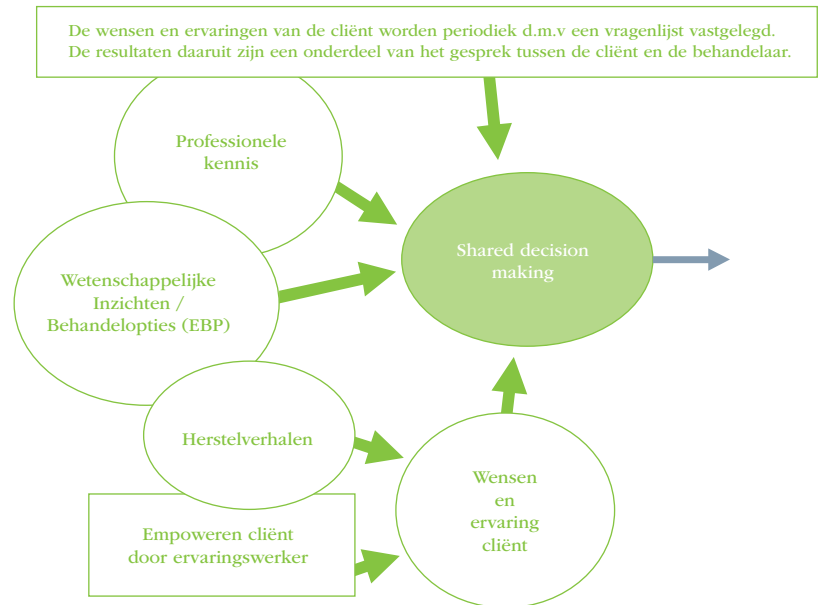
2. Er wordt aan de cliënt zo veel mogelijk betrouwbare en relevante kennis beschikbaar gesteld, bijvoorbeeld over de werking en bijwerkingen van medicatie, maar ook over andere wetenschappelijk aangetoonde werkzame interventies.
3. Empowering binnen herstel wordt vaak (mede) vormgegeven door de inzet van (positieve) ervaringen van andere cliënten. Ook binnen SKM is dit van grote betekenis. Bijvoorbeeld door middel van opgetekende ervaringsverhalen. Gedurende het hele proces is overigens ook een belangrijke rol weggelegd voor ervaringswerkers.

Bij SKM worden de deskundigheid van de psychiater, de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en wetenschappelijke inzichten gebruikt om tot een behandelbeslissing te komen.

Implementatie

In de traditionele, meer paternalistische rol van een behandelaar, draagt deze de oplossing voor de ziekte aan. In dat model voert de cliënt slechts de daaruit voortvloeiende opdrachten uit. In het andere uiterste is het de cliënt die op basis van informatie beslist over zijn eigen behandeling. Bij shared decision making is er sprake van een gelijkwaardige inbreng van behandelaar en cliënt. En hoewel iedere behandelaar en vrijwel elke cliënt zal aangeven deze laatste situatie te verkiezen, blijkt de praktijk in de psychiatrie weerbarstiger. Zo bleek uit onderzoek van Salyers et al. (2012) dat de cliënt onder andere in 42% van de gesprekken niet in de besluitvorming betrokken werd, dat er vaak (45%) niet wordt ingegaan op alternatieven (ook medicamenteus) en (30%) op de voor- en nadelen van de behandeling.

Om de rol van de cliënt te ondersteunen is in navolging van de Verenigde Staten in Nederland een computerprogramma (zie www.samenkeuzesmaken.nl) ontwikkeld. In dit programma, SamenKeuzesMaken, worden de eerdergenoemde componenten van het model geconcretiseerd.



Figuur 1. SKM-model

Voor de cliënt zijn er ervaringsverhalen in de vorm van video's te bekijken samen met andere informatie. Centraal in de applicatie is een vragenlijst met 27 items, verdeeld in 6 categorieën. De eerste vragen gaan over hersteldoelen en 'personal medicine' (wat kan je zelf doen om je beter te voelen). Vervolgens komt er een set met vragen over hoe de afgelopen periode gaat, gevolgd door vragen over de medicatie (neemt u de medicatie in zoals voorgeschreven en zo nee, wat zijn daar de redenen voor?). Ook wordt er gevraagd naar mogelijk ervaren bijwerkingen van de medicatie. De lijst eindigt met vragen over wat het doel van het gesprek is en wat het dient op te leveren.

Wat is bekend

Bekend is dat psychiatrische medicatie slecht wordt ingenomen. Uit verschillende studies blijkt dat een hoog percentage van de cliënten die antipsychotica slikken dit niet volgens voorschrift inneemt: 74% van de deelnemers onderbrak de behandeling van antipsychotica gedurende de 18 maanden (Lieberman et al. 2005; Hutton et al., 2012).

Wat is nieuw

Voor de GGZ is shared decision making nog een nieuw begrip. In de somatische gezondheidszorg wordt het al langer toegepast. Nieuw is ook de visie op herstel. Behandelen is niet (alleen) gericht op symptoomreductie, maar veel beter wordt gekeken hoe de behandeling het herstelproces van de cliënt kan ondersteunen. Het samen beslissen over de beste interventie leidt, zo blijkt in ieder geval in de somatische gezondheidszorg, tot betere behandeltrouw.

Wat kun je ermee

Het webbased programma SamenKeuzesMaken helpt cliënten zich goed voor te bereiden op het gesprek met de behandelaar. Cliënten brengen hun eigen kennis in en realiseren zich dat ze niet in een afhankelijke rol (de dokter weet wat goed voor me is en schrijft voor) zitten. Behandelen is geen doel op zich, maar een middel om het herstelproces van de cliënt te bevorderen.



De ervaringswerker vult samen met de cliënt de vragenlijst in.

De vragenlijst kan regelmatig worden ingevuld, bijvoorbeeld vooraf aan iedere afspraak met de behandelaar. De inspanning die de cliënt genomen heeft om de vragenlijst in te vullen loont om meerdere redenen. In de eerste plaats is de beantwoording van iedere vraag voor de cliënt een reden om over dat facet na te denken en er een standpunt over in te nemen. In de tweede plaats is er tijdens het gesprek met de behandelaar een duidelijke door de cliënt opgestelde lijst met aandachtspunten voor de verdere behandeling aanwezig. De geschiedenis van alle antwoorden wordt bewaard en een verloop van voor- of achteruitgang kan bij een aantal categorieën grafisch zichtbaar worden gemaakt. In dit hele proces kan de ondersteuning van een ervaringswerker een effectieve aanvulling zijn. Alle items in de applicatie zijn een geschikt aanknopingspunt voor de ervaringswerker om zijn rol vorm te geven.

SamenKeuzesMaken is gedurende enige tijd als pilot door een aantal landelijke GGZ-instellingen getest en met de gegevens daaruit verder ontwikkeld. Bij GGZ inGeest hebben in de pilotfase 26 cliënten gebruikgemaakt van SKM. 15 in een ambulante en 11 in een klinische (langdurige) verblijfssetting.

De cliënten geven aan het prettig te vinden om de vragenlijst in te vullen en daardoor goed voorbereid het gesprek met de psychiater in te gaan. De betrokkenheid van de psychiater is groot. Hij benadert de cliënten om mee te doen en hij gebruikt SKM als leidraad in zijn gesprek met de cliënt.

De meeste cliënten binnen het ambulante FACT-team zien de psychiater een enkele keer per jaar. Hier zijn de uitkomsten van de vragenlijst onder andere gebruikt bij het bespreken

van het behandelplan. Daarbij ondersteunt de ervaringswerker de cliënt en kijkt hij samen met de cliënt naar wat deze zelf kan doen, stimuleert daarbij de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Momenteel wordt binnen GGZ inGeest SKM organisatiebreed uitgerold. Bij GGZ NHN is door zo'n 90 cliënten van SKM gebruikgemaakt. De ervaringen zijn overwegend positief. De cliënt realiseert zich dat hij een belangrijke inbreng in het herstel heeft. De ervaringswerker levert SKM heldere aanknopingspunten in het contact met de cliënt op. En voor de psychiater is het contact veel gelijkwaardiger, wat leidt tot een wezenlijk andere samenwerking. Desondanks loopt de implementatie niet vanzelf. SKM is tot nu toe daar ingezet waar ervaringswerkers onderdeel zijn van een behandelteam en wordt met name gebruikt als voorbereiding op het gesprek met de psychiater. Gevolg hiervan is dat het vooral 'een ding' van de psychiater en de ervaringswerker is geworden. De andere disciplines in het FACT-wijkteam voelen zich minder bij het programma betrokken. Daarnaast is het takenpakket van de ervaringswerker de afgelopen periode zo uitgebreid (met herstelgroepen, WRAP enzovoort), dat de noodzakelijke aandacht en tijdbesteding voor SKM in het gedrang komen. Inzet is dan ook om het programma minder afhankelijk te maken van alleen de huidige twee disciplines. Ook voor de andere professionals in het team zijn de resultaten van SKM nuttig in het gesprek met de cliënt. Verder blijkt dat er behoefte is aan een flexiblere vragenlijst waarbij de cliënt zelf kan bepalen welke categorieën hij wel of niet wil bespreken met de professional. Daar wordt momenteel aan gewerkt.

Literatuur

- Deegan, P.E. & R.E. Drake (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-9.
- Drake, R.E. & P.E. Deegan (2009). Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatric Services*, 60, 1007.
- Dröes, J. & C. Witsenburg, Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen, *Passagecahier* 2012.
- Salyers, M. e.a. (2012). A coding system to measure elements of SDM during psychiatric visits, *Psychiatric Services*, 8.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Mcevoy, J.P. e.a. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.
- Hutton, P., Morrison, A.P., Yung, A.R., Taylor, P.J., French, P. & G. Dunn (2012). Effects of drop-out on efficacy estimates in five Cochrane reviews of popular antipsychotics for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 1-11.

Informatie over de auteurs

Michiel Bähler is psycholoog/adviseur GGZ-NHN.

Henk Oosterveld is projectmedewerker GGZ-NHN.