

EW

39 Hoofdredactioneel

40 Samen beslissen over doelen en actieplannen

COLOFON

Ergotherapie Wetenschap verschijnt drie maal per jaar in *Ergotherapie Magazine* van Ergotherapie Nederland.

Redactie: Prof. dr. Maud Graff (hoofdredacteur), dr. Edith Cup.

Reviewers: dr. Pauline Aarts, Marion Ammeraal Msc, dr. Erica Baarends, dr. Isaline Eyssen, dr. Margot van Hartingsveldt, dr. Barbara Piškur, dr. Ton Satink, dr. Esther Steultjens.

Redactiesecretariaat: Danielle Fahner-van Wissen. E-mail: redactie@ergotherapie.nl.

Eindredactie: Marjolijn de Winter

Vormgeving: finally an agency, Berkel & Rodenrijs, finallyanagency.nl

Redactieadres: Orteliuslaan 750, 3528 BB Utrecht. Auteursrichtlijnen: www.ergotherapie.nl



Bijzonder, gewoon, buitengewoon of anderszins?

Normaal gesproken schrijft de hoofdredacteur van het wetenschappelijk katern dit redactioneel, maar deze keer niet. Onze hoofdredacteur, prof. dr. Maud Graff, is druk bezig met het schrijven van haar inaugurele rede, die zij uitspreekt op 26 september aanstaande. Met deze rede aanvaardt zij officieel het ambt van hoogleraar. Vandaar dat ik het schrijven van deze bijdrage van haar overneem.

De hoogleraar Ergotherapie bekleedt een bijzondere leerstoel. Wat is dat eigenlijk, een bijzondere leerstoel en hoe bijzonder is dat eigenlijk? En wat is het verschil met een gewone leerstoel of andere varianten? Interessant genoeg om eens uit te zoeken terwijl onze professor aan haar rede werkt.


Inhoudelijk zijn er weinig verschillen tussen een **bijzonder hoogleraar** en een **'gewone' hoogleraar**. Ze doen veelal hetzelfde werk: onderzoek doen, subsidieaanvragen schrijven, onderwijs geven, en studenten en promovendi begeleiden. Een bijzonder hoogleraar wordt echter niet door de universiteit, maar door een externe partij gefinancierd. En die externe partij is in dit geval Ergotherapie Nederland.

En hoe zit het dan met de **buitengewone hoogleraren, kernleerstoelen, strategische leerstoelen of profileringsleerstoelen**? Een buitengewoon hoogleraar is in deeltijd in dienst bij een universiteit en wordt niet uit het normale onderwijsbudget betaald. De kernleerstoelen daarentegen vervullen een hoofdrol in het universitaire onderwijs. Strategische leerstoelen worden ingezet om belangrijk onderzoek van een universiteit te versterken en profileringsleerstoelen om nieuwe onderzoeksgebieden te ontwikkelen. Er zijn dus nog verschillende groeiscenario's mogelijk voor de bijzondere leerstoel Ergotherapie.

Onze bijzonder hoogleraar kennende, is het goed mogelijk dat zij zich **buitengewoon** goed zal **profiëren** en zich **strategisch** zal opstellen om de **kern van de leerstoel** uit te dragen: de kracht van het betekenisvol dagelijks handelen!

De aanstelling van prof. dr. Maud Graff draagt in ieder geval bij aan de stijging van het aantal **vrouwelijke hoogleraren** in 2018 naar 20,9%. Helaas blijkt er een daling te zijn van het percentage vrouwelijke promovendi, terwijl het totale aantal promovendi in Nederland groeit. Aangezien promovendi aan de basis staan van wetenschappelijke carrières, is hier nog een wereld te winnen.

Een van de vrouwelijke ergotherapeuten die in 2018 promoveerde, en van wie een bijdrage is opgenomen in dit katern, is Stephanie von Helden-Lenzen. Haar proefschrift getiteld *'Self-management goal setting and action planning in primary care'* gaat over samen beslissen over doelen en actieplannen tussen cliënten met een chronische aandoening en gezondheidsprofessionals in de eerste lijn. Het is een mooi voorbeeld van hoe een vraag uit de praktijk leidt tot de ontwikkeling van een aanpak gericht op het coachen van mensen met chronische aandoeningen. Dit is erop gericht dat zij zelf verantwoording kunnen nemen voor het formuleren en bereiken van hun persoonlijke doelen. Hoe waardevol is dat!

Ook prof. dr. Maud Graff zal op 26 september ongetwijfeld spreken over het versterken van de eigen regie en het mogelijk maken van persoonlijke doelen en betekenisvolle dagelijkse activiteiten. Wij wensen onze bijzonder hoogleraar een prachtige inauguratie toe! 

Edith Cup

Samen beslissen over doelen en actieplannen



Stephanie von Helden - Lenzen is docent en onderzoeker aan de faculteit Gezondheidszorg van Zuyd Hogeschool. Ze promoveerde op 11 oktober 2018 met haar proefschrift 'Selfmanagement goal setting and action planning in primary care' aan de Universiteit Maastricht. Het proefschrift is tot stand gekomen in samenwerking tussen Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht. Haar begeleiders waren dr. Ramon Daniëls, dr. Loes van Bokhoven, prof. Trudy van der Weijden en prof. Sandra Beurskens. Dit artikel is een samenvatting van het proefschrift, over het onderzoek naar samen beslissen over doelen en actieplannen tussen cliënten met een chronische aandoening en gezondheidsprofessionals in de eerste lijn.

Inleiding

In Nederland leven steeds meer mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. Het hebben van een chronische aandoening heeft vaak een grote impact op de kwaliteit van leven van cliënten; zij ervaren vaak fysieke en mentale

symptomen, beperkingen in hun dagelijks handelen en in het invullen van hun rollen, als ook psychologische en emotionele problemen, zoals onzekerheid en angst. Cliënten met een chronische aandoening moeten leren leven met deze gevolgen, zij moeten leren om zelf te managen. Zelfmanagement is

Doelen beschrijven wat een cliënt wil bereiken en waarom dit belangrijk is voor de cliënt. Actieplannen beschrijven hoe deze doelen bereikt kunnen worden.

'het individueel vermogen van de mens met een chronische ziekte om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte'. Zelfmanagement komt terug in het sterk in Nederland opkomende concept van positieve gezondheid, waarin gezondheid wordt gezien als 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Beide concepten benadrukken het belang van eigen capaciteiten om met de uitdagingen van een chronische aandoening om te gaan en om de eigen regie te nemen.

Persoonlijke doelen en actieplannen vormen de kern van zelfmanagement. Doelen beschrijven wat een cliënt wil bereiken en waarom dit belangrijk is voor de cliënt. Actieplannen beschrijven hoe deze doelen bereikt kunnen worden. In de context van zelfmanagementondersteuning is er sprake van een proces tussen de cliënt en de professional om gezamenlijk doelen en actieplannen te stellen. Er is sprake van samen beslissen.

Alhoewel zorgstandaarden en richtlijnen voor verschillende cliëntengroepen en zorgprofessionals aanbevelen om zelfmanagement toe te passen, blijkt vooral het samen beslissen over doelen en actieplannen voor professionals vaak een grote uitdaging te zijn in de dagelijkse praktijk. Een groep huisartsen, praktijkondersteuners, en eerstelijns-paramedici (fysiotherapeuten en ergotherapeuten) in Limburg liep aan tegen de vraag hoe doelen en actieplannen met cliënten met een chronische aandoening gesteld kunnen worden. Samen met de lectoraten gezondheidszorg van Zuyd en de onderzoeksschool CAPHRI van Universiteit Maastricht hebben zij een consortium gevormd om deze vraag aan te pakken.

Het hier beschreven onderzoek is uitgevoerd met praktijkondersteuners; het doel was echter om een generieke aanpak te ontwikkelen bruikbaar voor verschillende professies in de eerste lijn. In het onderzoek zijn cliënten meegenomen met een chronische aandoening, ongeacht hun diagnose.

Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek was om te achterhalen hoe praktijkondersteuners ondersteund kunnen worden bij het gezamenlijk opstellen van doelen en actieplannen met cliënten met een chronische aandoening, in de context van zelfmanagement. Om dit doel te bereiken hebben we de volgende vragen gesteld:

Onderzoeksvraag 1: *Hoe worden doelen en actieplannen in de eerste lijn met cliënten met een chronische aandoening gesteld en wat zijn de ervaringen?*

Om dit te onderzoeken voerden wij vier verschillende studies door: een literatuurstudie naar theoretische uitgangspunten en theorieën/modellen voor het stellen van doelen en actieplannen; een scoping-review van 58 wetenschappelijke artikelen met als doel overzicht te bieden van de inhoud van bestaande interventies met betrekking tot samen beslissen; een kwalitatieve studie met twee focusgroepen en drie individuele interviews met cliënten, eerstelijns-professionals (huisartsen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers) en experts (zelfmanagement, samen beslissen, cliënt-professional-communicatie) (totaal n=17) om ervaringen, behoeften, bevorderende en belemmerende factoren wat betreft het samen beslissen over doelen en actieplannen te exploreren en als laatste een kwalitatieve studie met acht observaties van doelengesprekken tussen praktijkondersteuners (n=4) en cliënten (n=8) om inzicht te krijgen in de huidige werkwijze met betrekking tot samen beslissen.

De belangrijkste bevindingen uit deze vier studies:

- *Doelen en actieplannen stellen als één proces:* doelen en actieplannen hangen onlosmakelijk samen; het stellen van doelen en het formuleren van actieplannen wordt beschreven als één samenhangend en iteratief proces. Echter, modellen over samen beslissen focussen vaak op het maken van beslissingen over (medische) interventies (actieplannen). De fase van doelen stellen ontbreekt vaak in deze modellen.

Professionals geven aan het gevoel te hebben onvoldoende vaardig te zijn om de ervaringen van de cliënt vanuit een holistisch perspectief te exploreren en om (niet-medische) doelen te stellen.

- *Doelen versus actieplannen:* tijdens acht geobserveerde doelengesprekken van praktijkondersteuners werden nauwelijks doelen gesteld. Wel werd er veel gesproken over actieplannen. Deze actieplannen, veelal voorgesteld door praktijkondersteuners, waren vaak gericht op het krijgen van professionele hulp (denk bijvoorbeeld aan de verwijzing naar een psycholoog).
- *Het verhaal van de cliënt als uitgangspunt voor doelen:* alhoewel het stellen van doelen in het kader van zelfmanagement zou moeten beginnen met het exploreren van de ervaringen van de cliënt vanuit een holistisch perspectief (medische, sociale en emotionele gevolgen), richten huidige interventies zich vaak op voor-gedefinieerde actieplannen voor leefstijl-aanpassing. Het exploreren van het verhaal van de cliënt als basis voor persoonlijke doelen is veelal niet aan de orde.
- *Maatwerk:* de literatuur benadrukt het belang van coachen van cliënten waarbij maatwerk in het stellen van doelen en actieplannen op de voorgrond staat. Het bieden van maatwerk wordt door professionals als moeilijk ervaren. Tijdens doelengesprekken gebruikten praktijkondersteuners gestandaardiseerde protocollen, waarvan zij nauwelijks afweken.
- *Vaardigheden en attitude van professionals:* professionals geven aan het gevoel te hebben onvoldoende vaardig te zijn om de ervaringen van de cliënt vanuit een holistisch perspectief te exploreren en om (niet-medische) doelen te stellen. Zij geven aan het moeilijk te vinden om met hun cliënten samen te beslissen over doelen en actieplannen omdat zij moeite hebben de verantwoordelijkheid met cliënten te delen.
- *Ervaringen van cliënten:* cliënten lijken niet gewend te zijn om doelen te stellen; de bereidheid van cliënten om samen doelen te stellen hangt af van verschillende factoren. In de observaties van doelengesprekken namen cliënten vaak een passieve rol aan. Zij wezen actieplannen vaak af, zonder een alternatief plan voor te stellen.

Onderzoeksvraag 2: Wat zijn kernelementen van een aanpak voor praktijkondersteuners gericht op het verbeteren van het stellen van doelen en actieplannen met cliënten met een chronische aandoening?

Na de analyse van de huidige situatie is er een ontwikkelteam gevormd, bestaand uit professionals, cliënten en experts (n=12) om een aanpak te ontwikkelen. De eerste versie van de aanpak werd vervolgens getest en onderzocht op haatbaarheid en meerwaarde in een pilot (n=8 (4 huisartsen, 4 praktijkondersteuners)) en op basis daarvan weer aangepast. Drie praktijkondersteuners werkten nauw samen met de onderzoekers, probeerden de aanpak regelmatig in de praktijk uit en gaven feedback.

Het doel van de aanpak formuleerden wij als volgt: 'praktijkondersteuners beslissen samen met hun cliënten met een chronische aandoening over doelen en actieplannen.' Daarbij:

- Exploreren zij het cliëntenperspectief vanuit een holistisch perspectief (medische symptomen, gevolgen voor het dagelijks leven/werken, emoties, coping en ondersteuning door de omgeving).
- Formuleren zij doelen en actieplannen expliciet samen met hun cliënten.
- Passen zij hun benaderingswijze aan de individuele capaciteiten, behoeften en wensen van de cliënt aan.
- Reflecteren zij continu op hun eigen werkrouines en attitudes.

De aanpak

De aanpak bestaat uit een Handreiking voor samen beslissen over doelen en actieplannen en twee tools: het 4-bollenmodel en een tool om cliëntprofielen te identificeren. Om hiermee te leren werken hebben we daarnaast een uitgebreide training voor praktijkondersteuners ontwikkeld.

Handreiking Samen beslissen	Stappen
1. Voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt informeren over het doel van het consult. • De cliënt uitnodigen om vragen te stellen of agendapunten in te brengen.
2. Samen doelen stellen A. Exploreren van de situatie van de cliënt B. Informeren van de cliënt C. Doelen formuleren	<ul style="list-style-type: none"> • De huidige en de gewenste situatie van de cliënt exploreren. • Op maat informatie geven aan de cliënt. • De cliënt ondersteunen om haalbare doelen te formuleren.
3. Samen actieplannen bepalen A. Keuzeproses toelichten B. Opties bespreken C. Besluiten nemen	<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijk maken dat de cliënt een keuze heeft. • Mogelijke opties voor actieplannen met de cliënt bespreken. • Samen een keuze maken voor actieplannen.
4. Afspraken uitvoeren en evalueren	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig samen met de cliënt reflecteren op de voortgang; doelen en actieplannen zo nodig aanpassen.

Tabel 1: Handreiking voor samen beslissen

Handreiking samen beslissen over doelen en actieplannen

De handreiking¹ ondersteunt professionals bij het proces van doelen en actieplannen stellen. De handreiking is gebaseerd op de integratie van het veelgebruikte model over samen beslissen van Glywn Elwyn² en een model over het stellen van doelen³. De handreiking kent vier fasen: voorbereiding, samen doelen stellen, samen actieplannen formuleren, afspraken uitvoeren en evalueren. Elke fase bestaat uit een aantal stappen (zie tabel 1). De toepassing en tijd die nodig is voor elke stap is flexibel, afgestemd op de individuele cliënt.

Het 4-bollen-model

Voor het samen stellen van doelen (tweede fase van de handreiking), is het 4-bollen-model ontwikkeld (figuur 1). Dit model exploreert de huidige en de gewenste situatie van een cliënt vanuit een holistisch perspectief; professional en cliënt gaan in dialoog over waar de cliënt tegenaan loopt en wat belangrijk voor hem of haar is. Het helpt cliënt en professional om inzicht te krijgen in de situatie van de cliënt en ondersteunt de cliënt om te reflecteren op wat hij/zij wil bereiken/veranderen. De vier bollen zijn gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability & Health (WHO). De domeinen van de ICF zijn vertaald naar eenvoudige taal:

1. Mijn gezondheid (Functies): medische (lichamelijke en mentale) klachten en hoe de cliënt deze ervaart.
2. Mijn activiteiten (Activiteiten en Participatie): belemmeringen die de cliënt ervaart in het dagelijkse handelen.

3. Mijn eigen manier (Persoonlijke factoren): hoe de cliënt omgaat met klachten en belemmeringen en hoe hij deze wil aanpakken ofwel gewend is deze aan te pakken.
4. Mijn omgeving (Externe factoren): ervaren ondersteuning van de sociale en fysieke omgeving.

Het model geeft de samenhang weer tussen de bollen en kan flexibel en op maat worden ingezet. Sommige cliënten kunnen de bollen zelfstandig invullen, sommigen hebben hierbij meer structuur en ondersteuning nodig. De vier bollen kunnen op papier (A3 of A4) meegegeven worden aan de cliënt.



Figuur 1: 4-bollen-model

Cliënten vonden dat de praktijkondersteuner meer vragen had gesteld en beter luisterde.

Cliëntprofielen

Om de *Handreiking samen beslissen over doelen en actieplannen* en het 4-bollen-model beter op maat te kunnen inzetten hebben we, samen met het coachingsbedrijf Dubois & van Rij⁴, cliëntprofielen ontwikkeld. De profielen zijn gebaseerd op de cliënt-typologie van Bloem & Stalpers⁵, die focust op de subjectieve beleving van gezondheid als motivator voor gezondheidsgedrag. De twee determinanten voor de subjectieve beleving van gezondheid die geïntegreerd zijn in de profielen zijn: (1) veronderstelde controle: het gevoel van de cliënt dat de aandoening beïnvloedbaar ofwel te managen is en (2) acceptatie: het gevoel van de cliënt dat de aandoening en de gevolgen hiervan acceptabel zijn. De combinatie van deze twee determinanten resulteert in vier cliëntprofielen (figuur 2).



Figuur 2: cliëntprofielen

Deze vier profielen zijn vertaald in vier persona's en voor elke persona zijn typisch gedrag en de benaderingswijze die de betreffende persoon nodig heeft beschreven (tabel 2). Omdat de subjectieve beleving van gezondheid dynamisch is, kan uiteraard ook het niveau van veronderstelde controle en acceptatie veranderen in de tijd en onder bepaalde omstandigheden.

Training

De training voor praktijkondersteuners heeft als doel om de vaardigheden van praktijkondersteuners met betrekking tot samen beslissen, maar ook de reflectie op de eigen werkwijze en werk-gerelateerde attitudes te verhogen. De training werd gegeven door een coach, die tevens betrokken was bij

de ontwikkeling van de aanpak. De training bestond uit een eendaagse training in de handreiking samen beslissen, het 4-bollen-model en de cliëntprofielen; drie weken later een halve dag coaching on the job en een follow-upbijeenkomst acht weken na de trainingsdag die in het teken stond van uitwisseling van ervaringen en verdieping van de vaardigheden. Gedurende de trainingsperiode konden de deelnemers altijd contact opnemen met de coach.

Onderzoeksvraag 3: Hoe wordt de aanpak toegepast, ervaren en geleerd door praktijkondersteuners en cliënten met een chronische aandoening?





Door middel van een procesevaluatie onderzochten we hoe de aanpak geïmplementeerd, geleerd en ervaren wordt door praktijkondersteuners en cliënten. We gebruikten hiervoor kwalitatieve (focusgroepen en individuele interviews) en kwantitatieve methoden (vragenlijsten en observaties). Vijftien vrouwelijke praktijkondersteuners (tussen de 28 en 55 jaar oud), werkzaam in de chronische zorg, namen deel. Daarnaast voerden we interviews met een focusgroep met praktijkondersteuners (n=9) en met cliënten (n=10). Ook vulden de praktijkondersteuners voor, tijdens en na de training een vragenlijst in over hun werkrouines en werd hun gevraagd om audio-opnames van consulten in te leveren bij de onderzoekers (n=13).

Praktijkondersteuners vonden dat:

- deze aanpak hun ondersteunde in het coachen van cliënten om gezamenlijk doelen en actieplannen te stellen,
- het 4-bollen-model stimuleerde om meer naar de omgeving en de mens achter de cliënt te kijken,
- de tool Cliëntenprofielen hielp bij het analyseren van wat de cliënt nodig heeft om samen beslissen mogelijk te maken,
- de training, en vooral de coaching on the job, waardevol was om achter de eigen werkwijzen en attitudes te komen.

Cliënten vonden dat:

- er geen verandering in de werkwijze van hun praktijkondersteuner zichtbaar was,
- de praktijkondersteuner meer vragen had gesteld en beter luisterde,

Profiel	Persona	Coaching
Type 1		Biedt weinig ondersteuning bij het exploreren van de situatie en het stellen van doelen (cliënt kan het 4-bollen-model zelfstandig invullen en doelen formuleren)
Type 2		Geef structuur en overzicht (bespreek de vier bollen een voor een), ondersteun om weinig, haalbare, korte-termijndoelen te stellen
Type 3		Toon empathie voor weerstand/gevoelens, deel professionele expertise en ondersteun het stellen van haalbare doelen
Type 4		Toon empathie en bekrachtig, geef structuur in de communicatie (één bol per consult) en het identificeren van doelen (geef voorbeeld-doelen)

Tabel 2: Persona's en coaching

- het 4-bollen-model hun inzicht had gegeven in hun eigen situatie,
- concretere actieplannen afgesproken werden.

Ondanks de positieve waardering bleek uit de audio-opnames dat de aanpak weinig werd toegepast in de praktijk. Doordat praktijkondersteuners vaak de nadruk legden op de medische aspecten, spraken zij weinig over het dagelijkse functioneren of de omgeving van de patiënt. Daarnaast werden er nauwelijks expliciete doelen geformuleerd.

De interviews en focusgroepen met praktijkondersteuners gaven inzicht in waarom de aanpak weinig werd toegepast.

Praktijkondersteuners gaven aan dat:

- de aanpak moeilijk te integreren is in de protocollaire werkwijze die zij gewend zijn. Hoewel de praktijkonder-

steuners van hun werkgever de vrijheid kregen om de consulten flexibel in te richten, misten de praktijkondersteuners handvatten om bestaande protocollen te integreren met de aanpak. Hierdoor ervoeren zij een gebrek aan tijd,

- zij een innerlijke rolconflict ervoeren. Praktijkondersteuners gaven aan het belangrijk te vinden om doelen te stellen, maar zagen het verzamelen van meetwaarden en het geven van medische adviezen als hun hoofdverantwoordelijkheid,
- zij behoefte hadden om de aanpak en de ervaringen met de toepassing van de aanpak te bespreken met collega's en huisartsen. Zij voelden zich onvoldoende ondersteund om hun werkwijze te veranderen, hadden het gevoel dat zij van de huisartsen niet mochten afwijken van het protocol en benadrukten het belang om de aanpak te integreren in de werkwijze van de hele praktijk.

Praktijkondersteuners gaven aan het belangrijk te vinden om doelen te stellen, maar zagen het verzamelen van meetwaarden en het geven van medische adviezen als hun hoofdverantwoordelijkheid.

Toepassing door ergotherapeuten (en andere paramedici)

Uit een uitgevoerde pilot, die bestond uit individuele interviews (n=4) en reflectiebijeenkomsten (n=2) onder professionals van verschillende disciplines (vier fysiotherapeuten, drie ergotherapeuten en een logopedist, bleek dat:

- de aanpak past bij de professionele normen en waarden van paramedische beroepen
- het 4-bollen-model ondersteunt bij het stellen van paramedische doelen,
- de handreiking *Samen beslissen* structuur kan geven in het proces van samen beslissen,
- gebrek aan tijd in de eerste lijn een belemmerende factor is om de aanpak toe te passen.

Recent (juni 2019) liet een afstudeeropdracht bij Zuyd Hogeschool van de opleiding Ergotherapie zien dat het 4-bollen-model goed hanteerbaar is voor ergotherapeuten en dat dit model hen ondersteunt in het open exploreren van het verhaal van de cliënt en het stellen van doelen. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op vragenlijsten (n=9) en interviews (n=8) (auteurs: Lea Gnida, Timo Gouverne, Jelena Slowig, Jurn Veenstra).

Discussie

Een van de geleerde lessen is het belang van het uitbreiden van het veelgebruikte model van Elwyn over samen beslissen met een fase van doelen stellen. Dit model creëert een bewustwording voor het belang van doelen stellen en biedt professionals handvatten om niet alleen actieplannen, maar ook persoonlijke doelen te stellen met cliënten.

Alhoewel het onderzoek zich richtte op professionals, is de rol van cliënten even belangrijk. Het is belangrijk om u bewust te zijn van de verschillende factoren die maken dat mensen in bepaalde situaties wel of niet willen en kunnen meebeslissen (denk aan: gezondheidsvaardigheden, fase in het verwerkingsproces). De mate en manier van ondersteuning van professionals is hiervan afhankelijk. "We bespreken tools die cliënten kunnen gebruiken om beter mee te kunnen beslissen, evenals de potentie van cliëntenprofielen om de benaderingswijze af te stemmen op de individuele cliënt"

Het onderzoek laat daarnaast een duidelijke gap zien tussen wat er wordt verwacht van praktijkondersteuners en wat er nu in de praktijk gebeurt. Het vasthouden aan protocollen wordt in de hand gewerkt door organisatorische

randvoorwaarden (denk aan: vergoedingen door zorgverzekeringen), maar ook door de professionele identiteit van praktijkondersteuners. Werken aan deze randvoorwaarden en praktijkondersteuners de mogelijkheid geven om met elkaar te reflecteren op hun rollen in de praktijk, kan helpen om de rol van praktijkondersteuners verder te ontwikkelen richting een coachende rol. Om deze omslag te maken is het echter ook noodzakelijk dat de hele huisartsenpraktijk, maar ook interprofessionele teams in de eerste lijn, samen volgens de visie van 'samen beslissen en zelfmanagement' werken. Als het hele team de urgentie voelt om te veranderen, kan verandering op weg worden gebracht.

Conclusie

In het kader van dit proefschrift hebben we een aanpak ontwikkeld voor praktijkondersteuners om samen te kunnen beslissen over doelen en actieplannen met hun cliënten met een chronische aandoening. De aanpak met focus op handvatten voor samen beslissen, het exploreren van de huidige en de gewenste situatie van de cliënt vanuit een holistisch perspectief, het leveren van maatwerk in coaching van cliënten en het leerproces van professionals, kan gebruikt worden door verschillende gezondheidsprofessionals met cliënten met verschillende chronische aandoeningen. In de praktijk werd de aanpak door professionals als waardevol ervaren om samen te beslissen met cliënten en om meer naar de mens achter de cliënt te komen; cliënten voelden zich meer gehoord. Niettemin is er aandacht nodig voor de inbedding in de huidige praktijk, waarbij de uitdaging is om de aanpak te integreren in de huidige zorgprocessen in de eerste lijn, en de juiste ondersteuning te organiseren voor professionals, voor teamgericht leren en het scheppen van randvoorwaarden.

Take home messages:

- Het stellen van doelen en het maken van actieplannen is één samenhangend en iteratief proces.
- Doelen en actieplannen moeten in een proces van samen beslissen tussen de cliënt en de professional worden gesteld.
- Samen beslissen voor doelen en actieplannen begint met het exploreren van de huidige en de gewenste situatie van de cliënt vanuit een holistisch perspectief. Simpele, visuele tools kunnen hierbij helpen.
- Samen beslissen vraagt een coachende rol van de professional. Een coach worden vraagt een individueel leerproces van de professional.
- Samen beslissen vraagt maatwerk; cliënten willen en

kunnen op verschillende manieren meedoen en kunnen hierbij verschillend ondersteund worden. Cliëntenprofielen kunnen hierbij helpen.

- Samen beslissen vraagt een gezamenlijke visie van het team op werkwijzen en rollen.

Gepubliceerde artikelen naar aanleiding van het proefschrift:

- Van Soest K, Daniels R, Lenzen SA. Hoe beslis je samen over doelen en acties? Tijdschrift Maatschappij en Gezondheid. 2015;15(3):18-20.
- Lenzen SA, Daniëls R, von Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. Eur J G Pract. 2015;21(2):138-144.
- Lenzen SA, van Dongen JJ, Daniëls R, von Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. What does it take to set goals for self-management in primary care? A qualitative study. Family Practice. 2016;33(6):698-703.
- Van Dongen JJ, Lenzen SA, von Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. BMC Family Practice. 2016;17:58.
- van Dongen JJ, von Bokhoven MA, Daniëls R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings; A qualitative study. Health Expect. 2017; 34(1):98-106.
- Lenzen SA, Daniëls R, von Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. PloS One 2017;12(11):e0188822.
- Lenzen SA, Daniëls R, von Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. What makes it so difficult for nurses to coach patients in decision making. Intern J Nurs Stud. 2017;80:1-11
- Lenzen SA, Daniëls R, von Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plans with primary care patients. BMC Health Services Research 2019;18:891.
- Lenzen SA, Wyke S, Daniëls R, von Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Ascribing patients a passive role: Conversation analysis of practice nurses' and patients' goal setting and action planning talk. Res Nurs & Health 2018;41;389-397.

Meer informatie:

Bekijk een verhelderend filmpje over zelfmanagement:

<https://www.youtube.com/watch?v=CHsoCCcDanw> 

Noten:

1. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_boek_2017_web.pdf.
2. Elwyn et al. (2012). Shared Decision Making. A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine.
3. Scobbie et al. (2010). Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. Clinical Rehabilitation.
4. <http://duboisvanrij.nl>.
5. Bloem & Stalpers (2012). Subjective experienced health as a driver of health care behavior. Nyenrode Research Paper Series.