

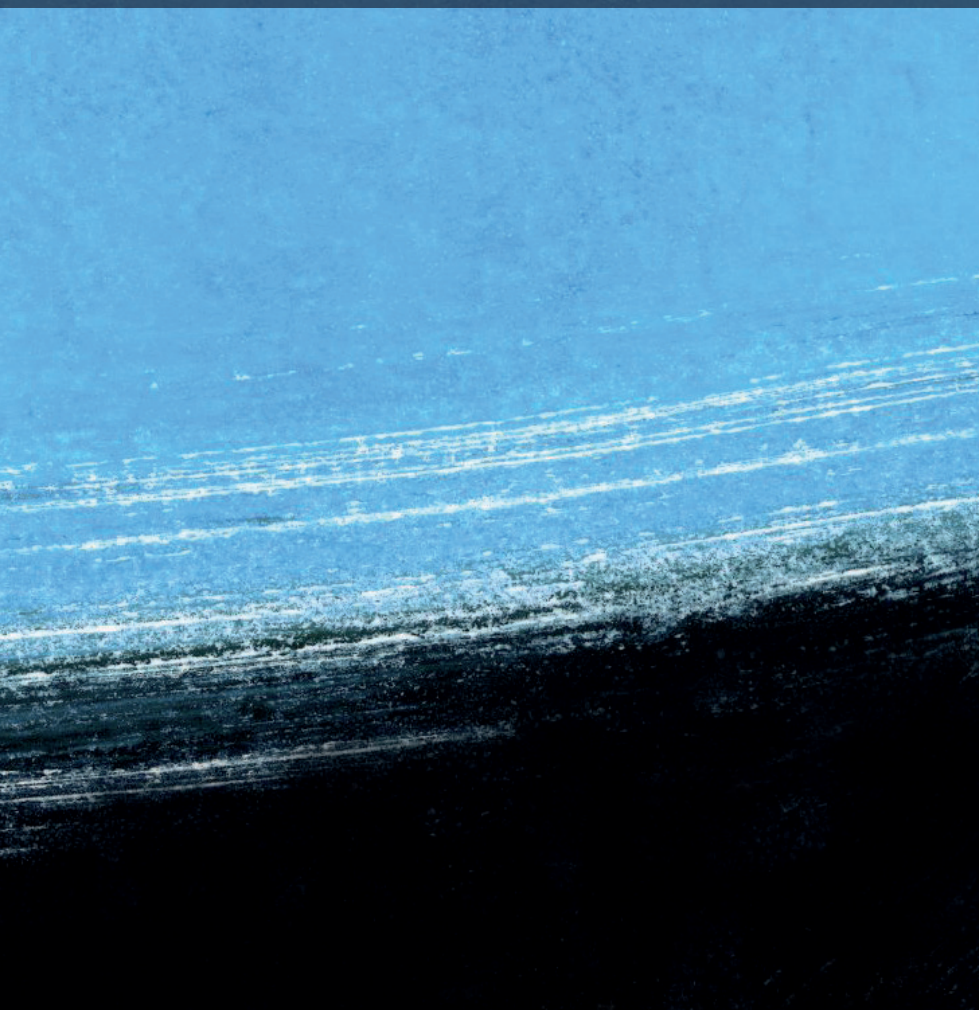
Jenny Boumans, Marlous Tuithof,  
Frank van Hoof, Jasper Nuijen

 Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg

Perspectieven van GGZ-cliënten





# Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg

Perspectieven van GGZ-cliënten

## Colofon

### *Opdrachtgever*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Financiering*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Auteurs*

Jenny Boumans

Marlous Tuithof

Frank van Hoof

Jasper Nuijen

### *Projectleiding*

Frank van Hoof

Jasper Nuijen

### *Met medewerking van*

Steven Makkink, Landelijk Platform GGz

Marieke Wollaars, Landelijk Platform GGz

### *Met dank aan*

Anne-Marie Vervae, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Heidi Nijboer, Landelijk Platform GGz

### *Productiebegeleiding*

Martin Fraterman

### *Opmaak en druk*

Canon Nederland N.V.

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1346**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

© 2014, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Uitgangspunten	9
1.3 Opzet	10
1.4 Leeswijzer	11
<b>2 Bevindingen</b>	<b>13</b>
2.1 Resultaten verkennende interviews	13
2.2 Resultaten semi-gestructureerde interviews	14
2.3 Resultaten focusgroepen	27
2.4 Resultaten kwantitatieve toetsing	31
<b>3 Conclusies</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 1</b> Analyse verkennende interviews	43
<b>Bijlage 2</b> GGZ-ervaring geïnterviewden	51
<b>Bijlage 3</b> Vragenlijst semi-gestructureerde interviews	53
<b>Bijlage 4</b> Analyse semi-gestructureerde interviews	57
<b>Literatuur</b>	<b>75</b>



# Samenvatting

De minister van VWS en veldpartijen vinden het vanuit het oogpunt van kwaliteit en controleerbaarheid van belang dat er duidelijkheid is over de definitie van hoofdbehandelaarschap. In de brief die de minister in de zomer van 2013 aan de Tweede Kamer schreef, benoemde zij daarbij een limitatieve lijst van beroepen die vanaf 1 januari 2014 in aanmerking komen voor het hoofdbehandelaarschap. Ook kondigde zij onderzoek aan “om toe te kunnen werken naar een op inhoudelijke gronden gebaseerde norm voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ”. Een van de onderzoeken zou daarbij gericht zijn op het in kaart brengen van cliëntenperspectieven op hoofdbehandelaarschap. Het Trimbos-instituut is gevraagd om, in samenwerking met het Landelijk Platform GGZ, deze opdracht uit te voeren. Het onderzoek is inmiddels afgerond en in het voorliggende rapport worden de resultaten gepresenteerd.

De centrale vraag van het onderzoek luidde: Wat zijn volgens cliënten en naasten voorwaardelijke aspecten voor goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten en wat zijn hun perspectieven op hoofdbehandelaarschap? Voor de beantwoording is gebruik gemaakt van een in hoofdzaak kwalitatieve onderzoeksopzet (6 open interviews, 26 semi-gestructureerde interviews en 2 focusgroepbijeenkomsten), die werd afgesloten met een kwantitatieve toetsing van de belangrijkste bevindingen onder een bredere groep van 419 cliënten en naasten.

De kwalitatieve onderzoeksresultaten laten zien dat vanuit het perspectief van cliënten en naastbetrokkenen drie voorwaarden van belang zijn als het gaat om goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten. Deze hebben betrekking op:

- **Contact en communicatie**, met subthema's rond bejegening, dialoog, behandelrelatie en shared decision making
- **Zorginhoudelijke aspecten**, met subthema's rond deskundigheid, maatwerk, herstelgerichtheid en aandacht voor context
- **Organisatie en samenwerking**, met subthema's rond ervaringsdeskundigheid, multidisciplinariteit, breed aanbod en toegankelijkheid.

In lijn met deze drie voorwaarden wijzen cliënten en naasten een reeks competenties aan die alle ggz-behandelaren zouden moeten bezitten, om goede zorg te kunnen leveren. Het gaat daarbij in de eerste plaats om contactuele vaardigheden en empathisch vermogen. Behandelaren die helder communiceren, goed luisteren, samen met de cliënt keuzes maken, cliënten met respect benaderen, oprecht betrokken zijn en de cliënt als mens zien, niet als ziekte, worden door cliënten en naasten het meest gewaardeerd.

Ook competenties met betrekking tot kennis en bekwaamheid worden belangrijk geacht: een gedegen opleiding hebben genoten, voldoende praktijkervaring, een (zelf)kritische houding en de vaardigheid om herstelgerichte 'zorg op maat' te leveren, vormen vanuit cliëntenperspectief een basis voor goede zorg. Tot slot worden ook competenties met betrekking tot organiseren en samenwerken, van belang geacht. Men waardeert behandelaren die intensief samenwerken met andere disciplines en met ervaringsdeskundigen, die effectief doorverwijzen en op een creatieve en verantwoorde wijze gepaste zorg rond een cliënt kunnen organiseren. Cliënten en naasten geven aan dat op de meeste van de hier beschreven punten nog (veel) ruimte is voor verbeteringen in de praktijk.

Het kwantitatieve onderzoek bevestigt de kwalitatieve resultaten met betrekking tot voorwaarden en competenties, waarbij subthema's als 'goed luisteren' en 'goed bejegend worden' als meest belangrijk worden aangemerkt.

Met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap laten de kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksresultaten zien dat ook een hoofdbehandelaar in de ogen van cliënten en naasten in de allereerste plaats zou moeten voldoen aan bovenbeschreven competenties. Daarnaast worden aan de hoofdbehandelaar een aantal rollen toebedacht, die elk afzonderlijk van evenveel belang worden geacht, maar in de ogen van cliënten pas echte meerwaarde hebben, wanneer ze binnen één functie worden geïntegreerd. Die rollen van de hoofdbehandelaar zijn:

- Hoofdcontact: De behandelaar waarmee de cliënt het meest contact heeft. Deze behandelaar kent de cliënt goed.
- Regisseur / coördinator: De behandelaar die het overzicht houdt en zorgt dat de hulp van verschillende hulpverleners goed op elkaar wordt afgestemd.
- Eindverantwoordelijke: De behandelaar die eindverantwoordelijk is voor de hulpverlening aan de cliënt en aanspreekbaar is als zaken niet goed lopen.

Aanvullende (en deels uit het bovenstaande voortvloeiende) voorwaarden die cliënten en naasten stellen aan 'goed hoofdbehandelaarschap', zijn blijkens de onderzoeksresultaten:

- De hoofdbehandelaar moet voldoende tijd hebben voor contact met de cliënt
- Bij voorkeur is die behandelaar die voor de cliënt zelf de belangrijkste hulpverlener is, ook de hoofdbehandelaar
- Er zouden waarborgen dienen te worden ingebouwd tegen overprotocollisering, bureaucratisering en hiërarchisering en vóór een open dialoog, multidisciplinariteit, shared decision making en voor een heldere overdracht van het hoofdbehandelaarschap
- Bij voorkeur worden de afspraken over het hoofdbehandelaarschap gezien als slechts een eerste stap. Nagedacht moet worden over verdere voorwaarden en benodigde maatregelen om te komen tot een meer herstelgeoriënteerde zorg; over verbreding van de discussie en maatregelen naar andere domeinen en sectoren; en wellicht ook over alternatieven voor de term 'hoofdbehandelaar' zelf.



Op basis van de resultaten van de verschillende deelonderzoeken kan geconcludeerd worden dat het idee van een hoofdbehandelaar aansluit bij behoeften en wensen van cliënten en naasten maar dat de invulling van het hoofdbehandelaarschap vanuit het perspectief van cliënten en naasten op bepaalde punten zou moeten worden heroverwogen. Vanuit de perspectieven van cliënten en naasten zou het wenselijk zijn wanneer de overwegingen met betrekking tot taken, verantwoordelijkheden en beroepen, expliciet aan de kwaliteitsthema's *contact en communicatie*, *zorginhoud* en *organisatie en samenwerking*, worden verbonden en getoetst. Meer concreet zou het formeel koppelen van verantwoordelijkheden op al deze gebieden aan een *door de cliënt te kiezen 'bevoegde/verantwoordelijke'*, die vraag en aanbod op een effectieve en herstelgerichte manier samenbrengt, een manier kunnen zijn om aan de kwaliteitsvoorwaarden vanuit cliëntenperspectief tegemoet te komen.





# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In opdracht van het Ministerie van VWS brengt het Trimbos-instituut jaarlijks een Trendrapportage GGZ uit over de belangrijkste ontwikkelingen in het beleid en de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het Ministerie heeft het Trimbos-instituut gevraagd om een rapportage te wijden aan een onderzoek naar cliëntenperspectieven op aspecten van kwaliteit van individuele GGZ-behandeltrajecten. Aanleiding voor dit verzoek is de wens bij partijen in het veld en bij VWS om medio 2015 te komen tot een norm voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ (GB-GGZ) en de gespecialiseerde GGZ (G-GGZ). In een kamerbrief van 2 juli 2013 geeft de minister aan dat daartoe een onderzoek nodig is “om toe te kunnen werken naar een op inhoudelijke gronden gebaseerde norm voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ”. Daarbij wordt gekozen voor twee separate onderzoekstrajecten: a. een onderzoek vanuit het cliëntenperspectief en b. een onderzoek naar de huidige praktijk op basis van (tijd)registraties van de instellingen. Van het eerste onderzoek wordt in deze rapportage verslag gedaan. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Landelijk Platform GGZ.

## 1.2 Uitgangspunten

Het uitgangspunt voor het onderzoek naar cliëntenperspectieven is dat de veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap geen doel op zich is, maar een bijdrage moet leveren aan (een verbetering van) de kwaliteit van individuele behandeltrajecten. De adequate toewijzing en uitvoering van verantwoordelijkheden binnen individuele behandeltrajecten hangt immers nauw samen met een adequate invulling en uitvoering van een aantal andere voorwaardelijke aspecten voor een goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten. Dit uitgangspunt impliceert dat de rol van de hoofdbehandelaar in het onderzoek vanuit een bredere context wordt bekeken: namelijk in relatie tot kwaliteit, gezien vanuit de ervaringen van cliënten en naasten.

## 1.3 Opzet

### 1.3.1 Onderzoeksvragen

De centrale vragen van het onderzoek luiden:

- A. Wat zijn perspectieven van cliënten en naasten op:
  - a. de voorwaarden voor een goede kwaliteit van zorg (voor zover die voorwaarden betrekking hebben op de organisatie, toewijzing en invulling van verantwoordelijkheden van betrokken professionals).
  - b. de huidige en gewenste situatie m.b.t. tot deze voorwaarden in individuele behandeltrajecten.
- B. Wat zijn de consequenties van deze cliëntenperspectieven voor:
  - a. de toewijzing van verantwoordelijkheden aan professionals binnen individuele zorgtrajecten
  - b. de bij de verschillende verantwoordelijkheden behorende competenties van deze GGZ-professionals
  - c. de huidige discussies met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap

### 1.3.2 Onderzoeksactiviteiten

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een in hoofdzaak kwalitatieve onderzoeksopzet, die werd afgesloten met een kwantitatieve toetsing van de belangrijkste tussentijdse bevindingen. Het onderzoek bestond uit vier delen:

#### 1. Verkennende interviews

Verkennende, open interviews met zes gezaghebbende experts op het gebied van cliëntenvertegenwoordiging en/of de ontwikkeling en positionering van ervaringsdeskundigheid en herstel binnen ggz-instellingen. Doel was het kader en belangrijke thema's te bepalen voor de studie.

#### 2. Semi-gestructureerde interviews

Semi-gestructureerde, telefonische interviews met een steekproef van 26 cliënten en naasten, met ervaringen met verschillende soorten behandeltrajecten. Doel was de beantwoording van onderzoeksvraag A: inzicht krijgen in perspectieven op voorwaarden voor kwaliteit van individuele behandeltrajecten, alsook op de huidige en de gewenste situatie in de GGZ m.b.t. de genoemde kwaliteitsvoorwaarden.

De werving van cliënten en naasten verliep via het Landelijk Platform GGZ<sup>1</sup>. De interviews zijn geanalyseerd in MAXQDA (analysesoftware voor kwalitatief onderzoek). Daarbij is ook literatuuronderzoek gedaan naar de onderwerpen die in de kwalitatieve analyse naar voren kwamen.

---

1 De belangstelling voor deelname aan de interviews was groot: 221 mensen hebben zich aangemeld.

### 3. Focusgroepen

Een tweetal focusgroeptijdenkomsten (met respectievelijk 6 en 7 deelnemers) waarin onderzoekers van het Trimbos-instituut, een vertegenwoordiger van het Landelijk Platform GGZ, en geïnterviewden uit deelonderzoek 1 en 2, in gesprek gingen. De werving vond plaats door middel van het direct aanschrijven van mensen waarmee reeds contact bestond vanwege dit onderzoek. Doel was beantwoording van onderzoeksvraag B: inzicht krijgen in de consequenties van de cliëntperspectieven op voorwaarden voor kwaliteit van individuele behandeltrajecten, voor de discussie over hoofdbehandelaarschap.

### 4. Kwantitatieve toetsing

Een enquête onder cliënten en naasten over goed behandelaarschap en hoofdbehandelaarschap, die is uitgezet in het panel van het Landelijk Platform GGZ. Doel was het kwantitatief toetsen van verscheidene voorlopige bevindingen uit het kwalitatieve deel. De enquêtedata zijn kwantitatief geanalyseerd met SPSS (analysesoftware voor kwantitatief onderzoek).

#### 1.3.3 Definities en doelgroep

In het onderzoek zijn we zo min mogelijk uit gegaan van bestaande definities, bijvoorbeeld van de termen 'hoofdbehandelaar', 'competentie' en 'kwaliteit' en zo veel mogelijk op zoek gegaan naar / uitgegaan van de eigen beschrijvingen van mensen met ervaringen met behandeling voor psychische problemen. In de vertaalslag van de onderzoeksvragen naar de formuleringen in de interviews, focusgroepen en enquête is rekening gehouden met dit uitgangspunt. In de beschrijving van de resultaten in dit rapport is deels de omgekeerde vertaalslag gemaakt om de onderzoeksvragen op bondige wijze te kunnen beantwoorden.

Wat betreft doelgroep: In het onderzoek is ervoor gekozen om de perspectieven in kaart te brengen van mensen met uiteenlopende hulpverleningsachtergronden. Daarbij is met name (maar niet alleen) gekeken naar de ervaringen van mensen die ambulante en/of klinische hulp (hebben) ontvangen voor matige tot complexe psychische problematiek van meestal minimaal twee behandelaren.

## 1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt achtereenvolgens verslag gedaan van de bevindingen uit:

- De verkennende interviews met experts (§2.1)
- De semi-structureerde interviews met cliënten en naasten (§2.2)
- Het literatuuronderzoek (§2.2)
- De focusgroepen (§2.3)
- De kwantitatieve toetsing (§2.4)

In hoofdstuk 3 worden op basis van bovenstaande bevindingen de onderzoeksvragen beantwoord. In de bijlagen is verdiepend materiaal te vinden.



## 2. Bevindingen

In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen van de vier deelonderzoeken. We beperken ons hier tot hoofdlijnen, voor uitgebreidere/verdiepende informatie wordt er op verschillende plekken naar bijlagen verwezen.

### 2.1 Resultaten verkennende interviews

Omdat er nog geen literatuur beschikbaar is over het specifieke onderwerp cliëntenperspectieven op kwaliteit in relatie tot hoofdbehandelaarschap, zijn er voor het vaststellen van het kader en relevante thema's voor dit het onderzoek, verkennende interviews gehouden met experts op het gebied van ervaringsdeskundigheid en/of cliëntvertegenwoordiging. De experts die wij gesproken hebben, zijn (in willekeurige volgorde):

- Martijn Kole (Lister, Utrecht)
- Roland van Nieuwenhuizen (GGZ / Markieza, Eindhoven)
- Wilma Boevink (Trimbos-instituut, Utrecht)
- Helen Greijn (Zelfregiecentrum, Venlo)
- Marlieke de Jonge (Lentis, Groningen)
- Irene van de Giessen (Kenniscentrum Phrenos, Utrecht; Hersteltalent en Convalescent Talent; Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, Zeeland)

In de interviews is aan bod gekomen welke indruk men heeft van de huidige discussie over en maatregelen rond hoofdbehandelaarschap en welke thema's en onderwerpen volgens de experts vanuit cliëntenperspectief gerelateerd zijn aan kwaliteit van behandeltrajecten en de rol van het hoofdbehandelaarschap.

In bijlage 1 zijn samenvattingen toegevoegd van de zes interviews. Hier presenteren we de drie hoofdlijnen die uit de interviews naar voren komen.

**Hoofdlijn 1:** Geïnterviewde experts geven aan dat het idee om een gelimiteerde lijst vast te stellen van behandelaren die hoofdbehandelaars mogen zijn, in theorie kwaliteit van zorg kan verhogen maar in de praktijk tot een kwaliteitsvermindering kan leiden omdat de voorwaarde voor een effectief hoofdbehandelaarschap volgens experts is dat er intensief **contact** en kwalitatief hoogwaardige **communicatie** bestaat tussen cliënt en behandelaar; een voorwaarde waarvan men zich afvraagt of de behandelaren die nu worden aangewezen als hoofdbehandelaar daar altijd aan kunnen voldoen.

**Hoofdlijn 2:** Geïnterviewden zijn van mening dat de discussie over hoofdbehandelaarschap zoals die momenteel wordt gevoerd te veel gedomineerd wordt door medisch-denken en strategische, beheersmatige overwegingen. Geïnterviewden missen een aandacht voor **zorginhoudelijke aspecten**, zoals herstelgerichtheid. De term 'hoofdbehandelaar' wordt door experts bovendien beschouwd als een beleidsterm die vanuit de belevingswereld en ervaringen van mensen die in de trajecten zitten, niet direct aanspreekt of relevantie heeft. Belangrijker is of mensen goede kwaliteit ervaren in hun behandeltrajecten.

**Hoofdlijn 3:** Geïnterviewde experts gaan ook in op aspecten van de **organisatie** van de hoofdbehandelaar. In het kader van de zorg voor EPA-groepen zou een expliciete verdeling van de verantwoordelijkheid over een team van (gelijkwaardige) behandelaren vanuit verschillende invalshoeken, wenselijk zijn. Multidisciplinair werken en gedeelde verantwoordelijkheid bevorderen kwaliteit doordat vraag en aanbod in overleg beter op elkaar kunnen worden afgestemd en er een onderlinge toetsing van de juistheid van het handelen wordt gestimuleerd. Een dergelijke organisatie van zorg vraagt echter wel om een herdefiniëring van het concept hoofdbehandelaarschap, waarbij de hoofdbehandelaar niet als individuele 'eindeverantwoordelijke' dient te worden gezien maar in de eerste plaats als *regievoerder*, die intensief contact onderhoudt met de cliënt maar ook zorg rond die cliënt kan organiseren, door samen met een team aan deskundigen routes te bepalen. Over de inbedding, bevoegdheden en competenties van een dergelijke regievoerder dient volgens de geïnterviewden verdere discussie te worden gevoerd.

Samenvattend zijn er vanuit de hoofdlijnen drie thema's te onderscheiden die geredeneerd vanuit cliëntenperspectief voor de discussie over hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van behandeltrajecten van belang lijken te zijn:

- contact en communicatie
- zorginhoud
- organisatie en samenwerking

Deze drie thema's zijn als leidraad/kader gebruikt in het verdere onderzoek.

## 2.2 Resultaten semi-gestructureerde interviews

De interviews met ervaringsdeskundige experts laten zien dat de discussie over een adequate invulling en uitvoering van het hoofdbehandelaarschap niet goed los gezien kan worden van vereisten voor een adequate invulling en uitvoering van een aantal andere voorwaardelijke aspecten voor een goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten. Om verder inzicht te verwerven in die voorwaardelijke aspecten voor de ervaren kwaliteit van een behandeltraject, zijn kwalitatieve interviews gehouden met 26 mensen die als cliënt of naastbetrokkene ervaring hebben met trajecten in de GGZ.



Er zijn in totaal 26 mensen geïnterviewd. Gezien het doel van dit onderzoek en gezien het feit dat er ook andere dataverzamelmethode worden gebruikt, kan er van uit gegaan worden dat een aantal van 26 interviews voldoende is om een correct beeld te krijgen van 'wat er leeft' rondom het onderwerp kwaliteit van behandeltrajecten (Baker & Edwards, 2012). De groep geïnterviewden bestaat uit 21 mensen met eigen cliëntervaring en 5 naastbetrokkenen (ouders van kinderen met cliëntervaring).

Kenmerken van de 21 mensen met eigen cliëntervaring:

- geslacht:  
8 mannen en 13 vrouwen.
- leeftijd:  
3 cliënten onder de 35  
15 cliënten in de leeftijdscategorie 35-65  
3 in de categorie 65+.

Kenmerken van de 5 naastbetrokkenen:

- geslacht:  
4 moeders, 1 vader met elk 1 of meerdere kinderen in de ggz
- leeftijd kinderen:  
3 ouders met 1 kind in de leeftijd 18-35 in de ggz  
1 ouder met 2 kinderen <18 in de ggz  
1 ouder met 3 kinderen <18 in de ggz.

De meeste geïnterviewden hebben in hun leven ervaring opgedaan met meerdere vormen van ggz behandelingen (zie tabel in de bijlage 2).

In bijlage 3 is de vragenlijst van het interview te vinden.

### 2.2.1 Voorwaarden voor kwaliteit van individuele behandeltrajecten

Uit een thematische analyse in MAXQDA (analysesoftware) van de 26 interviews komen 12 voorwaardelijke aspecten naar voren die voor cliënten en naasten van belang zijn voor de ervaren kwaliteit van individuele behandeltrajecten. Hier worden de twaalf thema's kort besproken. In bijlage 4 is een uitgebreidere analyse van de interviews te vinden, aan de hand van citaten.

#### *Respectvolle bejegening en empathie*

Het gaat hierbij in de kern om benaderd en gezien worden als mens, als volwaardig persoon, in plaats van als een patiënt, nummer of ziekte. Dit heeft alles te maken met gelijkwaardigheid, respect, serieus genomen worden en het vermogen van behandelaren zich in te leven in de (hele) persoon voor zich en zijn unieke levensverhaal. Het vormt de basis voor dialoog, maatwerk en shared decision making.

*“ Respectvolle bejegening. Dat dekt alles. Als dat er is, dan komen de volgende zaken vanzelf.”*

*“ Een goede ggz-behandeling heeft als voorwaarde dat een behandelaar je gewoon op een menselijke manier benadert.”*

Geïnterviewden geven aan dat er grote verschillen te zien zijn tussen ggz-instellingen en zelfs binnen ggz-instellingen in de manieren waarop cliënten worden bejegend. Vooral op klinische afdelingen wordt de bejegening als negatief ervaren: machtsmisbruik, beheersing en een 'oppascultuur' worden genoemd. Maar, zo geven mensen aan, zelfs in FACT teams komt het nog steeds voor dat mensen worden gereduceerd tot hun ziekte en niet als volwaardig persoon worden gezien.

### *Heldere en aandachtige communicatie*

Goede en aandachtige communicatie door behandelaren met cliënten en naasten, wordt unaniem genoemd als voorwaarde voor goede zorg. Veel belang wordt gehecht aan competenties als: goed luisteren, 'breed' luisteren, verbaal en non-verbaal kunnen interpreteren, veel vragen stellen, doorvragen en de juiste vragen stellen, de tijd nemen voor het gesprek, terug komen op wat een cliënt eerder heeft verteld, niet oordelen of invullen, goed waarnemen en signalen oppikken, vragen beantwoorden en niet wegwuiven. Ook helderheid en transparantie van de behandelaar over interpretaties en grenzen, zijn van belang.

*“ Behandelaar moet competent zijn, in staat om te communiceren. Het verbaast me dat er veel behandelaren zijn die niet kunnen communiceren.”*

Geïnterviewden geven aan dat er grote verschillen bestaan in communicatie tussen verschillende vormen van zorg. Men is het minst tevreden over de kliniek en geeft aan dat FACT teams over het algemeen beter communiceren met cliënten dan poliklinische behandelaren.

### *Klik / persoonlijke match cliënt-behandelaar*

Zeker als er een langdurig behandelcontact wordt aangegaan is er een goede match nodig tussen cliënt en behandelaar. Er dient sprake te zijn van een persoonlijke 'klik', oftewel een goede combinatie van personen. Daartoe moet er van de zijde van de behandelaar een bereidheid zijn om de cliënt niet alleen tegemoet te treden als 'deskundige' maar ook als 'persoon'. Dat vormt namelijk het vertrekpunt voor het opbouwen van contact en het tot stand brengen van een vertrouwensrelatie of werkrelatie. Dit is een voorwaardelijke factor voor het slagen van een behandeling en voor effectief herstel.

*“ Allerbelangrijkste is de klik tussen behandelaar en patiënt. Als die er niet is, gaat er niks landen. Zonde van tijd en geld!”*

*“ Het begint bij een goede relatie met de behandelaar. Daar staat of valt alles mee. Er moet contact worden opgebouwd. Die gemeenschappelijke basis is nodig om überhaupt stappen te kunnen zetten.”*

Verskillende geïnterviewden stellen dat het hele idee dat de klik van persoon tot persoon zo belangrijk is voor het slagen van een behandeling, niet past binnen huidige tendensen van de protocollering van behandelingen. Daarbinnen wordt de rol van de behandelaar geobjectiveerd aan de hand van aspecten als kennis, discipline en ervaring en wordt de persoonlijke dimensie juist minder belicht. Geïnterviewden hebben het gevoel dat het belang van een goede matching in de ggz daardoor vaak onderschat wordt. Dit wordt volgens geïnterviewden versterkt door “krampachtige ideeën over professionele afstand” die de totstandkoming van een goede band in de weg zitten, en beperkte mogelijkheden om te wisselen van behandelaar als er geen goede werkrelatie ontstaat.

### *Samenwerken en samen keuzes maken*

Hierbij gaat het erom dat behandelaar en cliënt samen optrekken en samen steeds vanuit een open dialoog onderzoeken of een bepaalde vorm van (be)handelen voor deze persoon en voor dit moment zinvol kan zijn. Niet alleen professionele kennis maar ook ervaringskennis speelt in deze dialoog een rol. Geïnterviewden benadrukken dat in dialoog keuzes maken en routes bepalen, de kwaliteit van zorg vergroot, omdat het cliënten medeverantwoordelijk maakt voor de behandeling.

*“ Er moet samen worden gewerkt aan de behandeling. Het is niet zo dat er opdrachten worden verstrekt die de cliënt moet uitvoeren maar er moet sprake zijn van een soort onderhandeling: shared decision making.”*

*“ Samen beslissen komt de therapietrouw ten goede. Je gaat namelijk eerder wat doen, wat je in samenspraak hebt besloten.”*

*“ Ik vind dat er meer moet worden gedaan met shared decision making: meer regie, verantwoordelijkheden delen.”*

Geïnterviewden zijn optimistisch gestemd over het feit dat ideeën rond shared decision making in de ggz tegenwoordig in de aandacht komen maar geven aan dat er nog veel winst te behalen valt. Belangrijk is dat behandelaren beseffen dat cliënten niet vanzelf die ruimte innemen en een behandelaar dat ook moet stimuleren.

### *Ervaring en deskundigheid*

Gedegen opleiding en deskundigheid m.b.t. diagnoses en behandelingen is voor alle ggz-behandelaren een basisvoorwaarde voor kwaliteit, maar nog belangrijker is het aspect van (praktijk)ervaring.

*“ Je kunt het haast niet leren uit een boekje. ”*

Geïnterviewden vinden het vreemd dat de intake - wat misschien wel het meest complexe onderdeel is van een ggz-behandeling, waarbij het probleem (en daarmee al een groot deel de richting van de behandeling) wordt vastgesteld-, meestal gedaan wordt door net afgestudeerde, relatief onervaren behandelaren. Mensen ervaren dit als badinerend en stellen dat mensen hierdoor vaak op verkeerde plekken in de ggz terecht komen.

*“ Allerbelangrijkste is een goede intake, daar gaan dingen fout. Er zou echt meer moeten worden geïnvesteerd in de intake. Dat moet men laten doen door iemand met genoeg ervaring en kennis. Dat kan kosten besparen. Vaak worden intake-onderzoeken overgelaten aan beginnende, jonge onervaren hulpverleners. ”*

### *Maatwerk i.p.v. protocolgerichte zorg*

Hierbij gaat het erom dat een behandeling altijd 'op maat' zou moeten zijn en niet zou moeten vertrekken vanuit een standaard behandelprotocol. Het startpunt van maatwerk is een gepersonaliseerde diagnostiek. Geïnterviewden geven aan dat het rigide werken met DSM-diagnosecategorieën niet altijd goed uitpakt. Niet alleen cliënten, maar ook behandelaren worden volgens geïnterviewden hierdoor geketend.

*“ Out of the box denken, voorbij DSM hokjes. De DSM zorgt ervoor dat je gaat zeggen: nou dat ziektebeeld, dat past het meest. Dan blijven andere elementen van de problematiek liggen. Dat is niet efficiënt. Behandelaar moet aandacht hebben voor het totale beeld. ”*

*“ De behandeling veel meer toespitsen op de problemen die een individu ervaart en niet op de diagnose. Diagnose is een hulpmiddel niet een leidend keurslijf. ”*

*“ Psychiaters zitten zelf ook gevangen in protocollen. ”*

Geïnterviewden signaleren dat DSM-categorieën in de huidige ggz bepalend worden voor de behandelingen waar iemand wel en niet aanspraak op kan maken. Vervolgens komen cliënten in een vast traject terecht waarbinnen ook weinig ruimte is voor een persoonsgerichte benadering, zo stellen zij. Geïnterviewden hebben het idee dat werkdruk bij behandelaren in de ggz en het steeds kortdurender maken van behandeltrajecten, maatwerk in de weg zitten. Geïnterviewden pleiten ervoor dat hier meer aandacht voor komt.

### *Kracht- en herstelgerichte aanpak*

Bij dit thema gaat het over het belang van herstelondersteunende zorg. Dat wil zeggen de mate waarin een behandeling: een beroep doet op kwaliteiten van mensen, hoop en perspectief biedt, motiverend werkt, oog heeft voor de eigen regie en zelfbeschikking (die zo min mogelijk afneemt en/of waar mogelijk zo snel mogelijk 'teruggeeft'),

kijkt naar wat iemand wel kan in plaats van naar wat iemand niet kan, balans weet te vinden tussen onder- en overvragen, maar ook (zelf)stigmatisering weet te voorkomen. Een goede behandeling heeft oog voor persoonlijke herstelprocessen en een open houding ten aanzien van eigen herstel- en zelfmanagementstrategieën, aldus enkele geïnterviewden.

*“ Ik was zelf vergeten dat ik mijn kracht kon gebruiken.”*

In de huidige ggz is er volgens geïnterviewden sprake van een te grote focus op medicatie als enige ‘antwoord’ op psychische problemen. Dit kan passiviteit in de hand werken en daarmee herstel bemoeilijken. Voor herstel is meer nodig dan alleen een klinische benadering van psychische problemen. De behandelaar moet open staan voor het aanboren van eigen kracht. Hoewel geïnterviewden over het algemeen zeker niet anti-medicatie zijn, zijn zij wel van mening dat een iets kritischer houding ten aanzien van medicatie de ggz niet zou misstaan.

*“ Er wordt in de ggz heel snel overgegaan op medicatie, daar mag men wel wat terughoudender in zijn.”*

*“ Een goede ggz behandeling is gericht op herstel van de cliënt, iets wat ggz-breed helder zou moeten zijn. Er bestaat een neiging dat de behandelaar bepaalt wat goed is voor de cliënt (m.b.t. medicatie, therapie etc.).”*

### *Aandacht voor context*

Dit punt hangt samen met herstelgericht werken en maatwerk. Het gaat om het oog hebben voor de sociale en fysieke context van de cliënt. Door meer inzicht te krijgen in iemands omgeving, kan er meer inzicht ontstaan in problemen en kunnen problemen effectiever worden opgelost.

*“ Je kan geen succes hebben als je de omgeving niet bij herstel betreft. Je bént de mensen om je heen. Er is een wereld te winnen op dat gebied. Het is gewoon bewezen dat het bijdraagt aan herstel.”*

Geïnterviewden zijn van mening dat de kennis van naastbetrokkenen vaak nog te weinig wordt benut, terwijl dat veel verschil uit kan maken. In sommige gevallen worden naastbetrokkenen uitgesloten uit de communicatie en daarmee is er ook vaak weinig oog voor de druk die er ontstaat, bijvoorbeeld in een gezin, als er een gezinslid psychische problemen heeft.

### *Samenwerking met ervaringsdeskundigen*

Hierbij gaat het om de inzet van ervaringsdeskundigen binnen ggz-instellingen en het belang van samenwerking tussen professionele behandelaren en ervaringsdeskundige medewerkers. Sommige geïnterviewden zouden ook graag zelf contact hebben met een ervaringsdeskundige, die dan als een soort coach kan fungeren.

*“ De toekomst ligt in de samenwerking met ervaringsdeskundigen. Er kan een hele mooie samenwerking zijn tussen hulpverleners en ervaringsdeskundigen.”*

*“ Het beste is als die een soort coach is die jou bijstaat. Als ze dat gaan doen, scheelt dat een hoop geld. De ervaringsdeskundige is dan een soort mental coach die goede verstandhouding heeft met professionele deskundigheid en zelf uit zijn problemen is.”*

Slechts een paar van de geïnterviewden heeft nu al te maken met ervaringsdeskundigen, maar degenen die dat wel hebben, zijn er positief over. Wel lijkt er nog winst te behalen op het gebied van opleiding en de term ‘ervaringsdeskundige’ zou moeten worden heroverwogen.

### *Breed aanbod, keuzevrijheid*

Belangrijk aspect van kwaliteit is een breed aanbod aan behandelingen die beschikbaar is, waaruit een cliënt kan kiezen. Het behandelaanbod moet aansluiten bij de verschillende problemen, situaties én de wensen van cliënten.

*“ Belangrijk is dat de ggz het mogelijk maakt dat de patiënt baas is over zichzelf, met de assistentie van deskundigen. De patiënt moet kunnen kiezen uit aanbod, bijvoorbeeld behandelingen zoals CGT, intrapersonlijke therapie etc., maar ook meditatie en yoga, mindfulness.”*

Verschillende geïnterviewden wijzen erop dat het behandelaanbod binnen instellingen tegenwoordig sterk (bijna uitsluitend nog) gekoppeld is aan diagnoses en weinig gevarieerd is. Hierdoor kunnen cliënten regelmatig geen aanspraak doen op behandelingen die volgens henzelf of hun behandelaren wel zinvol zouden kunnen zijn, of andersom: cliënten worden soms in behandeltrajecten geplaatst die niet goed passen bij de situatie, de dingen waar iemand in zijn leven tegen aan loopt en/of wensen van de cliënt. Cliënten en naasten geven aan dat er winst te behalen is met betrekking tot de kwaliteit van zorg als er meer mogelijkheden worden gecreëerd om behandelingen te kiezen die passend zijn.

### *Multidisciplinariteit en onderlinge afstemming*

Geïnterviewden vinden een goede organisatie van multidisciplinariteit erg belangrijk – zeker wanneer de problematiek complexer is<sup>2</sup>. Zorg is kwetsbaar wanneer het in de handen van één persoon ligt. Een goed functionerend team kan zorg op maat bevorderen door flexibiliteit, continuïteit, overleg met- en snel doorverwijzen naar andere disciplines en meer keuzevrijheid voor de cliënt te bewerkstelligen.

---

2 Enkele geïnterviewden hebben naar eigen tevredenheid te maken met slechts één behandelaar (bijvoorbeeld een vrijgevestigde psychotherapeut) die de hele behandeling vormgeeft; daarvoor geldt dit punt niet.

*“ Het uitzoeken wat het beste voor iemand is, zou altijd moeten gebeuren door een team van psychologen, SPV'ers, ervaringswerkers, PIT'ers.”*

Voorwaarden voor een goed functionerend team zijn volgens geïnterviewden:

- Iedereen van het team zou de cliënt persoonlijk moeten kennen.
- Er moet voldoende tijd zijn voor overleg en voor het betrekken van verschillende disciplines.
- Er moet helderheid zijn over wie wat doet, een duidelijke taakverdeling en verdeling van verantwoordelijkheden en er moet goed geëvalueerd worden of een team functioneert.
- Er moet een helder aanspreekpunt zijn, een persoon die als coördinator fungeert en waarbij de cliënt snel terecht kan met vragen.
- Er moet onderlinge gelijkwaardigheid zijn.

In de ervaring van geïnterviewden is de uitwerking van multidisciplinaire teams in de praktijk van de ggz nog niet optimaal.

### *Toegankelijkheid, duidelijk aanspreekpunt*

Hierbij gaat het om het belang van lage drempels om binnen een ggz-instelling snel op de juiste plek of bij de juiste behandelaar terecht te komen.

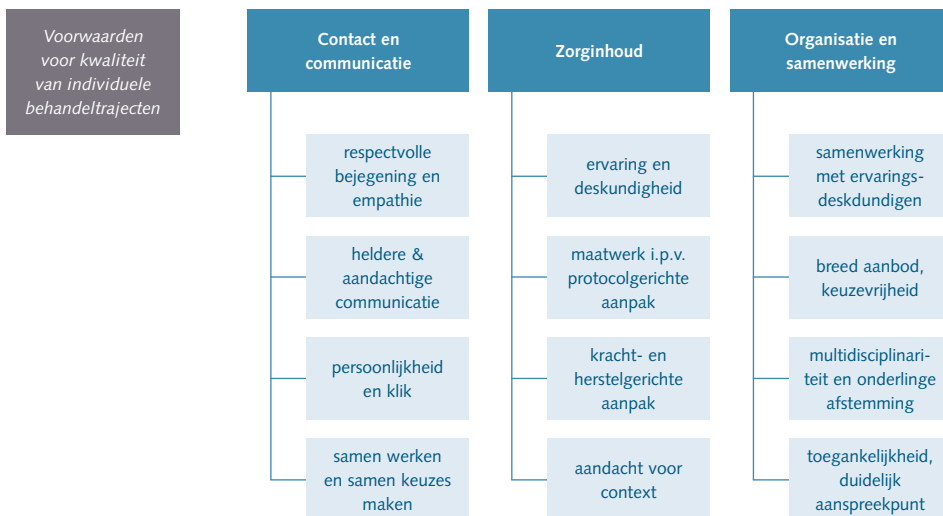
*“ Goede behandeling kenmerkt zich door bereikbaarheid en toegankelijkheid; de wegen moeten kort zijn. Vaak zijn de wegen te lang, zeker voor mensen die decompenseren, en dan gaat het mis. Dan zijn de kosten ook vele malen groter.”*

Veel geïnterviewden ervaren de ggz als een moeilijk toegankelijke, logge organisatie. Behandelaren zijn vaak niet goed benaderbaar en men moet vaak lang wachten om hulp te krijgen. Wachtlijsten, loketvorming en hiërarchische structuren in de ggz dragen bij aan ontoegankelijkheid, volgens geïnterviewden. Veel geïnterviewden weten in de huidige ggz niet wie ze kunnen aanspreken; ze weten vaak niet wie verantwoordelijk is. Velen vinden vooral de psychiater veel te ontoegankelijk. Een van de redenen waarom sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers) zo belangrijk worden geacht, is het feit is dat zij vaak het best bereikbaar en het meest toegankelijk zijn. Vaak zijn SPV'ers bereikbaar via mail; dat wordt door geïnterviewden als zeer prettig ervaren.

### **2.2.2 Kwaliteitskader cliëntenperspectief**

De twaalf thema's geven een helder beeld van wat de geïnterviewden belangrijk vinden voor de kwaliteit van behandeltrajecten en ook van de punten waarop volgens geïnterviewden nog winst te behalen valt. In de volgende figuur zijn de voorwaarden nog eens weergegeven, ingedeeld in de drie thema's die in de verkennende interviews met experts op het gebied van ervaringsdeskundigheid naar voren kwamen.

Figuur 1: Voorwaarden voor kwaliteit van individuele behandeltrajecten volgens cliënten en naasten.



### 2.2.3 Bijbehorende competenties

In de interviews is naast de vraag wat goede kwaliteit van een behandeltraject bepaalt ook gevraagd welke *competenties*<sup>3</sup> behandelaren zouden moeten bezitten om goede kwaliteit te waarborgen. Het ging daarbij om behandelaren in het algemeen, dus zowel de arts, de verpleegkundige als de psycholoog etc. De antwoorden overlappen (logischerwijs) met de antwoorden bij de vraag over goede zorg.

Competenties die van belang worden geacht voor iedere behandelaar in de ggz bevinden zich op het gebied van:

#### 1. Contactuele vaardigheden:

- Communiceren: De behandelaar communiceert helder, luistert goed, oordeelt niet, bouwt een relatie op met de cliënt en naasten, gaat de dialoog aan, past shared decision making toe, is laagdrempelig aanspreekbaar.
- Empathisch vermogen: De behandelaar benadert de cliënt met respect, oprechte betrokkenheid en op een menselijke, zo veel mogelijk gelijkwaardige en persoonlijk-professionele basis. De behandelaar benadert de cliënt als mens en niet als ziekte, weet verbinding te maken, is present.

#### 2. Kennis en bekwaamheid:

- Deskundigheid: De behandelaar heeft een gedegen opleiding gehad en voldoende praktijkervaring, kennis en vaardigheid met het soort problematiek waarmee hij werkt. De behandelaar weet algemene professionele kennis te vertalen naar unieke personen.

<sup>3</sup> In de interviews zijn in plaats van het woord 'competentie' de woorden 'kwaliteiten' en 'eigenschappen' gebruikt.



b. Herstelgerichtheid: De behandelaar werkt herstel- en krachtgericht, heeft een (zelf)kritische houding t.a.v. (een te rigide toepassing van) DSM-diagnoses, farmacotherapeutische benaderingen van psychische problemen, protocollen en standaardprogramma's. De behandelaar denkt 'out of the box', schenkt aandacht aan de sociale en maatschappelijke context van cliënten en hun levensverhaal.

### **3. Samenwerken en organiseren:**

- a. Samenwerken: De behandelaar werkt reflexief samen met collega's uit eigen en andere disciplines en werkt samen met ervaringsdeskundigen. De behandelaar kent eigen grenzen, wijst effectief door.
- b. Organiseren: De behandelaar weet op een creatieve en verantwoorde wijze zorg rond de cliënt te organiseren, toegang tot voldoende gevarieerd aanbod te garanderen en maatwerk te bewerkstelligen om over- of onderbehandeling te voorkomen.

In algemene zin geven veel geïnterviewden aan dat de competenties voor ggz-behandelaren niet zo gemakkelijk aan te leren zijn, maar dat mensen er talent, een bepaalde persoonlijkheid/ een bepaald karakter, analytische kwaliteiten, een zelfkritische houding, een dosis levenservaring en oprechte belangstelling voor moeten hebben om een 'goede behandelaar' te kunnen worden. Sommige behandelaren 'hebben het gewoon', en anderen niet.

*" Heel soms kom je er een tegen die het gewoon kan, die alles in de vingers heeft. Dat maakt zoveel verschil. Dat is goede zorg. Iemand moet er talent voor hebben, maar het is ook een stuk bewustwording. Dat kan je deels leren. In het algemeen zijn er veel behandelaren die dat niet hebben."*

Om competenties meer 'veilig te stellen' pleiten enkele geïnterviewden ervoor dat de opleidingen meer aandacht besteden aan de competenties die door cliënten en naasten van belang worden geacht. Het betrekken van ervaringsdeskundigen in alle ggz-opleidingen wordt door sommigen als belangrijke voorwaarde gezien.

Vrijwel alle geïnterviewden hebben ervaring met behandelingsituaties waarin de genoemde competenties niet in voldoende mate aanwezig waren bij een of meer behandelaren. Wat vooral opvalt is dat veel geïnterviewden benoemen dat zij bij de meest hoogopgeleide behandelaren (met name artsen, maar ook technisch opgeleide therapeuten) competenties op het gebied van contactuele vaardigheden en herstelgerichtheid missen. Zij vinden deze behandelaren te technisch en zakelijk. "Ze vergeten dat er een mens in de stoel zit." Dit geldt vooral voor geïnterviewden die te maken hebben (gehad) met veel wisseling in behandeltrajecten en zorg krijgen van multidisciplinaire behandelteams waarin bijvoorbeeld ook SPV'ers een belangrijke rol spelen. SPV'ers worden door hen veelal juist gewaardeerd om hun contactuele vaardigheden, gelijkwaardigheid en menselijkheid en het feit dat zij zich in de leefwereld begeven. Sommigen voegen daaraan toe dat het prettig is dat SPV'ers de aanspreekbare 'spil' kunnen vormen van een behandeltraject en in afstemming met cliënt en organisatie, gepaste zorg kunnen organiseren.

*“ Of je nou SPV bent of activiteitenbegeleider of psychiater, je persoonlijkheid is altijd je instrument. Soms zijn SPV'ers, verpleegkundigen en activiteitenbegeleiders veel beter dan hoger opgeleide behandelaren. Zij durven wel gewoon mens te zijn, durven zich wel op jou te richten. De psychiater zie je een keer per jaar, daar heb je geen gesprek mee, geen band. Dat is tegenwoordig zo afgekald, verschaald. De SPV kent jouw leven. Geeft iets van eigen persoon te kennen, die zegt bijvoorbeeld: ik heb ook een hond. Dat kan heel belangrijk zijn.”*

Toch worden bij SPV'ers regelmatig competenties op het gebied van herstelgerichtheid en organisatie van zorg gemist.

Voor geïnterviewden waarbij het behandeltraject bestaat uit een therapievorm bij één enkele therapeut, eventueel gecombineerd met enkele afspraken met een psychiater, geldt een ander beeld. Zij zijn vaak juist te spreken over de competenties van hun therapeut, zeker wanneer deze een (zelf gekozen) vrijgevestigde therapeut is.

#### **2.2.4 Literatuuronderzoek**

Naar aanleiding van de kwalitatieve interviews is een Quick scan in de (wetenschappelijke) literatuur gedaan met betrekking tot voorwaarden voor kwaliteit van behandeltrajecten. Veel van de voorwaarden die in ons kwalitatieve onderzoek naar voren komen, zijn ook in eerder wetenschappelijk onderzoek onder cliënten en naasten gevonden.

##### *Over contact en communicatie*

Zo is het breed bekend dat communicatie en bejegening belangrijk zijn en zelfs voorwaardelijke factoren zijn voor het slagen van behandeltrajecten en interventies. Dit lijkt niet alleen voor ggz-behandeltrajecten te gelden maar ook bijvoorbeeld in de somatische zorg. Een voorbeeld van een studie die dat goed laat zien is de studie van Street e.a. (2009). Goede communicatie tussen patiënten en professionals leidt direct en indirect tot betere toegang tot zorg, betere informatieoverdracht, gedeeld begrip, hogere kwaliteit van medische besluitvorming, verbeterde therapeutische allianties, meer sociale steun, meer agency van patiënten, en een betere omgang met emoties. Green e.a. (2008) laten bovendien zien dat cliënten vooral belang hechten aan de totstandkoming van positieve, vertrouwensvolle en gecontinueerde relaties; die volgens hen bepalend zijn voor de kwaliteit van ziekte- en medicatie-management. In de studie van Nordfj e.a. (2010) blijkt de relatie een van de twee belangrijkste factoren voor de manier waarop behandeling door cliënten wordt ervaren. En ook de manier waarop het krijgen van een diagnose wordt ervaren, lijkt af te hangen van de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en zorgverlener (Davey e.a., 2010). Een interactie die gebaseerd is op vertrouwen en nabijheid helpt aanzienlijk om het gewicht van een moeilijke situatie te verlichten, zo laten ook Kenyon & Gordon (2009) zien. Binnen de context van de GGZ komt er in de literatuur naar voren dat de kwaliteit van de relatie bepalend is voor herstelprocessen en zelfwaarde. Vooral voor cliënten die hoop en toekomstperspectief verliezen is het van essentieel belang dat er sprake is van oprechte belangstelling,

aandacht en aanwezigheid van professionals. De relatie kan een middel zijn om gevoelens van hopeloosheid weer om te buigen naar hoop. Dit beeld wordt ondersteund door onderzoek van bijvoorbeeld Young, Green & Estroff (2008) die laten zien dat kennis die professionals verkrijgen vanuit een goede relatie met de cliënt, een stevige basis biedt voor het omgaan met de delicate balans tussen steunen en aanmoedigen, zonder te hard te 'pushen' waardoor er juist moeilijkheden ontstaan. De auteurs concluderen dat langdurige, sterke, samenwerkende relaties een gezond raamwerk leveren voor discussies tussen cliënten en professionals over het aangaan van nieuwe activiteiten, rollen en verantwoordelijkheden en dat deze de waarschijnlijkheid dat nieuwe activiteiten en mogelijkheden worden ondernomen, vergroten. Een goede samenwerkingsrelatie ondersteunt herstel waar een slechte relatie herstel juist in gevaar kan brengen (zie ook Anthony, 2008; Saavedra e.a., 2012). Een goede samenwerkingsrelatie is bovendien een voorwaarde voor Shared decision making, een methode die in de literatuur als veelbelovend wordt aangemerkt (Deegan & Drake, 2006; Hendriksen-Favier e.a., 2012; Hamann e.a., 2006; Bähler & Oosterveld, 2011).

### *Over zorginhoud*

Met betrekking tot de tweede kolom van voorwaarden: zorginhoud, is er in de recente literatuur vooral veel aandacht voor persoonlijke diagnostiek (Van Os, 2014), presentie (Bart, 2013) en herstelgericht werken (Van Hoof e.a., 2014; Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014). Vooral over dat laatste onderwerp is er aardig wat onderzoek gedaan vanuit cliëntenperspectief. Uit onderzoek van Onken e.a. (2002) naar herstelbelemmerende en -bevorderende factoren, wordt duidelijk dat adequate behandeling van symptomen een belangrijk onderdeel is van herstel, maar ook dat het verder reikt dan dat. Resultaten suggereren dat er ook aandacht zou moeten zijn voor andere belemmerende factoren zoals: het ontbreken van de meest basale levensvoorzieningen, middelenmisbruik, traumatische ervaringen, onwaardige behandeling door anderen, lage verwachtingen, gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen, het ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen, gebrek aan informatie over bruikbare coping-strategieën ten aanzien van de psychische klachten, stigma, schaamte, financiële armoede, gebrek aan kansen. Herstelbevorderend is het wanneer mensen met langdurige psychische problemen toegang hebben tot ondersteuning door een betrokken en competent persoon die begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt en hulp biedt op gebied van hoop, acceptatie, coping-vaardigheden, vaardigheden om met een dreigende terugval om te gaan, zelfzorgvaardigheden, sociale vaardigheden, belangenbehartiging, de moed om risico's te nemen, werk en opleiding, zinvolle sociale relaties, diversiteit in gewaardeerde rollen, financiële zekerheid, intimiteit en spiritualiteit.

De literatuur laat zien dat de onderliggende visie van herstelgerichte zorg onder andere is dat de cliënten gezien worden als personen met een eigen leven, met eigen voorkeuren en wensen, met eigen beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de hulp die zij willen krijgen voor hun herstel; dat hulpverlening gezien wordt als een gemeenschappelijk proces van cliënten en hun hulpverleners; en dat hulpverleners steeds gericht zijn op het in gang zetten,

ondersteunen en faciliteren van herstelprocessen. Dat impliceert ook dat de ondersteuning in hoofdzaak rekening houdt met het unieke verloop van herstelprocessen en de wisselende aard van daarin voorkomende problemen. Ook zou deze coachend van aard moeten zijn en uit moeten gaan van de eigen wensen, ideeën en initiatieven van betrokkenen zelf. Zorg- en ondersteuningsfuncties moeten ook flexibel bereikbaar (makkelijk op en af te schalen), toegankelijk en voor kortere of langere tijd inzetbaar zijn, zo wordt gesignaleerd. Goede zorg betekent overigens ook dat wordt bezien, met instemming van de cliënt en in samenspraak met betrokkenen, wat naast enerzijds aan ondersteuning nodig hebben en anderzijds aan herstelondersteunende mogelijkheden in zich dragen. Herstelondersteunende zorg is ook niet tijd- en plaatsgebonden, maar wordt geboden waar en wanneer nodig. (Boevink & Dröes, 2005; Boevink e.a. 2006, 2009; Plooy & Dröes, 2011; Dröes & Witsenburg, 2012; Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014).

### *Over organisatie en samenwerking*

Literatuur over de thema's organisatie, aanbod en samenwerking, vanuit cliëntenperspectief, is er nog betrekkelijk weinig maar een aantal punten die uit onze studie komen, zijn wel met literatuur te onderbouwen.

Met betrekking tot organisatie komt, net als in onze inventarisatie, naar voren dat ervaringsdeskundigen een rol zouden moeten spelen binnen ggz-organisaties (Boevink, 2009; Shepherd e.a., 2008; Repper, 2013; Boertien & Van Bakel, 2012; Walker en Bryant, 2013; Van Haaster & Hidajatoellah, 2013). Dit sluit aan op de literatuur waarin een verbreding van het behandel aanbod in de richting van herstel- en rehabilitatiemethoden wordt bepleit. Het gaat dan bijvoorbeeld om methoden zoals de Individuele Rehabilitatiegerichte Benadering (IRB) (Swildens e.a., 2011), de Krachtenbenadering (Rapp & Goscha, 2011; Van Wezep & Michon, 2011), Illness Management & Recovery (IMR) (Bovenberg & Staats, 2008; Goossens e.a., 2013; Levitt e.a., 2009; Färdig e.a., 2011), Eigen Kracht Conferenties (Ekc) (Schout & De Jong, 2010), herstelondersteunende behandelplannen (Bergmans & Beentjes, 2011), Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Cook e.a., 2011; Boertien e.a., 2013), E-health en M-health (Van Slooten & Van Rooijen, 2013; Stomp, 2013). Nieuwe organisatievormen als FACT waarin meerdere disciplines samenkomen en er meer multidisciplinair overleg wordt gepleegd, komen in de literatuur naar voren als veelbelovend voor herstelgericht werken (Kroon, 2013).

In een eerdere rapportage van Van Hoof en Van Vugt (2011) over de samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt gesignaleerd dat "er op het niveau van individuele behandeltrajecten onder de noemers van rehabilitatie en herstel en gesteund door wetenschappelijke evidentie, steeds meer ingezet wordt op een brede, integrale benadering van problemen, wensen en sociale omstandigheden van de cliënt en op een prominentere plaats voor diens eigen ervaringen en inbreng".

Een panel van cliënten en professionals doet de suggestie om de mogelijkheden te verkennen van het instellen van een ‘geformaliseerde coördinatiefunctie’ voor individuele cliënten (of cliëntsystemen), waarbij deze functie expliciet niet door een ‘zorgmakelaar op afstand’ wordt vervuld maar door iemand die een actieve en prominente rol speelt in de dagelijkse ondersteuning van de cliënt. Belangrijke toevoeging is daarbij dat “het vervullen van een – formele danwel informele – coördinatorrol alleen aantrekkelijk is en alleen kans van slagen heeft als aan die functie een zeker doorzettingsmacht is verbonden en de als de coördinator, met instemming van de cliënt, enige zeggenschap heeft over de mate waarin en de wijze waarop andere hulpverleners of instanties zich voor de cliënt inzetten”. Een aan deze rol van gemandateerde coördinator verbonden persoonsvolgend budget zou daarvoor één van de instrumenten kunnen zijn (Van Hoof en Van Vugt, 2011).

## 2.3 Resultaten focusgroepen

Een tweetal focusgroepbijeenkomsten is georganiseerd om inzicht te krijgen in de consequenties van de cliëntenperspectieven op voorwaarden voor kwaliteit van individuele behandeltrajecten, voor de discussie over hoofdbehandelaarschap. De focusgroepen zijn door twee onderzoekers geanalyseerd. We presenteren resultaten met betrekking op:

- Uitgangspunten voor de discussie hoofdbehandelaarschap, vanuit cliëntenperspectief
- Commentaren op / risico's van huidige voorstellen hoofdbehandelaarschap
- Voorwaarden voor positieve bijdragen huidige voorstellen hoofdbehandelaarschap aan kwaliteit van zorg

### 2.3.1 Uitgangspunten vanuit cliëntenperspectief

Deelnemers aan de focusgroepen beschouwen de plannen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap vooral als een poging om tot meer helderheid te komen over bevoegdheden en verantwoordelijkheden rond individuele behandel- en ondersteuningstrajecten. Deelnemers staan in principe positief tegenover deze doelstelling en tegenover de gedachte om die bevoegdheden en verantwoordelijkheden explicieter te benoemen en te beleggen (waarbij idealiter ook bevoegdheden en verantwoordelijkheden nadrukkelijker aan elkaar worden gerelateerd: geen bevoegdheid zonder verantwoordelijkheid en geen verantwoordelijkheid zonder bevoegdheid). Dat kan in principe de kwaliteit, de samenhang en de toegankelijkheid van de zorg ten goede komen.

Essentieel voor de deelnemers is daarbij dat die bevoegdheden en verantwoordelijkheden zo dicht als mogelijk bij de cliënten zelf neergelegd worden. Dat bevordert en waarborgt dat de cliënt zoveel als mogelijk zelf regievoerder kan zijn en over sturingsmogelijkheden beschikt. Dat draagt niet alleen bij aan de zeggenschap van cliënten over de eigen ondersteuningstrajecten maar ook aan een goede afstemming van die ondersteuningstrajecten op individuele wensen en noden.

Deze uitgangspunten sluiten volgens de deelnemers ook aan bij het (beleids)streven naar een vraaggestuurde en herstelondersteunende zorg, waarin eigen kracht, autonomie, zeggenschap en empowerment de leidende waarden en principes zijn.

Deelnemers noemen een aantal implicaties van deze uitgangspunten:

- Cliënten zouden zoveel als mogelijk zelf over de benodigde sturingsmacht moeten kunnen beschikken. Veelal zal met betrekking tot bevoegdheden en verantwoordelijkheden rond individuele behandel- en ondersteuningstrajecten echter ook een rol zijn weggelegd voor anderen c.q. professionele hulpverleners. Van belang is dan dat die bevoegdheden en verantwoordelijkheden worden belegd bij een instantie/professional die de situatie en wensen van de cliënt zeer goed kent, die veel contact heeft met de cliënt en waar de cliënt veel vertrouwen in heeft. Keuzes over de gevolgde route dienen vervolgens altijd in nauwe samenspraak te worden gemaakt (shared decision making).
- Wie die persoon/instantie is, is afhankelijk van de situatie: soms kan dat een psychiater of psycholoog van een GGZ-instelling zijn. Maar volgens de deelnemers komen in andere gevallen ook een multidisciplinair GGZ-team, de huisarts, een SPV, een praktijkondersteuner (poh ggz) of een vrijgevestigde in aanmerking. Goed opgeleide ervaringsdeskundige medewerkers zijn volgens sommigen tevens geschikt. Enkele deelnemers menen dat bevoegdheden en verantwoordelijkheden soms ook vergaand bij cliënten zelf of een naaste kunnen worden neergelegd.
- Deelnemers zijn van mening dat cliënten zelf moeten kunnen aangeven aan welke instantie of persoon de bevoegdheden en verantwoordelijkheid rond de eigen behandeling en ondersteuning dienen te worden toegekend. Eigen keuze is een basisprincipe.
- Ondersteuningsbehoeften en ondersteuningstrajecten bestrijken bij veel cliënten niet alleen het domein van de psychische behandeling (ofwel 'curatieve ggz'). In veel gevallen gaat het om een breder scala aan levensgebieden (met name ook participatie en herstel). Afstemming, samenhang en toegankelijkheid zijn dan ook niet alleen van belang binnen de medische-psychologische behandeltrajecten sec, maar ook (en eigenlijk vooral) over de volle breedte van de ondersteuning die cliënten behoeven. Daarom zou moeten worden gezien hoe ook bovenstaande uitgangspunten met betrekking tot bevoegdheden en verantwoordelijkheden rond individuele ondersteuningstrajecten, breder getrokken kunnen worden en een domein- en sectoroverstijgende invulling kunnen krijgen.
- Van belang is volgens de deelnemers verder dat de aangewezen 'bevoegde/verantwoordelijke' ook daadwerkelijke doorzettingsmacht en sturingsmacht krijgt in het organiseren van passende zorg rondom de cliënt (altijd onder voorwaarde van maximale afstemming met de cliënt). Dat kan door middel van een (eventueel wettelijk) geformaliseerd mandaat, dat bindend is binnen en tussen instanties. Daarnaast wijzen enkele deelnemers erop dat met name persoonsgebonden of persoonsvolgende budgetten tot de meer krachtige mogelijkheden behoren om die sturingsmacht (dichter) bij de cliënt te organiseren. Deze PGB's en PVB's zouden dan idealiter sectoroverstijgend moeten zijn (zorg én participatie).

- Deelnemers suggereren ten slotte dat overdracht van bevoegdheden/verantwoordelijkheden geformaliseerd zou moeten worden, zodat cliënten nooit tussen de wal en het schip vallen. Continuïteit moet gewaarborgd worden. Ofwel: gewaarborgd moet worden dat de 'bevoegde/verantwoordelijke' zijn rol niet zonder overleg met de cliënt kan beëindigen en dat betrokkene in overleg met de cliënt voor een opvolger zorgt.

### 2.3.2 Commentaren / risico's huidige voorstellen hoofdbehandelaarschap

Deelnemers aan de focusgroepen staan als gezegd in principe positief tegenover het streven om tot meer helderheid te komen over bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom individuele behandel- en ondersteuningstrajecten. Tegelijk worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij de discussie zoals die daarover op dit moment gevoerd wordt en in het bijzonder bij de plannen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap.

Deelnemers wijzen op de volgende aandachtspunten en risico's:

- Essentieel voor cliënten is dat de 'bevoegde/verantwoordelijke' dicht bij de cliënt staat, diens situatie goed kent en diens vertrouwen heeft. De huidige plannen bieden daarvoor geen waarborgen. Bij de huidige voorstellen bestaat het risico dat cliënten te maken krijgen met een hoofdbehandelaar waar zij weinig contact mee hebben. Zo worden sommige disciplines nu door veel cliënten als relatief ontoegankelijk en onbereikbaar gezien.
- Wanneer een hoofdbehandelaar wel de bevoegdheden heeft om in te grijpen in individuele ondersteuningstrajecten maar relatief weinig contact heeft met of vertrouwen heeft van de cliënt, brengt dat het risico met zich mee dat de kwaliteit van zorg juist verslechtert in plaats van verbetert.
- In de huidige voorstellen worden geen uitspraken gedaan over de benodigde competenties van de hoofdbehandelaar. Ook dat brengt risico's met zich mee voor de kwaliteit van de zorg. Hoogontwikkelde competenties op het gebied van contact en communicatie, deskundigheid, herstelgerichtheid en samenwerking/coördinatie lijken van belang.
- De huidige voorstellen bestendigen volgens sommige deelnemers de dominantie van het medisch-psychiatrische perspectief in de GGZ en de dominantie van bijbehorende beroepsgroepen. Twee factoren spelen daarbij een rol:
  - De voorstellen bekrachtigen de zeggenschap van de meer medisch georiënteerde beroepsgroepen
  - De term 'hoofdbehandelaar' op zich getuigt van een medische (volgens enkelen bijna 'paternalistische') invalshoek en draagt het risico in zich de ontwikkeling naar een meer herstelondersteunende organisatie van de zorg in de weg te staan. In het algemeen getuigt het begrippenkader rondom de hoofdbehandelaarschapsdiscussie volgens sommige deelnemers van een oud denkmodel, terwijl het juist van belang is om een nieuw, herstelondersteunend model als leidraad te nemen voor de toekomstige organisatie van de zorg en voor bijbehorende toewijzing van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.



- Andere risico's die door de deelnemers worden genoemd hebben betrekking op mogelijke ongewenste neveneffecten van de huidige voorstellen. Genoemd worden:
  - Verdergaande bureaucrativering van de zorg, waar juist flexibiliteit en responsiviteit van belang zijn
  - Verdergaande protocollisering van de zorg, waar juist individueel maatwerk vereist is. (Enkele deelnemers vrezen dat toegenomen aansprakelijkheid ertoe kan leiden dat minder snel initiatieven en risico's worden genomen en dat men minder snel van richtlijnen zal durven af te wijken, ook als dat de kwaliteit van zorg in individuele trajecten ten goede zou kunnen komen.)
  - Bestendinging en bekrachtiging van bestaande hiërarchische structuren en culturen binnen GGZ, terwijl volgens sommige deelnemers voor samenhangender en meer op maat geleverde zorg juist plattere, multidisciplinaire overlegstructuren en een meer open, gelijkwaardige dialoog tussen alle betrokkenen nodig is.
- In het algemeen wijzen deelnemers erop dat de herstelvisie vooralsnog niet in de voornemens tot uitdrukking komt.
- Tot slot wordt opgemerkt dat in de discussies en voorstellen nog onvoldoende tot geen rekenschap wordt gegeven van het feit dat veel mensen ondersteuning behoeven op bredere terreinen dan alleen dat van de 'psychische behandeling' en dat afstemming en samenhang over dat bredere domein gewenst is.

### **2.3.3 Voorwaarden voor positieve bijdrage huidige voorstellen**

Deelnemers aan de focusgroepen signaleren dat er nog veel te verbeteren valt aan de kwaliteit, de samenhang en de toegankelijkheid van de zorg. Ook is er nog veel nodig om tot meer vraaggestuurde en herstelondersteunende zorg te komen. Afspraken over bevoegdheden en verantwoordelijkheden vormen één van de mogelijke sporen om tot die verbeteringen te komen.

Willen de huidige voornemens met betrekking het hoofdbehandelaarschap daaraan bijdragen, dan is volgens deelnemers aan de focusgroepen een aantal voorwaarden van belang. Die voorwaarden kunnen als volgt wordt samengevat:

- De hoofdbehandelaar moet aan kwaliteitscriteria (vanuit cliëntenperspectief) voor een goede behandelaar voldoen (zie §2.2)
- De hoofdbehandelaar moet voldoende tijd hebben voor contact met de cliënt
- Bij voorkeur is die behandelaar die voor de cliënt zelf de belangrijkste hulpverlener is, ook de hoofdbehandelaar
- Bij voorkeur kan de cliënt zelf diens hoofdbehandelaar kiezen
- In de plannen dienen waarborgen te worden ingebouwd tegen overprotocollisering, bureaucrativering en hiërarchisering en vóór een open dialoog, multidisciplinariteit, shared decision making en voor een heldere overdracht van het hoofdbehandelaarschap
- Afspraken over het hoofdbehandelaarschap worden (onder bovenstaande voorwaarden) gezien als slechts een eerste stap. Nagedacht moet worden over verdere voorwaarden en benodigde maatregelen om te komen tot een meer herstelgeoriënteerde zorg; over verbreding van de discussie en maatregelen naar



andere domeinen en sectoren; ofwel over het in praktijk brengen van de in §2.3.1 genoemde uitgangspunten; en wellicht ook over alternatieven voor de term 'hoofdbehandelaar' zelf.

Tot slot wijzen enkele deelnemers erop dat de huidige discussies over het hoofdbehandelaarschap over bevoegdheden en verantwoordelijkheden gaat, maar soms ook betrekking lijkt te hebben op het *toezicht* op de kwaliteit van zorg. In dat verband pleiten deelnemers ervoor om dat toezicht niet bij de instelling zelf te beleggen maar veel nadrukkelijker vanuit een onafhankelijker positie te organiseren - ook het toezicht op de kwaliteit van individuele ondersteuningstrajecten. Met name voor wat betreft de procesgang kunnen cliëntenbelangenbureaus daar een rol in spelen, bijvoorbeeld door te voorzien in ervaringsdeskundigen die deels meelopen in de individuele ondersteuningstrajecten.

## 2.4 Resultaten kwantitatieve toetsing

Ter afsluiting van het onderzoek is een enquête over goed behandelaarschap en hoofdbehandelaarschap gehouden onder een grotere groep cliënten en naasten. De enquête is uitgezet onder het panel van het Landelijk Platform GGZ. Doel van de enquête was het kwantitatief toetsen van verscheidene bevindingen uit het kwalitatieve deel. De enquêtedata zijn kwantitatief geanalyseerd met SPSS (analysesoftware voor kwantitatief onderzoek).

De enquête over goed behandelaarschap en hoofdbehandelaarschap is in totaal door 419 mensen afgerond. De kenmerken van de onderzoeksgroep staan beschreven in het onderstaande kader. Deze aantallen zijn ruim voldoende om de bevindingen van het kwalitatieve deel van de studie te toetsen. Daarnaast hebben we gekeken of de visie van respondenten afhankelijk is van de vorm van hun ontvangen behandeling. Hierbij hebben we een onderscheid gemaakt tussen monodisciplinaire en multidisciplinaire zorg:

- Monodisciplinaire zorg: de respondent ontvangt zorg van één hulpverlener (werkzaam in de huisartsenzorg, als zelfstandige of in een GGZ-instelling)
- Multidisciplinaire zorg: de respondent ontvangt zorg van meerdere hulpverleners of is opgenomen (geweest).

Kenmerken van de 419 respondenten:

- Geslacht:  
113 mannen en 306 vrouwen
- Leeftijd (gemiddeld: 48):  
74 respondenten onder de 35  
312 in de leeftijdscategorie 35-65  
33 in de categorie 65+.

- Zorgkenmerken:

374 respondenten ontvangen zelf zorg; 45 hebben de enquête ingevuld namens een naaste

346 respondenten ontvangen zorg op het moment van invullen van de enquête

188 respondenten hebben wekelijks contact met een hulpverlener

29 respondenten hebben minder dan vier maanden zorg ontvangen

53 respondenten hebben vier tot twaalf maanden zorg ontvangen

337 respondenten hebben langer dan twaalf maanden zorg ontvangen

189 respondenten ontvangen monodisciplinaire zorg, waarvan 25 alléén huisartsenzorg

230 respondenten ontvangen multidisciplinaire zorg

In het overzicht dat in Tabel 1 gegeven wordt, is te zien met welke typen hulpverleners de respondenten in contact zijn gekomen en, indien ze contact hebben met een hulpverlener, wat de contactfrequentie is. Driekwart van de respondenten heeft contact met de huisarts of de psychiater vanwege psychische problemen. Opvallend is dat bij deze twee hulpverleners minder dan vijf procent van de mensen wekelijks contact met hen heeft. De contactfrequentie is hoger bij de psycholoog en de psychotherapeut: van de mensen die in aanraking zijn gekomen met de betreffende hulpverleners, heeft bijna een kwart wekelijks contact met de psycholoog en 37% heeft wekelijks contact met de psychotherapeut. Minder dan 3% van de respondenten heeft contact met de orthopedagoog, vanwege dit lage aantal zal in de verdere analyses geen uitsplitsing gemaakt worden naar dit type hulpverlener. Daarnaast gaf een vijfde van de respondenten aan met een andere hulpverlener in contact te zijn geweest. Hierbij ging het bijvoorbeeld om een woonbegeleider of thuishulp.

**Tabel 1. Percentage respondenten (n=419) dat contact heeft gehad met verschillende typen hulpverleners inclusief de eventuele contactfrequentie (in rijpercentages).**

	Contact		Contactfrequentie indien contact:			
	N	%	Een paar keer per jaar of minder	Eens per maand of minder	Een paar keer per maand	Eens per week of vaker
Huisarts	307	73,3	73,3	18,2	7,5	1,0
Psycholoog	199	47,5	31,7	21,1	23,6	23,6
Psychiater (arts)	316	75,4	54,1	30,1	12,0	3,8
Psychotherapeut	137	32,7	19,0	15,3	28,5	37,2
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)	206	49,2	21,4	26,2	25,2	27,2
Verpleegkundige	51	12,2	35,3	15,7	3,9	45,1
Verpleegkundig specialist	39	9,3	51,3	10,3	18,0	20,5
Orthopedagoog	11	2,6	36,4	9,1	18,2	36,4
Anders	99	23,4	7,1	8,2	18,4	66,3

### *Voorwaarden voor kwaliteit van individuele behandeltrajecten*

Uit de kwalitatieve interviews zijn twaalf voorwaardelijke aspecten naar voren gekomen die voor cliënten en naasten van belang zijn voor de ervaren kwaliteit van individuele behandeltrajecten. Deze twaalf thema's zijn omgezet in stellingen en opgenomen in de enquête. De respondenten hebben hier een rapportcijfer aan gegeven, lopend van 0 (heel onbelangrijk) tot 10 (heel belangrijk). Op deze manier kan gekeken worden of deze aspecten ook in een grotere groep cliënten en naasten als belangrijk worden ervaren en aan welke aspecten de meeste waarde wordt gehecht. In Tabel 2 staan de resultaten beschreven voor de totale groep, maar ook afzonderlijk per vorm van zorg.

Wanneer naar de totale groep gekeken wordt, is te zien dat ze op alle stellingen hoog beoordeeld worden, variërend van een 7,6 gemiddeld tot en met een 9,5. Daarnaast laat de meestal kleine standaardafwijking (een maat die weergeeft in hoeverre de gegeven antwoorden onderling verschillen) zien dat er weinig spreiding is: de respondenten zijn dus behoorlijk eensgezind en vinden alle aspecten van belang.

Meer in detail is te zien dat respondenten het meeste belang hechten aan goed luisteren (9,5) en met respect bejegend (9,5) worden. Dit lijken basisvoorwaarden voor een goede hulpverlener. Werken met een ervaringsdeskundige wordt verhoudingsgewijs iets lager beoordeeld dan de andere aspecten (7,6). Dit kan ermee te maken hebben dat niet alle respondenten weten wat een ervaringsdeskundige is, of niet met een ervaringsdeskundige in aanraking zijn gekomen, en dit aspect daardoor ook lager beoordelen. Dit blijkt ook uit de standaardafwijking: deze is bij de stelling over ervaringsdeskundigen iets hoger en dit duidt op meer variatie in de antwoorden.

Indien gekeken wordt naar de beoordeling van de stellingen naar vorm van de zorg (monodisciplinair versus multidisciplinair), dan is te zien dat degenen die monodisciplinaire zorg ontvangen de meeste stellingen lager beoordelen dan respondenten die multidisciplinaire zorg ontvangen. Vooral de aspecten met betrekking tot samenwerking met andere hulpverleners en snel zorgen voor goede hulp worden door de groep die monodisciplinaire zorg ontvangt een stuk lager beoordeeld dan door degenen die multidisciplinaire zorg ontvangen. Dit is logisch omdat dit ook aspecten zijn die waarschijnlijk een kleinere rol spelen bij mensen die monodisciplinaire zorg ontvangen.

**Tabel 2. Gemiddelde rapportcijfers op de stellingen over de hulpverlener in het algemeen met de standaardafwijking (SD) voor de totale groep en gemiddelde rapportcijfers naar vorm van de ontvangen zorg (monodisciplinair versus multidisciplinair).**

	Totale groep n=419		Monodisciplinair n=230	Multidisciplinair n=189
		SD		
De hulpverlener luistert goed naar de cliënt	9,5	0,9	9,4	9,6
De hulpverlener benadert de cliënt op een respectvolle, menselijke manier	9,5	1,0	9,3	9,6
De hulpverlener zorgt dat de cliënt snel goede hulp krijgt als dat nodig is	9,2	1,2	8,9	9,4
De hulpverlener heeft voldoende ervaring en kennis	9,1	1,2	9,0	9,1
De zorg van de hulpverlener sluit goed aan op de behoeften en de situatie van de cliënt	9,1	1,2	8,9	9,3
De hulpverlener is goed op de hoogte van de behandelmogelijkheden	9,0	1,2	8,8	9,1
Er is een 'klik' met de hulpverlener	8,9	1,4	8,8	9,0
De hulpverlener maakt samen met de cliënt keuzes over de behandeling	8,9	1,3	8,7	9,1
De hulpverlener ondersteunt de cliënt om op eigen kracht aan herstel te werken	8,9	1,5	8,7	9,0
De hulpverlener heeft aandacht voor de sociale omgeving van de cliënt (familie, vrienden en leefomgeving)	8,4	1,7	8,1	8,6
De hulpverlener werkt goed samen met andere hulpverleners	8,7	1,5	8,3	9,1
De hulpverlener maakt gebruik van kennis van ervaringsdeskundigen	7,6	2,5	7,3	7,8

Dikgedrukt: de gemiddelden van de monodisciplinaire en de multidisciplinaire groep verschillen significant.

### *Visie op de rol van de hoofdbehandelaar*

De twaalf aspecten van kwalitatief goede zorg zijn ook aan de respondenten voorgelegd met de vraag om specifiek de hoofdbehandelaar in gedachten te houden. Hier zagen we grotendeels dezelfde patronen als met betrekking tot de hulpverlening in het algemeen: alle aspecten lijken van belang. Ook de hiërarchie in de beoordeling is grotendeels gelijk. Wat echter opvalt is dat met betrekking tot alle aspecten de scores voor de hoofdbehandelaar iets hoger zijn dan voor de hulpverlening in het algemeen. Bij de hoofdbehandelaar lijkt dus nog iets sterker te worden gehecht aan de verschillende kwaliteitsaspecten uit het kwalitatieve deel.

De respondenten is ook gevraagd hoe belangrijk zij het vinden dat een hoofdbehandelaar een bepaalde rol vervult (Tabel 3). Daarbij is een onderscheid gemaakt in drie rollen, te weten die van hoofdcontact, die van regisseur/coördinator en die van eindverantwoordelijke. Een hogere score op de schaal, lopend van 1 (heel onbelangrijk) tot 5 (heel belangrijk), geeft aan dat respondenten de betreffende rol belangrijker vinden.

Wederom duiden de kleine standaardafwijkingen op weinig spreiding in de antwoorden en lijken de respondenten dus behoorlijk eensgezind te zijn. Bovendien worden de resultaten uit het kwalitatieve deel van de studie weer bevestigd: de respondenten lijken alle drie de rollen belangrijk te vinden.

**Tabel 3. Gemiddelde score voor verschillende rollen van de hoofdbehandelaar (schaal van 1 tot 5) met standaardafwijking (SD) voor de totale groep en gemiddelde scores naar vorm van de ontvangen zorg (monodisciplinair versus multidisciplinair).**

	Totale groep	SD	Mono-disciplinair	Multi-disciplinair
Hoofdcontact: De hulpverlener waarmee de cliënt het meest contact heeft. Deze hulpverlener kent de cliënt goed.	4,3	0,8	4,4	4,3
Regisseur /coördinator: De hulpverlener die het overzicht houdt en zorgt dat de hulp van verschillende hulpverleners goed op elkaar wordt afgestemd.	4,3	0,9	4,1	4,4
Eindverantwoordelijke: De hulpverlener die eindverantwoordelijk is voor de hulpverlening aan de cliënt.	4,2	0,9	4,0	4,3

Wanneer gekeken wordt naar vorm van zorg, dan vallen een aantal dingen op. De mensen die monodisciplinaire zorg ontvangen vinden het minder belangrijk dan degenen die multidisciplinaire zorg ontvangen dat de hoofdbehandelaar de rol van regisseur/coördinator of van eindverantwoordelijke op zich neemt. Dit kan worden verklaard door het feit dat deze rollen minder van toepassing zijn voor mensen die monodisciplinaire zorg ontvangen.

### *Welke behandelaar is geschikt om hoofdbehandelaar te zijn?*

Respondenten is gevraagd van welke type behandelaar zij vinden dat deze in aanmerking komt om hoofdbehandelaar te zijn (Tabel 4). De psychiater, psychotherapeut en psycholoog scoren hier hoog: onder degenen die hiermee contact hebben, vindt respectievelijk 78%, 68% en 61% dat de betreffende hulpverlener geschikt is om hoofdbehandelaar te zijn. Toch worden ook de SPV'er, de verpleegkundig specialist, de huisarts en de verpleegkundige door een substantieel deel van de respondenten geschikt bevonden om hoofdbehandelaar te zijn. Wanneer gevraagd wordt naar de meest geschikte behandelaar worden wederom de psychiater (44%), de psychotherapeut (37%) en de psycholoog (23%) het meest genoemd. Indien gekeken wordt naar de minst geschikte behandelaar komt echter ook de psychiater (6%) in de top drie terecht, evenals de verpleegkundige (26%) en de huisarts (24%).

De beoordeling van de minst en de meest geschikte hulpverlener om hoofdbehandelaar te zijn, hebben we verder uitgesplitst naar zorgvorm (niet in tabel). Bij beide groepen komen wederom meerdere disciplines naar voren als meest geschikt voor hoofdbehandelaarschap.

Dat wil zeggen, niet alleen de voor de hand liggende disciplines zoals de psychiater, psychotherapeut en psycholoog, maar ook de SPV'er wordt door een substantieel deel van de mensen als meest geschikt aangewezen. Daarbij is er met name in monodisciplinaire groep nog een deel (10%) die de huisarts ook als meest geschikt ziet. Mogelijk zijn dit vooral personen die in huisartsenpraktijk behandeld worden.

Tot slot valt op dat een substantieel deel van de respondenten nog geen scherp beeld van de hoofdbehandelaar heeft: zij kunnen geen hulpverlener aanwijzen die geschikt is (4%) of weten niet wie het minst (17%) of het meest (9%) geschikt is. Daarnaast weet 19% van de respondenten niet wie de hoofdbehandelaar is in de eigen behandel situatie (Tabel 4).

**Tabel 4. Type hulpverlener dat volgens de respondenten in aanmerking komt om hoofdbehandelaar te zijn, evenals het meest en minst geschikte type en de hoofdbehandelaar in de eigen situatie (in percentages).**

	n	Geschikt*	Meest geschikt*	Minst geschikt*	Eigen situatie*
Huisarts	307	28,7	5,9	24,4	11,1
Psycholoog	199	61,3	23,1	2,5	24,6
Psychiater (arts)	316	78,2	43,7	5,7	57,0
Psychotherapeut	137	67,9	37,2	3,7	41,6
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)	206	44,2	15,5	3,4	18,0
Verpleegkundige	51	13,7	2,0	25,5	3,9
Verpleegkundig specialist	39	38,5	7,7	2,6	15,4
Weet ik niet	419	4,3	8,6	17,0	18,6

\* Percentages zijn alleen berekend voor de respondenten die in aanraking zijn gekomen met de betreffende hulpverlener, het aantal per hulpverlener staat vermeld in de tweede kolom (n).

### *Relatie kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksbevindingen*

De resultaten van het kwantitatieve deel van de studie bevestigen in hoofdlijnen de bevindingen uit het kwalitatieve deel. Dat wil zeggen, de twaalf aspecten die in het kwalitatieve deel als belangrijke kenmerken van goede zorg naar voren kwamen, werden ook in het kwantitatieve deel hoog beoordeeld. Daarbij kwam naar voren dat mensen die multidisciplinaire zorg ontvangen nog sterker hechten aan deze aspecten dan mensen die monodisciplinaire zorg ontvangen. Ook werd gevonden dat mensen de twaalf aspecten minstens zo belangrijk vinden voor een hoofdbehandelaar.

Wat betreft de rol die een hoofdbehandelaar moet vervullen kwamen de resultaten ook overeen met de kwalitatieve bevindingen: *alle* rollen – eindverantwoordelijke, regisseur en hoofdcontact - werden als belangrijk ervaren.

De psychiater, psychotherapeut en psycholoog werden het vaakst genoemd als de *meest* geschikte kandidaat voor het hoofdbehandelaarschap. In welke mate bekwaamheden dan wel feitelijke, actuele bevoegdheden c.q. posities binnen de organisatie een rol spelen in de overwegingen van de respondenten, is niet bekend. Opmerkelijk is wel dat de psychiater ook door een substantieel deel van de respondenten wordt genoemd als de *minst* geschikte kandidaat. Dit kan ermee te maken hebben dat de contactfrequentie van de psychiater vaak laag is: meer dan de helft van de betreffende respondenten heeft een paar keer per jaar of minder contact met hun psychiater. Respondenten die het belangrijk vinden dat hoofdbehandelaar ook het hoofdcontact is zullen de psychiater in zo'n geval minder geschikt vinden. Opvallend is verder dat ook de SPV'er en de verpleegkundig specialist vaak genoemd worden als geschikte kandidaat voor het hoofdbehandelaarschap.

Tot slot is het belangrijk te vermelden dat de respondenten van de enquête relatief intensieve zorggebruikers waren. Slechts 25 mensen in de onderzoeksgroep maakten alléén gebruik van huisartsenzorg. Daarom was het niet mogelijk de monodisciplinaire groep op te splitsen in huisartsenzorg en ambulante zorg waarbij contact is met één hulpverlener. Echter, we hebben geen aanwijzingen gevonden dat deze twee monodisciplinaire groepen verschillend oordelen over het belang van de kwalitatieve aspecten of over de rol van de hoofdbehandelaar.





### 3. Conclusies

Het hier gepresenteerde onderzoek naar perspectieven van cliënten (en naasten), brengt verschillende elementen naar voren met betrekking tot de voorwaarden voor kwaliteit van behandeltrajecten en het hoofdbehandelaarschap, waarvan het wenselijk lijkt dat die in overweging worden genomen in de huidige beleidsdiscussies. Hier geven we een kort overzicht van de belangrijkste conclusies die in relatie tot de verschillende hoofdvragen getrokken kunnen worden.

Ten eerste kan geconcludeerd worden dat vanuit het perspectief van cliënten en naastbetrokkenen vooral drie thema's van belang zijn voor goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten:

- Contact en communicatie
- Zorginhoudelijke aspecten zoals deskundigheid en herstelgerichtheid
- Organisatie van zorg en (multidisciplinaire) samenwerking

De drie thema's komen uit de resultaten van het kwalitatieve deelonderzoek naar voren als de belangrijkste voorwaardelijke factoren die de ervaren kwaliteit van een behandeltraject bepalen, en wijzen een reeks competenties aan die ggz-behandelaren volgens cliënten en naasten zouden moeten bezitten. Het kwantitatieve deelonderzoek bevestigt deze resultaten, waarbij subthema's als 'goed luisteren' en 'goed bejegend worden' de lijst aanvoeren. Het kwantitatieve deelonderzoek laat ook zien dat cliënten die multidisciplinaire zorg ontvangen nog iets meer belang hechten aan de drie genoemde kwaliteitsaspecten dan mensen die monodisciplinaire zorg ontvangen.

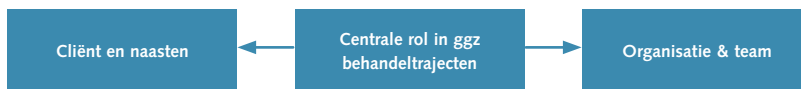
Hoewel de geïnterviewden ook positieve ervaringen beschrijven, valt op dat er over het algemeen toch grote verschillen lijken te bestaan tussen de huidige en gewenste situatie in behandeltrajecten, in relatie tot de drie genoemde thema's. Met betrekking tot het thema contact en communicatie wordt gepleit voor een betere bejegening (waarbij cliënten minder als zieke en meer als mens benaderd worden), voor een goede en heldere communicatie en voor het kunnen laten ontstaan van een vertrouwensvolle werkrelatie tussen cliënt en behandelaar. Ook bestaat de wens dat samenwerken en samen keuzes maken (shared decision making; op basis van zowel professionele- als ervaringskennis) een standaard wordt in alle behandeltrajecten. Met betrekking tot het thema zorginhoud lijkt de voornaamste wens te zijn dat alle behandeltrajecten meer 'op maat' worden ingestoken en dat diagnoses en protocollen minder leidend worden in de bepaling van een traject. Hiermee hangt de wens samen dat intakes worden gedaan door meer ervaren (en dus meer bekwame) behandelaren in plaats van beginnende behandelaren en dat er daarin altijd voldoende tijd is om de situatie in kaart te brengen en de cliënt te leren kennen. Ook op het gebied van herstel- en contextgerichtheid lijkt winst te behalen.

Met betrekking tot het thema organisatie en samenwerking bestaat de wens dat multidisciplinaire teams beter functioneren dan nu het geval is en dat er een verstevigde samenwerking met ervaringsdeskundigen wordt bewerkstelligd. Ook wordt het van belang geacht dat instellingen een breder en gevarieerder aanbod aan behandelingen bieden en dat de toegankelijkheid verbeterd wordt zodat men sneller bij de juiste hulp terecht komt.

De tweede conclusie die getrokken kan worden heeft betrekking op de vraag welke consequenties deze perspectieven op kwaliteit van behandeltrajecten hebben op toewijzing van verantwoordelijkheden, en in het bijzonder voor discussies over hoofdbehandelaarschap. De onderzoeksresultaten laten zien dat een hoofdbehandelaar in de ogen van cliënten zou moeten voldoen aan een reeks kwaliteitskenmerken van een goede hulpverlener, maar ook verschillende rollen zou moeten vervullen: eindverantwoordelijke, regisseur én hoofdcontact. De resultaten suggereren daarmee ook dat, vanuit het perspectief van mensen die met de ggz te maken krijgen, de huidige discussies over hoofdbehandelaarschap vanuit een te beperkte invalshoek worden gevoerd. Voor ervaren kwaliteit zijn -zoals beschreven- allerlei communicatieve, zorginhoudelijke en organisatorische overwegingen van belang die vooralsnog niet direct een rol spelen in de beleidsmatige overwegingen en dus ook niet formeel gewaarborgd gaan worden. Dat brengt voor wat betreft de invulling van het hoofdbehandelaarschap tegelijk risico's met zich mee. Belangrijkste risico's lijken o.a. te kunnen zijn: de verschraling van het contact tussen hoofdbehandelaar en cliënt, verminderde mogelijkheden om individu- en herstelgericht te werken en een toename van hiërarchie binnen multidisciplinaire teams. Dit zijn risico's die ook in het kader van de in het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 gemaakte afspraken m.b.t. patiëntgerichte zorg/zorg op maat, herstel en maatschappelijke zelfstandigheid, ervaringsdeskundigheid en multidisciplinaire samenwerking tussen professionals, zeer contraproductief zouden kunnen zijn. Het zou vanuit dit onderzoek wenselijk zijn als de beleidsmatige overwegingen rond taken, verantwoordelijkheden en beroepen expliciet aan kwaliteitsthema's vanuit cliëntenperspectief worden verbonden en getoetst, zodat ook de mogelijke risico's van de plannen tijdig aan het licht kunnen komen.

Vanuit het cliëntenperspectief geredeneerd zou het echter nog wenselijker zijn om andersom te redeneren; om beleidsmaatregelen die als doel hebben kwaliteit te vergroten grotendeels te laten voortvloeien uit overwegingen die door cliënten en naasten van belang worden geacht. Zo zou op basis van dit onderzoek kunnen worden bepleit om in nieuwe beleidsmaatregelen verantwoordelijkheden op het gebied van 'contact en communicatie', 'zorginhoud' en 'organisatie en samenwerking', formeel te koppelen aan een *door de cliënt te kiezen 'bevoegde/verantwoordelijke'* die gekenmerkt wordt door het effectief en op een herstelgerichte manier kunnen samenbrengen van vraag en aanbod. Deze rol verschilt daarmee al in de basis op een aantal wezenlijke punten van de 'hoofdbehandelaar' zoals die in de discussies naar voren komt.

Het intensieve contact met de cliënt en naasten aan de ene kant, en een bevoegdheid en bekwaamheid tot het organiseren van zorg en het coördineren van een multidisciplinair team aan de andere kant, staan centraal, waarmee er een nadruk komt op contact, organiseren en samenwerken. Juist door de integrale / tweezijdige gerichtheid kunnen verantwoordelijkheden, in ieder behandeltraject worden geborgd. Ook zou deze persoon korte lijnen moeten hebben met andere instanties en initiatieven binnen de maatschappij zodat een breder perspectief op ondersteuning kan worden bewerkstelligd.





# Bijlage 1

## Analyse verkennende interviews

### *Expert 1*

Expert 1 geeft aan dat er in de discussie over hoofdbehandelaarschap zoals die nu wordt gevoerd in de politiek en beroepsverenigingen sprake is van een dominantie van het medisch model. Dit is tegenstrijdig aan ontwikkelingen die gaande zijn in het veld rond herstel en 'de cliënt centraal'. Het lijkt alsof de discussies niet worden geïntegreerd.

Expert 1 benadrukt dat het in de discussie meer zou moeten gaan over hoe we het best *herstelondersteunende zorg* organiseren: zorg gericht op de hele mens en zijn levens(verhaal). Expert 1 is voorstander van een systeem waarin de verantwoordelijkheid voor een individueel behandeltraject niet bij één persoon ligt maar waarin verantwoordelijkheden altijd gedeeld worden door mensen vanuit verschillende invalshoeken. Het liefst ziet expert 1 een team waarin medisch-psychologisch georiënteerde behandelaren samenkomen met SPV'ers en nadrukkelijk ook ervaringswerkers, in een evenredige verhouding. Het vaststellen van een individueel behandeltraject gebeurt dan in onderhandeling tussen al die mensen en in samenspraak met cliënt en naasten. De 'hoofdbehandelaar' zou dan degene kunnen zijn die dat geheel coördineert. Belangrijkste taak van die hoofdbehandelaar is om zorg te organiseren die iemand ondersteunt zodat hij of zij zo goed mogelijk met een kwetsbaarheid kan leven en er misschien zelfs een kracht van kan maken.

Competenties van de hoofdbehandelaar zouden dan vooral liggen in het communicatieve: hij of zij moet een teamplayer zijn en in staat zijn die dialoog te coördineren met zowel de cliënt als het team. De hoofdbehandelaar moet kunnen verbinden en innovatief denken. En hij/zij moet zijn eigen model ook tegen de lamp kunnen houden. Expert 1 vraagt zich af of psychiaters hier altijd geschikt voor zijn; niet alle psychiaters zijn communicatief sterk. Ook zijn ze niet altijd in staat kritisch naar hun eigen vakgebied te kijken en open te staan voor andere (niet-medische; herstelgerichte) benaderingen, zo stelt expert 1. Tot slot benoemt expert 1 dat het tegenstrijdig is dat de overheid kosten wil besparen maar dat de behandelaren die het duurst zijn nu verantwoordelijkheden krijgen die vragen om veel meer contact met de patiënt en zijn naasten. Expert 1 is bang dat dat in de praktijk niet kan worden waargemaakt. Expert 1 heeft het gevoel dat een systeem waarin het medisch model juist niet meer leidend is, niet alleen beter maar ook goedkoper uitpakt.

## *Expert 2*

Expert 2 heeft bedenkingen m.b.t. de huidige maatregelen rond hoofdbehandelaarschap, met name over hoe ze in de praktijk kunnen gaan uitpakken. Expert 2 vindt het ongelukkig dat psychiaters en psychotherapeuten nu eindverantwoordelijk worden voor zoveel mensen dat er een versnippering plaatsvindt en er bijna een soort formele managers-rol ontstaat. Het vak komt dan niet meer goed tot zijn recht en cliënten moeten het met heel korte contactmomenten doen waardoor het hele idee van maatwerk in de knel komt. Expert 2 vreest dat mensen die het het meest nodig hebben daarvan de dupe worden. Bijvoorbeeld mensen op opnameafdelingen; bij hen zijn de vragen complexer en duurt het langer om een goede werkrelatie op te bouwen. Psychiaters hebben die tijd vaak niet en dan gaan SPV'ers die behandelrol overnemen. Expert 2 zou liever zien dat psychiaters die rol op zich nemen maar dan moeten er wel voorwaarden voor bestaan.

Expert 2 zegt: ga het creatiever organiseren. Sommige mensen hebben behoefte aan meer contact met een SPV'er en iets minder in bepaalde episodes met een psychiater en andersom. De psychiater heeft een deskundigheid en die moet op afroep SPV'ers kunnen ondersteunen. En je moet die verantwoordelijkheid juist gaan verdelen. Je moet zorgen dat er een team omheen zit (met name bij de EPA mensen), die gezamenlijk de verantwoordelijkheid draagt over een cliënt; je moet dat niet bij één iemand neerleggen. Als je dat doet ontstaat er een soort centralistische macht die vertakt in wie de hoofdbehandelaar is. En dat trekt de verantwoordelijkheid weg van de behandelaren die er om heen zitten. Daarmee verlies je ook intercollegiale toetsing, aldus expert 2.

Expert 2 heeft het gevoel dat als het gaat over hoofdbehandelaarschap er eigenlijk twee discussies door elkaar lopen: de inhoudelijke discussie over wat goede zorg/kwaliteit van zorg is en de discussie -die meer strategisch is ingegeven- over controle, beheersing en aansprakelijkheid. Expert 2 ziet vooral die tweede discussie terug en hoopt dat de eerste discussie een grotere rol krijgt. Niet wie mag wat wel en niet, maar: wat is *goed behandelaarschap*. Talloze onderzoeken laten zien dat het voor goede zorg nodig is dat er voldoende contact is tussen behandelaar en cliënt en dat er een relatie wordt opgebouwd. Daar hoort bij: zelfreflectie, bewust zijn van stigma, met anderen kunnen samenwerken, aanspreekbaar zijn, benaderbaar zijn, dat anderen kritisch mogen zijn op jouw handelen. Dat zijn dingen die je bij alle ggz-medewerkers zou willen zien, maar die des te belangrijker worden wanneer mensen afhankelijker worden van jou, bijvoorbeeld als iemand hoofdbehandelaar is. Door slimmer te organiseren kan de relatie beter gewaarborgd worden en blijft het voor de psychiater ook veel leuker om dat vak uit te voeren. Vanuit relatie kan je ook beter voorkomen dat mensen gaan zorgmijden.

Het tweede element van die inhoudelijke discussie is dat er steeds meer vraagtekens komen bij het ophangen van het hele zorgsysteem aan DSM-diagnostisering, zo stelt expert 2. Die discussie over hoofdbehandelaarschap lijkt nog helemaal te passen in het idee van eenvoudig en snel te diagnosticeren stoornissen aan de hand van een afvinklijst.

Dit idee is achterhaald en past niet bij een herstelvisie op goede zorg. Expert 2 vindt dat er door VWS veel nadrukkelijker een vernieuwingsagenda zou moeten worden opgesteld.

### *Expert 3*

Expert 3 is van mening dat de discussie over verantwoordelijkheden vaak het verkeerde uitgangspunt heeft. Uiteindelijk zijn mensen zelf eindverantwoordelijk voor hun eigen leven. Behandelaren zijn slechts eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het aanbod en eventueel procesbewaking. Natuurlijk heeft de samenleving met dwang en drang wat grenzen getrokken van waar die verantwoordelijkheid van mensen moet worden begrensd, maar voor je leven ben je verder altijd zelf verantwoordelijk.

Expert 3 is van mening dat de huidige ontwikkelingen rond hoofdbehandelaarschap ervoor kunnen zorgen dat de ggz nog meer 'blauwdruk-zorg' wordt terwijl het juist zo belangrijk is dat ieder mens in de zorg zijn eigen verhaal kan vertellen. We moeten af van de neiging om steeds weer die blauwdrukken, zorgstraten, protocollen en programma's aan te zien voor kwaliteit; er is meer nodig om kwaliteit te leveren. Expert 3 ziet geen oplossing in het aanstellen en betrekken van ervaringsdeskundigen maar zou wel willen dat er meer ruimte komt voor shared decision making tussen patiënt en behandelaar, waarbij mensen zelf de eerste medewerker zijn in hun eigen zorgteam. Ook naasten kunnen hier in een rol spelen. Vanuit shared decision making kan zorg worden gekozen gebaseerd op wat *deze* mens, in *deze* situatie nodig heeft en wat kan hij zelf kan doen. Voldoende contact tussen behandelaar en persoon is een voorwaarde, maar ook medische deskundigheid van de betrokken behandelaar is nodig. Daarom is expert 3 er voorstander van dat de psychiater een grote rol hierin heeft. Voorwaarde is wel dat er ruimte is voor contact en communicatie en dat het niet vervalt tot een beslissen op afstand. De dialoog is het vertrekpunt voor goede zorg en in die zin moet de behandelaar ook een soort coach zijn. Ook compassie vindt expert 3 een belangrijke kwaliteit: behandelaren zouden het lijden van hun cliënten moeten kunnen verdragen; als behandelaren bang zijn voor dat leed, dan is een goede dialoog onmogelijk.

Tot slot benoemt expert 3 bezorgdheid over de huidige kantelingen in de ggz. Je kan inhoudelijke problemen niet met vormveranderingen oplossen. Je moet je eerst richten op inhoudelijke vragen over goede zorg en dan pas op organisatievraagstukken zoals wie is hoofdbehandelaar. Anders krijg je reorganisaties die verkeerd gaan uitpakken zoals de transitie naar de eerstelijns. Een huisarts en POH hebben te weinig deskundigheid en zijn niet minder medicaliserend; ook lichte begeleiding valt of staat met de deskundigheid van de behandelaar.

Wat betreft de discussie over hoofdbehandelaar, die zou dus pas aan het eind van de rit moeten worden gevoerd, daar zijn we nu nog niet aan toe, we moeten eerst die zorg kantelen, stelt expert 3. Dat betekent dat de plek van de patiënt heel anders gaat worden, die gaat medelid worden van een behandelteam.

Het is raar dat de zorg de patiënt nu nog ziet als alleen een lijdend voorwerp. FACT teams zijn op zich wel een ontwikkeling in de goede richting.

#### *Expert 4*

Expert 4 wijst erop dat de discussie over hoofdbehandelaarschap wordt gecompliceerd door het feit dat de wetgeving en de zorgverzekeraars andere dingen willen. De zorgverzekeraars accepteren bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist niet als hoofdbehandelaar. Dat is jammer. Zeker omdat de hoofdbehandelaars een te groot cohort krijgen aan cliënten waardoor ze minder contact met cliënten kunnen hebben. Dat is niet werkbaar en betekent versobering van kwaliteit van zorg. Dit is nu al gaande, een FACT team heeft 200 mensen en er is maar 1 psychiater. Bij gebrek aan contact kunnen er onzorgvuldigheden ontstaan. Als de psychiater als hoofdbehandelaar steeds op afstand gaat bepalen wat de route wordt, gebaseerd op een beeld dat door anderen geschetst wordt, dan krijg je situaties dat die route helemaal niet aansluit bij de cliënt. En dat zit herstel in de weg. Herstel begint vaak pas op het moment dat er een klik is tussen behandelaar en patiënt en die twee intensief gaan samenwerken. Het probleem is eigenlijk dat de psychiater te duur is om zo'n band aan te gaan maar dat een lager gekwalificeerd iemand misschien niet voldoende de zorg kan organiseren. Hier moet opnieuw naar gekeken worden want uiteindelijk zou de GGZ veel goedkoper worden als er zorg wordt geboden die ervoor zorgt dat mensen het snelst in een herstelproces terecht komen.

Om het probleem rond de psychiater die het te druk krijgt om genoeg contact te hebben om herstel te kunnen ondersteunen, te omzeilen, zou toch door politiek en zorgverzekeraars moeten worden heroverwogen wat de rol van de SPV, de verpleegkundig specialist en (goedopgeleide) ervaringswerker kan zijn. Vaak zijn deze personen veel meer in staat en in de gelegenheid om contact te leggen, zij hebben meer oog voor de mens en kunnen herstel beter ondersteunen, waardoor ook het curatieve stuk sneller gaat. In die zin zouden zij ook 'hoofdbehandelaar' kunnen zijn.

Maar, zo benadrukt expert 4, het zou nog beter zijn als er een team van gelijkwaardige rollen rondom een cliënt wordt georganiseerd, een team dat door de cliënt zelf wordt samengesteld. Jim van Os heeft in zijn nieuwe boek hierover geschreven. Niet zoals een FACT team, want die psychiater komt niet bij jou thuis, dat is dus maar weinig ambulante. Maar een team waarin de cliënt bepaalt wie het hoofdcontact is. Dat hoofdcontact is dan niet degene die alleen verantwoordelijkheden draagt maar degene die zorg regisseert en aanspreekpunt is. Het is iemand waarmee de cliënt een klik heeft en die samen met anderen gedeelde verantwoordelijkheid draagt voor het welzijn en de zorg van de cliënt. Shared decision making, dat is belangrijk. Dat kan alleen als er wederzijds vertrouwen is. En als het dan nodig is om een soort 'eindverantwoordelijke' aan te wijzen, dan is die slechts eindverantwoordelijk over het team en de kwaliteit van het aanbod/de geleverde zorg. Dat is niet degene die beslissingen neemt over de patiënt.



Eigenlijk zou het begrip 'hoofdbehandelaar' dus opnieuw moeten worden gedefinieerd, vindt expert 4. Want nu ontstaat er verwarring. Als je vindt dat alleen psychotherapeuten en psychiaters DBC mogen openen dan hoef je dat nog niet 'hoofdbehandelaar' te noemen; de hoofdbehandelaar zou degenen moeten zijn die herstel kan bevorderen. Vanuit cliënten geredeneerd is dat degene die het meest contact heeft met de cliënt. Om bijvoorbeeld uit een crisis te raken, is het niet zo dat je er een pilletje in moet stoppen op afstand. Nee het is dat luisterend oor, en aanvoelen wat iemand nodig heeft. Dat doe je niet vanuit een of andere diagnose. Je hebt wel classificaties van de DSM maar ieder mens is zo individueel, het is zo verschillend wat iemand nodig heeft. Dat is alleen vast te stellen in dat contact. Een goede hoofdbehandelaar kan dus vooral goed luisteren en ziet de mens in zijn geheel, ziet ook het zieke stukje maar kijkt altijd verder.

### *Expert 5*

Expert 5 geeft aan dat de discussie over hoofdbehandelaarschap een beeld oproept van de psychiater als degene die uiteindelijk in de praktijk alles bepaalt. Toch is dit ingewikkeld want voor veel mensen met langdurige psychische klachten heeft de psychiater weliswaar betekenis maar absoluut geen hoofdrol. De SPV speelt voor mensen vaak een belangrijkere rol, of in sommige gevallen zelfs een fysiotherapeut, of een gedragstherapeut, of zelfs een huisarts want dat zie je ook bij mensen die een eigen weg zoeken. Deze hebben vaak meer contact en kunnen daarom veel beter inschatten wat er moet gebeuren. Het valt op dat het hoofdbehandelaarschap vaak in politieke discussies door bepaalde beroepsgroepen toegeëigend wordt. En dan heeft het vaak weinig te maken met voor wie een cliënt *zelf* de centrale rol ziet weggelegd. Die centrale rol is in feite degene met wie het meest contact is en die alle lijntjes bij elkaar houdt, en dat is heel vaak niet de psychiater, in het gevoel van mensen maar ook daadwerkelijk niet. Een hoofdbehandelaar die je zelden of nooit ziet.. klopt dat wel? Hoe de discussie nu uitwerkt kan het zelfs leiden tot nog kortere, versoberde contacten.

Expert 5 vindt de manier waarop hoofdbehandelaarschap nu uitwerking krijgt, een uitvloeisel is van het oude denken en pleit ervoor dat meer rekening wordt gehouden met hoe een en ander uitpakt in de praktijk en dat in de discussie over hoofdbehandelaarschap bovendien veel nadrukkelijker de vraag over wat goede/kwaliteit van zorg is, wordt toegevoegd. Goede zorg heeft te maken met zorg die aansluit bij wat mensen zelf zien als een zinvol leven. En dat betekent dus ook: werk, dagactiviteit, geliefd zijn, samenleven, omgaan met discriminatie en stigma, veilig wonen, een aantal hele basale thema's. Het moet dus echt over die levensgebieden gaan en niet alleen over klinisch herstel. Het moet gaan over kwaliteit van leven. En dan heb je iemand nodig die dus inzicht heeft in dat leven, in de gehele situatie, en die vanuit dat punt allerlei deskundigen kan invoeren. Dat is wat betreft expert 5 hoofdbehandelaarschap, met als belangrijke toevoeging dat die hoofdbehandelaar getoetst wordt door een systeem van deskundigen eromheen dat zich gezamenlijk verantwoordelijk voelt voor het leveren van de juiste zorg voor de persoon. Mensen moeten elkaar kunnen aanspreken op die kwaliteit.

Expert 5 ziet in het kader van de discussie hoofdbehandelaarschap een grotere rol voor de huisarts weggelegd. Die zou in principe de gezagvoerder van het dossier kunnen zijn en blijven (ook wanneer er wordt opgeschaald). Voorwaarde is dan wel dat de huisarts de cliënt goed kent, dus dat er regelmatig contact bestaat tussen de twee. Een mogelijke andere oplossing is een constructie waarin een hoofdbehandelaar en een 'onderuitvoerder' nauw samenwerken, waarbij die laatste intensief contact onderhoudt met de cliënt. Maar dat heeft ook nadelen. Expert 5 geeft aan dat het ontwerpen van een constructie die goed uitpakt in de praktijk, ingewikkeld is.

### *Expert 6*

Expert 6 geeft aan dat het in feite prima is als een psychiater o.i.d. hoofdbehandelaar is en de beslissingen mag nemen, mits hij zich stevig laat beïnvloeden door de kennis van de persoon zelf en alle deskundigen en naasten om hem heen. Probleem is dat in de praktijk, zeker bij EPA, veel psychiaters hun patiënten waarschijnlijk niet eens goed kennen. En een ander probleem is dat veel mensen uit de EPA-groep misschien niet eens meer zoveel baat hebben bij de kennis van een psychiater, hooguit medicamenteuze. Waar het bij deze groep meer om gaat is alles wat gericht is op herstel, rehabilitatie en maatschappelijk functioneren. Daarvoor heb je niet een psychiater nodig maar iemand die dicht bij de praktijk en de mensen staat. Als het gaat om een intensieve behandeling met psychotherapie en medicatie dan is het logisch dat een van die twee hoofdbehandelaar is, maar vanuit het perspectief van de EPA-groep is dit geen kwaliteitsverbetering. Het is niet wenselijk als een psychiater bevoegdheden heeft over een gebied waar hij geen verstand van heeft, hij moet zich kunnen verdiepen in de hele mens en zijn context.

Expert 6 wijst erop dat in de discussie het uitgangspunt wordt gehanteerd dat de psychiatrie puur medisch-psychologisch terrein is. DBC is gebaseerd op een diagnose, gebaseerd op de aanname dat het om een ziekte gaat. Alles hangt daaraan vast. Dit kan herstelgericht werken in de weg zitten. Als je meer in termen van herstel gaat denken dan zou je het eerder moeten hebben over een regievoerder, die óók veel weet van herstel en rehabilitatie, in plaats van een medisch-psychologisch hoofdbehandelaar. Het is namelijk maar de vraag of je die twee functies uit elkaar moet trekken. Wat heb je als regievoerder nog voor handelingsruimte als iemand anders (die boven jou staat in de hiërarchie) eindverantwoordelijke is?

Eigenlijk is het zo, stelt expert 6, als je de psychiater of therapeut hoofdbehandelaar maakt dan moet die dat ook maar waarmaken. Oftewel die moet voldoende contact hebben met cliënt en alle betrokkenen om goed regie te voeren. Zoals het nu gaat maken ze het niet waar. Zeker de psychiater, die ziet mensen maar één keer per jaar, max één keer per half jaar, en het komt vaak voor dat iemand vertrekt en vervangen wordt met als gevolg dat de patiënt de psychiater helemaal niet meer kent. Het is erg onwenselijk als beslissingen worden genomen door een hoofdbehandelaar die de patiënt niet kent. Maar dit gebeurt wel in de praktijk.

De SPV kent de patiënt vaak beter, en heeft een sociaalpsychiatrische inslag die meer neigt naar herstel en rehabilitatie, maar die heeft te weinig bevoegdheden/macht op medisch-psychologisch gebied binnen zo'n team. Dat is een paradox waar beter over nagedacht moet worden. Beste situatie is toch een team waarbij gezamenlijk keuzes worden gemaakt en verantwoordelijkheid wordt gedeeld, en waarin iedere behandelaar serieus wordt genomen. Niet dat de SPV onderaan de hiërarchie wordt gezet en er niet naar geluisterd wordt. Juist vanuit een cliëntenperspectief moet een hoofdbehandelaar -wie het ook is- in staat zijn te communiceren, en dat we in gezamenlijkheid komen tot wat we gaan doen. Dat is heel moeilijk voor velen.



# Bijlage 2

## GGZ-ervaring geïnterviewden

Overzicht zorgvormen (voor psychische problemen) waarmee respondenten van het kwalitatieve deelonderzoek ervaring hebben

Nr	Ggz-ervaring met behandeling door:			
	Huisarts en/of POH / eerstelijnspsycholoog	Ambulante / poliklini- sche behandeling en/of dagbehandeling	FACT	Opname
1	X	X		
2		X		X
3			X	
	X	X		X
5		X		X
6	X	X		X
7	X	X		X
8		X		
9			X	
10		X		x
11	x	X		
12		X	X	
13	X	X		x
14		X		x
15	X	X	X	
16		X	X	X
17				X
18	X	X		X
19	X	X	X	X
20		X		X
21		X		
22	x	X	x	X
23		X		X
24	X	X		X
25		X		X
26	X	X		



# Bijlage 3

## Vragenlijst semi-gestructureerde interviews

### Over de respondent

Analysenummer	
Geslacht	
Leeftijd	
Ervaring ggz	
Ggz-problematiek	
Overige kenmerken	

### Perspectieven op goede behandeling

1. Wat zijn volgens u/jou essentiële aspecten van een goede GGz-behandeling? Of: wat werkt juist averechts? Geef eventueel voorbeelden.

2. Wat zijn volgens u/jou belangrijke kwaliteiten en eigenschappen van een goede GGz-behandelaar? (Los van welke achtergrond die behandelaar heeft, kan een huisarts zijn, een SPV, psychiater etc.) Of: wat werkt juist averechts? Geef eventueel voorbeelden.

### Eigen ervaringen met de GGZ

3. Kunt u / kun jij iets vertellen over eigen ervaringen met de ggz? Met wat voor soort behandelaren of ondersteuners heeft u / heb jij te maken gehad?

4. Wie is het belangrijkste (geweest) in uw/jouw herstel? Waarom?

**Meer info over de huidige behandeling, taken en verantwoordelijkheden**

5. In het geval van 1 behandelaar:

a. Wat is zijn discipline? Wat is zijn taak?

b. Hoe vaak ziet u/zie je de behandelaar? Is dat genoeg?

c. Is hij ook eindverantwoordelijk voor de behandeling?

d. Bent u/ ben je tevreden over de behandeling? Wat gaat goed? Wat kan beter?

6. In het geval van meerdere behandelaren:

a. Welke disciplines? Wie doet wat?

b. Hoe vaak ziet u/ zie je de behandelaren? Is dat genoeg?

c. Wie is eindverantwoordelijk voor de behandeling?



d. Bent u / ben je tevreden over de huidige behandelsituatie? Wat gaat goed?  
Wat kan beter?

**Toekomst / ideale ggz**

7. Wat is in uw/jouw ogen een ideale ggz? Welke kant moet het uit met de ontwikkelingen? Wat zou u/jij graag veranderd zien in de GGZ?



## Bijlage 4

# Analyse semi-gestructureerde interviews

### *Respectvolle bejegening en empathie*

Het meest genoemde aspect van kwaliteit van individuele behandeltrajecten heeft te maken met de bejegening. Het gaat daarbij in de kern om benaderd en gezien worden als mens, als volwaardig persoon, in plaats van als een patiënt, nummer of ziekte.

*“ In een goede behandeling word je als cliënt gezien en gehoord, serieus genomen. Je wordt niet alleen maar als ziek mens gezien maar als volwaardig mens.”*

*“ Een goede ggz behandeling heeft als voorwaarde dat een behandelaar je gewoon op een menselijke wijze benadert. Dat een behandelaar tegenover zijn patiënt dezelfde houding aanneemt als tegenover collega's, vrienden, burens etc. Als iemand gezond op je reageert, daar word je zelf ook gezond van.”*

*“ Belangrijk is een warm onthaal, op een menselijke manier; daar hoort ook tutoyeren bij.”*

Met deze uitspraken over menselijkheid benoemen geïnterviewden ook zaken als serieus worden genomen, met respect behandeld worden, niet worden 'veroordeeld'. Enkele geïnterviewden benadrukken dat deze dingen zelfs belangrijker zijn dan deskundigheid. Ook gelijkwaardigheid is een veel genoemd thema. Hoewel er nooit sprake kan zijn van echte gelijkwaardigheid, omdat er sprake is van een afhankelijkheidsverschil, is het volgens geïnterviewden van belang dat gelijkwaardigheid zo veel mogelijk wordt nagestreefd. Dit is nodig om vertrouwen te creëren en het voorkomt dat onbedoeld het signaal wordt afgegeven dat de cliënt minderwaardig is en zich maar moet voegen naar wat de behandelaar zegt.

*“ Als er veel afstand is tussen behandelaar en cliënt, gaan mensen minder vertellen. Het is dan niet gelijk, dat werkt averechts. Bij meer gelijkwaardigheid gaat de cliënt meer vertrouwen.”*

*“ Een goede ggz behandeling is gebaseerd op respect. Nu is de boodschap die vaak wordt gegeven: jij mankeert iets, als je doet wat wij zeggen dan gaat het beter. En als je dat niet doet, dan ben je niet gemotiveerd of heb je geen inzicht. Belangrijk is meer respect, minder oordelen. Meer vanuit een gelijkwaardige basis vertrekken. De houding van de behandelaar zou moeten zijn: jij bent ook ok, blijkbaar heb je problemen, wij willen je helpen. Niet: als je naar ons luistert dan komt het goed.” Ik heb op crisisafdelingen gezien hoe destructief dit kan zijn voor mensen.”*

Goede bejegening vormt volgens geïnterviewden de basis voor dialoog, maatwerk en shared decision making.

*“ Respectvolle bejegening. Dat dekt alles. Als dat er is, dan komen de volgende zaken vanzelf.”*

Cliënten en naasten geven in de interviews aan dat een goede bejegening nauw samenhangt met praktische zaken als ‘op tijd komen op afspraken’ en ‘bereikbaar zijn’, maar ook met de mate van empathie en ruimdenkendheid die individuele behandelaars bezitten. Dat laatste is volgens hen dan ook een van de belangrijkste competenties van de behandelaar. Om een cliënt als mens te kunnen bejegenen, moet een behandelaar zich kunnen verplaatsen en verdiepen in het unieke van de persoon en het hele (levens) verhaal van die persoon die hij voor zich heeft. Hij/zij zou altijd moeten proberen echt te begrijpen wat er speelt, zonder meteen terug te grijpen op medische taal, diagnostische rationaliteit of een doktersattitude. Hij/zij moet oog hebben voor de verschillende verhalen achter diagnostische categorieën en respect voor dromen en wensen van cliënten. Hij/zij moet daarin present zijn, in een cliënt blijven geloven, hem blijven zien als mens met mogelijkheden. Dit kan alleen als de behandelaar veel geduld en veel interesse heeft in de doelgroep.

*“ Sommige behandelaars hebben een te grote nonchalance. Drie sessies te laat komen, niet goed inleven wat het betekent voor iemand, dat zijn dingen die ik heb ervaren. Als je naar een vrijevestigde psychotherapie gaat, dan zie je dit soort dingen niet. Dat is echt iets van de grote ggz instellingen.”*

*“ Een behandelaar zou zich niet als behandelaar moeten opstellen maar in de eerste plaats als mens. Heel vaak praten behandelaars allemaal medische taal.”*

*“ Als je bij de ggz werkt dan moet je heel empathisch zijn, betrokken. Psychiaters hebben een leuke opleiding genoten maar dat zijn niet altijd empathische mensen, of mensen die naar je luisteren. Je bent er niet altijd mee geholpen. Iemand die lager in de hiërarchie zit, daar heb je soms meer aan. Soms kunnen zij deurtjes openen, juist omdat ze gelijkwaardiger werken. Psychotherapeuten kijken ook te technisch en zakelijk, soms vergeten ze dat er een mens in de stoel zit.”*

Een aantal geïnterviewden geven aan dat er grote verschillen te zien zijn tussen ggz-instellingen en zelfs binnen ggz-instellingen in de manieren waarop cliënten worden bejegend. Vooral op klinische afdelingen wordt de bejegening als negatief ervaren: machtsmisbruik, beheersing en een ‘opascultuur’ worden genoemd.

*“ In klinische settings is de bejegening vaak erg slecht: je wordt gepest, als je te mondig bent, word je gesepareerd, er wordt niet naar je geluisterd. Ik ben zelf slechtiend maar mocht mijn bril niet op in de separeer. Vervolgens zeiden ze dat*

*ik niet uit de separatie mocht omdat 'ik geen contact legde', maar dat kwam omdat ik ze niet kon zien omdat ik mijn bril niet had. Op een gegeven moment weet je niet meer weet hoe je uit de separeer moet komen. Je denkt dat je dood bent."*

Opvallend is dat een aantal geïnterviewden die als ervaringsdeskundigen in een FACT team werken, ook negatieve ervaringen hebben met betrekking tot bejegening. Zij vertellen dat nog regelmatig binnen teams wordt gesproken over 'die borderliner' of 'die bipolaire'. Zij geven aan dat het mede door dit soort taal en bejegening lastig kan zijn om als ervaringsdeskundige een plek te vinden in zo'n team.

### *Heldere en aandachtige communicatie*

Geïnterviewden wijzen unaniem op het belang van aandachtige communicatie en 'goed met de behandelaar kunnen praten' en koppelen dit aan de competenties en gespreksvaardigheden van behandelaren. Aspecten die door vrijwel alle geïnterviewden genoemd worden, zijn: goed luisteren, breed luisteren, verbaal en non-verbaal kunnen interpreteren, veel vragen stellen, doorvragen en de juiste vragen stellen, de tijd nemen voor het gesprek, terug komen op wat een cliënt eerder heeft verteld, niet oordelen of invullen, goed waarnemen en signalen oppikken, vragen beantwoorden en niet wegwuiven. Hoewel het feitelijk hele logische zaken zijn, ervaren veel geïnterviewden tekorten op dit vlak binnen behandeltrajecten.

*" Behandelaar moet competent zijn, in staat om te communiceren. Het verbaast me dat er veel behandelaren zijn die niet kunnen communiceren."*

*" Luisteren, luisteren, luisteren, daar gaat het om."*

Naast goede communicatie is ook *helderheid* in de communicatie belangrijk. Dit betekent dat een behandelaar: transparant is over zijn eigen interpretaties en over wat hij/zij wel en niet kan bieden, geen dubbele agenda heeft, aangeeft waar zijn grenzen liggen, 'uit de kreten blijft', eerlijk is ("we zijn niet van porselein"), heldere afspraken maakt, informatie verstrekt en duidelijkheid creëert. Dit alles geldt ook voor de communicatie door behandelaren met naasten. Enkele naasten geven aan dat zij hebben meegemaakt dat het contact met hen totaal werd afgesloten. Dat is als zeer schokkend ervaren. Sommige geïnterviewden geven aan dat zij het gevoel hebben dat bureaucratie en het werken met protocollen een goede en heldere communicatie in de weg zitten (zie ook het thema 'maatwerk').

### *Persoonlijkheid en klik*

Een veel genoemde voorwaarde voor kwaliteit van zorg is dat -zeker als een langdurig behandelcontact wordt aangegaan- er een goede match moet zijn tussen cliënt en behandelaar. Dit gaat nog een stapje verder dan goede bejegening en goede gespreksvaardigheden en is iets anders dan ervaring hebben met de problematiek (zie thema 'ervaring en deskundigheid'), al heeft het daar wel veel mee te maken.

Voor een goede behandeling dient er ook sprake te zijn een persoonlijke 'klik', oftewel een goede combinatie van *personen* en bereidheid tot het investeren van iets van de persoonlijkheid aan beide kanten. Dat vormt namelijk het vertrekpunt voor het opbouwen van contact en het tot stand brengen van een vertrouwensrelatie of werkrelatie gebaseerd op "wederzijds respect", "wederzijds vertrouwen", "eerlijkheid naar elkaar toe". Zo'n band waarbij beide partijen iets van hun persoonlijkheid investeren en elkaar kennen, is volgens geïnterviewden ook een van de belangrijkste voorwaardelijke factor voor het slagen van een behandeling en voor effectief herstel. Enkele uitspraken van geïnterviewden hierover:

*" Allerbelangrijkste is de klik tussen behandelaar en patiënt. Als die er niet is, gaat er niks landen. Zonde van tijd en geld!"*

*" Het begint bij een goede relatie met de behandelaar. Daar staat of valt alles mee. Er moet contact worden opgebouwd. Die gemeenschappelijke basis is nodig om überhaupt stappen te kunnen zetten."*

*" Past de behandelaar bij jou? Is er een klik... Het moet iemand zijn waarmee je om wat voor reden dan ook makkelijk praat en waarbij je je vertrouwd voelt. Dat betekent dat het heel erg om de persoon gaat."*

*" Of je nou SPV bent of activiteitenbegeleider of psychiater, je persoonlijkheid is altijd je instrument. Soms zijn SPV'ers, verpleegkundigen en activiteitenbegeleiders veel beter dan hoger opgeleide behandelaren. Zij durven wel gewoon mens te zijn, durven zich wel op jou te richten. Psychiater zie je een keer per jaar, daar heb je geen gesprek mee, geen band. Dat is tegenwoordig zo afgekald, verschraald. De SPV kent jouw leven. Geeft iets van eigen persoon te kennen, die zegt bijvoorbeeld: ik heb ook een hond. Dat kan heel belangrijk zijn."*

Verschillende geïnterviewden stellen dat het hele idee dat de klik van persoon tot persoon zo belangrijk is voor het slagen van een behandeling, niet past binnen huidige tendensen van de protocollering van behandelingen. Daarbinnen wordt de rol van de behandelaar geobjectiveerd aan de hand van aspecten als kennis, discipline en ervaring en wordt de persoonlijke dimensie juist minder belicht. Geïnterviewden hebben het gevoel dat het belang van een goede matching in de ggz daardoor vaak onderschat wordt. Complicerend aspect van dit thema is dat het ontstaan van een klik tussen cliënt en behandelaar slechts ten dele berust op beïnvloedbare factoren. De match is niet af te dwingen, waarmee de creatie van een zorgmodel waarin keuzevrijheid, maatwerk en flexibiliteit de boventoon voeren, urgenter wordt, aldus geïnterviewden. Geïnterviewden vinden over het algemeen dat dit er nog te weinig is. In de huidige ggz lijken er "krampachtige ideeën over professionele afstand" te bestaan die de totstandkoming van een goede band in de weg zitten. "Ik begrijp dat er enige professionele afstand moet zijn, maar er moet net zozeer betrokkenheid zijn!", zo stelt een van de geïnterviewden.

Een andere belemmerende factor is dat er te weinig mogelijkheden lijken te bestaan om te wisselen van behandelaar als blijkt dat er geen klik is of succesvolle relatie ontstaat tussen cliënt en behandelaar, zo stellen enkele geïnterviewden.

*“ Er moet sprake zijn van een match, een klik. Voorwaarde daarvoor is keuze van behandelaar uit verschillende disciplines. Ze zijn in het beste geval allemaal coach maar de een is coach-psychiater, de ander coach-ervaringskundige, coach-psycholoog, coach-SPV, en dat de cliënt kan kiezen op basis van de waarden die die behandelaar representeert en de persoon die het is.”*

*“ Ik zou graag zien dat de matching beter gaat. Veel meer keuzevrijheid, keuze welke behandelaar je het meest aanspreekt. Wie het best kan helpen, dat hangt namelijk van de cliënt af. De een kan goed met een psychiater overweg, de ander met een SPV. De cliënt moet dat zelf kunnen beslissen.”*

### *Samen werken en samen keuzes maken*

Geïnterviewden vinden het belangrijk dat binnen een behandeling altijd sprake is van shared decision making. Client en behandelaar moeten samen optrekken en samen steeds vanuit een open dialoog onderzoeken of een bepaalde vorm van (be)handelen voor deze persoon en voor dit moment zinvol is.

*“ Behandelaren en cliënten moeten samen kunnen werken, op een reflexieve manier.”*

*“ Shared decision making moet voorop.”*

*“ Belangrijk is dat de behandelaar en de cliënt samen kijken naar wat iemand wil in de toekomst, en dat de behandeling er op gericht is om daar naar toe te werken.”*

Om effectief samen te werken is een bepaalde mate van gelijkwaardigheid nodig waarbij de behandelaar professionele kennis inbrengt, de cliënt en naastbetrokkenen ervaringskennis inbrengen en dat op basis van al die kennisbronnen stappen worden gezet en beslissingen worden genomen. Geïnterviewden vinden dat cliënten nooit onder druk mogen worden gezet om te doen wat behandelaren willen. Belangrijk is daarom dat de behandelaar voortdurend vragen stelt om de ervaringen en wensen van de cliënt boven tafel te krijgen, aldus geïnterviewden. Belangrijk daarbij is het bewustzijn dat cliënten niet vanzelf die ruimte innemen, dat moet een behandelaar ook stimuleren. Ook het verstrekken van juiste informatie is voor het samenwerken essentieel. “Door kennis over je eigen situatie, ben je mondiger en kan je beter in discussie treden”, aldus een van de geïnterviewden. Geïnterviewden benadrukken dat samen werken en samen keuzes maken de kwaliteit van zorg vergroot, omdat het cliënten medeverantwoordelijk maakt voor de behandeling.

*" Er moet samen worden gewerkt aan de behandeling. Het is niet zo dat er opdrachten worden verstrekt die de cliënt moet uitvoeren maar er moet sprake zijn van een soort onderhandeling: shared decision making. Uit ervaring weet ik dat dit goed werkt. Samen beslissen komt de therapietrouw ten goede. Je gaat namelijk eerder hetgeen doen, wat je in samenspraak hebt besloten. Houdt je motivatie beter."*

*" De patiënt meer betrekken bij de behandeling. Dat is goedkoper en beter. Er is er niet één de baas; je doet het samen."*

*" Ik vind dat er meer moet worden gedaan met shared decision making: meer regie, verantwoordelijkheden delen. Ik ben optimistisch over de beweging die gaande is op dat vlak. Het is een antwoord op wat er mistte in de ggz. Het is een ander geluid, dat is hoopgevend."*

### *Ervaring en deskundigheid*

Hoewel thema's rond contact en communicatie veel meer op de voorgrond staan in de interviews, komen ook thema's rond ervaring en kennis aan bod. Belangrijk aspect van kwaliteit is volgens geïnterviewden dat de behandelaar competent is op het gebied van psychische problematiek en vanuit opleiding en kennis inzichten biedt die voor de cliënt nuttig en toepasbaar zijn. Cliënten moeten via behandelaren als het ware toegang krijgen tot kennis en inzichten die voor hen van belang zijn. Geïnterviewden waarderen het als een behandelaar intelligent en analytisch is, in staat snel te denken en verbindingen te leggen, in staat is vooruit te denken, proactief te denken en veel weet over een bepaalde aandoening. Zij vinden dat een gedegen opleiding voor alle ggz-behandelaren een voorwaarde is, maar zijn wel kritisch op huidige ggz-opleidingen. De meesten zouden graag zien dat in die opleidingen veel meer aandacht komt voor thema's rond communicatie en bejegening, en herstelgerichtheid (zie thema 'kracht en herstelgericht'). Deskundigheid over aandoeningen en diagnoses heeft alleen zin in combinatie met communicatie en empathie. "Als dat ontbreekt dan is de kwaliteit sowieso onvoldoende", aldus een van de geïnterviewden.

*" Deskundigheid en verbinding maken zijn even belangrijke competenties. Je kan niet mensen gaan instellen op zware medicijnen als je niet eerst een verbinding maakt. Dit gaat in de ggz vaak niet goed nu."*

*" Rampscenario's hebben altijd te maken met een gebrek aan contact en aansluiten, nooit met gebrek aan kennis en opleiding."*

Nog belangrijker dan kennis uit opleiding vinden geïnterviewden het aspect van ervaring: ervaring met het soort problemen waarmee de cliënt kampt, maar ook algemene levenservaring. "Je kunt het haast niet leren uit een boekje", zo stelt een van de geïnterviewden. Sommige geïnterviewden zijn teleurgesteld geraakt in de ggz wanneer onervaren mensen veel invloed hadden op de gang van zaken.



Vaak begint dit probleem al in de intake en de diagnostische fase. Een goede intake wordt als een essentiële voorwaarde voor de kwaliteit van een behandeltraject beschouwd. Meerdere geïnterviewden vinden echter dat er te snel een diagnose wordt gesteld en vinden het vreemd dat de intake - wat misschien wel het meest complexe onderdeel is van een ggz-behandeling, waarbij het probleem (en daarmee al een groot deel de richting van de behandeling) wordt vastgesteld-, meestal gedaan wordt door de minst ervaren behandelaren. Mensen ervaren dit als badinerend en stellen dat mensen hierdoor vaak op verkeerde plekken in de ggz terecht komen waardoor het onnodig vervalt in 'pappen en nathouden'.

*" Dat betekent ook dat ervaren mensen de intake moeten doen. Probleem is dat bij de poort, bij de aanmelding, niet-ervaren mensen staan. De beter opgeleide mensen zijn er alleen nog maar voor de behandeling. Maar in het ziekenhuis bijvoorbeeld is het eerst de arts die zegt wat er moet gebeuren en dan gaan eventueel andere, minder ervaren mensen het uitvoeren. In de ggz is dat andersom."*

*" Allerbelangrijkste is een goede intake, daar gaan dingen fout. Er zou echt meer moeten worden geïnvesteerd in de intake. Dat moet men laten doen door iemand met genoeg ervaring en kennis. Dat kan kosten besparen. Vaak worden intake-onderzoeken overgelaten aan beginnende, jonge, onervaren hulpverleners. Die vragen onvoldoende door. Vaak zijn het standaard interviews die ze afnemen terwijl het – zeker in de diagnostische fase- juist zo belangrijk is om echt en zorgvuldig naar de cliënt te kijken. Daar komt bij: Als je als ouder iemand tegenover een jong meisje moet zitten, dan wil je niks vertellen. Dat vertraagt het proces enorm. Meer ervaren behandelaren geven meer vertrouwen aan cliënten."*

### *Maatwerk i.p.v. protocolgerichte aanpak*

Bijna alle geïnterviewden geven aan dat een behandeling altijd 'op maat' zou moeten zijn: niet zou moeten vertrekken vanuit een standaard behandelprotocol maar het individu centraal zou moeten stellen. Maatwerk betekent in de kern dat behandelingen aansluiten op wat een specifieke persoon in een specifieke situatie nodig heeft en kan. Flexibel kunnen inspelen op de persoon die hulp nodig heeft. Het is passen en meten want "de ene patiënt is de andere niet!", zegt een van de geïnterviewden. Bovendien kunnen situaties van mensen veranderen. Een behandeling moet kunnen inspelen op dit soort veranderingen zodat de juiste hulp op het juiste moment wordt geboden.

*" Toen mijn man longontsteking had, besloot mijn SPV even te helpen met de keuken schoonmaken. Dat is nog eens de juiste zorg op het juiste moment."*

*" De ggz moet veel sterker gaan aansluiten bij de cliënt. Wie is diegene, wat heeft hij nodig, dat moet het uitgangspunt zijn. Dit vraagt om een ander soort professionaliteit."*

Een belangrijk kritiekpunt dat veel geïnterviewden hebben is de mate waarin DSM-diagnostiek leidend is geworden in de huidige ggz. Zij geven aan dat het weliswaar ontzettend belangrijk is dat goede diagnostiek plaatsvindt maar dat de rigiditeit van het DSM-systeem ervoor zorgt dat maatwerk belemmerd wordt. Zij vinden het een onwenselijke situatie als cliënten in een bepaald plaatje moeten passen en er daarom niet meer goed gekeken kan worden naar het individu. Vele van hen bepleiten een meer gepersonaliseerde diagnostiek, waarbij oog is voor centrale problemen, los van DSM-diagnose. Hiervoor is het nodig dat behandelaren kritisch en 'out of the box' kunnen denken.

*" Er zijn heel veel stoornissen bedacht in de DSM en daar proberen ze kinderen mee in hokjes te duwen, en daar hebben ze programmaatjes voor. Maar kinderen passen altijd in meerdere hokjes (...). Diagnose is een hulpmiddel niet een leidend keurslijf."*

*" Out of the box denken, voorbij DSM hokjes. De DSM zorgt ervoor dat je gaat zeggen: nou dat ziektebeeld, dat past het meest. Dan blijven andere elementen van de problematiek liggen. Dat is niet efficiënt. De behandelaar moet aandacht hebben voor het totale beeld."*

*" Toen mijn kind na een slecht jaar een tweede diagnose werd medegedeeld, toen sloeg dat bij ons allemaal in als een bom. Het rare was dat die extra diagnose niet leidde tot extra of andere ondersteuning. Op die manier is het krijgen van zo'n diagnose alleen een extra stigma, maar leidt het niet tot betere zorg."*

Geïnterviewden signaleren dat DSM-categorieën niet alleen zorgen voor een beperkte vaststelling van problemen en diagnostiek, maar ook in toenemende mate bepalend worden voor de behandelingen waar iemand wel en niet aanspraak op kan maken. Cliënten geven aan dat zij naar aanleiding van een diagnose in een vast traject terecht komen waarbinnen weinig ruimte is voor een persoonsgerichte benadering, zo stellen zij. De methode wordt dan leidend voor het traject en niet meer zozeer de persoon zelf.

*" Ik vind het schadelijk wanneer een methode leidend wordt en niet het menselijke, dat werkt erg exclusief."*

*" Ik werk in een FACT team en merk dat (medicijn)protocollen het lastig maken om echt bij een cliënt aan te sluiten."*

*" Behandelingen zijn vaak te gestructureerd. Dan moet er over worden gegaan naar stap 2, ook als de cliënt daar nog helemaal niet aan toe is. Er moet meer rekening gehouden worden met het individu. Niet iedere cliënt geeft zich even makkelijk bloot, of gaat in hetzelfde tempo. De mogelijkheden van de cliënt zouden leidend moeten zijn."*

Geïnterviewden zijn overigens van mening dat niet alleen cliënten maar ook behandelaren 'gevangen' zitten in protocollen. Geïnterviewden signaleren dat veel behandelaren hun best doen om meer persoonsgericht te werken maar te maken hebben met extreme werkdruk. Maatwerk is heel lastig als behandelaren geen tijd (kunnen) nemen om met een cliënt te praten, om erachter te komen waar iemand last van heeft, wat iemand beweegt. Geïnterviewden geven aan dat de tijd die iemand nu krijgt bij een behandelaar vaak te kort is en dat behandelaren vaak gehaast lijken. *"Er is te weinig tijd om belangrijke dingen boven tafel te krijgen"*, aldus een van de geïnterviewden.

*"Vroeger, 15 jaar geleden, was het normaal om 1,5 uur een behandelaar te zien. Nu vijf minuten. Dat is toch raar. Wat doet dat met de kwaliteit van zorg?"*

*"Goede zorg is zorg die niet steeds kortdurender wordt. Sommige mensen zijn gebaat bij langdurige intensieve zorg die niet alleen is gericht op het stabiliseren. Het is schadelijk dat alles steeds korter en korter moet. Zorg moet aansluiten op de persoon in kwestie."*

*"Het zou fijn zijn als behandelaren niet steeds op de klok kijken en zich moeten haasten tijdens het contact."*

### *Kracht- en herstelgerichte aanpak*

Volgens geïnterviewden is nog zo'n belangrijk aspect van de kwaliteit van een behandeltraject, de mate waarin er krachtgericht wordt gewerkt. Dat wil zeggen de mate waarin een behandeling: een beroep doet op kwaliteiten van mensen, hoop en perspectief biedt, motiverend werkt, oog heeft voor de eigen regie en zelfbeschikking (die zo min mogelijk afneemt en/of waar mogelijk zo snel mogelijk 'teruggeeft'), kijkt naar wat iemand wel kan in plaats van naar wat iemand niet kan, balans weet te vinden tussen onder- en overvragen, maar ook (zelf)stigmatisering weet te voorkomen.

*"Ik was zelf vergeten dat ik mijn kracht kon gebruiken."*

*"Zorg als behandelaar dat je eraan bijdraagt dat iemand krachtiger wordt om zelf problemen op te lossen. Daar wil ik meer erkenning voor. Het versterken van iemands kracht en verantwoordelijkheid is belangrijk."*

Een en ander wordt door geïnterviewden gekoppeld aan het concept 'herstel': een goede behandeling heeft oog voor persoonlijke herstelprocessen en een open houding ten aanzien van eigen herstel- en zelfmanagementstrategieën, aldus enkele geïnterviewden.

*"Zelfmanagement is zo belangrijk, misschien zelfs belangrijker dan CGT en medicatie want dat is vaak nattevingerwerk. Eigen strategieën kunnen heel goed werken. Sommige cliënten hebben meer baat bij klankschalen dan bij een 'pammetje'. Maar hier willen de ggz en vooral psychiaters vaak niks van weten. Terwijl ondersteuning bij zelfmanagement juist zo herstelbevorderend kan zijn!"*

In lijn met dit citaat stellen veel geïnterviewden dat een te grote focus op medicatie als enige 'antwoord', passiviteit in de hand kan werken en daarmee herstel kan bemoeilijken.

Hoewel geïnterviewden over het algemeen zeker niet anti-medicatie zijn, zijn zij wel van mening dat een iets kritischer houding ten aanzien van medicatie de ggz niet zou misstaan.

*" De ggz moet nog veel stappen zetten in de richting van herstelgerichte zorg. (...) Als je in je kracht wil komen dan zit je niet op al die medische adviezen te wachten. Dat kan goedbedoeld zijn, maar het kan herstel tegenhouden. Omdat je klein gehouden wordt. Je kan zo niet voelen dat je het zelf kan. Wil je iemand in eigen kracht zetten, dan moet je hem zelf die stappen laten zetten."*

*" Medicatie werkt in de hand dat mensen hun zelfbeschikking verliezen. Als je krijgt aangeleerd dat je geen verantwoordelijkheid hoeft te nemen, ga je nooit herstellen."*

*" Er wordt in de GGz heel snel overgegaan op medicatie, daar mag men wel wat terughoudender in zijn."*

*" Met een pil voelen mensen zich beter maar de problemen zijn niet opgelost. Op een brute manier is er ingegrepen, maar mensen hebben zelf niet gewerkt aan oplossingen, ze zijn passief, ze zijn niet zelf tot inzichten gekomen. Zo'n aanpak zit in de weg dat mensen zelf aan de slag gaan en hun probleem te overwinnen."*

Veel geïnterviewden wijzen erop dat de dominante van farmacologische behandelingen in de ggz, ervoor zorgt dat behandelingen soms te weinig ondersteunend zijn aan persoonlijke herstelprocessen, terwijl dat wel zou moeten. Voor herstel is meer nodig dan alleen een klinische benadering van psychische problemen, zo stellen zij. De behandelaar moet open staan voor het aanboren van eigen kracht en bovendien aandacht hebben voor de weg naar acceptatie. Hij/zij zou niet alleen in het eigen medische concept moeten blijven hangen, waarin alleen een pakket medicatie en therapie bestaat, maar voorbij het medisch model moeten kijken, overigens zonder die uit het oog te verliezen, aldus geïnterviewden.

*" Een goede ggz behandeling is gericht op herstel van de cliënt, iets wat ggz-breed helder zou moeten zijn. Er bestaat een neiging dat de behandelaar bepaalt wat goed is voor de cliënt (m.b.t. medicatie, therapie etc.). Het is goed die daar suggesties voor geeft maar uiteindelijk kan je herstel niet afdwingen, alleen ondersteunen. Ik heb wat dat betreft het meest gehad aan een SPV. De psychiater is te gefocust op medicatie, ik vind het belangrijk dat er een breder zicht komt op wat nodig is voor herstel."*

### *Aandacht voor context*

Grofweg de helft van de geïnterviewden gaat specifiek in op hoe belangrijk het is voor de kwaliteit van een behandeling dat er oog is voor de context van een cliënt. Hierover wordt onder andere gezegd dat het bezoeken van mensen thuis, op school etc. in plaats van alleen in de kliniek of instelling, belangrijk is om goede zorg te kunnen leveren. De omgeving waarbinnen een cliënt functioneert kan veel inzicht bieden in (oorzaken van gedrag van) de cliënt, of achtergronden van ervaringen. Deze kennis wordt helaas vaak niet benut, zo stellen naasten en enkele cliënten. Aandacht voor context is onderdeel van het verdiepen in problematiek en effectieve behandeling.

*“ Een goede behandelaar bouwt een band op in verschillende situaties en settings, niet alleen in de behandelkamer.”*

*“ De behandelaar zou niet alleen binnen moeten zitten en praten met cliënten maar ook dingen moeten ondernemen met een cliënt. Een goede behandelaar is actiever, treedt meer naar buiten, zodat die koppeling naar het maatschappelijke makkelijker te maken is.”*

Daarnaast wijzen geïnterviewden op het belang van het betrekken van naasten en familie en het aansluiten bij het sociaal systeem van een cliënt. Enkele uitspraken van de geïnterviewden hierover:

*“ Een goede behandeling helpt mensen op alle fronten van hun leven vooruit, dus: medicijnen én therapie én familie en vrienden betrekken, en iets doen met de sociale omgeving. Dat laatste is essentieel voor herstel.”*

*“ Je kan geen succes hebben als je de omgeving niet bij herstel betreft. Je bént de mensen om je heen. Er is een wereld te winnen op dat gebied. Het is gewoon bewezen dat het bijdraagt aan herstel.”*

*“ Behandelaars of mensen die betrokken zijn bij de behandeling moeten oog hebben voor de mensen die om de cliënt heen staan. Die hebben namelijk veel kennis. Praat eens met een partner en doe dat op zo'n manier dat het open is voor de klant. Dit mag echt meer in de praktijk! Je kan heel veel kennis halen bij de naastbetrokkenen. De artsen en verpleegkundigen zien cliënten slechts op een moment dat je niet bent zoals je normaal bent, dat werkt platitudes in de hand. Dat is een vertekend beeld. Het inschakelen van de kennis van naasten hoort bij herstelondersteunend werken.”*

Respondenten geven aan dat er nog veel winst te behalen valt op dit gebied. Niet alleen worden naasten soms buitengesloten van de communicatie met/over een cliënt (iets waar alle geïnterviewde naastbetrokkenen ervaring mee hebben),

er is vanuit de ggz ook te weinig oog voor de druk die er bijvoorbeeld op een gezin ontstaat wanneer een van de gezinsleden psychische problemen krijgt. "Na een psychose is immers een heel gezin gedesintegreerd", zo vertelt een geïnterviewde. Aandacht voor de context betekent ook aandacht voor eventuele hulpvragen van die context en het bieden van ondersteuning.

*" Dus ook de familie moet veel meer ondersteund worden. Met name als iemand ambulans is. Als de familie het niet aan kan, dan gaat het erger worden. Ik denk dat je mensen moet leren hoe ze met de situatie om kunnen gaan."*

*" Als iemand ziek is, en de familie weet niet wat dat betekent, of weet niet wat de oorzaak is van raar gedrag, dan is dat heel schadelijk. Die familie moet dat verwerken en er op een constructieve manier mee omgaan. Rekening moet worden gehouden met het feit dat ook mensen die niet in de psychiatrie zitten, worstelen met zichzelf en die moeten nu opeens sterk genoeg zijn om hun familielid continu te steunen."*

*" Er is niemand die ooit heeft gezegd: hoe gaat het met het zusje? Hoe gaat het met de moeder? Ik ben mijn baan verloren omdat de ggz mijn dochter niet wilde helpen. Hier moet meer aandacht voor komen. De impact is groter, bestrijkt het hele systeem om de cliënt heen, dat gaat namelijk wankelen en functioneert niet meer."*

### *Samenwerking met ervaringsdeskundigen*

Geïnterviewden pleiten er niet zozeer voor dat ervaringsdeskundigen de rol van behandelaar gaan overnemen maar vinden het wel belangrijk dat er meer ervaringsdeskundigen worden ingezet in ggz-instellingen. Het inzetten van ervaringsdeskundigen zorgt ervoor dat "de menselijke toon meer de boventoon gaat voeren", zegt een van de geïnterviewden. De meest wenselijke situatie is wanneer er een bepaalde structuur wordt gecreëerd waarbij professionele behandelaars steeds in dialoog gaan of samenwerken met ervaringsdeskundige medewerkers. Dit verhoogt volgens geïnterviewden de kwaliteit van zorg.

*" Ik vind het een goede ontwikkeling dat er meer ervaringsdeskundigen worden aangenomen. Daar ligt de toekomst van de ggz! Dat delen van ervaringen: dat werkt. Dat moet in alle lagen van organisaties."*

*" De toekomst ligt in de samenwerking met ervaringsdeskundigen. Er kan een hele mooie samenwerking zijn tussen hulpverleners en ervaringsdeskundigen."*

*" FACT is een goede ontwikkeling vooral als er ervaringsdeskundigheid wordt toegevoegd."*

Geïnterviewden zien ervaringsdeskundigen ook graag in de rol van persoonlijke coach die naast de behandelaar beschikbaar is om mee te sparren en advies van de vragen. Slechts een paar van de geïnterviewden heeft hier nu al mee te maken (of zijn zelf ervaringsdeskundig coach), maar iedereen die er mee te maken heeft, is daar erg positief over. Enkele geïnterviewden wijzen er wel op dat het beter opleiden van ervaringsdeskundigen tot coach een voorwaarde is. Daar is nog winst op te behalen.

*“ Ik ben blij dat ik een hele goede ervaringsdeskundige heb als coach. Het is heel prettig om haar om te spreken.”*

*“ Het beste is als er een soort coach is die jou bijstaat. Als ze dat gaan doen, scheelt dat een hoop geld. De ervaringsdeskundige is dan een soort mental coach die een goede verstandhouding heeft met professionele deskundigheid en zelf uit zijn problemen is.”*

*“ Ik zou naast de professionele behandelaar een soort mentor of mentrix willen die mijn zaken kan toelichten. Iemand die op de hoogte is van de ziekte, mogelijk zelf heeft gehad; dat hij mij kan ondersteunen.”*

*“ Veel mensen hebben gewoon steun nodig. Dit hoeft geen psycholoog te zijn! Psychologiseren is niet altijd het antwoord. Ook de psychiater hoeft dit niet te doen. Het is ook onbetaalbaar als de psychiater dat gaat doen. Je moet hiervoor een coach hebben, laagdrempelig. Goedkoper en zinvoller.”*

Een van de geïnterviewden zegt nog iets interessants over ervaringsdeskundige hulpverleners. Zij vindt dat de term ervaringsdeskundige wel een beetje opgewaardeerd mag worden. Zij heeft het gevoel dat het door de term niet serieus over komt en zou liever willen dat het ‘counselor’ wordt genoemd. Ze zou ook willen dat iedere ervaringsdeskundige een goede counselingopleiding krijgt. Dan zou het een enorme toevoeging kunnen zijn in de ggz.

*“ Counseling moet een plekje in de ggz krijgen. Dat kan kosten besparen. Het werkt motiverend.”*

Naast de opmerkingen die geïnterviewden maken over coach-ervaringsdeskundigen, geven enkele geïnterviewden ook aan dat zij baat hebben bij ervaringsdeskundig begeleide herstel- of lotgenotengroepen.

*“ Ik heb mijn kracht teruggevonden in een herstelgroep. Daar gebeuren prachtige dingen. Dat kan je moeilijk aantonen want het is ongrijpbaar, maar het gebeurt wel degelijk. Misschien is het wel een essentieel element van psychische ondersteuning.”*

### *Breed aanbod, keuzevrijheid*

Een volgend aspect dat van belang is voor de kwaliteit van zorg is een breed behandelaanbod dat aansluit bij de verschillende problemen, situaties én de wensen van cliënten. Cliënten zouden vervolgens zelf moeten kunnen kiezen uit dat aanbod.

*“ In een goede behandeling worden keuzes geboden; dat wil zeggen dat er verschillende mogelijkheden zijn qua behandelingen. De patiënt moet kunnen kiezen: behandeling gericht op symptoombestrijding of aan de gang met sterker worden zodat je aan herstel kan werken.”*

*“ Belangrijk is dat de ggz het mogelijk maakt dat de patiënt de baas is over zichzelf, met de assistentie van deskundigen. De patiënt moet kunnen kiezen uit aanbod, bijvoorbeeld behandelingen zoals CGT, intrapersoonlijke therapie etc., maar ook meditatie en yoga, mindfulness.”*

Verschillende geïnterviewden wijzen erop dat het behandelaanbod binnen instellingen tegenwoordig sterk (bijna uitsluitend nog) gekoppeld is aan diagnoses (zie ook thema 'maatwerk i.p.v. protocolgerichte aanpak') en weinig gevarieerd is. Hierdoor kunnen cliënten regelmatig geen aanspraak maken op behandelingen die volgens henzelf of hun behandelaren wel zinvol zouden kunnen zijn. Of andersom: cliënten worden soms in behandeltrajecten geplaatst die niet goed passen bij de situatie, de dingen waar iemand in zijn leven tegen aan loopt en/of de wensen van de cliënt. Cliënten en naasten geven aan dat er winst te behalen is met betrekking tot de kwaliteit van zorg als er meer mogelijkheden worden gecreëerd om behandelingen te kiezen die passend zijn. Er zou in het aanbod meer erkenning moeten zijn voor de verschillen tussen cliënten.

*“ Het aanbod moet gevarieerder zijn, waarbij de tussenschotten tussen diagnose-hokjes verdwijnen.”*

*“ Ik vind wel dat het FACT op bepaalde vlakken tekort schiet. In de eerste plaats is het aanbod te beperkt. Wij kopen daarom zelf extra psychotherapie in, buiten het aanbod. Daar moeten we dan wel om smeken.”*

*“ Opvallend is dat het behandelaanbod en de keuzevrijheid bij een vrijevestigde psychiater groter lijkt dan in een instelling.”*

*“ Ik had een collega en die zat bij een vrijevestigde psychiater en die kreeg een heel aanbod aan behandelingen voorgeschoteld waar ze uit mocht kiezen om uit te proberen. Ze kon die behandelingen ervaren en evalueren hoe dat ging. Ik vind het behandelaanbod in instellingen echt te mager. Daarbinnen hangt veel af van je eigen assertiviteit af en van de passie van je psychiater.”*



### *Multidisciplinariteit en onderlinge afstemming*

Weliswaar hebben enkele geïnterviewden naar eigen tevredenheid te maken met slechts één behandelaar (bijvoorbeeld een vrijgevestigde psychotherapeut) die de hele behandeling vormgeeft; de meeste geïnterviewden hebben te maken met meerdere behandelaren, uit verschillende disciplines, binnen een grotere instelling. Zij hebben bijvoorbeeld te maken met medische, psychologische en sociale deskundigen, sommigen ook met ervaringsdeskundigen. Veel van hen geven aan dat de organisatie van multidisciplinariteit erg belangrijk is, zeker wanneer de problematiek complexer is. Voorgesteld wordt dat de kwaliteit van zorg vergroot wordt wanneer behandelaren altijd de mogelijkheid hebben om met collega's uit andere disciplines -die de cliënt ook goed kennen- te overleggen. Er ontstaat zo een situatie waarin behandelaren altijd kunnen terugkoppelen en elkaar onderling kunnen aanspreken op keuzes. Zorg is kwetsbaar als een behandelaar een 'loner' is, zo stelt een van de geïnterviewden, dan versmalt de visie en als de behandelaar uitvalt door vakantie, ziekte of zwangerschapsverlof, is er opeens geen zorg meer. Een andere geïnterviewde geeft aan dat er 'een soort democratisch geheel moet zijn over hoe de behandeling wordt aangepakt'.

*" Het uitzoeken wat het beste voor iemand is, zou altijd moeten gebeuren door een team van psychologen, SPV'ers, ervaringswerkers, PIT'ers."*

*" In een wijkteam speelt de SPV'er een veel grotere rol in het opstellen van een behandelplan en wordt er bovendien altijd multidisciplinair overleg gepleegd over wat de SPV en de cliënt hebben afgesproken qua behandelplan. Dit is eigenlijk beter dan de situatie waarin de psychiater alles alleen bepaalt."*

*" Ik werk zelf in een FACT team en daar zit een verschil in. Daarbinnen wordt er beter gecommuniceerd, de lijnen zijn kort. Ik zie dat er binnen 1 instelling twee verschillende vormen van ggz ontstaan, die vooral op het punt van communicatie sterk verschillen. Bij FACT zijn behandelaren sneller bereikbaar, de zorg is flexibeler in te zetten. Zorg die in FACT team nagestreefd wordt is kwalitatief betere zorg dan poliklinisch zorg vanuit een instelling."*

Geïnterviewden geven aan dat een goed functionerend team 'zorg op maat' kan bevorderen door flexibiliteit, continuïteit, snel doorverwijzen naar andere disciplines en meer keuzevrijheid voor de cliënt te bewerkstelligen. Maar daarvoor zijn er wel een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan, volgens geïnterviewden:

- Iedereen van het team zou de cliënt persoonlijk moeten kennen
- Er moet voldoende tijd zijn voor overleg en voor het betrekken van verschillende disciplines
- Er moet helderheid zijn over wie wat doet, een duidelijke taakverdeling en verdeling van verantwoordelijkheden en er moet goed geëvalueerd worden of een team functioneert

- Er moet een helder aanspreekpunt zijn, een persoon die als coördinator fungeert en waarbij de cliënt snel terecht kan met vragen.
- Er moet onderlinge gelijkwaardigheid zijn

In de ervaring van geïnterviewden is de uitwerking van multidisciplinaire teams in de praktijk nog niet optimaal. Enkele uitspraken hierover:

*" Ik zit in een FACT team, maar ik zie alleen de SPV, de rest ken ik niet."*

*" Het is heel raar dat in een kliniek in een team wordt gepraat over een cliënt en wordt beslist wat er goed is voor die cliënt, terwijl men de cliënt niet eens kent. Ze baseren behandelstrategieën op de uitkomsten van gesprekken die door één (vaak onervaren) behandelaar zijn gehouden. Goede behandeling veronderstelt dat alle behandelaren de cliënt goed kennen."*

*" Goede zorg omvat een aanpak vanuit meerder disciplines: medisch, sociaal en psychologisch. Helaas komen bijvoorbeeld FACT teams nu zo tjokvol te zitten met steeds zwaardere problematiek, waardoor het multidisciplinaire in de praktijk niet goed uit de verf komt. Vaak vervalt het tot medisch, hooguit met sociale/ maatschappelijke zorg, maar het psychologische valt in de FACT teams vaak weg."*

*" Er moet veel verbeterd worden aan FACT. De intentie bij FACT is er. Maar eigenlijk zijn ze toch stigmatiserend. Eerst zat FACT in de wijk maar nu is het weer het instellingsterrein, de psychiatrische kliniek. Dat is zo jammer. De ideologie wordt niet waargemaakt. De praktijk is weerbarstiger, ondanks goede intenties. Ik zie m.b.t. FACT overal lekkages en constructiefouten."*

*" Een multidisciplinair team is belangrijk voor goede zorg; daarmee kan enige keuzevrijheid voor de cliënt worden gewaarborgd. Maar belangrijk is daarbij wel dat er regelmatig wordt geëvalueerd of het team effectief werkt. Dat moet veel actiever aan de orde worden gesteld."*

*" Ik krijg wel de indruk dat er veel machtsverhoudingen aan de gang zijn tussen psychiaters en psychologen in een team, over wie de baas is."*

*" Heldere onderlinge communicatie, daar ontbreekt het nog wel eens aan. Heldere afspraken, duidelijkheid."*

### *Toegankelijkheid, duidelijk aanspreekpunt*

Veel geïnterviewden ervaren de ggz als een moeilijk toegankelijke, logge organisatie. Opmerkingen hierover betreffen dat behandelaren vaak niet goed benaderbaar zijn, dat er hoge drempels zijn om in de ggz te komen en dat je vaak lang moet wachten om hulp te krijgen. Enkele geïnterviewden spreken over de ggz als een hele grote fabriek

die gekenmerkt wordt door loketvorming en hiërarchie waardoor de toegankelijkheid vaak tekort schiet. Belangrijk voor een goede kwaliteit van behandeling is volgens geïnterviewden juist dat de wegen kort zijn, dat je snel toegang hebt tot de juiste hulp. Dit kan ook kosten besparen, aldus geïnterviewden. Wachtlijsten en bureaucratie zitten toegankelijkheid in de weg.

*“Goede behandeling kenmerkt zich door bereikbaarheid en toegankelijkheid; de wegen moeten kort zijn. Als je medicatie nodig hebt, moet je contact kunnen leggen, en is het funest als je een antwoordapparaat krijgt.”*

*“Ik maak me druk over de wachtlijsten in de tweedelij. Als mensen in totale wanhoop opbellen dan denk je: wat vreselijk dat er wachtlijsten zijn. Dit is af en toe echt een drama. Dat is heel triest in de zorg. Het hoeft niet zo te zijn dat je meteen dezelfde week terecht kan. Maar het zou fijn zijn als mensen in psychische nood niet maandenlang moeten wacht op hulp.”*

*“Het is nu te moeilijk om hulp te vinden als dat nodig is. Het is heel lastig om ergens binnen te komen, om ergens gehoord te worden. Mensen worden van het kastje naar de muur gestuurd. Niet serieus genomen, niet geholpen.”*

*“Iedereen moet eerst een formulier invullen, wachtlijst, intake, weer wachten. Ook als je alleen advies wil. Daardoor worden wachttijden onnodig verlengd. Ik word gek van invullen van formulieren en intakes. Ik heb altijd goede ervaring gehad met hulpverleners (mede door zelf goed te communiceren) maar de laatste jaren zit ik tegen bureaucratie te vechten. Je wordt er moedeloos van, want je bent niet bezig met hulp voor de kinderen, maar met systemen.”*

Opvallend is dat vrij veel geïnterviewden aangeven geen idee te hebben wie formeel het aanspreekpunt is binnen hun behandeltraject. Anderen geven aan dat formeel de psychiater die rol heeft maar dat die juist de minst toegankelijke persoon is van alle behandelaren waar iemand mee te maken heeft. Een van de redenen waarom de SPV zo belangrijk is voor velen, is het feit is dat deze vaak het best bereikbaar en het meest toegankelijk is. Vaak zijn SPV'ers bereikbaar via mail of zelfs sms, dat wordt door geïnterviewden als zeer prettig ervaren.

*“Ideale situatie is dat iedereen een SPV-coach heeft zoals wij hebben. Ik ken eigenlijk niemand anders die dat heeft. Ik hoor dat veel mensen ertegen aan lopen dat het niet lukt om alle behandelaren aan tafel te krijgen, mensen klagen dat ze dol worden van het feit dat iedere behandelaar iets anders wil. Het is mijn droom dat iedereen een heel bereikbaar aanspreekpunt heeft in de ggz, zodat je als ouder of ggz-patiënt, heel laagdrempelig kan praten met iemand waarin je vertrouwen hebt, om te voorkomen dat dingen uit de hand lopen. Even iemand bellen om te kunnen uiten. Dat is ontzettend ontlastend voor patiënt en familie.”*

*Maar zou ook veel goedkoper zijn! Vaak loopt het uit op duurdere zorg dan nodig is. Even kunnen bellen: "ik zit er doorheen", voorkomt veel ellende. Een steunpunt is echt nodig. Ook bijvoorbeeld bij onzekerheid bij medicatie, bij opvoeding of nieuwe gedragingen, even kunnen checken: is dit okee, kan SPV ondersteunen, of moet er worden doorverwijzen naar andere deskundigen?"*

# Literatuur

Anthony, K.H. (2008). Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*; 46(7):25-33.

Baart, A., & Carbo, C. (2013). *De zorgval*. Amsterdam: Thoeis.

Bähler, M., & Oosterveld, H. (2011). Shared Decision Making. Samen keuzes maken. In: Rooijen, S. van. & Weeghel, J. van. (2011). *Psychiatrische Rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: SWP.

Baker, S.E., & Edwards, R. (2012). How many qualitative interviews is enough? National Centre for Research Methods. <http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/>

Bergmans, C., Beentjes, B. (2011). De ontwikkeling van een herstelondersteunend begeleidingsplan. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*; 1, 36-43.

Boertien, D., & Bakel, M. van. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.

Boertien, D., Bakel, M. van. & Weeghel, J. van. (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland. Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*; 67(5): 276-283.

Boevink, W, Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *PsychoPraxis*; 7(1): 14-20.

Boevink, W. (red) (2006). *Verhalen van herstel*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ft*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bovenberg, F.J.M., Staats, H. (2008). Illness Management & Recovery. In: Plooy, A., Rooijen, S. van. & Weeghel, J. van. (red.) (2008). *Psychiatrische rehabilitatie jaarboek 2008-2009*. Amsterdam: SWP.

Cook, J.A., Copeland, M.E. & Jonikas, J.A. e.a. (2011). Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatr Serv.* ;63(6):541-7.

Davey, M.P., Kissil, K., Nino, A., Tubbs, C.Y. (2010). "They paid no mind to my state of mind": African American breast cancer patients' experiences of cancer care delivery. *J Psychosoc Oncol*; 28(6):683-698.

Deegan, P.E., & Drake, R.E. (2006). Shared Decision Making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*; 57(11): 1636-1639.

Dröes, J., & Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., Fredriksson, A. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*; 62(6): 606-612.

Goossens, P.J.J., Vries, S. de., Brugman, M. (2013). Illness Management and Recovery. In: Busschbach, J. van, Rooijen, S.van., Weeghel, J.van. (red.). (2013) *Psychiatrische Rehabilitatie. Jaarboek 2013-2014*. Amsterdam: SWP.

Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., & Vuckovic, N. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr. Rehabil.J.*; 32, 9-22.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*; 114, 265–273.

Haaster, H. van, Hidajattoellah, D. (2013). Ervaring met ervaringsdeskundige medewerkers. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*; 1, 48-57.

Hoof, F. van, M. van Vugt (2011). *Samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van., van Erp, N., Boumans, J., & Muusse, C.M. (2014). *Trendrapportage GGZ. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hendriksen-Favier, A., K. Nijmens, Rooijen, S.van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kenyon L, Gordon F. (2009). Community engagement: from bond in a social agency setting: Clients and social workers perceptions. *Journal of Social Work*; 9(2):178-198.

Kroon, H. (2013). *Ambulantisering. Stand van zaken anno 2012*. Presentatie op de Kennisdag GGZ, 7 februari 2013, Amsterdam.

Levitt, A.J., K.T. Mueser, J. Degenova e.a. (2009). Randomized controlled trial of Illness Management and Recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*; 60 (12): 1629-1636.

Nordfj, T., Rundmo, T., Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 17(1):46-64.

Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H. & Ralph, R.O. (2002). *Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria: NASMHPD & NTAC.

Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). *Over de Brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Os, J. van. (2014) *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Leusden: diagnosis.

Plooy, A., & Dröes, J. (2011). Rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. Naar eerherstel voor rehabilitatie. In: Rooijen, S.van. & Weeghel, J.van. (2011). *Psychiatrische Rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: SWP.

Rapp, C.A., & Goscha, R.J. (2011). *The Strengths Model. A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. Oxford: University Press.

Repper, J. (2013). *Peer support workers: Theory and Practice*. London: Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network.

Saavedra J, Cubero M, & Crawford P.(2012). Everyday life, culture, and recovery: carer experiences in care homes for individuals with severe mental illness. *Cult Med Psychiatry*; 36(3):422-441.

Schout, G., & Jong, G. de. (2010). Eigen kracht in de OGGZ. Een verkenning van mogelijkheden. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*; 65(7/8): 607-624.

Shepherd, G., J. Boardman, & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury centre for mental health.

Shepherd, G., J. Boardman, & Slade, M. (2008). *Ten top tips for recovery oriented practice*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Slooten, D. van, & Rooijen, S. van. (2013). Philippe Delespaul, hoogleraar zorginnovatie: 'Mijn affiniteit ligt onmiskenbaar bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen'. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*; 3, 5-12.

Stomp, O. (2013). 'Creëer één landelijk online ggz-centrum'. *Sozio*, 3-9-2013.

Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient. Educ.Couns.*; 74, 295-301.

Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W. J., Wiersma, D.(2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*; 56, 751-760.

Wezep, M. van, H. Michon (2011). *Op krachten komen! Evaluatie van de implementatie van de strengths aanpak bij GGZ Noord-Holland-Noord*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Young, A.T., Green, C.A., & Estroff, S.E. (2008). New endeavors, risk taking, and personal growth in the recovery Process: Findings from the STARS Study. *Psychiatric Services*; 59(12):1430-1436.









De kwaliteit van zorg is een blijvend aandachtspunt in de beleids- en praktijkontwikkelingen in en rond de GGZ. Belangrijk thema op dit moment is het voornemen van het Ministerie van VWS en veldpartijen om te komen tot een normering van het hoofdbehandelaarschap. Partijen streven naar een inhoudelijke norm voor het hoofdbehandelaarschap, die mede gebaseerd is op de perspectieven en ervaringen van cliënten van de GGZ.

Het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut daarom gevraagd om, in samenwerking met het Landelijk Platform GGZ, een onderzoek te doen naar het cliëntenperspectief op goede zorg en goed hoofdbehandelaarschap in de GGZ. In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek en van de resultaten ervan.

Het onderzoek laat zien dat een hoofdbehandelaar in de ogen van cliënten in de eerste plaats een *goede* behandelaar moet zijn. Veel belang wordt daarbij gehecht aan kwaliteiten als communicatie, empathie, herstelgerichte inzet van deskundigheid en samenwerken met andere behandelaars. Daarnaast dient de hoofdbehandelaar een aantal rollen te combineren. Kern daarbij is intensief contact met de cliënt en naasten enerzijds, in combinatie met een bevoegdheid en bekwaamheid tot het organiseren van zorg aan de andere kant.