

Praxis 2023

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

ZIJN DIT MIJN DOELEN?

Eva Hoogveld



EVA HOOGVELD (48) is sinds 1998 verpleegkundige en vanaf 2002 in dienst bij de Pompestichting, onderdeel van Pro Persona. Binnen de TBS is ze werkzaam geweest op diverse klinische afdelingen en binnen de medische dienst.

Vanuit de wens om zich verder te ontwikkelen heeft Eva in 2019 de HBO-V afgerond en is zijn in 2020 gestart met de opleiding tot Verpleegkundig Specialist ggz binnen Pro Persona. Gedurende haar eerste opleidingsjaar heeft zij mogen werken bij het FACT Ede-Wageningen voor mensen met een psychotische aandoening. In het tweede jaar heeft Eva gewerkt binnen de Beveiligde Intensive Care (BIC) in Wolfheze. Dit is een afdeling waar patiënten verblijven met een verhoogd risico op agressief gedrag als gevolg van een psychische aandoening en/of verstandelijke beperking. Tijdens het derde jaar is ze werkzaam binnen het forensische FACT-team Gelderland-Zuid. Na het afronden van de opleiding zal Eva als Verpleegkundig Specialist ggz terugkeren bij de BIC.

Met dank aan Ariëlle Korf, Christian Rademaker, Jacobine van Lankeren en Bea Tiemens voor de ondersteuning en feedback. Marjan van Hetteema en Mòrag Hoogveld bedankt voor alle support.

SAMENVATTING

AANLEIDING Mensen met niet-aangeboren hersenletsel kunnen hiervan zichtbare en onzichtbare beperkingen ervaren. Deze aandoening kan gevolgen hebben op cognitief gebied, per-

soonlijkheid, emotie en gedrag. Deze gevolgen kunnen van invloed zijn op het 'samen beslissen' bij het opstellen van behandeldoelen. Het is onduidelijk hoe patiënten die poliklinisch behandeld worden binnen Thalamus het opstellen van hun behandeldoelen ervaren.

DOEL Inzicht verkrijgen hoe poliklinisch behandeld patiënten met neurocognitieve problematiek het opstellen van hun behandeldoelen ervaren, en aanbevelingen formuleren voor mogelijke verbeteringen bij het samen opstellen van behandeldoelen.

METHODIEK Het betreft een kwalitatieve thematische analyse, waarbij acht participanten eenmalig met behulp van een topiclijst met startvragen zijn geïnterviewd.

RESULTATEN Uit data-analyse komen vijf thema's naar voren: weinig herinnering, overgave, onvoldoende ondersteunend, kleuring van de ervaring, behoefte. Participanten hebben weinig herinneringen aan het opstellen van hun behandeldoelen en laten dit vooral over aan hun behandelaar. De opgestelde behandeldoelen worden niet zonder hulp herinnerd en worden ervaren als onvoldoende duidelijk, persoonlijk en ondersteunend. De positieve ervaringen die benoemd worden gaan over het contact met de behandelaar en de behandeling in het algemeen.

CONCLUSIE Het is aan te bevelen om gezien de aanwezige neurocognitieve problematiek meer tijd te nemen voor het samen opstellen van duidelijke en persoonlijke behandeldoelen, deze vaker te evalueren, en gebruik te maken van een keuzehulp.

Zijn dit mijn doelen?

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van poliklinisch behandelde patiënten met neurocognitieve problematiek rond het opstellen van hun behandeldoelen.

ONDERZOEK

AANLEIDING

Nederland kent een groep van circa 600.000 mensen die (on)zichtbare beperkingen ervaren als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) (Federatie Medische Specialisten, 2021). Onder NAH verstaan we in Nederland zowel neurodegeneratieve aandoeningen als niet-degeneratieve aandoeningen (Lannoo et al., 2007). De gevolgen van NAH verschillen per individu. Soms zijn er blijvende gevolgen die moeten worden verwerkt, en is er sprake van een vaak langdurige en moeizaam acceptatieproces (Vandermeulen et al., 2016). NAH kan gevolgen hebben op cognitief gebied, op de persoonlijkheid, emotie en op gedrag (Van Bennekom & Van Heugten, 2006). De mogelijke gevolgen zijn voor de omgeving niet altijd zichtbaar, en daarom worden de patiënten

makkelijk overvraagd (Van Bost et al., 2005).

Pro Persona beschikt over een expertisecentrum (Winklerkliniek en polikliniek Thalamus) voor neuropsychiatrie waar patiënten worden behandeld bij wie NAH heeft geleid tot psychische problematiek (Pro Persona, z.d.).

De behandeling binnen Thalamus is gericht op het verminderen van de psychische problematiek en het verbeteren van het dagelijks functioneren (Pro Persona, 2019).

In het Landelijke Kwaliteitsstatuut GGZ (Zorginstituut Nederland, 2020) is vastgelegd dat voor elke patiënt een behandelplan moet zijn opgesteld.

De regiebehandelaar heeft de taak om samen met de patiënt behandeldoelen vast te stellen. Binnen Thalamus vindt dit plaats na het intakegesprek. Een behandelplan is een beoogde verandering in gedrag en ervaring, waarbij sprake is van overeenstemming tussen patiënt en behandelaar (Holtforth & Grawe, 2020). Het nastreven van de behandeldoelen is belangrijk voor het persoonlijk welzijn en de geestelijke gezondheid van de betrokkene (Michalak & Holtforth, 2006) en stimuleert betrokkenheid, motivatie en hoop (Clarke et al., 2006). Goed geformuleerde behandelplan doelen die aansluiten bij iemands persoonlijke levensdoel geven richting en zorgen voor betere resultaten in de behandeling (Clarke et al., 2009).

Sinds de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst is gewijzigd per 1 januari 2020, staat 'samen beslissen' of *shared decision making* meer

op de voorgrond (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde, 2021). Onderzoek wijst uit dat samen beslissen nog niet breed wordt toegepast binnen de GGZ (Metz et al., 2019). Patiënten en hulpverleners vinden het vaak moeilijk om gezamenlijk tot overeenstemmende behandelplannen te komen; vaak is er sprake van tegenstrijdige prioriteiten en perspectieven (Lenzen et al., 2017). NAH problematiek kan dit proces nog meer bemoeilijken.

Probleemstelling

Cognitieve problemen bij patiënten met hersenletsel bemoeilijken het samen opstellen van behandelplannen. Binnen Thalamus is het de behandelaren onvoldoende duidelijk hoe de patiënten het opstellen van de behandelplannen ervaren. Het is nodig inzicht in deze ervaringen te krijgen, omdat zulk inzicht medebepalend is voor de uitkomstmaat waarop de behandeling en de patiënttevredenheid over de behandeling worden geëvalueerd. Op dit moment is echter niet bekend hoe patiënten met neurocognitieve problematiek, die poliklinisch bij Thalamus behandeld worden, het opstellen van de doelen voor hun behandeling ervaren.

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in hoe patiënten met neurocognitieve problematiek, die poliklinisch worden behandeld binnen Thalamus, het opstellen van behandelplannen ervaren. Met de verkregen gegevens worden aanbevelingen gedaan voor mogelijke verbeteringen bij het samen opstellen of kiezen van behan-

Tabel 1

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Leeftijd 18 – 65 jaar	Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal
Ambulant in behandeling bij Thalamus	Ernstige beperking op gebied van overzicht en inhibitie
In bezit zijn van een behandelplan en kennis hebben van de beschreven behandelplannen	Sprake van een crisissituatie of ernstige decompensatie
Vrijwillig in zorg	

deldoelen. Deze aanbevelingen dienen als basis om behandelplannen beter aan te laten sluiten bij de verwachtingen en wensen van patiënten (De Jong et al., 2016).

Vraagstelling

Hoe ervaren patiënten met neurocognitieve problematiek, die poliklinisch bij Thalamus behandeld worden, het opstellen van de doelen voor hun behandeling?

METHODE

Onderzoeksdesign

Binnen dit onderzoek staan de ervaringen met het opstellen van behandelplannen voor patiënten met neurocognitieve problematiek centraal. Een kwalitatief onderzoek volgens de thematische analyse leent zich uitstekend om opgedane ervaringen van de patiënt te leren begrijpen (Polit & Beck, 2017). Binnen de thematische analyse is het gebruik van een semigestructureerd interview toegestaan. Dit biedt de mogelijkheid enige structuur

te bieden – middels een topiclijst met een aantal mogelijke startvragen – mochten de participanten door hun neurocognitieve problematiek van het onderwerp afdwalen.

Onderzoeksveld, onderzoekspopulatie en steekproef

Dit onderzoek is uitgevoerd onder participanten die vrijwillig in behandeling zijn bij de polikliniek Thalamus. De onderzoekspopulatie bestaat uit volwassenen met ernstige psychische stoornissen en NAH (Pro Persona, z.d.). Voor de selectie van de onderzoekspopulatie is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef (Polit & Beck, 2017), waarbij potentiële participanten op basis van een aantal criteria (Tabel 1) door hun behandelaar geselecteerd en benaderd zijn. Alle behandelaren hebben vooraf van de onderzoeker uitleg gekregen over het onderzoek en de in- en exclusiecriteria. Op basis van deze criteria hebben zij patiënten benaderd en een informatiebrief over het onderzoek uitgereikt.

Potentiële participanten zijn gevraagd of de onderzoeker hen mocht benaderen. Bij instemming om deel te nemen aan het onderzoek, heeft de onderzoeker een afspraak voor interview ingepland. Er is gestopt met werven na het bereiken van datasaturatie (Verhoeven, 2020). Datasaturatie is bereikt wanneer geen nieuwe informatie meer gevonden wordt (Polit & Beck, 2017). Nadat datasaturatie werd bereikt is nog een interview afgenomen ter controle (Verhoef et al., 2016).

Dataverzameling

Van december 2021 tot april 2022 heeft dataverzameling plaatsgevonden. De semigestructureerde interviews hebben plaatsgevonden op de voorkeursplek van de participant, zodat deze zich prettig voelde en vrij kon praten (Polit & Beck, 2017). Voorafgaand is een topiclijst opgesteld met mogelijke startvragen. De ervaring leert dat onderwerpen uit startvragen vaak al spontaan in het gesprek aan bod komen (Evers, 2015). Elk interview is gestart vanuit één brede openingsvraag: Hoe heeft u het opstellen van de behandeldoelen voor uw huidige behandeling ervaren? Wanneer de participant te ver van het onderwerp afraakte of vastliep in gesprek werd gebruik gemaakt van de topiclijst.

Zes participanten wilde meewerken aan een *membercheck*. Hierbij is nagegaan of zij zich herkenden in de samenvatting van het interview. Vier participanten reageerden op de samenvatting. Hier kwam geen nieuwe bruikbare informatie uit voort. Drie participanten herkende zich in de in-

houd. Eén participant gaf een aanvulling op de samenvatting.

Data-analyse

De interviews zijn digitaal opgenomen en *verbatim* getranscribeerd, waarna relevante tekst is gecodeerd en gecategoriseerd (Polit & Beck, 2017). De dataverzameling en data-analyse vormden een iteratief proces (Verhoeven, 2020). Bij de data-analyse is de thematische analysemethode toegepast. In zes stappen zijn drie fasen doorlopen: ontdekkingsfase (fragmenteren en coderen), reductiefase (thematiseren, reviseren en verfijnen), en reflectiefase (vaststellen, structureren en presenteren) (Verhoeven, 2020). Een *membercheck* is uitgevoerd om mogelijke onjuistheden te corrigeren en de betrouwbaarheid te vergroten. Per participant is een samenvatting gemaakt van het interview en ter verificatie opgestuurd naar de desbetreffende participant. Gedurende het onderzoek heeft de onderzoeker een logboek bijgehouden, waarin gemaakte keuzes tijdens het interviewen en analyseren zijn beschreven (Verhoeven, 2020). Voor de analyses is gebruik gemaakt van ATLAS.ti 22 (ATLAS.ti, 2022).

Methodologische kwaliteit

Om de methodologische kwaliteit te waarborgen is aan een aantal criteria voldaan, waardoor er sprake is van betrouwbaarheid (*trustworthiness*) (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2017). De geloofwaardigheid (*credibility*) is vergroot door het uitvoeren van een *membercheck* (Polit & Beck, 2017). De geloofwaardigheid en toepasbaarheid (*transferability*) zijn vergroot door het

bereiken van datasaturatie (De Jong et al., 2016; Polit & Beck, 2017).

De *verbatim* uitgeschreven interviews zijn gecontroleerd op correctheid middels monitoring door de kwaliteitsfunctionaris onderzoek van Pro Persona. De overtuigingskracht (*confirmability*) en afhankelijkheid (*dependability*) zijn vergroot door het bijhouden van een logboek, waarin het onderzoeksproces, methodologische memo's en zelfcontrole (De Jong, 2016) staan beschreven.

De wijze van data-analyse en informatie uit het logboek zijn besproken met een onderzoeksbegeleider. Tevens heeft *peer-review* met een collega-verpleegkundige in opleiding tot specialist plaatsgevonden. Hierbij zijn een aantal gecodeerde transcripten, de manier van analyseren en de gevonden uitkomsten onafhankelijk door de *peer-reviewer* doorgenomen en voorzien van feedback. De feedback is daarna met de onderzoeker besproken.

Er is gestreefd naar authenticiteit (*authenticity*) door de ervaringen van participanten middels citaten terug te laten komen in het artikel (Evers, 2015). Hierdoor wordt de lezer in staat gesteld de ervaring vanuit het oogpunt van de participant te begrijpen (Polit & Beck, 2017).

Ethische verantwoording

Voor aanvang heeft toetsing door de PPREC plaatsgevonden en is toestemming verkregen om te starten. Het onderzoek valt niet onder de meldplicht van WMO (wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen), omdat het onderzoeksonderwerp weinig belastend is voor de participanten (De

Jong et al., 2016). Voor aanvang hebben participanten een informatiebrief ontvangen en uitleg gekregen over het vertrouwelijk verwerken van de verkregen gegevens conform de AVG (privacywet Algemene Verordening Gegevensbescherming). Participant en onderzoeker hebben beiden het informed consent getekend. Het onderzoek is gemonitord door een kwaliteitsfunctionaris onderzoek van Pro Persona. De verkregen onderzoeksdata worden 15 jaar bewaard op een beveiligde server van Pro Persona.

RESULTATEN

Er zijn acht patiënten met neurocognitieve problematiek geïnterviewd (Tabel 2). Uit data-analyse komen een vijftal thema's naar voren, die hierna worden toegelicht ondersteund door quotes.

Weinig herinnering

Alle participanten kunnen zich weinig tot niets herinneren van het opstellen van hun behandeldoelen. Het merendeel benoemt dat zij voor de intake meerdere gesprekken met hulpverleners van diverse disciplines op één dag gevoerd hebben.

'Was vooral geestelijk heel vermoeiend en soms weet je ook niet meer wat je nu tegen wie verteld hebt.' (P7)

De helft van de participanten zegt hun wensen of hulpvraag te hebben besproken tijdens de intake. Aan de hand van het intakegesprek heeft de behandelaar de behandeldoelen opgesteld. De participanten blijken zich hier niet van bewust te zijn.

Tabel 2

Kenmerken participanten

Participant	M/V	Leeftijd categorie	De termijn tussen interview en opstellen van behandeldoelen in maanden	Duur behandeling Thalamus in maanden
P1	M	40-49	3 – 6	3 – 6
P2	M	60-65	6 – 12	6 – 12
P3	V	40-49	onduidelijk	> 12
P4	M	50-59	onduidelijk	> 12
P5	M	30-39	6 – 12	6 – 12
P6	M	40-49	3 – 6 (na evaluatie)	> 12
P7	M	50-59	< 3	< 3
P8	V	50-59	< 3	< 3

‘Hebben we überhaupt al behandeldoelen, omdat we nog heel erg in de inventarisatie zitten?’ (P8)

Overgave

Bij alle participanten komt naar voren dat de behandelaar als leidend wordt ervaren bij het opstellen en de keuze van de behandeldoelen. Hiervoor worden verschillende redenen gegeven. De behandelaar wordt gezien als professional, de deskundige.

‘Ik geef zelf aan wat het probleem is en zij komen met eventuele oplossingen.’ (P3)

‘Jullie kunnen dat beter vormgeven, ik heb daar geen verstand van.’ (P1)

‘Zij begonnen met wat zij dachten dat goed voor mij en ons was.’ (P4)

Een enkele participant benoemt dat patiënten soms niet in staat zijn reële doelen te benoemen.

‘Als iemand van het padje is, dan kun je niet samen een behandelplan opstellen.’ (P4)

De meeste participanten kiezen ervoor om de door behandelaar beschreven doelen en interventies te volgen, ook als deze niet geheel passend voelen.

‘... dit past mij wel, niet voor 100%, maar wel in grote mate en daar waar ik het niet zo van toepassing vind, moet ik misschien maar even loslaten.’ (P5)

Deze participant heeft dit pas later bij een evaluatie kenbaar gemaakt.

‘Je leert de behandelaars kennen en vertrouwen is ook een proces en je wordt ook vrijer.... In het begin is er vooral omdat je het gevoel hebt, ik geef mij over aan een ... ja een organisatie die gespecialiseerd is, dus dat scheidt wel verwachtingen, maar dat is niet zo gebaseerd op ervaringen, je geeft je over aan een meer gestandaardiseerde werkwijze.’ (P5)

Onvoldoende ondersteunend

Geen enkele participant kon de behandeldoelen uit het hoofd verwoorden. Enkele participanten pakten op eigen initiatief hun behandelplan erbij om alsnog hun behandeldoelen te benoemen. Een enkele participant vindt de behandeldoelen steunend voor de behandeling. Het merendeel ervaart de beschreven behandeldoelen niet als helpend of ondersteunend. Dit heeft verschillende oorzaken. De doelen worden niet als eigen gevoeld, geven weinig richting, en zijn onvoldoende concreet geformuleerd.

‘Ik heb er niet zo’n feeling mee, omdat ze toch wat medische termen gebruiken.’ (P8)

‘Ze zijn niet SMART geformuleerd ... dit is een beetje abstract.’ (P6)

De doelen worden ervaren als thema of worden onvoldoende begrepen.

‘Het zijn meer onderwerpen dan doelen.’ (P7)

‘Het klinkt best technisch, ik weet niet wat het inhoudt.’ (P6)

Kleuring van de ervaring

De ervaring met het opstellen van behandeldoelen wordt bij alle participanten gekleurd door hoe zij de gehele behandeling en/of het contact met hun behandelaar ervaren. Veelal maakt dit de ervaring positief.

‘Ik vind het fijn hier.’ (P1)

‘Ik voelde mij op mijn plek, eigenlijk van meet af aan, dat ik dacht dit is eigenlijk waar merkbaar, mijn probleem/problematiek eigenlijk wel goed gehoor vindt.’ (P.5)

‘Goede ervaring, dat komt door mijn behandelaar.’ (P3)

Bij een enkele participant wordt de ervaring negatief gekleurd door eerdere negatieve ervaringen binnen de GGZ, waardoor er minder vertrouwen is bij aanvang van behandeling.

‘Zo werkt dat nou in de GGZ eenmaal. Als je er zit heb je er geen inspraak in, omdat je denkt goed. Je zegt goed en hebt er vertrouwen in, maar dat vertrouwen is door de ervaring die ik heb een beetje beschadigd.’ (P4)

Behoeft

De meeste participanten hebben adviezen gegeven om het proces rondom het opstellen van doelen te verbeteren. De hieronder beschreven adviezen

kwamen in meerdere data naar voren. Een persoonlijke en concrete omschrijving van doelen met termijnen werkt ondersteunend.

'Als er iets meer inzicht wordt gegeven, dat je zelf wat meer grip houdt tijdens de behandeling.' (P6)

Laat behandeldoelen vaker terugkomen tijdens de behandeling, vooral na een onderbreking, evalueer ze en pas ze aan.

'Wat gaan we hier nou ook alweer doen' en 'hoe gaan we verder... dat was heel zinvol.' (P5)

DISCUSSIE

In dit onderzoek is de ervaring van poliklinische patiënten met neurocognitieve problematiek met het opstellen van hun behandeldoelen onderzocht. Uit het onderzoek komen een aantal thema's naar voren: het ontbreken van herinneringen, overgave aan de behandelaar, behandeldoelen als onvoldoende steunend ervaren, algehele ervaring kleurt de ervaring over het opstellen van de behandeldoelen, en er is ruimte voor verbetering.

Alle participanten hebben moeite om zich het opstellen van hun behandeldoelen te herinneren. Geheugenproblemen zijn bij mensen met neurocognitieve problematiek inderdaad een vaak voorkomend probleem (Rasquin & Van Heugten, 2007). De verstreken termijn tussen het opstellen van de behandeldoelen en het interview lijkt hierbij geen rol te spelen. Meerdere intakegesprek-

ken achter elkaar, waarbij problemen worden uitgevraagd, dragen ertoe bij dat men overspoeld wordt. Hierdoor gaat verkregen informatie verloren. Dit gebeurt tevens in situaties waarin een appèl wordt gedaan op iemands concentratie, cognitieve- en executieve functies. Problemen op deze gebieden bemoeilijken het proces van samen beslissen (Voogdt-Pruis et al., 2019), welk proces essentieel is bij het opstellen van behandeldoelen.

Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland (2020) komt naar voren dat circa 7% van de mensen ervoor kiest om (meestal) niet samen te willen beslissen en het prettig vinden om beslissingen over te laten aan hun behandelaar. Om het proces van samen beslissen te stimuleren is het belangrijk dat behandelaren keuzebewustzijn (keuzes mogen maken die aansluiten bij persoonlijke wensen) bij de patiënten bevorderen (Kunneman et al., 2018). De cognitieve problemen die het samen beslissen bemoeilijken worden ook gezien binnen de zorg voor mensen met een cerebrovasculair accident (CVA-zorg). De CVA-zorg heeft de afgelopen jaren geïnvesteerd in het implementeren van samen beslissen en adviseert hierbij het gebruik van keuzehulpen. Onderzoek laat positieve resultaten zien bij het gebruik van een keuzehulp (Stacey et al., 2017). Een andere ondersteunende factor voor het samen beslissen is extra tijd inplannen (Rodenburg-Vandenbussche, 2020). Wanneer samen beslissen niet lukt, is het wenselijk om een naaste te betrekken.

Doelen geformuleerd door de behandelaar worden als minder persoonlijk en niet ondersteunend ervaren. Meerdere participanten die hun behandelplan meenamen en bekeken ervoeren hun doelen als abstract en onduidelijk. Onduidelijk geformuleerde doelen die niet aansluiten bij persoonlijke wensen zorgen voor slechtere behandeluitkomsten (Clarke et al., 2009).

Het zich niet kunnen herinneren van de behandeldoelen onderstreept de noodzaak tot regelmatig herhalen (Hendriks et al., 2018) en evalueren. Participanten adviseren dit ook. Het opstellen van behandeldoelen wordt gekleurd door hoe men de behandeling en het contact met de behandelaar ervaart. Een positief ervaren samenwerkingsrelatie draagt bij aan het succes van een behandeling (Duncan et al., 2004). Vanuit een goede samenwerkingsrelatie kan vervolgens toegewerkt worden naar samen beslissen bij het opstellen van behandeldoelen.

Klinische relevantie

De bevindingen uit dit onderzoek zijn relevant voor de klinische praktijk, omdat behandeldoelen de basis van een behandeling vormen. Behandelaren dienen zich bewust te zijn van de meerwaarde van het samen beslissen bij het opstellen van behandeldoelen, omdat patiënten hierdoor keuzes kunnen maken die bij hun wensen en verwachtingen aansluiten. Daarnaast dienen behandelaren zich ook bewust te zijn van het belang om te beschikken over vaardigheden om heldere doelen te kunnen formuleren die be-

grijpelijk en ondersteunend zijn voor de patiënt.

Beperkingen en sterke kanten

De cognitieve problematiek van de participant kan interviewen ingewikkeld maken, omdat herinneringen moeilijk terug te halen zijn. Dit kan voor vertekening zorgen bij de membercheck. Binnen kwalitatief onderzoek kan responsvertekening plaatsvinden (Boeije et al., 2009) doordat participanten vragen mooier beantwoorden dan de werkelijkheid is. Binnen dit onderzoek komt naar voren dat de ervaringen over het opstellen van de behandeldoelen gekleurd worden door de gehele ervaring van de behandeling of tevredenheid over de behandelaar.

Een sterkte van het onderzoek is dat datasaturatie is bereikt. Voorts zijn de verschillende stappen in het onderzoek, de analyse en de resultaten besproken met een onafhankelijk collega (*peer-review*) en onderzoeksbegeleider.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Alle participanten konden zich niet het samen opstellen van de behandeldoelen of de inhoud ervan herinneren. Alleen diegenen die het behandelplan erbij pakten lukte het om de behandeldoelen te benoemen, maar ervoerde deze als onvoldoende duidelijk, persoonlijk of ondersteunend. Het merendeel van de participanten beschreven positieve ervaringen bij het opstellen van behandeldoelen, echter was dit gebaseerd op de behandeling en het contact met hun behandelaar en niet op de inhoud ervan.

Samen beslissen bij het opstellen van behandeldoelen bestaat uit meer dan goed luisteren en doorvragen. Het verdient aanbeveling nadrukkelijker stil te staan bij het opstellen van behandeldoelen en extra tijd hiervoor in te plannen. Participanten adviseren doelen regelmatig terug te laten komen in gesprek en te evalueren. Door meer tijd te nemen om samen tot passende concrete behandeldoelen te komen, zullen deze persoonlijker en ondersteunend aanvoelen. Dit helpt meer houvast en richting te geven aan de behandeling (Clarke et al., 2006).

Vervolgonderzoek kan zich richten op hoe het proces rondom het samen opstellen van behandeldoelen kan worden verbeterd, denkend aan: welke frequentie is ondersteunend om behandeldoelen te herhalen en te evalueren; wat maakt dat patiënten het stellen van doelen aan hun behandelbaar overlaten; heeft het gebruik van keuzehulp meerwaarde voor de doelgroep met neurocognitieve problematiek.

LITERATUUR

ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH [ATLAS.ti 22 Windows]. (2022). Geraadpleegd op 2-2-2023, van <https://atlasti.com>

Boeije, H., 'T Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden* (8e druk). Boom.

Clarke, S. P., Crowe, T. P., Oades, L. G., & Deane, F. P. (2009). Do Goal-Setting Interventions Improve the Quality of Goals in Mental Health Services? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 292-299. <https://doi.org/10.2975/32.4.2009.292.299>

Clarke, S. P., Oades, L. G., Crowe, T. P., & Deane, F. P. (2006). Collaborative Goal Technology: Theory and Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 129-136. <https://doi.org/10.2975/30.2006.129.136>

De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2016). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs* (6e druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (2nd Edition). Jossey-Bass.

Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (2e druk). Boom Lemma.

Federatie Medische Specialisten (2021). *Richtlijn NAH en arbeidsparticipatie*. Richtlijndatabase. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/startpagina_nah_en_arbeidsparticipatie.html

Hendriks, C., Kapitein, M., & Steinmann, R. (2018). *Het NAH boekje voor onderwijs; achtergrondinformatie en advies voor onderwijs aan leerlingen met niet-aangeboren hersenletsel*. Heliomare. <https://www.heliomare.nl/media/2175/het-nah-boekje-voor-onderwijs-webversie-aangepast.pdf>

Holtforth, M. G., & Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goals themes. *Psychotherapy Research*, 11(1), 79-99. <https://doi.org/10.1093/ptr/12.1.79>

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde. (2021). *Wijzigingen WGBO*. Geraadpleegd op 16 januari 2021, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/behandelingsovereenkomst-wgbo/wijzigingen-wgbo.htm>

Kunneman, M., Branda, M. E., Hargraves, I., Pieterse, A. H., & Montori, V. M. (2018). Fostering Choice Awareness for Shared Decision Making: A Secondary Analysis of Video-Recorded Clinical Encounters. *Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes*, 2(1), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2017.12.002>

Lannoo, E., Larmuseau, D., Van Hoorde, W., Ackaert, K., Lona, M., Leys, M.,

De Barsy, T., & Eyssen, M., (2007). *Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Lenzen, S. A., Daniëls, R., Van Bokhoven, M. A., Van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2017). Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLoS One*, 12(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188822>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Metz, M. J., Veerbeek, M. A., Elfeddali, I., De Beurs, E., Van der Feltz-Cornelis, C. M., & Beekman, A. T. F. (2019). Samen beslissen in de GGZ; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(7), 487-497. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/1/61-2019-7-artikel-metz.pdf>

Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology*, 13(4), 346-365. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x>

Patiëntenfederatie Nederland. (2020). *Samen beslissen*. <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/200-rapport-samen-beslissen/file>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Asses-*

sing Evidence for Nursing Practice (10e druk). Wolters Kluwer.

Pro Persona. (2019). *Expertisecentrum Neuropsychiatrie (polikliniek Thalamus)*. Geraadpleegd op 4 februari 2021, van <https://www.propersona.nl/thalamus/>

Pro Persona. (z.d.). *Expertisecentrum Neuropsychiatrie Polikliniek Thalamus*. Geraadpleegd op 11 januari 2021, van <https://www.propersona.nl/files/folders/431/Flyer-verwijzers-Thalamus.pdf>

Rasquin, S. M. C., & Van Heugten, C. M. (Reds.). (2007). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*. Kennisplein gehandicaptensector. <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptensector/media/documents/Cli%c3%abntgroepen/Niet-aangeboren%20hersenletsel/cognitieve-revalidatie-hersenletsel-richtlijnen1.pdf>

Rodenburg-Vandenbussche, S., Carlier, I., Van Vliet, I., Van Hemert, A., Stiggelbout, A., & Zitman, F. (2020). Patients' and clinicians' perspectives on shared decision-making regarding treatment decisions for depression, anxiety disorders, and obsessive-compulsive disorder in specialized psychiatric care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 645-658. <https://doi.org/10.1111/jep.13285>

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids

for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>

Vandermeulen, J. A. M., Derix, M. M. A., Avezaat, C. J. J., Mulder, Th. W., & Van Strien, J. W. (2016). *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen* (3e druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Van Bennekom, C. A. M., & Van Heugten, C. (2006). Revalidatie na een beroerte 1: Langetermijnevolgen. In C. Franke C & M. Limburg (Reds), *Handboek Cerebrovasculaire Aandoeningen*. De Tijdstroom.

Van Bost, G., Lorent, G., & Crombez, G. (2005). Aanvaarding na niet-aangeboren hersenletsel. *Gedragstherapie*, 38, 245-262.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker – Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2016). *Zorg Basics; Praktijkgericht onderzoek*. Boom.

Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse*. Boom.

Voogdt-Pruis, H. R., Ras, T., Van der Dussen, L., Benjaminsen, S., Goossens, P. H., Raats, I., Boss, G., Van Hoef, E. F. M., Lindhout, M., Tjon-A-Tsien, M. R. S., & Vrijhoef, H. J. M. (2019). Improvement of shared decision making in integrated stroke care: a before and after evaluation using a questionnaire survey. *BMC Health Services Research*, 19(936). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4761-2>

Zorginstituut Nederland. (2020). *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. Geraadpleegd op 14 januari 2021, van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>