

**Kwaliteitsonderzoek vanuit cliëntenperspectief bij
GGz Centraal – behandelplan**

ggz
CENTraal



LSR - landelijk steunpunt **medezeggenschap**
Utrecht, juni 2021

Geschreven door:

Drs. Maud Verheij, kwaliteitsmedewerker
Drs. Anita van Riemsdijk, kwaliteitsadviseur

In samenwerking met:

Rita Buitelaar, ervaringsdeskundige
Tineke Dijkstra, ervaringsdeskundige
Heleen Eversen, ervaringsdeskundige
Petra Kwekkeboom, ervaringsdeskundige

Postbus 8224
3503 RE Utrecht
Telefoon: 030 293 76 64
www.hetlsr.nl
info@hetlsr.nl

Copyright © LSR, landelijk steunpunt **medezeggenschap**
Postbus 8224, 3503 RE Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit document mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het LSR.

Inhoudsopgave

1. Inleiding en aanpak	4
1.1. Aanleiding en doel	4
1.2. Aanpak	4
1.3. Leeswijzer	5
2. Ervaringen cliënten	7
2.1. Wat betekent het behandelplan?	7
2.2. Wie is eigenaar van het behandelplan	9
2.3. Ervaringen	11
2.4. Wat gaat goed?	11
2.5. Wat kan beter?	12
2.6. Wensen	13
3. Ervaringen leidinggevenden en medewerkers	14
3.1. Wat is het behandelplan	14
3.2. Wie is eigenaar van het behandelplan	15
3.3. Ervaringen	15
3.4. Wat gaat goed?	16
3.5. Wat kan beter?	16
3.6. Wensen	16
4. Visie, beleid en ontwikkeling behandelplan	18
4.1. Beleidsdocumenten	18
4.2. Gesprek directie	18
4.3. Gesprek management / hoofden behandelzaken	20
4.4. Gesprek projectleider integratie behandelplan in Karify	22
5. Conclusies en aanbevelingen	24
5.1. Conclusies	24
5.2. Aanbevelingen	28
5.3. Bevindingen LSR	29
Bijlage Gespreksleidraden	30

1. Inleiding en aanpak

Op verzoek van de Cliëntenraad Gooi & Vechtstreek en de Centrale Cliëntenraad (CCR) heeft het LSR een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief uitgevoerd naar het behandelplan. Als onderzoeksgroep bij deze kwaliteitstoetsing is Gooi & Vechtstreek gekozen. De cliëntenraad van Gooi & Vechtstreek heeft in overleg met de directie gekozen om cliënten die poliklinisch behandeld worden en cliënten die onder behandeling zijn bij twee FACT teams te bevragen. De kwaliteitstoetsing vond plaats van oktober 2020 tot en met mei 2021.

1.1. Aanleiding en doel

Leden van de Cliëntenraad Gooi & Vechtstreek ervaren dat het behandelplan verschillend wordt ingevuld. Er zijn bijvoorbeeld cliënten die niet weten dat zij een behandelplan hebben en die niet op de hoogte zijn van wat hun te wachten staat tijdens de behandeling. De Cliëntenraad wil daarnaast graag weten of de cliënt wel (mede)eigenaarschap over het behandelplan heeft en voelt.

De cliënten die poliklinisch behandeld worden en cliënten die onder behandeling zijn bij een FACT team maken vaak een langdurig proces door waardoor in verschillende fases het nut en de noodzaak van het behandelplan inzichtelijk wordt.

Het doel van de kwaliteitstoetsing is tweeledig. Ten eerste inzicht te krijgen in het beleid en de protocollen rondom het thema behandelplan. Ten tweede het toetsen van de visie en het beleid in de uitvoering door het in kaart brengen van achterliggende meningen, ervaringen, wensen en verbeteringsuggesties van cliënten en de teamleden.

De onderzoeksvragen die zijn vastgesteld zijn:

- A. In hoeverre is de cliënt betrokken bij het behandelplan?
- B. Draagt het behandelplan bij aan de behandeling?
- C. Levert het behandelplan meer inzicht en betrokkenheid op van de cliënt in de behandeling en in welke mate is de cliënt hier tevreden over?

1.2. Aanpak

De kwaliteitstoetsing bestond uit drie fasen: voorbereiding, uitvoering en rapportage.

Vorbereiding

In de voorbereiding heeft het LSR met de Cliëntenraad het plan van aanpak voor de kwaliteitstoetsing opgesteld en uitgewerkt. Relevante beleidsdocumenten zijn opgevraagd. Op basis daarvan heeft het LSR de hoofdonderwerpen en definitieve gespreksleidraden (zie Bijlage) vastgesteld. De CCR heeft de Raad van Bestuur geïnformeerd over het plan van aanpak en gezorgd voor aankondiging van het onderzoek bij directie, managers, teams en cliënten.

Uitvoering

Tijdens de uitvoeringsfase is gestart met een analyse van visie en beleid met betrekking tot het onderdeel behandelplan. Als bronnen werden ontvangen beleidsdocumenten, relevante stukken van de website <https://www.ggzcentraal.nl/> en interviews met het management, clusterhoofden en directie gebruikt. Doel daarvan was om te horen vanuit welke visie en vanuit welk beleid gewerkt wordt, om vervolgens de ervaringen van de cliënten en van de teams van medewerkers daaraan te toetsen.

Er zijn interviews gehouden met negen cliënten (de meeste cliënten maken gebruik van poliklinische ondersteuning, enkelen van een FACTteam en voor sommigen was onbekend of zij gebruik maken van ondersteuning van een poliklinisch of van een FACTteam). Aan de cliënten is gevraagd deel te nemen aan een groepsgesprek. De helft van de cliënten koos voor een individueel gesprek. Het LSR leidde de gesprekken. De rol van de ervaringsdeskundigen was die van gespreksleider en doorvrager. De kwaliteitsadviseur begeleidde het proces en deed de verslaglegging.

Ook zijn directeuren, hoofden, leidinggevenden en medewerkers van zowel poliklinische als FACTteams en een projectleider cliëntportaal geïnterviewd. Het LSR heeft tijdens de gesprekken steeds gevraagd naar wat een behandelplan is, hoe het wordt gebruikt, wat goed gaat en welke verbeter suggesties de deelnemers wilden noemen ten aanzien van het behandelplan.

De gesprekken duurden 1 tot 2 uur. Bijna alle gesprekken zijn online gevoerd. Tijdens het onderzoek kwam de CKC erachter dat er vanuit de afdeling Innovatie & Digitalisering in een andere regio een pilot loopt met een module 'Vorbereiding behandelplan' in Karify. De ervaringsdeskundigen van het LSR hebben deze module mogen testen. De ervaringen zijn teruggekoppeld.

Rapportage

Het LSR heeft de uitkomsten van de raadpleging verwerkt in dit rapport. Op basis van de uitkomsten heeft het LSR in overleg tussen de ervaringsdeskundigen en de kwaliteitsadviseurs conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Deze conclusies en aanbevelingen zijn vervolgens besproken en aangevuld door de Cliëntenraad Gooi & Vechtstreek. Het onderzoeksrapport wordt voorgelegd aan de verschillende teams met de vraag een verbeterplan te maken. Later in 2021 worden het rapport en de verbeterplannen in een gezamenlijke bijeenkomst gepresenteerd aan cliënten, medewerkers, management/directie van GGZ Centraal en eventuele andere genodigden.

1.3. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zijn de resultaten beschreven van de gesprekken met cliënten. Hoofdstuk 3 beschrijft de gesprekken met medewerkers van de verschillende groepen. In Hoofdstuk 4 zijn de visie en het beleid rondom het onderdeel behandelplan opgenomen zoals beschreven in de ontvangen beleidsdocumenten en besproken in de gesprekken met management en directie. Hoofdstuk 5 bestaat uit de conclusies en aanbevelingen van het

LSR. Tot slot staan in de Bijlage de gespreksleidraden. Omwille van de leesbaarheid en de anonimiteit van de cliënten is steeds 'zij' gebruikt in de tekst zowel als het gaat over cliënten als behandelaars.



2. Ervaringen cliënten

Het LSR heeft de cliënten gevraagd om hun mening te geven over het behandelplan (zie gespreksleidraad in de bijlage). Hoe is het behandelplan bekend, hoe komt het tot stand en wordt het gebruikt? Hoe is de betrokkenheid van cliënten bij het behandelplan. Hebben zij er wat aan bij hun behandeling? Wat gaat er volgens cliënten goed en wat kan er beter? We hebben in totaal met negen cliënten gesproken, de meeste van hen krijgen een poliklinische behandeling. Daar waar ervaringen specifiek over een van de groepen gaan (poliklinisch of FACT), staat dat vermeld.

2.1. Wat betekent het behandelplan?

De antwoorden van cliënten variëren van “Het is voor mij totaal onduidelijk wat mijn behandelplan is en of ik er een heb, of wat er dan in staat”, tot: “Het behandelplan is een concreet werkplan dat ik zelf heb geschreven en waar ik actief mee werk”. Ervaringen met het behandelplan veranderen in de loop van het behandeltraject van een cliënt.

Klik met behandelaar

Opvallend is dat cliënten die een goede klik en samenwerking ervaren met hun behandelaar, of behandelaars, positiever zijn over het behandelplan en andersom. Cliënten zeggen bijvoorbeeld:

- Bij eerdere deeltijd behandeling werkte ik veel meer met doelen, nu in de poliklinische behandeling minder. Ik doe wel een training, maar heb geen behandelaar. Ik moet lang (maanden) wachten op een volgende therapie. Zie alleen eens per maand een kwartier de psychiater voor medicatie. Ik heb ik geen zicht op duidelijke doelen of een duidelijk beeld van een totaal traject voor mijn behandeling.
- Nadat de direct bij mijn behandeling betrokken SPV-er vertrokken is, is er nog geen vervanger voor mij gevonden. Hoe lang dat gaat duren is me niet bekend. Het is voor mij onbekend wat de doelen zijn en wat er is afgesproken over therapieën die ik kan gaan doen. Ik weet ook niet wat er mogelijk zou zijn aan therapieën. Dat voelt heel naar. Ik voel me niet serieus genomen in mijn klachten. Ik ben aan mijn lot overgelaten.

Mensen ervaren dat GGz Centraal het belangrijk vindt dat er een klik is tussen cliënt en behandelaar en als die er niet is, wordt gezocht naar een andere behandelaar. Dat wordt door verschillende mensen verteld. Behandelaren reageren hulpvaardig en zijn niet gepikeerd. Zij zoeken constructief naar een oplossing.

Niet iedereen voelt zich echter goed geholpen bij GGz Centraal: “De therapie van GGz Centraal heb ik ervaren als los zand met wat therapieën en gesprekken. Niet gestoeld op een diagnose”.

Toegang tot het behandelplan

Niemand die in poliklinische behandeling zit, heeft het behandelplan zelf in handen of er inzage in. De meeste cliënten weten eigenlijk niet precies wat er in hun behandelplan staat of moet staan. Zij weten wel van het bestaan van doelen en een plan van aanpak vanuit de wekelijkse of tweewekelijkse gesprekken die zij met hun behandelaars hebben.

“Ik heb zelf het behandelplan nog nooit gezien. Dat wil ik ook niet. Op termijn zou ik het wel willen hebben. Om later op terug te kunnen kijken waaraan ik heb gewerkt en welke stappen ik heb gezet.”

Bij het FACT team krijgen cliënten na een evaluatie een uitdraai van de nieuwe doelen en plan om daaraan te werken.

Inhoud

De meeste cliënten denken of weten dat er in een behandelplan doelen staan beschreven. Voor sommigen is een langere termijn doel onduidelijk. Meestal is er wel een doel vastgesteld en subdoelen voor de kortere termijn. Cliënten vinden het belangrijk om te weten waar zij naar toe werken. En dat daarvoor een plan is. Als dat niet duidelijk is, missen zij het.

“In het begin had ik moeite met doelen. De SPV-er legde de doelen allemaal heel SMART vast en ik was bang om de doelen niet te halen. De behandelaar heeft toen ingegrepen en die strakke formuleringen ongedaan gemaakt. Dat was prettig voor mij.”

Evaluaties

Het behandelplan is behalve een plan met doelen, ook een instrument om te evalueren, vertellen cliënten. Dit gebeurt veelal eens per jaar, soms met de behandelend psycholoog of psychiater, vaak ook samen met andere betrokkenen zoals de SPV-er, of diëtist. Los van de wekelijkse of tweewekelijkse voortgangsgesprekken is een evaluatie van het behandelplan een grotere evaluatie. Er wordt stilgestaan bij wat behaald is en soms ook of de gekozen therapie nog passend is. Cliënten vinden het erg belangrijk dat de psycholoog uitspreekt wat behaald is in het afgelopen jaar. De evaluaties zijn spannende en belangrijke ijkpunten in de behandeling. Veel cliënten vinden de frequentie van eens per jaar te laag.

“Ik vraag er zelf om. Omdat je soms zelf niet goed ziet hoe je gedrag verandert, het gaat geleidelijk. Dan is het goed dat een behandelaar je daarop wijst. Wat je vorderingen zijn.”

Communicatie en overdracht

Naast dat het behandelplan in samenspraak tussen cliënt en behandelaar wordt opgesteld en gebruikt, is het een instrument voor behandelaars onderling. Zij houden zo elkaar op de hoogte. Cliënten ervaren dat andere behandelaars het plan lezen en op de hoogte zijn van veranderingen, ook als zij dat zelf niet hebben verteld. Dat vinden zij erg prettig.

Ook de psychiater stelt zich op de hoogte van wat in het behandelplan staat, merken zij. En zij legt wijzigingen in medicatievertrekking vast, zodat andere behandelaars daarvan op de hoogte zijn en er op in kunnen spelen.

2.2. Wie is eigenaar van het behandelplan

Regievoering

In de koers van GGz Centraal staat: *De patiënt behoudt de volledige regie over de behandeling die GGz Centraal geeft.* Op één na, heeft geen van de cliënten het idee dat het behandelplan van hen is. Het is meer iets van de behandelaars en van de verzekering. De meesten ervaren wel dat de inhoud van het behandelplan, de doelen en werkwijzen in samenspraak tot stand komen.

Je hoeft als cliënt ook niet je handtekening te zetten onder het plan. In de behandelingsplan evaluatiecyclus is vastgelegd dat de behandelaar het plan volledig invult en het plan de status 'definitief' kan geven. Er wordt verwacht dat de behandelaar het plan daarvoor besproken heeft met de cliënt. De behandelaar geeft in het plan aan dat de cliënt akkoord is.

Cliënten kunnen er niet in kijken en ook niet in schrijven. De meeste cliënten vinden dat niet erg. Sommigen zouden wel graag een actief werkplan hebben waar zij zelf mee en in kunnen werken.

In onderstaand kader staan een aantal opmerkingen van cliënten over de regievoering.

- Ik schrijf zelf niet in het plan, dat zou ik denk ik ook niet willen. Ik weet wel precies wat er in het behandelplan wordt opgenomen, want dat bespreken we. Ik heb inspraak en kan suggesties doen. Als ik iets wil veranderen, geef ik dat door aan een van de behandelaars en die kan het dan na ons gesprek aanpassen in het plan.
- We stellen samen de inhoud van het behandelplan op, maar de behandelaar schrijft het op en houdt wijzigen bij.
- Ik wil niet teveel te maken hebben met een behandelplan. Ik heb wel zeggenschap over aan welke hoofddoelen ik wil werken en dat gaat ook goed met de huidige therapie die ik heb. Maar een gestructureerd plan voelt eerder als een keurslijf dan als een hulpmiddel.
- Ik heb zeer positieve ervaringen met het behandelplan, vanaf het eerste moment stond ik centraal bij de afspraken die erin zijn vastgelegd. Het voelde als mijn plan, ik voel eigen regie. Niet als iets dat moest voor de verzekering of vanuit een protocol of zoiets.
- In het begin vond ik eigen regie moeilijk, toen kreeg ik daar meer hulp bij. Nu het beter met me gaat, pak ik steeds meer de regie en dat bevalt me heel goed.
- Soms wil ik iets anders dan de behandelaar. Dan spreken we af dat we het uitproberen. Het kan zijn dat ik dan achteraf de behandelaar gelijk moet geven, maar dan heb ik het wel geprobeerd. Andersom probeer ik ook wel eens iets dat ik

in eerste instantie niet zie zitten. Dan kijken we het twee weken aan en dan kan ik er ook weer vanaf, als ik het echt niks vind.

Doelen veranderen steeds. Een cliënt is daar zelf mee leidend in. Behandelaars zijn degenen die het plan schrijven en bijwerken. Cliënten voelen zich serieus genomen en merken dat behandelaars actief samenwerking zoeken met henzelf en -als zij dat willen- met naasten. De regie wordt in samenspraak gevoerd.

Cliënten zijn niet de regievoerders over het behandelplan zelf, noch over de frequentie van evaluaties. Cliënten vragen niet aan de behandelaars of zij met een behandelplan willen werken. Behandelaars vragen niet aan hun cliënten of zij een behandelplan willen; zij werken er standaard mee. Zij vragen wel wat volgens de cliënt nodig is om te werken aan herstel of acceptatie. Het behandelplan dient tijdens de behandeling als leidraad en houvast, zowel voor behandelaars als cliënten.

Betrekken naasten

Sommige cliënten vinden het zinvol en wenselijk om hun naasten te betrekken bij de besprekingen van het behandelplan, anderen juist niet. Cliënten geven aan dat wat betreft het betrekken van naasten zij geheel in de lead zijn. Als zij dat niet willen, gebeurt dat niet. Behandelaars geven hen de kans om later in het traject van gedachten te veranderen en dan alsnog naasten te betrekken. Dat wordt steeds opnieuw aangegeven. Zonder dat dat opdringerig overkomt. Cliënten voelen dat zij daarin helemaal vrij zijn.

Beëindiging

Over wanneer een behandeling stopt is de behandelaar leidend, ervaren cliënten. Deze luistert daarbij volgens de meeste cliënten goed naar hen, andere cliënten voelen zich juist helemaal niet gehoord. Een aantal cliënten heeft daarmee ook verschillende ervaringen met verschillende behandelaars in de loop van de tijd. Behandelaars hebben elk hun eigen stijl: van strakke regie en eenzijdige beslissing van de behandelaar: “we gaan nu afbouwen” tot: “je voelt zelf wel wanneer je klaar bent”. De meeste cliënten ervaren dat er zo nodig gezamenlijk wordt gekeken wat een geschikte vervolgbehandeling zou kunnen zijn. Voordat die gevolgd kan worden, moeten cliënten soms wel lang wachten.

Cliënten krijgen een aantal maal vooraf te horen dat de behandeling bijna ten einde is.

In de voorlaatste begeleidingsgesprekken bespreken behandelaars dat.

Soms is al vanaf het begin van de behandeling duidelijk wat de einddatum is en wanneer de behandeling stopt, omdat het om een afgebakend programma gaat.

2.3. Ervaringen

Het behandelplan heeft volgens cliënten meerwaarde:

- Het is goed een plan van aanpak op basis van een diagnose te hebben.
- Een richting is belangrijk, niet alleen pappen en nathouden.
- Je weet precies waar je samen aan werkt. Iedereen is van hetzelfde op de hoogte.
- Als je iets vastlegt, precies en in detail, kun je elkaar er ook aan herinneren. (Wat soms ook als lastig wordt ervaren overigens).
- Handig voor het opstellen van doelen; doelen opstellen is nuttig.
- Een behandelplan houdt je bij de les.
- Evaluaties houden je scherp; evalueren is nuttig.
- Het plan maakt dat je je onderdeel van een behandeling voelt, het geeft houvast.
- Iedereen van het behandelteam blijft op de hoogte, bij ziekte is kennis overdraagbaar.
- Een signaleringsplan opnemen is nuttig en geruststellend: dat werkt preventief.
- Het moet van de zorgverzekeraar en zo krijgt GGz Centraal financiering.

Nadelen van het behandelplan volgens cliënten:

- Een aantal cliënten ziet geen nadelen.
- Het is een te star document, het leven is dynamischer dan dit tamelijk statische document beschrijft, terwijl voortdurend meebewegen juist belangrijk is.
- Het is niet ingesteld op je eigen wensen/ werktempo/ methode.
- Het is geen werkdocument, je moet zelf een praktisch werkplan maken.
- Trainingen zijn belangrijker dan een plan.
- Er is geen veilige manier om het digitaal te versturen.

Wat vinden cliënten van een toegankelijker behandelplan in Karify?

Het zou mooi zijn om via Karify in je eigen behandelplan te kunnen kijken. Zodat je een leidraad erbij kunt houden en een naslagwerk hebt. Daarnaast kan het helpen om de contacttijd efficiënter te benutten: “Je hoeft dan niet bij elk behandelgesprek alle subdoelen te herhalen, alleen het hoofdoel. Dan blijft er in de afspraak meer tijd over om aan een van de subdoelen te werken.”

Als het maar niet een voorwaarde wordt voor behandeling. Niet iedereen zit op werken met Karify te wachten.

2.4. Wat gaat goed?

- Veel cliënten hebben en geven vertrouwen in hun behandelaar. Er is veel vertrouwen in de behandelaars en het hele team (mits er een klik is). In onderstaand kader staan een aantal opmerkingen van cliënten over vertrouwen.

- Op dit moment heb ik een behandelaar met wie het prettig samenwerken is. Ik wil van haar wel wat aannemen.
 - Ik leg in zekere zin mijn lot met veel vertrouwen in hun handen.
 - Ik heb vertrouwen in mijn behandelaars. Zij hebben het beste met mij voor. En zijn niet bang om toe te geven als zij het een keer niet bij het rechte eind hadden. Ze zijn flexibel en snel met aanpassingen.
 - Ik vertrouw de mensen die ik nu heb als behandelaars.
- Vervanging tijdens vakanties of ziekte: andere betrokkenen uit het team van behandelaars die de cliënt al goed kennen nemen het over en zijn dan wat vaker bereikbaar. Doordat zaken in het behandelplan zijn vastgelegd kunnen mensen ook tijdelijk voor een andere discipline waarnemen. Bij crisissituaties is duidelijk waar iemand terecht kan.
 - Actief aanbieden naasten te betrekken bij de behandelbesprekingen en dat herhaaldelijk blijven doen én de wens van de cliënt daarin serieus nemen en respecteren.
 - Meebewegen met wat voor een cliënt werkt. Dan kan het gaan om het vinden van een andere behandelaar als er geen prettige match is, maar ook doelen ruimer, of juist kleiner, meer behapbaar formuleren, of om manier en frequentie van evaluaties aanpassen.
 - Alle behandelaars zorgen dat zij op de hoogte zijn van veranderingen.

2.5. Wat kan beter?

- Inzage in behandelplan voor cliënten.
- Terug kunnen zien wat je al aan behandelingen hebt gedaan en wat je daarmee al hebt bereikt.
- Het behandelplan mee kunnen nemen na een behandeling.
- Het behandelplan toe kunnen sturen naar een andere behandelaar/ aanbieder (dat kan nu niet altijd, omdat aanbieders met verschillende digitale ondersteunings-systemen werken die niet met elkaar kunnen communiceren, of omdat beveiligd versturen een probleem is).
- Helderheid over langere termijn doelen ook in periodes van wachten op een vervolgbehandeling. Die wachttijden worden als lang ervaren, en zijn in coronatijd extra lang.
- Meer psycho-educatie bieden. Aan het begin meer inzicht bieden in wat de diagnose behelst, wat daarbij hoort aan gedrag en gevoel en wat een behandeltraject kan behelzen en welke verschillende vormen en soorten therapieën er zijn bij GGz Centraal of daarbuiten.
- Duidelijkheid over wat er zoal in een dossier zit, ook vanuit het verleden. Als je een uitdraai krijgt ook zeker weten dat dat alles is.

2.6. Wensen

- Cliënten zouden het bijna allemaal prettig vinden om het dossier in te kunnen zien. Nu of als zij wat verder zijn met de behandeling. Om te kunnen nalezen wat er in het behandelplan staat en terug te kunnen kijken op welke doelen er behaald zijn.
- Veel cliënten zouden dit online willen, zodat je bij de gegevens en verslagen kunt. Sommigen willen juist niet met een computer moeten werken.
- Zij willen ook graag dat de behandelend psycholoog, of elke behandelaar, uitsprekt bij een evaluatie, ongeveer elk half jaar, wat de cliënt heeft behaald. Het is belangrijk voor een cliënt dat de behandelaar dat zegt en de cliënt zo spiegelt wat er al allemaal bereikt is.
- Met het behandelplan in Karify zou meer samenspraak mogelijk zijn.
- Niet iedereen zou met Karify willen werken.
- Het behandelplan en doelen moeten niet als keurslijf gebruikt worden: dus niet vastpinnen op afspraken.

Bijvangst:

De locatie van het FACT team Huizen BEL heeft geen eigen wachtkamer. Je zit in een halletje waar ook anderen (medewerkers van de naastgelegen sushizaak) door lopen die in het gebouw werken. Nu zit het koffieapparaat achter een gesloten deur. Vaak krijg je wel koffie aangeboden maar soms moet je het ook vragen. Beter zou een eigen fatsoenlijke wachtruimte zijn, waar je zelf koffie kunt pakken.

Je moet aanbellen en dan zeggen voor wie je komt. Dat is niet prettig. Beter voor de privacy zou zijn dat de receptionist de naam van de cliënt herkent en dan alleen zegt: welkom, kom binnen.

“Het is officieel niet de bedoeling dat een cliënt naar kantoor komt, het FACT team komt naar jou. Maar de psycholoog kan alleen daar. En de SPV-er vindt het ook handig. En ik vind het een duidelijkere setting. Thuis op de bank kan wat informeler zijn, wel gezellig, maar daardoor is het oppervlakkiger. En je bent zelf bezig met koffie zetten en dat gaat van de behandel tijd af. Dat ze af en toe polshoogte komen nemen is ook goed. Een afwisseling is wenselijk.”

3. Ervaringen leidinggevenden en medewerkers

In februari 2021 hebben we met twee leidinggevenden en twee teammedewerkers poliklinisch, bedrijfsvoering en FACT (Rembrandthof) gesproken. In dit hoofdstuk komen de ervaringen en meningen van hen aan bod. En wordt verwoord wat zij vinden dat goed gaat en wat beter kan. Daar waar ervaringen over een specifiek team gaan, wordt dat apart vermeld.

3.1. Wat is het behandelplan

Je kunt verschillende definities hanteren van wat een behandelplan is. Het is een afspraak tussen behandelaar en cliënt /patiënt over waarover de behandeling zal gaan. Het is ook een tabje in het EPD. Het is een document met daarin vastgelegd de overeenstemming tussen behandelaar en cliënt. Het is een samenwerkingsovereenkomst. Het is ook een verplichting vanuit de verzekeraar: er is in ieder geval een diagnose in een bepaald classificatiesysteem nodig om iemand als patiënt te mogen behandelen bij GGz Centraal. Dat classificatiesysteem is leidend voor de indeling van het digitale systeem waarin het behandelplan wordt vastgelegd.

Een definitie zou kunnen zijn: Het behandelplan is een dynamisch mondeling plan en een gedocumenteerd stuk. Het is een momentopname uit een proces uit het leven van de cliënt, waarin vragen en doelen centraal staan, waarin wordt beschreven waar een cliënt mee aan de slag wil, waar een cliënt hulp bij wil van GGz Centraal, en waar de komende periode aan gewerkt gaat worden. Omdat het steeds een momentopname is, zou je het idealiter vaak bij moeten stellen.

De inhoud van de doelen zijn verschillend bij FACT en poliklinisch. Het concept voor het behandelplan, de plek in het EPD en de manier waarop het tot stand komt, zijn bij beide afdelingen hetzelfde.

Naasten worden zoveel mogelijk meegenomen in de totstandkoming van een behandelplan. Cliënten wordt gevraagd een naaste mee te nemen bij de bespreking. De naasten/ direct betrokkenen bij een cliënt, worden meegenomen in de behandeling. Dat gebeurt op initiatief van de behandelaar van GGz Centraal. Een behandelaar kan dit zelfs als voorwaarde voor de behandeling stellen. De ervaring is dat derden open staan om mee te denken en werken, mits hun naaste daar zelf toestemming voor geeft.

Cliënt /patiënt/ mens

De behandelaar/ psychiater gebruikt het begrip patiënt, de SPV-er zegt liever mens of gebruikt de eigen naam (vanuit de opleiding herstelvisie), bij FACT zeggen ze veelal cliënt. GGz Centraal heeft hier geen eenduidige visie op en geeft de professionals de ruimte om een eigen visie te kiezen en volgen. GGz Centraal vindt het belangrijk voor de professionals om de vrijheid te voelen zichzelf te kunnen zijn. Respect is wel altijd een belangrijk uitgangspunt.

3.2. Wie is eigenaar van het behandelplan

Afhankelijk van de definitie die je hanteert, kun je verschillend aankijken tegen wie de eigenaar is van het behandelplan: de professional, de cliënt of beiden gezamenlijk. De behandelaar heeft de verantwoordelijkheid erop toe te zien dat er een behandelplan is. De behandelaar schrijft. Bij de jongvolwassenen schrijven de cliënten ook zelf via Karify in het plan. Dit vinden de medewerkers een positieve ontwikkeling.

Iedereen heeft een behandelplan. Dat wil zeggen voor elke cliënt is een behandelplan gemaakt. Dat weet elke cliënt ook. Misschien wordt het woord behandelplan niet herkend, maar iedereen weet wel dat er afspraken zijn over de doelen en behandeling. Niet iedereen zal helemaal op de hoogte zijn van de verslaglegging. Lang niet iedereen heeft het behandelplan in handen of ter inzage. Cliënten kunnen hun behandelplan in het digitale systeem zelf niet inzien. Een print maken vanuit het huidige ICT-systeem levert een gebruiksonvriendelijk document. Na elke evaluatie van het behandelplan wordt er een brief aan de huisarts gestuurd met daarin bijgestelde afspraken. Daarvan krijgen FACT-clieënten altijd een kopie. Poliklinische cliënten ontvangen deze brief niet.

De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk (op afstand) voor diagnostiek en de lange lijn van de behandeling. Zij is niet de aanspreekpersoon voor een cliënt. Dat zijn de uitvoerende en mede behandelaars. Deze voeren de gesprekken en organiseren de evaluaties (onder akkoord van de regiebehandelaar).

Sommige cliënten hebben een weerzin tegen het EPD, het behandelplan en evaluatieverslagen en zullen zichzelf zeker niet als de eigenaar van deze documenten zien.

3.3. Ervaringen

Voor sommige cliënten voelt een behandelplan bespreking zwaar of pijnlijk, als een zwaard van Damocles. Bij FACT proberen ze een evaluatie minder lading te geven door de toon aan te passen aan de cliënt. En door vooraf met de cliënt alles al te bespreken zodat er geen verrassingen uit de hoge hoed komen.

Bij poliklinische behandeling gaat de behandelaar niet altijd mee met de wens van de cliënt, zeker als de cliënt als doel heeft spannende zaken onder ogen te zien. De behandelaar vraagt een actieve bijdrage en verantwoordelijkheid van de cliënt voor haar eigen behandeling en de voortgang.

Bij bemoeizorg gaat het weer anders. Dan zal de professional een motivatie van de cliënt (bijvoorbeeld contact met familielid) helpen zoeken. Die kan op een ander vlak liggen dan het doel waaraan gewerkt moet worden (bijvoorbeeld verbeteren persoonlijke hygiëne).

Bij FACT wordt weinig gebruik gemaakt van Karify. Wel voor versturen van e-mail, niet voor modules maken. Het behandelplan opnemen in Karify heeft mogelijk voor (cliënten van) het FACT-team weinig meerwaarde.

3.4. Wat gaat goed?


- Tijd is altijd beperkt. Toch is iedereen bezig met innovatie en het is de kunst om het laaghangend fruit te plukken.
- Bij FACT is er veel uitwisseling van expertise en intervisie binnen het eigen team in kader van Positieve gezondheid.
- Er is altijd back-up van medebehandelaars als een behandelaar uitvalt. Ook kan er gebeld worden met het bureauteam (bijv. voor medicatie). Cliënten zijn hiervan op de hoogte.
- Bij FACT is shared caseload gebruikelijk, zodat cliënten ook collega's al kennen en vice versa. Behandeling kan zonder noemenswaardige onderbreking en verandering voortgezet worden.
- Bij poliklinisch wordt veel multidisciplinair behandeld. De zorg gebeurt in verschillende modules. Zo zijn er ook meer professionals bekend met en bij de cliënt. Dit is prettig bij nodige waarneming.

3.5. Wat kan beter?

- Het classificatiesysteem dat nodig is voor de verzekering gaat uit van ziekte/ aandoening en sluit niet goed aan bij de herstelvisie. De terminologie gaat te weinig uit van werken aan omgaan met wat je hebt en herstel.
- Zoals het behandelplan er nu uit ziet, wil geen enkele behandelaar het aan haar cliënt geven.
- Als je een mooiere print zou kunnen maken, is er een risico dat dit kan rondslingeren. Groot voordeel van een papieren uitdraai is dat een cliënt een naslagwerk in handen heeft.
- Medewerkers nemen/ hebben nu niet veel tijd om van elkaar te leren. Er is weinig intercollegiale uitwisseling. Er waren druk bezochte refereerlunches. Die liggen nu (coronatijd) stil.
- Volle agenda's is een structureel probleem.
- Zorgverzekeraars eisen dat tijd voor directe uren wordt ingezet. De caseload is hoog. De eis van de zorgverzekeraar staat innovatie in de weg.

3.6. Wensen

- Het behandelplan behouden: als vastgelegde overeenstemming en vastlegging van het (langere termijn) doel. Dat focust en geeft ook de behandelaar houvast.
- Het moet wel veranderen: andere kopjes, andere termen die beter aansluiten bij de herstelvisie. Niet allerlei vinkjes verplicht aan en uit moeten zetten.
- Cliënt kan het behandelplan inzien. Dit pas nadat het een gemakkelijkere/ gebruiksvriendelijkere indeling en terminologie heeft.

- 
- Verwachting is dat als een cliënt zelf inzage heeft, er meer focus op haar doelen is en de voortgang van de behandeling levendig en inzichtelijk blijft. Het helpt richting scherp te houden en voortgang te kunnen zien.
 - Meer betrokkenheid levert meer samenwerking op. Een cliënt wordt gestimuleerd netter/ zorgvuldiger/ actiever mee te doen. Ook door meer met E-health modules te kunnen werken bij poliklinische behandeling. De behandelaar geeft vragen aan de cliënt om aan te werken.
 - Muziek en beeldmateriaal kunnen toevoegen aan het behandelplan. Om het levendiger te maken, waar de situatie dit toelaat.
 - Ook een motto kunnen invoeren, bijv. “Ik ga leren zwemmen in het diepe.”
 - Nu is het vooral een mondelinge overdracht. Doelen en evaluaties als naslagwerk geeft meer houvast.
 - Wens is dat in de toekomst een cliënt er zelf wat bij kan schrijven (niet overschrijven). Omdat het om een contract gaat, wil je niet dat er tussentijds veranderingen in gemaakt worden. Alleen bijstellingen na onderling overleg en overeenstemming.
 - Graag de uitslagen van dit onderzoek, vanuit nieuwsgierigheid naar wat cliënten van het behandelplan vinden. Of zij het eerder als een moetje ervaren, of ook als houvast en richting gevend.

4. Visie, beleid en ontwikkeling behandelplan

Dit hoofdstuk geeft weer wat in documenten van GGz Centraal opvalt en wat directie (bedrijfsvoering en behandelzaken) en hoofden behandelzaken (FACT en poliklinisch) vertellen over de visie en het beleid op het behandelplan en wat er tijdens de gesprekken naar voren is gekomen ten aanzien van de in hoofdstuk 1 genoemde vragen van de kwaliteitstoetsing. Ook konden we spreken met de projectleider die de ontwikkeling van integratie van het behandelplan in Karify leidt.

4.1. Beleidsdocumenten

De strategische koers (2019) heet 'Met elkaar'. Bij de beschrijving over hoe de zorg verleend wordt staat: *De patiënt behoudt de volledige regie over de behandeling die GGz Centraal geeft.* In de beleidsdocumenten van GGz Centraal over het behandelplan komt een visie naar voren van een actief plan. En niet alleen een statisch document dat wettelijk voorgeschreven is.

4.2. Gesprek directie

Visie op het behandelplan

In het gesprek met de directie wordt de visie van de strategische koers bevestigd: *Met elkaar*. "Het behandelplan is in wezen een afspraak tussen twee mensen: behandelaar en cliënt/ patiënt, over wat de situatie van de cliënt is en een gedeeld besluit wat te gaan doen in de behandeling. Waarbij de beleving/ ervaring van de cliënt centraal staat." In de praktijk kan het ook gaan over afspraken tussen meer dan twee mensen: in een multidisciplinair team, met daarbij soms ook naasten van de cliënt en bijvoorbeeld ook andere professionals: zoals sociale partners rondom huisvesting, schuldhulpverlening en dergelijke.

Volledige regie van cliënt: Volgens de directie is in de visie van GGz Centraal de cliënt de eigenaar van het behandelplan. Al is het nu in de praktijk nog zo dat deze moet vragen om een uitdraai. De verwachting is dat cliënten zich meer eigenaar zullen voelen als zij zelf toegang hebben tot hun behandelplan. (Het gaat hier overigens niet over de juridische kant van het eigenaarschap.)

De directie benoemt dezelfde verschillende aspecten waartoe het plan dient als ook bij cliënten als behandelaars aan bod kwamen: houvast, evaluatie en overdrachtsinstrument. Het behandelplan is de ruggengraat van de behandeling. Het is een baken in het water, waar ieder zich aan vast kan houden. Het zorgt voor helderheid over afspraken, verwachtingen en richting van het proces en de manier van de behandeling voor zowel de cliënt als de behandelaar (en andere betrokkenen).

Afhankelijk van de situatie van de cliënt dient het vaker, of minder vaak besproken, geëvalueerd en bijgesteld te worden, altijd door cliënt en behandelaar gezamenlijk. Waarin dan opnieuw een gedeeld besluit genomen wordt. Het behandelplan volgt de cliëntreis. De besluiten en doelen worden vastgelegd in een document, dat ook behandelplan heet en dat wordt opgenomen in het EPD.

In derde instantie is het behandelplan ook een overdracht instrument. Zodat een behandelaar als zij onbekend is met een (nieuwe) cliënt afspraken kan opzoeken en kan nazoeken hoe te handelen in een crisissituatie.

Mogelijk kennen cliënten het woord behandelplan niet allemaal. Zij kennen wel de essentie van het behandelplan (even los van crisissituaties): dus dat er een gezamenlijk besluit is over hoe de behandeling gaat en aan welke doelen gewerkt wordt. En wanneer tussentijds geëvalueerd wordt.

Wat gaat goed?

- Alle behandelaars werken met het behandelplan en bepalen de inhoud van het plan op basis van shared decision making. De beleving/ ervaring van de cliënt is het uitgangspunt en staat centraal.
- Het is een onderwerp dat leeft en er zijn allerlei praktische en beleidsontwikkelingen gaande om het behandelplan beter te laten werken met minder rompslomp.

Wat kan beter?

- In de praktijk is het een uitdaging om allemaal op dezelfde manier om te gaan met het behandelplan als middel. Sommige behandelaars vinden het prettig om vanuit de cyclus die het systeem behandelplan met zich meebrengt te werken (met regelmatige evaluaties en bijstellingen) anderen vinden het teveel bureaucratisch. Het behandelplan vergt veel administratieve handelingen.
- De IT-systemen zijn allemaal opgezet vanuit facturatie systemen waar een behandelplan aanhangt, i.p.v. andersom.
- Het behandelplan ligt vast in een systeem. Het is lastig de goede balans te vinden tussen enerzijds vrije input en anderzijds compliance aan het systeem (met verplichte voorgeschreven keuzeopties). Veel mensen zullen het gebruik van *User* als drama en omslachtig ervaren. Het behandelplan en EPD worden namelijk ook gebruikt voor managementinformatie.
- Het is het lastigst om met een behandelplan te werken in de crisisdienst. Mensen kunnen soms gedurende een aantal jaren in en uit beeld zijn en een aantal keer terugkomen bij de crisisdienst en dan weer weg zijn. Dan kan GGz Centraal niet goed aanhaken bij die cliënt. Overigens wordt er meteen na een eerste consult in de crisisdienst een rudimentair behandelplan gemaakt en ook gemaild aan de huisarts.
- Cliënten kunnen nu nog niet of nauwelijks zelf in het behandelplan werken.
- Actief document dat regelmatig wordt geëvalueerd en bijgesteld. (Dit kan ook nu al, en zou ook moeten gebeuren, maar gebeurt niet altijd).

Wensen

- Centraal ontwerp functioneel systeem voor doelen, compliance, dossiervorming.
- Steeds meer eigenaarschap bij cliënt. Voor ieder zou het helderder zijn als de cliënt ook meer daadwerkelijk eigenaar kan zijn. Dat de cliënt toestemming geeft

aan een behandelaar om in te loggen op haar dossier. (Dat is nog toekomst-muziek en daar zitten ook allerlei haken en ogen aan. Zoals, hoe zorg je dat behandelaars met schaarse tijd, niet teveel tijd kwijt zijn door te moeten werken met allerlei verschillende systemen en bij elke cliënt afzonderlijk in te moeten loggen.)

- Je bent als behandelaar te gast in het dossier van de cliënt.
- Gemakkelijke koppelingsmogelijkheden. Dat is zinvoller en duidelijker.

4.3. Gesprek management / hoofden behandelzaken

Visie op behandelplan

Daar waar de directie stellig zegt: 'Het behandelplan is van de cliënt (al moet dat in de praktijk beter gefaciliteerd worden)', zeggen de hoofden van poliklinische behandelteams en FACT teams dat het behandelplan juist van de behandelaar en een cliënt samen is. Het gaat juist om die gezamenlijkheid. De cliënt wordt altijd gevraagd of zij mee wil denken over haar behandelplan.

Een behandelplan is "wat de behandelaar samen met een cliënt bespreekt te gaan doen en ook volgens welk plan van aanpak". Waarbij de behandelaar het initiatief neemt. Deze nodigt een cliënt bij opname of start van de behandeling expliciet uit om aan te geven en mee te denken wat zij wel en niet wil. Wat zij belangrijk vindt. De cliënt maakt eigenlijk haar eigen plan van aanpak. Die wordt zo veel mogelijk geïntegreerd in het behandelplan. Ook bij verplichte zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over: op afspraken moeten komen, huisbezoek ontvangen, medicatie innemen zoals voorgeschreven.

Bij FACT bestrijkt het behandelplan naast behandeling ook andere domeinen die belangrijk zijn voor de cliënt, zoals bijvoorbeeld huisvesting. Bij vrijwillige behandeling worden breed behandeldoelen opgenomen in het behandelplan, over diverse levensgebieden, ook met andere partners in de zorg en maatschappelijke sector. Het behandelplan van een cliënt gaat zo verder dan alleen het aanbod van GGz centraal.

De regie ligt bij de regiebehandelaar van GGz Centraal. Het behandelplan is een middel. Het geeft focus en houvast bij afspraken tussen behandelaar en cliënt. Zodat het hele team niet teveel met elke wind meewaait, maar ook het langetermijndoel/ de langetermijndoelen voor ogen houdt.

In het behandelplan bereik je ook consensus over wat GGz Centraal kan bieden. Na de diagnostische fase start een behandelplan. Het diagnostische document vormt een deel van de input. Bedoeling is dat de cliënt de regie voert. Een behandelaar mag wel kaders stellen vanuit haar professionele deskundigheid.

Er gaat altijd een brief naar de huisarts, cc aan de cliënt, met daarin de evaluatie en nieuwe doelen. Op officiële uitgaande stukken (bijv. m.b.t. Wvvgz) moet de cliënt haar handtekening zetten. Op het behandelplan kan de cliënt mondeling akkoord geven; dit

wordt aangevinkt in het behandelplan.

Naasten zijn altijd welkom bij behandelplanbesprekingen, mits een cliënt dat zelf wil. Onenigheid over de behandeling of tussen cliënt en behandelaar wordt niet persé in het behandelplan vastgelegd. Dat legt de behandelaar wel vast in een brief. Bij beëindiging van het contact gaat een brief naar de huisarts en daarvan krijgt de cliënt een cc.

De hoofden gebruiken zelf vaker het woord patiënt dan cliënt. Dat ligt aan de context en het perspectief. Het is ook een discussie/ nadenk punt bij GGz Centraal. Cliënten benadrukken dat zij iets 'komen halen'. En benadrukken niet de ziekte. Van de andere kant: het zijn wel mensen die ziekteverschijnselen hebben. De hoofden zouden het interessant vinden om hier verder over de praten, maar dat valt buiten het bestek van dit onderzoek.

Wat gaat goed?

- De regie ligt in de afgelopen decennia mondjesmaat steeds wat meer bij de cliënten. Professionals groeien daarin mee.
- Het hele proces van intake tot afsluiting van de behandeling is een samenwerking tussen de cliënt en de behandelaar. Echt samen is de bedoeling en wens. Dat lukt in de praktijk in meer of mindere mate.
- Behandelaars en teams hebben veel oog voor gastvrijheid en vriendelijkheid in de cliëntreis. Zij toetsen altijd of een cliënt zich herkent de beschrijving, het ermee eens is, wat zij anders zou willen, en wat beter kan.
- De FACT-teams hebben ook te maken met mensen die zorg mijden, of die ernstig verward zijn. De behoefte van de cliënt is soms heel anders dan waar het FACT team aan denkt of nodig vindt. Ook dan legt het team de focus op wat iemand wel wil en waar zij wel contact op wil.

Wat kan beter?

- Het behandelplan is een onderdeel van het EPD. Daarin zit ook het hele intakeverslag. De hoofden (en hun teams) vinden dat een gedrocht van een omgeving. Het is niet gebruiksvriendelijk.
- Een cliënt krijgt desgevraagd een uitdraai van het behandelplan, dat is niet met een druk op de knop een leesbaar plan. Bij het evaluatieknopje wordt de tekst nergens naar doorgevoerd bijvoorbeeld. Je moet knippen en plakken om een brief te schrijven.
- Het systeem zou veel handiger moeten kunnen. Het is niet logisch. Het zijn nu veel vinkjes die voor de verzekering moeten. Soms is het oude plan ineens onbedoeld weg als je een nieuwe versie maakt. Voor nieuwe medewerkers is het vooral lastig.
- "Niet iedereen past in het sjoelbakgaatje." Het systeem waarin het behandelplan vastgelegd wordt, leidt tot meer over dan met de cliënt praten.

Wensen

- Behandelplan in Karify schrijven, zodat de cliënt er altijd bij kan zonder dat te hoeven vragen aan een behandelaar.
- Verbetering technische kant van het behandelplan, zodat het er gebruiksvriendelijker uit gaat zien en niet gekoppeld is aan de intake en aan het DBC.
- Dat je een mooie brief krijgt automatisch vanuit evaluatie doelen.
- Dat je alle vinkjes gemakkelijk aanklikt (dat doet nu vaak de administratie uit service) voor de zorgverzekeraar.
- Een gesprek met de verzekeraar over de ongewenst indirecte tijd die je nu kwijt bent, wat afgaat van de behandeling van patiënten.
- In de toekomst kan een cliënt het behandelplan zelf inzien en er suggesties inzetten.
- Meer inzicht in hoe cliënten het behandelplan ervaren. Wat zij (anders) zouden willen.
- Meer inzicht in hoe medewerkers/ teamleden het behandelplan ervaren. Wat zij (anders) zouden willen.

4.4. Gesprek projectleider integratie behandelplan in Karify

Er is een project om het behandelplan te integreren in Karify (cliëntportaal). Nu is het nog niet gebruiksvriendelijk genoeg om uit te rollen. De verwachting is dat dat in de loop van 2021 wel met steeds meer mogelijkheden zal gebeuren. Door coronamaatregelen lijkt er nu meer behoefte aan deze infrastructuur en is urgentie duidelijker geworden.

Beoogde voordelen:

- de cliënt heeft altijd zelf inzage en kan steeds teruggrijpen en gemakkelijker voortdurend toegang hebben om aan doelen te werken.
- cliënt en behandelaar kunnen beter samen aan de behandeling werken (beiden hebben toegang tot behandelplan)
- er zijn notificatie mogelijkheden “er staat wat voor je klaar” of “opdracht ingeleverd” via app op telefoon en/of e-mail met een linkje
- behapbare haalbare doelen, korte termijn en langere termijn zijn zichtbaar
- opdrachten om deze doelen te bereiken, kunnen aangeboden worden.
- online communicatie in beveiligde omgeving (app en beeldbellen) tussen cliënt en behandelaar en behandelaars onderling.
- Karify kan op computer en op smartphone. Het signaleringsplan kan (naast het behandelplan) ook op je smartphone, dus een cliënt heeft het dan bij zich in situaties buiten de deur als het juist nodig is (om ook zelf op terug te kunnen grijpen: ik voel dat ik afglij, wat moet ik ook weer doen).

- behandelaars hoeven niet meer behandelopdrachten te kopiëren en plakken. Het is de bedoeling dat in de toekomst het ECD (EPD, werkt in User en vooral bedoeld voor behandelaars) en Karify (wat eigenlijk een E-health platform is, en vooral bedoeld voor cliënten) meer met elkaar kunnen communiceren.
- Beiden kunnen terug blijven zien welke opdrachten zijn afgerond/ ingeleverd.
- Cliënten hebben in een digitale bibliotheek gemakkelijk toegang tot allerlei informatie over bijvoorbeeld hun ziektebeeld en therapieën ook van buiten GGz Centraal.
- Ook als je uit zorg gaat, kun je als cliënt je conversaties/ opdrachten op myKarify.com blijven zien. De voormalige behandelaars hebben geen toegang meer.

Wens:

- Het is nog niet mogelijk om anderen toegang te geven. Wens is dat in 2021 te realiseren.
- De cliënt zal kunnen bepalen met wie zij informatie wil delen. Een nieuwe behandelaar ziet niks, tenzij de cliënt toestemming geeft. En die toestemming kan een cliënt ook weer intrekken. Voorwaarde is dat de nieuwe behandelaar ook de applicatie Karify heeft.
- In het PGO (persoonlijke gezondheidsomgeving, wat dus cliënt gebonden en niet aanbieder gebonden is) kun je niet schrijven. Wens voor verdere ontwikkeling: Info uit medisch dossier en behandelplan in PGO opnemen.

De RvB draagt het plan om meer digitaal te gaan, omdat het 'de cliënt centraal' bevordert. Bij de behandelaars zijn sommigen enthousiast, anderen (nog) niet. Er is een groei zichtbaar in het aantal behandelaars dat mee wil doen. Cliënten willen soms wel, soms niet.

Om gebruik maken van Karify voor het behandelplan voor cliënten aantrekkelijk te maken, zal een klein groepje cliënten een pilot uitvoeren. Dit groepje kan in de pilot zelf een afspraak met haar behandelaar inplannen binnen daartoe door de behandelaar aangewezen tijdsblokken. Dit is een enorme revolutie bij behandelaars. Het idee voor het zelf inplannen van afspraken met de behandelaar werd aangedragen door werkgroepjes die de stuurgroep waar behandelaren in zitten adviseren.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de conclusies en aanbevelingen van het LSR naar aanleiding van de kwaliteitstoetsing over het behandelplan in Gooi & Vechtstreek. Daarnaast heeft het LSR-onderzoeksteam ook eigen indrukken opgedaan en heeft de Cliëntenraad Gooi & Vechtstreek meegedacht.

5.1. Conclusies

De aanleiding voor dit onderzoek waren signalen bij de Cliëntenraad: Er zijn cliënten die niet weten dat zij een behandelplan hebben en die niet op de hoogte zijn van wat hen te wachten staat tijdens de behandeling.

Die signalen zijn wij tijdens dit onderzoek ook tegengekomen. Hoewel de meeste cliënten wel goed op de hoogte zijn van de behandeldoelen en wat hun te wachten staat, geldt dat niet voor iedereen. Cliënten weten wel of zij een behandelplan hebben, al noemen zij het misschien niet allemaal bij die naam. Het einddoel en de mogelijke en afgesproken wegen daarnaar toe, zijn niet voor elke cliënt vastgelegd of helder. De duidelijkheid daarover kan voor een en dezelfde cliënt in de loop van diens behandeling/ cliëntreis veranderen.

De Cliëntenraad wil ook graag weten of de cliënt wel (mede)eigenaarschap over het behandelplan heeft en voelt. Ten aanzien van dit tweede punt komt uit het onderzoek naar voren dat cliënten veelal zeer zeker (mede)eigenaarschap over hun eigen behandelplan ervaren. Ook behandelaars gaan uit van zogenaamde shared decisionmaking. Samen is veelgenoemd. Mensen vinden samen heel belangrijk. Waar geen 'samen' ervaren wordt, verloopt de behandeling stroef. Er is veel vertrouwen uitgesproken in behandelaars. Ook als cliënten aangeven dat er geen klik is en zij liever een andere behandelaar zouden willen, reageert GGz Centraal daar niet negatief op, maar zoekt naar een betere match. De behandelaar neemt een cliënt daarin meestal serieus en zoekt naar een oplossing. Sommige cliënten zijn hierin teleurgesteld.

Ter beantwoording van de drie hoofdvragen kunnen we het volgende concluderen:

A. In hoeverre is de cliënt betrokken bij het behandelplan?

Het antwoord op deze vraag hangt af van hoe je het behandelplan definieert. Cliënten zijn niet betrokken bij het behandelplan als vastgelegd document, wel bij de afspraken en overleg tussen behandelaar en een cliënt over de inhoud van het opstellen van de behandeling en eventueel een werkplan en wel bij bepalen van doelen en bij evaluaties tijdens de behandeling. Aan het eind van de behandeling zijn cliënten te weinig of niet betrokken bij het behandelplan. Mensen willen het behandelplan meekrijgen om nog na te kunnen lezen als document. Dat gebeurt nu niet.

Wat de directeur beoogt met het behandelplan: een afspraak tussen behandelaar en cliënt over wat de situatie van de cliënt is en een gedeeld besluit wat te gaan doen in de behandeling gebaseerd op de beleving/ ervaring van de cliënt en eigenaarschap bij de cliënt, horen we redelijk terug bij professionals en hoor je ook terug in de gesprekken met

cliënten. Zeker het shared decisionmaking. Eigenaarschap wordt in de praktijk niet zo ervaren. En is ook niet goed mogelijk, en overigens ook niet de wens van elke cliënt. Professionals zeggen: wij luisteren en kijken goed naar wat een cliënt zelf aangeeft en zetten daar onze professionele behandeling op in.

Uit de gesprekken concluderen we:

- De term behandelplan blijkt geen vreemd woord te zijn. Iedereen heeft er wel van gehoord. Cliënten weten niet wat er precies in een behandelplan staat. Geen cliënt kan erin kijken en schrijven. Dat vindt iedereen tamelijk vanzelfsprekend: hoofden/ behandelaars/ teams/ cliënten.
- Lang niet alle behandelaars en cliënten zitten erop te wachten dat cliënten er zelf in kunnen schrijven, laat staan wissen, en alles te kunnen lezen.
- Wat wenselijk zou zijn als de oude vanzelfsprekendheid wegvalt door andere mogelijkheden door Karify, dat lijkt nog niet goed doordacht.
- Cliënten hebben niet zelf de regie over het behandelplan, maar staan wel centraal in de behandeling.
- Alle geïnterviewde medewerkers zeggen dat alle cliënten een behandelplan hebben. Misschien praten zij er over of kennen zij het in andere bewoordingen, maar elke cliënt weet dat er doelen zijn waaraan gewerkt wordt en dat daarover overeenstemming is tussen cliënt en behandelaar(s).
Tijdens de interviews bleek dat cliënten die aan een actieve behandeling deelnemen inderdaad een behandelplan hebben en daarin grote betrokkenheid ervaren.
- Cliënten die wachten op een volgende behandeling, of eigenlijk niet goed weten wat het vervolg traject behelst, ervaren het anders. Zij voelen geen betrokkenheid bij het behandelplan, noch van zichzelf, noch van de behandelaars.
- De meeste cliënten hebben wel de ervaring dat zij actief meebeslissen over hun behandeling. Zij ervaren het als een samenwerking met de behandelaar. In de loop van een behandeling kan een cliënt steeds meer regie naar zich toetrekken. Behandelaars bewegen daarin mee.
- De inhoud en wijzigingen in de inhoud komen in samenspraak tussen behandelaar en cliënt tot stand. Cliënten ervaren over het algemeen dat zij veel inbreng hebben in de behandeling/ doelen.
- Het behandelplan als tool in het systeem is niet van de cliënt, het is meer van de behandelaars. Cliënten hebben zelf het behandelplan niet in handen of ter inzage. Bij FACT krijgen cliënten na een evaluatie een kopie van de brief die naar de huisarts gaat, bij poliklinisch gebeurt dit niet standaard.
- Cliënten kunnen niet zelf iets veranderen in het plan en er niet in schrijven. Zij gaan er wel van uit dat de behandelaar wijzigingen die zij willen doorvoeren in het behandelplan verwerkt.
- Als het gaat om het al dan niet betrekken van naasten bij het behandelplan beslissen cliënten en volgen behandelaars. Behandelaars blijven actief aangeven dat naasten ook in een later stadium alsnog mee kunnen doen zonder opdringerig over te komen.

- De mate waarin een cliënt zicht heeft op het grotere doel en de verschillende stappen en therapieën varieert tussen cliënten en voor een cliënt in verschillende perioden van de behandeling met verschillende hoofdbehandelaars. Soms is het helder, soms helemaal niet. Bij onduidelijkheid zijn cliënten zeer ontevreden.

B. Draagt het behandelplan bij aan de behandeling?

Waar de relatie tussen behandelaar en cliënt goed werkt en samen wordt gewerkt, zien cliënten ook de meerwaarde en andersom. Cliënten vinden zeker dat een goed behandelplan bijdraagt aan de behandeling. Cliënten vinden doelen en duidelijke concrete behandelstappen en evaluaties belangrijk. Niet alleen gesprekken met een behandelaar. Het behandelplan is ondersteunend aan de behandeling. De vastgelegde overeenstemming en vastlegging van het (langere termijn) doel focust en geeft ook houvast aan de behandelaar.

- Zij vinden het goed om te weten welke richting de behandeling opgaat, zodat het langere termijndoel in zicht blijft zowel voor henzelf als voor de betrokken behandelaars.
- Verder draagt het bij om afspraken vast te leggen en vast te houden zonder dat dat rigide hoeft te zijn. Het behandelplan helpt bij evalueren en terugkijken en benoemen wat een cliënt al heeft bereikt.
- Behandelaars gebruiken het behandelplan actief en houden zichzelf en anderen in het behandelplan goed op de hoogte.
- En dat helpt ook bij (tijdelijke) vervanging. Bij tijdelijke afwezigheid van een behandelaar, is de waarneming en continuïteit voor cliënten helder en prettig geregeld.
- Als iets wijzigt in medicatie is het belangrijk dat andere behandelaars dat ook kunnen lezen, zodat eventuele veranderingen of ander gedrag daaraan kunnen relateren en er geen verkeerde conclusies getrokken worden. Psychiaters bij GGz Centraal werken goed met het behandelplan, alle behandelaars lezen veranderingen goed. Zij lezen het en spelen erop in. In die zin werkt het behandelplan.

Overigens wil niet elke cliënt persé elk moment met het behandelplan moeten werken. Sommigen ervaren het ook als een keurslijf. Ook voor hen geldt dat zij wel de voordelen zien voor de behandelaars van het hebben van een plan en om mee te kunnen evalueren en op terug te kunnen kijken na afloop van de behandeling.

Cliënten die geen behandelplan hebben ervaren dat als een gemis.

C. Levert het behandelplan meer inzicht en betrokkenheid op van de cliënt in de behandeling en in welke mate is de cliënt hier tevreden over?

- Cliënten zijn zo niet op de hoogte van wat er aan aanbod is.
- Als een cliënt het als haar eigen plan ziet, dan leidt het behandelplan tot meer inzicht en betrokkenheid van die cliënt. En als er een goed contact is met de behandelaar kan een mondeling behandelplan ook voldoende zijn tijdens de behandeling. De doelen en een werkplan helpen bij inzicht en betrokkenheid. Een vastgelegd behandelplan kan inzicht geven in 'wat zijn we hier aan het doen', en

in voortschrijdend evalueren. En andersom als er geen behandelplan is, mist er inzicht. Het kunnen inzien van het plan helpt bij betrokkenheid.

- Als het behandelplan in Karify kan worden gedeeld, biedt dat mogelijkheden tot meer inzicht en betrokkenheid. Cliënten zouden dan meer invloed (in plaats van alleen betrokkenheid) kunnen hebben op het formuleren van doelen en er zelf aan kunnen werken, meer initiatief kunnen nemen, zelf regie voeren.
- Bepaalde cliënten vinden dit overigens helemaal niet wenselijk op bepaalde momenten. Sommige cliënten moeten er niet aan denken. Of een client wel of niet betrokken is en wil zijn bij het document en ermee wil en kan werken, moet steeds opnieuw afgetast en aangepast worden. Past het nu? Werken met het behandelplan moet niet een voorwaarde in de behandeling worden. Het is wel wenselijk meerdere keren per jaar te kijken wat er als aanbod is met het behandelplan als werkplan.

Er is verschil in hoe mensen hun behandelplan/ het behandelplan ervaren. De meesten voelen zich serieus genomen door hun behandelaars. De ene cliënt geeft duidelijk aan dat zij het fijn vindt dat zij leidend mag zijn. Het initiatief van haar behandeling ligt bij haar. Zij heeft wel de behandelaars als klankbord nodig. Een andere cliënt geeft juist aan vertrouwen te hebben in de behandelaars en de suggesties van hen te laten komen voor de behandeling. Opvallend is dat er niet vanuit de kliniek één richtlijn is. Dus: als je bij ons in behandeling komt, kun je dit en dit verwachten. Behandelaars hebben verschillende voorkeursstijlen. Zij proberen allemaal zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen en hulpvraag van hun cliënten.

Als iemand is of wordt opgenomen zijn aansluitende therapieën niet goed overdraagbaar, omdat het systeem niet compatible is. Bij terugkomst moet je weer opnieuw beginnen, soms blanco, en dat vinden sommige cliënten prima, maar soms is het weer opnieuw diagnose en aanpak vaststellen ongewenst. Een soort terugkomplan gezamenlijk met oude en nieuwe behandelaars in het behandelplan opnemen is nu niet mogelijk en wel wenselijk. Overdacht van eerdere/ oudere behandelplannen is niet goed mogelijk.

Wat inzicht en betrokkenheid betreft hebben veel cliënten en medewerkers wensen. Wat beter kan is:

- Het behandelplan in Karify zou voor veel cliënten een voordeel bieden, maar niet iedereen wil ermee moeten werken.
- De opzet van de huidige tool voor het behandelplan ondersteunt niet: Hij past niet bij de herstelvisie, is gebruiksonvriendelijk, en lastig deelbaar met cliënten.
- Alle medewerkers geven aan dat de huidige tools die het documenteren van een behandelplan faciliteren teveel zijn opgezet vanuit een verantwoordings-/ financieel kader. Het gaat uit van de diagnose en ziekte i.p.v. leren en werken naar leven met een bepaalde aandoening/ ziekte en van herstel.
- De huidige tool ondersteunt niet dat een behandelplan gemakkelijk in te zien is door een cliënt. Je kunt er ook niet een gebruiksvriendelijke print uit maken. Laat staan dat de cliënt er aanvullingen op kan doen, of voortgang in kan aangeven.

- Iedereen juicht het toe als het gemakkelijker wordt als cliënten zelf het behandelplan kunnen inzien te allen tijde, en dat zij het niet hoeven opvragen.
- Het is wenselijk dat je je dossier en behandelplan kunt opvragen en meenemen naar een andere behandelaar.
- Cliënten willen weten wat er met dossiers en het behandelplan gebeurt na afloop van een behandeling.
- 'Regie is bij de cliënt' betekent ook open zijn in wat je wel en niet kunt bieden aan een cliënt. En als een cliënt iets wil dat GGZ Centraal niet kan bieden, open zijn over wanneer en waar het wel zou kunnen, en samen meedenken en kijken naar alternatieven. En samen over spreken of een bepaald aanbod/ bepaalde therapie op dat moment wel het beste is. Niet alle cliënten ervaren dit.
- Ook als je zelf weet hoe het gaat, toch vinden veel cliënten het erg fijn om ongeveer eens per half jaar terug te kijken en dan ook van de behandelaar te horen wat je gedaan en bereikt hebt. Nu gebeurt dat minder vaak.
- Kunnen werken met Karify wordt verschillend ervaren. Als prettig en als niet nodig maar misschien wel prettig voor kunnen nalezen (niet in de zin van moeten). Mee kunnen lezen van alle verslagen wordt door minder mensen gewenst. Wel juist nadat de behandeling is afgerond. Maatwerk is ook hier belangrijk.
- Bijna iedereen zegt: fijn dat behandelaars allemaal in het behandelplan kunnen lezen en schrijven. Dat zij op de hoogte zijn en blijven en je niet alles nog een keer hoeft te vertellen.

5.2. Aanbevelingen

Het LSR komt voor de aandachtspunten met betrekking tot de hoofdthema's met de volgende aanbevelingen:

1. Bevorder dat elke cliënt een actueel behandelplan heeft met een langetermijndoel en zicht op een behandelstrategie daarnaar toe. Ook voor cliënten die tijdelijk geen actieve therapieën volgen, terwijl zij wachten op een vervolg therapie of training.
2. Zorg dat cliënt en behandelaar beiden gemakkelijk kunnen schrijven in het behandelplan (zonder dat zij elkaars schrijven kunnen wissen).
3. Herhaal regelmatig in het behandeltraject wat in het behandelplan staat, of het doel en de afgesproken weg daarnaar toe nog kloppen, wat de diverse therapie- en trainingsmogelijkheden zijn om aan de doelen te werken, welke rechten een cliënt heeft. Ook als dat wel aan het begin van de behandeling is gedaan, zijn cliënten het later soms vergeten en zou de behandelaar het elk half jaar moeten herhalen in een evaluatiegesprek. Dit kan tegelijk met de behandelplan bespreking.
4. Zorg voor gemakkelijke (online) inzage in het behandelplan voor cliënten.
5. Zorg dat cliënten (online) kunnen zien wat zij al aan behandelingen hebben gedaan en wat zij daarmee al hebt bereikt.
6. Zij willen ook graag dat de behandelend psycholoog, en elke behandelaar, uitspreekt bij een evaluatie, ongeveer elk half jaar, wat de cliënt heeft behaald.

7. Zorg dat het ook voor een behandelaar en cliënt gemakkelijk uit te printen is (i.p.v. de beperking met knippen en plakken en gebruiksonvriendelijke versie binnen User).
8. Zorg dat cliënten het behandelplan mee kunnen nemen na afloop van een behandeling.
9. Zorg dat het behandelplan naar een andere behandelaar/ aanbieder gestuurd kan worden.
10. Bied meer psycho-educatie: aan het begin meer inzicht bieden in wat de diagnose behelst, wat daarbij hoort aan gedrag en gevoel en wat een behandeltraject kan behelzen en welke verschillende vormen en soorten therapieën er zijn bij GGz Centraal of daarbuiten.
11. Geef duidelijkheid over wat er zoal in een dossier zit, ook vanuit het verleden. Zorg dat een cliënt, als deze een uitdraai krijgt, zeker weet dat dat alles is wat in het dossier zit.
12. Zorg dat cliënten die niet online willen werken in de toekomst ook inzage in hun behandelplan kunnen hebben.
13. Ga door met de ontwikkelingen voor het behandelplan in Karify.

5.3. Bevindingen LSR

De cliënten waren zeer bereid om hun ervaringen en meningen te delen met de interviewers. Zij deelden veel persoonlijke ervaringen en stelden zich kwetsbaar op. Dat bijna alle gesprekken online met videobellen zijn gevoerd, heeft ons inziens niet geleid tot kwalitatief minder goede informatie. We denken wel dat we daardoor mogelijk minder cliënten en teamleden hebben gesproken dan als wij de interviews op locatie hadden kunnen afnemen.

Het is overigens ook onze indruk dat we de belangrijkste informatie hebben opgehaald, en dat we waarschijnlijk niet veel andere aanvullende inzichten hadden opgehaald als we nog meer mensen hadden kunnen interviewen.

Ook de medewerkers en leidinggevenden die we hebben gesproken waren zeer bereid om hun ervaringen te delen en aan te geven wat zij goed vinden gaan en waar zij verbetermogelijkheden zien. Zij vonden de gesprekken prettig en soepel verlopen.

Zowel bij cliënten als teamleden was veel bereidheid om mee te denken. Zij zijn benieuwd naar de resultaten van het onderzoek en zouden graag het rapport ontvangen.

Bijlage Gespreksleidraden

Gespreksleidraad cliënten

Het gaat om een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief naar het onderdeel behandelplan. Het gaat daarbij om:

1. Inzicht te krijgen in de visie en het beleid rondom het behandelplan en
2. Het toetsen van de visie en het beleid door het in kaart brengen van achterliggende meningen, ervaringen, wensen en verbetersuggesties van cliënten, de teamleiders en de verpleegkundige teams.

Welke ervaringen, mening, wensen en verbetersuggesties hebben cliënten?

Wat gaat er goed en wat kan er beter?

Mogelijke zijn er verschillen in ervaringen tussen FACT team en Poliklinisch. De invulling van het behandelplan kan anders zijn maar ook het betrekken van naasten.

Doelen leidraad

- Het onderwerp behandelplan bespreken.
- Boven tafel krijgen wat belangrijk is voor de cliënten.
- Beschrijven wat er goed gaat, wat er beter kan en waarom iemand dat vindt.
- Hoe kan het beter?

Voorstellen en inleiding

- Uitleg bedoeling gesprek
- Krijgt u behandeling en ondersteuning vanuit een FACT team of poliklinisch?

Gesprek

- Heb je zelf een behandelplan? Wat weet je van je behandelplan?
- Wat is het? Waar gaat een behandelplan over? Wat staat erin?
- Wat zijn je ervaringen met het behandelplan? Kun je een voorbeeld geven?
- Waar dient het voor? Waarom denk je dat een behandelplan gemaakt moet worden?
- Waar kan je je behandelplan vinden? Kun je je behandelplan inzien? Hoe? Wanneer? Heb je zelf een exemplaar/uitdraai? Hoe is dit met wijzigingen in je behandelplan? Bijv. als je doelen aangepast worden?
- Staat wat je wil bereiken of waar je aan wilt werken in het behandelplan? Heb je het daar wel eens over met je behandelaar? En omgekeerd, bespreekt de behandelaar dit met jou?
- Wie stelt de doelen vast? Hoe gaat dat? Heb je inspraak? Wordt jouw mening serieus genomen?
- Word je afgerekend op het niet halen van doelen? Voel je daardoor een bepaalde druk?
- Van wie is het behandelplan? Is het van jou? Van je behandelaar? Allebei? (Shared Decision Making?)

- Heb je wel eens een meningsverschil gehad met je behandelaar over (wat er in) het behandelplan (moest komen)? Hoe ging dat?
- Is er ruimte om niet akkoord te zijn met het behandelplan? Wat zijn hier de gevolgen van?
- Moet je tekenen voor akkoord op het behandelplan?
- Komt het behandelplan wel eens ter sprake tijdens je behandeling? Wanneer? Op welke momenten?
- Is het een eenmalig document of wordt het (af en toe) bijgesteld? Hoe vaak dan? Hoe gaat dat? Wat is een aanleiding om het te veranderen? Zijn er (vaste) evaluatiemomenten?
- Als je iets wilt veranderen in je plan, hoe gaat dat dan?
- Worden je naasten ook betrokken bij het behandelplan? Op welke momenten? Vind je dit fijn of juist niet? Zou je willen dat je behandelplan gedeeld wordt met naasten?
- Helpt een behandelplan jou met je behandeling/ met omgaan met je beperking/ ziekte of herstel? Vind je het belangrijk? Heb je er iets aan?
- Wie hebben inzage in het behandelplan? Heb jij als cliënt zeggenschap over wie het kan inzien?
- Houden behandelaars zich aan wat er in het BHP is afgesproken? Hoe weet je dat?
- Zijn alle behandelaars op de hoogte wat er in jouw behandelplan staat?
- Wat gebeurt er met het behandelplan als er een wisseling is in de behandelaars? Bij uitval of vertrek van een behandelaar?

Tot slot

- Wil je je behandelplan in Karify? Waarom wel/niet? (Hoe) zou dit in Karify voor de cliënt prettig zijn? (richting e-health)
- Wat zijn de voor- en nadelen van het hebben van een behandelplan?
- Als je zelf een behandelplan zou mogen opstellen, hoe zou jij dit dan doen?
- Met wie zou je het behandelplan op willen stellen?
- Wat vind je er goed aan?
- Hoe kan het beter?
- Wil je het onderzoeksverslag ontvangen?

Gespreksleidraad teams poliklinisch en FACT, management en directie

Het gaat om een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief naar het onderdeel behandelplan. Het gaat daarbij om:

1. Inzicht te krijgen in de visie en het beleid rondom het behandelplan
2. Het toetsen van de visie en het beleid in de praktijk door het in kaart brengen van achterliggende meningen, ervaringen, wensen en verbeteringsuggesties van cliënten, de leidinggevenden en medewerkers.

Voorstellen en inleiding

- Wat is uw functie bij GGz Centraal en waarvoor bent u verantwoordelijk?
- Wat is een behandelplan, waar dient het voor? Vanuit welke visie werk je? Hoe ga je om met cliënten?

Gesprek

- Is het helder en duidelijk voor cliënten wáár zij hun behandelplan in kunnen zien?
- Missie: samenwerken aan herstel en eigen regie cliënt, shared decisionmaking: Lukt het om deze missie uit te voeren?
- De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor het behandelplan. Is de regiebehandelaar dan ook eigenaar van het behandelplan? Is dit bekend bij cliënten?
- Wat als er tijdelijk geen aanbod is?
- Wie onderneemt actie voor evaluatie van het behandelplan? Gedurende (vaak) het langdurige proces van behandeling met verschillende fases
- (Hoe) worden naasten betrokken bij het tot stand komen en evaluaties van het behandelplan? Hoe zit het met informed consent?
- Wie bewaart het behandelplan en hoe lang. Wat gebeurt er als een cliënt het plan of een deel daaruit wil vernietigen? Een cliënt mag verzoeken om (een deel van) haar dossier te vernietigen.
- Bij wisseling regiebehandelaar of behandelende instelling: Is de overdragende regiebehandelaar ook verantwoordelijk voor overdracht van het behandelplan? Gaat het behandelplan mee? Wordt dit elders voortgezet?
- Hoe worden cliënten (en medewerkers) geïnformeerd over (aanvullingen) van het behandelplan bij proces opname en verblijf. Zijn (wijzigingen in) doelen bekend?

Tot slot

- Waar ben je trots op als het gaat om het behandelplan?
- En waar zie je verbetermogelijkheden?