



## DE INVLOEDRIJKE VETERAAN

### Definitie

**Een Invloedrijke Veteraan heeft eigen regie over zijn of haar zorg en hersteltraject. De verwerving van eigen regie is een proces waarbij de veteraan met de zorgverlener samenwerkt op basis van gemeenschappelijke besluitvorming en eigen verantwoordelijkheid. Binnen de zorgketen zijn veteranen en hun partners collectief betrokken en invloedrijk bij de inrichting van de zorgverlening.**

### Toelichting

*“Wanneer mensen in situaties verkeren waarin ze voor korte of langere tijd een beroep moeten doen op hulp of ondersteuning, is de keuze maar al te vaak beperkt. Zij zijn overgeleverd aan wat er voorhanden is of wat de hulpverlener vindt dat er moet gebeuren. Juist het feit dat iemand de regie over zijn of haar situatie kwijt is, maakt dat iemand kwetsbaar is en zich onzeker voelt. De regie hoort bij hen, maar wordt maar al te vaak, en meestal met goede bedoelingen, afgenomen.” - MOVISIE, 2017*

Eigen regie betekent dat een persoon, eventueel bijgestaan, “zélf bepaalt wie welke zorg verleent biedt en op welke manier dit gebeurt”<sup>1</sup>. Veteranen bepalen dus zelf *wie* zorg verleent, *wat* voor een type zorg, *waar* (locatie) en *wanneer* de zorgverlening wordt ingezet. Eigen regie vindt plaats binnen het kader van de bestaande zorgmogelijkheden. Er is dan sprake van een gemeenschappelijke besluitvorming (shared decision making) met heldere verwachtingen waarin de veteraan beslist op basis van het gepersonaliseerde behandelaanbod. Het behandelaanbod hangt af van de *hulpvraag*, *indicatiestelling*, *gemoedstoestand* en *situatie* van de zorgvrager<sup>2</sup>.

Om tot beslissingen te komen over de inhoud en richting van de zorg worden veteranen bijgestaan en ondersteund door een netwerk van naasten, zorgverleners en/of ervaringsdeskundigen. Ieder van deze groepen werkt als gelijkwaardige partner samen met de veteraan vanuit een bepaalde expertise. Op de voorgrond staan de wensen, doelen, behoeften en mogelijkheden van de veteraan<sup>3</sup>. De *veteraan* weet hoe hij of zij zijn of haar ziekte ervaart en beschikt over informatie over zijn of haar sociale omstandigheden, gewoonten, gedrag, behoeften, wensen en verwachtingen. De *zorgverlener* informeert en adviseert de veteraan over gepaste zorg, is goed op de hoogte van professionele kennis omtrent de diagnostiek, oorzaken van pathologie, prognoses, behandelaanbod en preventieve maatregelen. *Naasten*, doorgaans partner, kinderen en/of ouders, brengen de meeste tijd door met de veteraan en hebben inzicht in de sociale leefwereld en problemen waar de veteraan tegenaan loopt en vervullen soms de rol van mantelzorger. De *ervaringsdeskundige* weet wat de veteraan doorloopt, kan verwachten en wat heeft geholpen op grond van eigen herstellervaringen, en kan van daaruit meedenken in de behoeften, ruimte maken voor herstel en een accent leggen op eigen regie<sup>4</sup>. *Allen* dragen samen bij aan selecteren en leveren van de beste adviezen, zorg en ondersteuning aan de veteraan. De *veteraan* beslist wie deel uit maakt van zijn of haar netwerk en de richting en invulling van zijn of haar zorg.

De werkzame elementen van eigen regie op het eigen herstelproces zijn onder meer: *eigenaarschap* (inrichting eigen leven en keuzen) *eigen kracht* (empowerment; vermogen zelf te beslissen), en *behandelmotivatie* (door participatie te maximaliseren)<sup>5 6</sup>. Zo werken we naar een invloedrijke veteraan die zelf eigenaar en hoofverantwoordelijke is voor de *inzet* van zijn of haar herstelproces. Dit geldt niet alleen op individueel niveau, het betreft ook het vermogen van veteranen om *collectief* invloed uit te oefenen op de inrichting van hun leven en zorg.

Niet iedereen is in staat of wil regie voeren of beslissingen nemen, vooral niet bij aanvang zorg en specifieke thema's als schuld en verslaving<sup>7</sup>. Het verwerven van eigen regie is een *proces*(doel) waar actief naar wordt gewerkt gedurende een zorgtraject<sup>2 7</sup>. Voor sommigen is en blijft eigen regie een onhaalbaar doel, in dit geval houdt eigen regie ook in dat de veteraan zelf beslist voor (on)bepaalde tijd de regie uit handen te geven aan een van de partijen binnen zijn of haar netwerk.

Wanneer er sprake is van zorgverlening binnen een juridisch kader (kindermishandeling, forensisch, etc.), geldt een andere en soms beperktere invulling van het concept Eigen Regie. Voor veteranen in actieve dienst geldt eveneens een beperktere invulling van dit concept als gevolg van de verplichting om behandeling binnen het militaire zorgsysteem te zoeken in plaats van daarbuiten.

### Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)



## SHARED DECISION MAKING

### Definitie

**Shared decision making, ofwel gemeenschappelijke besluitvorming, is het proces waarin hulpvrager en zorgverlener in alle facetten van het zorgproces samen de keuzen maken over de aanpak<sup>8</sup>.**

### Toelichting

Hulpvragers willen gehoord en betrokken worden in de besluitvorming van hun zorgtraject<sup>7 9</sup>. Desondanks participeren ze onvoldoende in de zorg<sup>10</sup>. Dit is een gemis want participatie zorgt voor betere aansluiting bij de patiënt zorgbehoeften en wensen, accuratere behandelverwachtingen, vergroot de patiënttevredenheid, draagt bij aan een betere zorgverlener-hulpvrager relatie en vermindert behandelkosten<sup>11 12 13</sup>. *Shared decision making* ondersteunt veteranen bij de keuze wat het beste past bij hun voorkeuren, waarden en persoonlijke situatie. Er zijn 3 stappen aan te wijzen in het proces: 1.) wederzijds informatie uitwisselen tussen hulpvrager en zorgverlener, 2.) de keuzemogelijkheden doornemen en onpartijdig advies leveren over alle voor- en nadelen per behandeling, en 3.) zodat de veteraan uiteindelijk de beste keuze kan maken<sup>14</sup>. Het betreft een cyclisch proces met periodieke evaluaties. Op basis van deze stappen kan de positie van de hulpvrager versterkt worden door: a.) goede en begrijpelijke informatievoorziening met een continue up-to-date zorgaanbod; b.) het vaststellen van de rol en wensen van de veteraan met betrekking tot gemeenschappelijke besluitvorming en eigen regie; c.) vaststellen fase van ziekteproces en de weerslag van de ziekte op het shared decision making proces; d.) het ontwikkelen en implementeren van instrumenten voor veteranen en/of trainen van competenties bij zorgverleners om aan gezamenlijke besluitvorming te kunnen doen.

Er zijn ook omstandigheden waarin shared decision making in de ogen van de veteraan niet gewenst of beperkt mogelijk is<sup>7</sup>. Het is mede afhankelijk van de patiëntrol en de fase in het ziekte- en zorgproces of men tot (complexe) besluitvorming kan komen en voorkeuren kan aangeven<sup>10</sup>. De voorwaarden om aan shared decision making te doen zijn: er is bij de zorgvrager sprake van probleem- en ziektebesef, de zorgvrager is in staat (waar nodig met ondersteuning en advies van zorgnetwerk) een hulpvraag te formuleren, er is behandelmotivatie, en de zorgvrager is in staat beslissingen te nemen<sup>2</sup>. Secundaire ziekte winst kan soms interfereren met gemeenschappelijke besluitvorming<sup>2</sup>.

Wanneer er sprake is van zorgverlening binnen een juridisch kader (kindermishandeling, forensisch, etc.), geldt een andere en soms beperktere invulling van het concept Shared Decision Making. Voor veteranen in actieve dienst geldt eveneens een beperktere invulling van dit concept als gevolg van de verplichting om behandeling binnen het militaire zorgsysteem te zoeken in plaats van daarbuiten.



## DUURZAAM GEZOND ZIJN

### Definitie

**Duurzame Gezond Zijn is een optimale balans tussen mogelijkheden en beperkingen. Indien dit niet haalbaar is, staat het leiden van een goed leven in de ogen van de veteraan centraal in geval van blijvende (psychosociale) klachten en problematiek.**

### Toelichting

Het LZV biedt veteranen, diensslachtoffers en hun relaties bij uitzendgerelateerde *psychische* en *psychosociale* problemen de meest geëigende zorg. De traditionele zorgvisie werkt vanuit een *stoornisgerichte* aanpak naar de volledige afwezigheid van klachten of stoornissen. Veel veteranen profiteren van deze bewezen effectieve en richtlijn-aangeraden aanpak<sup>15 16</sup>.

Desalniettemin blijft 30-50% van de veteranen met uitzendgerelateerde pathologie worstelen met uitzendgerelateerde stoornissen en klachten<sup>15 16 17</sup>. Het volledig genezen van klachten en beperkingen is een onhoudbare aanpak<sup>18</sup>. Tegelijkertijd beperkt de problematiek zich niet tot psychische aspecten, zij speelt zich gelijktijdig af op allerlei domeinen, waaronder in het financiële domein, sociale/huiselijke sfeer, huisvesting, betekenisgeving, werkvoorziening, etc.

Er is behoefte aan een herdefiniëring van het concept gezondheid waarbij de focus ligt op het bevorderen van welzijn en gezondheid, als op het behandelen van klachten of stoornissen. Gezondheid wordt beschouwd als de dynamische balans tussen mogelijkheden (draagkracht) en beperkingen (draaglast)<sup>2 19</sup>. De dynamische balans houdt in dat veteranen met een chronische ziekte of klachten in staat zijn hun leven in te richten op een wijze waar dat hen in staat stelt in eigen ogen een tevreden, volwaardig en/of zinvol leven te leiden<sup>18</sup>. Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is daarbij niet persé een doel op zich, maar een middel om een dergelijk leven te leiden<sup>18</sup>. Het doel is genezen waar mogelijk, en het herstellen van een goed of zinvol leven in de ogen van de veteraan wanneer genezing niet haalbaar is.

Welzijn betreft de tevredenheid van de veteraan op zes centrale levensdomeinen: mentaal welbevinden, lichamelijk functioneren, zingeving, dagelijks functioneren, sociaal maatschappelijk participeren en kwaliteit van leven<sup>19</sup>. Waarbij de veteraan een weging en prioritering geeft van elk levensdomein op zijn welzijn. De zes levensdomeinen bieden aanknooppunten om *stoornisgericht* (psychisch), *lichamelijk*, *persoonlijk* (zingeving, acceptatie, groei) en *maatschappelijk* (werk, financieel, erkenning) herstel aan te jagen. De veteraan beslist samen met zijn of haar zorgnetwerk welke vormen van herstel op welke levensdomeinen hij of zij wil nastreven om een goed en zinvol leven te kunnen leiden<sup>6</sup>.

Duurzaam Gezond Zijn is niet voor iedereen haalbaar, vooral wanneer veteranen een situatie of hun beperkingen niet kunnen accepteren. Het is daarom van belang om periodiek aan goed verwachtingenmanagement te doen. De term Duurzaam Gezond Zijn mag onder veteranen niet tot frustratie leiden<sup>2</sup>.



## ZORGVERLENING VERSTERKEN

### Definitie

**Het versterken van de zorg, ondersteuning en hulpverlening is het proces waarin de keten vaststelt wat de meest effectieve en efficiënte zorg is in de vorm van zinnige, zuinige en zorgzame zorg<sup>20</sup>. Dat doen we met elkaar: de veteraan, zijn of haar netwerk, zorgverlener, instelling en keten. Op basis van ervaring, tevredenheid en werkzaamheid.**

### Toelichting

Het versterken van de zorg, ondersteuning en hulpverlening vindt plaats op twee verschillende focusgebieden (effectiviteit en efficiëntie) die zich uitstrekken over drie domeinen: preventie, genezing en herstel. Het hoofddoel is genezen waar nodig, en het herstellen van een goed of zinvol leven in de ogen van de veteraan wanneer genezing niet haalbaar is, met rendabele aanpakken en gastvrije stijl. Ofwel, met zinnige, zuinige en zorgzame zorg<sup>20</sup>.

*Effectiviteit* betreft de mate dat de uitkomst van het zorgproces gerealiseerd wordt (doeltreffendheid). De gangbare uitkomstmaten zijn: een integratie van ervaring, tevredenheid en werkzaamheid op de gebieden: mentaal welbevinden en klachtenremissie, dagelijks, fysiek en sociaal functioneren, zingeving, maatschappelijke participatie, en kwaliteit van leven<sup>19</sup>. De nadruk ligt op het aantoonbaar maken en vergroten van de effectiviteit van ondersteuning, behandel- en preventieprogramma's in de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn. Deze lijnen zijn van oudsher onderbelicht ten opzichte van de 2<sup>e</sup> lijn op het gebied van onderzoek.

Een veelbelovende route om de huidige interventies gericht in te zetten is de inzet van *personalised medicine*. Personalised medicine wordt gezien als de opvolger van evidence based medicine<sup>21</sup>. Het gaat ervan uit dat er bewezen effectieve methodieken zijn voor de behandeling van psychische stoornissen, maar dat een aanzienlijk deel van de cliënten niet profiteren van deze behandelingen omdat er onvoldoende afstemming is tussen de behandeling, het individu en zijn of haar context. Personalised medicine stemt de (keuze voor) behandeling af op specifieke problemen of klachten van het individu om te begrijpen *wat bij wie* past en *wat voor wie werkt*<sup>22</sup>. Daarbij worden bio-, psycho- en sociomarkers in kaart gebracht die invloed uitoefenen op het ontstaan en beloop van ziekte en herstel<sup>21 22</sup>. Personalised medicine houdt zodoende meer rekening met de *staging* (fase van ontwikkeling) van een ziekte of stoornis en stelt zorgverleners in staat de *timing* van zorg aan te passen<sup>23</sup>. Het einddoel is effectievere zorg doordat we beter bewust zijn van wat we bij wie aan interventies aanbieden, op welk moment, verankerd in indicatieprotocollen.

De effectiviteit van de zorgverlening kan daarnaast aangejaagd worden door de ontwikkeling en inzet van innovatieve (eHealth) interventies, toegespitst op het leveren van *matched care* voor specifieke problematiek (PTSS, verslaving, agressie) op basis van de behoeften van de veteraan en zijn of haar gezin. Dit gaat gepaard met enerzijds de ontwikkeling van nieuwe klacht en herstelparadigma's, in het specifiek *Moral Injury* en een bredere definitie van gezondheid en welzijn gericht op het vergroten van persoonlijk, maatschappelijk, fysiek herstel, naast het gangbare klinisch herstel (stoornisgericht werken).

*Efficiëntie* betreft de doelmatigheid van de zorg. Daarbij draait het om de het beste gebruik van de beschikbare om een bepaald doel te bereiken, namelijk kwalitatief hoogwaardige rendabele ketenzorg. De zorg is opgebouwd in een *stepped care* aanbod waarbij de keten de veteraan mogelijkheden biedt om zijn of haar zorg flexibel op basis van behoefte en problematiek op of af te schalen tussen de zorglijnen (0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>) en nazorg. De mate van overeenstemming tussen de hulpvraag van de veteraan en het hulpaanbod van de zorgverlener is belangrijk om te komen tot goede stepped en matched care, maar tegelijkertijd een bron van onduidelijkheid in hoeverre deze op elkaar aansluiten<sup>7</sup>. Stepped en matched care zijn ook afhankelijk van een goede afstemming tussen de diverse ketenonderdelen (0<sup>e</sup> tot 2<sup>e</sup> lijn). Bij onvoldoende afstemming, informatieoverdracht en rolduidelijkheid, is het risico op inefficiënte zorg groot.



## REFERENTIES

- <sup>1</sup> MOVISIE, Kennis en aanpak van sociale vraagstukken (2017). *Wat werkt bij eigen regie*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- <sup>2</sup> LZV Zorgprofessionals (2018). *Focusgroep LZV Zorgprofessionals: Inrichting LZV Onderzoeksagenda 2019-2022*. LZV Programmabureau. Doorn.
- <sup>3</sup> LZV Meerjarenplan 2018-2021 (2017). *Samen sturen naar Gezondheid*. LZV Programmabureau. Doorn.
- <sup>4</sup> GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEE! En Kenniscentrum Phrenos (2013). *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel*. Utrecht/Amersfoort
- <sup>5</sup> Bähler, M., & Oosterveld, H. (2013). *Samen keuzes maken, gereedschap voor shared decision making in de ggz*. Kwaliteit In Zorg.
- <sup>6</sup> Brink, C., & Van der Veen, N. (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*. Kennisdossier 5. Utrecht
- <sup>7</sup> LZV Voorjaarsbijeenkomst (2018). *Veteranen en hun partners over het versterken van de invloed op zijn/haar zorgproces, gezondheid en kwaliteit van leven*. LZV Programmabureau. Doorn.
- <sup>8</sup> Towle, A. & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319, 766-71.
- <sup>9</sup> Van der Feltz-Cornelis, C. M., Kessels, H. A. E., & Duivenvoorden, H. J., Biemans, H., & Metz, M. (2014). Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten: Een klinisch empirische verkenning. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 56(6), 375-384.
- <sup>10</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013. *De participerende patiënt*. Den Haag.
- <sup>11</sup> IQ Healthcare (2013). *Gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement; een literatuuronderzoek naar effectiviteit en naar voorwaarden voor succes*. Radboud Universiteit Nijmegen
- <sup>12</sup> Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner M. ...Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10: CD001431. DOI:10.1002/14651858.CD001431.pub3.
- <sup>13</sup> Stacey D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., ...Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD001431. DOI:10.1002/14651858.CD001431.pub5
- <sup>14</sup> Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. ...Barry, M. (2012). *Journal of General Internal Medicine*, 27: 1361. DOI:10.1007/s11606-012-2077-6
- <sup>15</sup> Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227
- <sup>16</sup> Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184-194. DOI:10.1016/j.cpr.2015.06.008
- <sup>17</sup> Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*, 314, 489-500. DOI:10.1001/jama.2015.8370
- <sup>18</sup> Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. (2016). *Model GGZ-zorgstandaard 2.2*.Utrecht.
- <sup>19</sup> Huber, M., Van Vliet, M., & Broers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 160: A7720
- <sup>20</sup> Van Os, J., & Delespaul, P. H. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: Van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 60, 96-104
- <sup>21</sup> Beekman, A. T. F., Van Amelsvoort, T., & Van K. R. Goethals, H. L. (2018). Personalised medicine: Een wenkend perspectief voor de psychiatrie. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 60, 142-144.
- <sup>22</sup> Myin-Germeys I., & Pennix, B. W. J. H. (2018). Personalised medicine: Wat betekent dit voor wetenschappelijk onderzoek? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 60, 210-214.
- <sup>23</sup> Neven, A., Van Wamel, A., & Van den Brink, W. (2018). Stagering en profilering van patiënten met een dubbele diagnose. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 60, 114-119.