

> TNO rapport

Methodisch (samen)werken in het domein werk en inkomen

TNO innovation
for life

Januari 2019 >

Methodisch (samen)werken in het domein werk en inkomen

Datum	Januari 2019
Auteurs	W. Otten I.M. Vooijs N.M.C. van Kesteren S.M. Boermans A.M. Hazelzet
Projectnummer	060.31517/01.03.01
Rapportnummer	R18050
Contact TNO	Astrid Hazelzet
Telefoon	088 866 53 43
E-mail	astrid.hazelzet@tno.nl

Gezond Leven
Schipholweg 77-89
2316 ZL LEIDEN
Postbus 3005
2301 DA LEIDEN
www.tno.nl

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 2019 TNO

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer 27376655

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	1
1.1	Aanleiding project Methodisch (samen)werken	1
1.2	Doel en onderzoeksvragen	1
1.3	Aandacht voor methodisch en evidence-based werken	2
1.4	Ruimte voor verbetering	3
1.5	Definitie samenwerking professional - cliënt.....	4
1.6	Opbouw van het rapport.....	5
2	Samen beslissen.....	6
2.1	Wat is samen beslissen?	6
2.2	Modellen voor samen beslissen.....	7
2.3	Welke beslissingen?	8
2.4	Effectiviteit van samen beslissen	9
2.5	Uitkomstmaten van samen beslissen	10
2.6	Implementatie samen beslissen.....	10
3	Samenwerking tussen professional en cliënt in het sociale domein: uitkomsten van een literatuurverkenning.....	12
3.1	Aanpak literatuurverkenning	12
3.1.1	Nationale literatuurverkenning	12
3.1.2	Internationale literatuur	13
3.2	Opbrengsten literatuurverkenning.....	13
3.2.1	Opbrengsten nationale literatuurverkenning	13
3.2.2	Opbrengsten internationale literatuurverkenning	16
3.3	Conclusies literatuurverkenning.....	16
4	Samen beslissen in domein werk en inkomen.....	17
4.1	Algemene geschiktheid van samen beslissen voor domein werk en inkomen.....	17
4.2	Specifieke kenmerken domein werk en inkomen en samen beslissen	18
4.2.1	Cliënten	18
4.2.2	Professionals.....	19
4.2.3	Organisatie/systeem	19
5	Relevante onderzoeksvragen voor vervolg.....	21
	Referenties	22
	Bijlage 1 Methodisch Werken	25
	Bijlage 2 Zoekstrategie internationale literatuur.....	27
	Bijlage 3 Data-extractietabel gevonden publicaties in databases Divosa, VNH, KWI, SBCM	28
	Bijlage 4 Data-extractietabel van de literatuur aangedragen door auteurs	33

1 Inleiding

1.1 Aanleiding project Methodisch (samen)werken

Het TNO-Kennisinvesteringsprogramma 'Inclusive Work' is erop gericht om door kennisontwikkeling en innovaties bij te dragen aan het zo volwaardig mogelijk participeren in werk van personen met een (grote) afstand tot de arbeidsmarkt. Hierbij zijn drie hoofdactoren relevant:

1. bedrijven (die het werk creëren),
2. gemeenten (re-integratieprofessionals¹ die werkzoekenden² naar werk begeleiden en bedrijven ondersteunen bij werving en plaatsing), en
3. werkzoekenden (die op zoek gaan naar werk en daarvoor de nodige vaardigheden ontwikkelen en belemmeringen overwinnen).

Bij TNO, maar ook in het algemeen, gaat er veel aandacht uit naar (samenwerking tussen) de eerste twee actoren. Zo lopen er initiatieven met als doel methodisch werken van re-integratieprofessionals te stimuleren (belangrijk onderdeel van het ZonMw Kennisprogramma Vak-kundig aan het werk), aandacht te vragen voor een lerende gemeentelijke praktijk (zie bijvoorbeeld www.divosa.nl) en de meerwaarde te laten zien van het bundelen van krachten door UWV-gemeenten-bedrijven (zie www.samenvoordeklant.nl). In het project 'Methodisch (samen)werken' zoomen we in op de samenwerking tussen de professional en werkzoekende in het domein van werk en inkomen, omdat dit aspect naar onze mening nog weinig aandacht krijgt, terwijl uit wetenschappelijk onderzoek in andere domeinen een goede samenwerking een bewezen positief effect heeft op het resultaat (Broersen, 2011; Van Veenendaal et al., 2013; Stacey et al., 2017).

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het project 'Methodisch (samen)werken' beoogt inzichten te verwerven in hoe de samenwerking tussen klantmanager en werkzoekenden nu wordt vormgegeven, wat wenselijk is, of manieren van samenwerken die worden toegepast in andere domeinen kansrijk zijn voor het domein van werk en inkomen en wat de positieve effecten zijn van een kwalitatief goede samenwerking tussen klantmanager en werkzoekende. In dit rapport doen we verslag van de uitkomsten van de eerste, oriënterende fase van het project. In deze fase heeft een aantal TNO-experts op het terrein van methodisch en evidence-based werken in zowel het sociale als het jeugd- en gezondheidsdomein zich gebogen over de volgende vragen:

1. Wat is het concept 'samen beslissen' en hoe wordt het toegepast in de gezondheidszorg?
2. Wordt het concept 'samen beslissen', of worden delen van dit concept, toegepast in het domein werk en inkomen?
3. Is 'samen beslissen' afkomstig uit het gezondheidsdomein kansrijk voor toepassing in het domein van werk en inkomen en welke specifieke kenmerken van dit domein zijn daarop van invloed?
4. Welke onderzoeksvragen kunnen worden gedestilleerd uit de eerste oriënterende fase van het project?

¹ Met professionals worden bedoeld klantmanagers, werkcoaches, casemanagers werkzaam in het domein van werk en inkomen. In dit rapport spreken we voornamelijk van professionals en klantmanagers.

² In dit rapport worden werkzoekenden en cliënten door elkaar gebruikt.

1.3 Aandacht voor methodisch en evidence-based werken

Om de kwaliteit van de uitvoering een impuls te geven en gemeenten daarbij beter op weg te helpen is ZonMw, op verzoek van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en in nauwe samenwerking met Divosa, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), UWV en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), gestart met het kennisprogramma Vakkundig aan het Werk (VahW). Het kennisprogramma is onderdeel van een bredere beweging in de sector werk en inkomen om meer methodisch en evidence-based te werken (gebaseerd op wetenschappelijke inzichten). De focus van VahW ligt op het ontwikkelen van kennis over de effectiviteit van interventies op vier thema's: Re-integratie, Integraal werken, Methodisch werken, en Schuldhulpverlening en armoedebestrijding (zie ook <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/programma-detail/vakkundig-aan-het-werk/>). In VahW wordt methodisch werken als volgt beschreven. "Onder het concept 'methodisch werken' wordt verstaan: werken volgens een plan van aanpak, dat gebaseerd is op een goede diagnose. De diagnose zorgt voor realiseerbare doelen, het maken van een plan voor passende oplossingen, het werken volgens plan voor consistentie in de uitvoering en het evalueren van de resultaten op basis waarvan we leren wat heeft gewerkt en wat niet heeft gewerkt. ... Bij voorkeur worden daarbij de stappen van methodisch werken doorlopen aan de hand van (bewezen) effectieve methodieken. Dit houdt in dat een professional datgene doet waarvan (wetenschappelijk) bewezen is dat het werkt en dat passend is bij de situatie van de cliënt en eigen praktijkinzicht" (ZonMw, 2015: pag. 13). Dit wordt ook wel evidence-based werken genoemd, waarmee wordt bedoeld dat de professional in zijn of haar handelen (in alle stappen van methodisch werken) drie verschillende kennisbronnen integreert, namelijk

1. praktijk- en ervaringskennis,
2. wetenschappelijke inzichten, en
3. vragen, ervaringen en behoeften van cliënten (zie figuur 1.1).

De uitkomsten van een onderzoek van Regioplan in 2012 (Blommesteijn et al., 2012) naar methodisch werken van klantmanagers zorgden ervoor dat het stimuleren van vakmanschap van klantmanagers in het sociale domein bij veel partijen (Beroepsvereniging voor Klantmanagers (BvK), SZW, Divosa, Stichting Beheer Collectieve Middelen (SBCM), Kenniscentrum voor Werk en Inkomen³ (KWI), VNG) hoog op de agenda



Figuur 1.1 Drie kennisbronnen ter ondersteuning van evidence-based werken

³ Het Kennisplatform Werk en Inkomen (KWI) is een samenwerkingsverband voor kennisdeling in het domein van Werk en Inkomen. Binnen dit platform werken verschillende partners samen op het gebied van beleid, uitvoering, toezicht en wetenschap. KWI beoogt dat de ontwikkeling en uitvoering van effectief beleid op het terrein van Werk en Inkomen gebaseerd zijn op kennis die op methodologisch verantwoorde wijze is ontwikkeld. Het gaat daarbij om kennis op het gebied van Werk en Inkomen, over de relaties tussen individuen, de maatschappelijke omgeving en de institutionele omgeving.

kwam te staan. Het onderzoek wees uit dat er sprake was van grote variëteit in handelen van klantmanagers. Veel klantmanagers werkten intuïtief zonder gebruik te maken van werkwijzers, handreikingen en (weliswaar beperkte) kennis die er was over effectieve interventies. Sindsdien werden veel inspanningen gericht op de individuele vakontwikkeling van klantmanagers (aspect 1 figuur 1.1). In de loop van de jaren werd het belang van het ontwikkelen van wetenschappelijke kennis (aspect 2) steeds meer onderkend, hetgeen dus resulteerde in het ZonMw Kennisprogramma VahW.

1.4 Ruimte voor verbetering

Als het gaat om vakmanschap en kwaliteit van handelen van re-integratieprofessionals die mensen die langs de kant staan van de arbeidsmarkt naar werk moeten begeleiden zijn we nog maar net begonnen, betoogt prof. dr. Roland Blonk in zijn oratie bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Arbeidsdeskundigheid en Inclusieve Arbeid aan de Tilburg University op 6 april 2018. Dit heeft te maken met onder andere de grote variëteit in achtergronden en opleiding bij de verantwoordelijke professionals, wat leidt tot verschillende mensbeelden, die ook te maken hebben met politieke kleur en verschillende visies op het vakgebied. Dit heeft als gevolg dat een gedeeld begrippenkader en een gemeenschappelijke taal ontbreken, hetgeen de kennisontwikkeling beperkt (Blonk, 2018).

Als het gaat over methodisch en evidence-based werken signaleren verschillende evaluatierapporten dat het beter kan: klantmanagers en hun leidinggevenden maken bij keuzes voor dienstverlening geen gebruik van de kennis uit onderzoek over wat wanneer de beste dienstverlening is (Van Sonsbeek et al., 2016). Hazelzet en Otten (2017) onderzochten de uitvoering van de vier stappen van methodisch werken door klantmanagers (zie box 1.1) en keken naar factoren die daarmee samenhangen.

Box 1.1 Vier stappen methodisch werken gedefinieerd in onderzoek TNO (Hazelzet & Otten, 2017) (zie bijlage 1 voor nadere omschrijving)

De vier stappen van methodisch werken zijn:

1. intake en diagnose (analyse van de situatie van de werkzoekende);
2. opstellen plan van aanpak (keuzes voor interventie(s) en doelen stellen);
3. uitvoeren, monitoring en bijsturen;
4. terugblik op eigen werkwijze.

Uit het onderzoek blijkt dat activiteiten in het kader van 'Intake en diagnose' (box 1.1, stap 1) het meest worden uitgevoerd, terwijl activiteiten in kader van 'Terugblik op eigen werkwijze' (box 1.1, stap 4) het minst worden uitgevoerd. De kwaliteit van de uitvoering van de vier stappen staat of valt met een goede uitvoering van stap 1: 'Intake en diagnose'. Om dit te bereiken is het gebruik van een wetenschappelijk onderbouwd diagnostisch systeem wenselijk en herhaalde afname om zicht te krijgen op de progressie van de cliënt (box 1.1, stap 3) en dat inzicht helpt later bij het terugblikken op de eigen werkwijze (box 1.1, stap 4). Echter, uit onderzoek van TNO (Hazelzet & Otten, 2017) blijkt dat 40% van de klantmanagers niet beschikt over een goed diagnose-instrument. Ook het opstellen van concrete trajectplannen (activiteit in kader van stap 3) is geen gemeengoed. Daarnaast bleek dat de klantmanagers hun handelen vooral baseren op wat zij al weten en zoeken zij weinig naar nieuwe (wetenschappelijke) informatie. Wij vermoeden dat dit te maken heeft met het ontbreken van een gemeenschappelijke visie bij klantmanagers en hun leidinggevenden op wat het vak van klantmanagers in het domein van werk en inkomen in de kern inhoudt. Want als er onduidelijkheid is over wat

de essentie is van wat je moet doen, dan weet je ook niet in welke richting je de informatie moet zoeken. Blonk (2018) bepleit het belang van het begrip hebben van individuele gedrag(sverandering): wat beïnvloedt werkzoekgedrag en hoe kan je daarop interveniëren? Hoewel deze visie bij steeds meer gemeenten post begint te vatten kunnen we nog niet achterover leunen. De uitvoeringspraktijk kan nog stappen zetten als het gaat om 'het naar binnen halen' en toepassen van wetenschappelijke kennis die wordt ontwikkeld over effectieve aanpakken voor versterking van het werkzoekgedrag van cliënten (zie figuur 1.1, verbindingslijn A). Om echt inhoud te kunnen geven aan methodisch en evidence-based werken zouden gemeenten moeten inzetten op het creëren van een doorleefd begrippenkader ('raamwerk' of 'handelingskader'). Dat helpt bij een (betere) diagnose van de persoon (wat is er aan de hand?), een (betere) afstemming van trajecten op diagnostische informatie en het helpt om trajecten te evalueren (Blonk, 2018).

De vraag die rijst is of en hoe de klantmanagers de ervaringen, vragen en voorkeuren van de cliënt betrekken bij het doorlopen van de verschillende stappen van methodisch werken, de activiteiten en keuzes daarbinnen (figuur 1.1, verbindingslijn B). Hazelzet en Otten (2017) onderzochten niet specifiek de mate waarin klantmanagers deze derde bron gebruiken, echter een aantal klantmanagers merkte in de kantlijn op dat zij vinden dat zij weinig maatwerk kunnen leveren. Onze observaties in de praktijk ondersteunen dit beeld. Blonk (2018) beschrijft in deze context de drang van gemeenten om werkzoekenden op trajecten te zetten, omdat die eenmaal zijn ingekocht zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met wat het beste past bij de behoeften van de werkzoekende.

We concluderen dat in het domein van werk en inkomen methodisch en evidence-based werken nog verder versterkt kan worden. Tot nu toe is de meeste aandacht uitgegaan naar aspecten 1 en 2 (zie figuur 1.1). Daarnaast constateerden we dat de verbinding tussen die twee aspecten nog niet optimaal is. Het belang van het 'naar binnen halen' van (nieuwe) wetenschappelijke kennis en de vertaling daarvan in concrete handelingsperspectieven wordt door steeds meer gemeenten onderkend; dit nemen zij echter nog niet systematisch ter hand. Wat in de hele discussie over vakmanschap en professionalisering van klantmanagers in het sociale domein nog onderbelicht is gebleven, is hoe de ervaringen, behoeften en vragen van cliënten geïntegreerd kunnen worden in het handelen van de professionals. Het is interessant om verbindingslijn B (zie figuur 1.1), hier gedefinieerd als de samenwerkings(relatie) tussen klantmanager en cliënt, nader te onderzoeken. Zo is onduidelijk hoe een 'goede' samenwerking in het domein van werk en inkomen zich kenmerkt en in welke mate die bij kan dragen aan de effectiviteit van het re-integratietraject. Ook onderzoek naar verbindingslijn C in figuur 1.1, die visualiseert dat de cliënt gebruik zou moeten kunnen maken van de kennis die er is over wat in zijn of haar geval het beste zou werken, kan een heel nieuw licht werpen op de discussie over effectieve manieren om professionals aan te moedigen tot meer methodisch, evidence-based werken.

1.5 Definitie samenwerking professional - cliënt

In evidence-based werken ligt de veronderstelling besloten dat het resultaat van de begeleiding van de cliënt wordt bepaald door drie aspecten:

1. de vakkundigheid van de klantmanager (aspect 1 figuur 1.1),
2. de beschikbaarheid van wetenschappelijke kennis (aspect 2) en het gebruik daarvan door de professional (verbindingslijn A, figuur 1.1), en

3. de behoeften en ervaringen van de cliënt (aspect 3) en de mate waarin de professional deze betreft in het re-integratieproces (verbindingslijn B, figuur 1.1). De verbindingslijn B symboliseert de samenwerking tussen professional en cliënt.

In dit rapport definiëren we samenwerking tussen beide partijen als:

“een professionele werkrelatie waarin sprake is van een emotionele band (persoonlijke alliantie), en van overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de geëigende aanpak (taakalliantie)” (Pijnenburg, 2010: p.8).

Onderzoek naar integraal werken⁴ in de wijk (breder onderzoek dan alleen binnen het domein werk en inkomen) van Pijnenburg en Van Hattum (2012) geeft aan dat een positieve alliantie één van de beste voorspellers is van een goed resultaat van hulp. Daarbij blijkt de inschatting van de kwaliteit van die samenwerkingsrelatie door cliënten meestal een betere voorspeller dan de beoordeling daarvan door professionals. De kwaliteit van de alliantie heeft al vroeg in het hulpverleningstraject een voorspellende kracht: op dat moment kan er nog nauwelijks verandering plaats hebben gevonden. Dit impliceert dat alliantie geen gevolg, maar drijvende kracht is van positieve verandering (Pijnenburg & Van Hattum, 2012). Deze vaststelling was voor TNO ook een reden om het begrip samenwerking tussen professional en cliënt in het domein van werk en inkomen nader te exploreren.

Een aanpak om de behoeften van de cliënt te includeren in het handelen en de keuzes die daaraan voorafgaan (verbindingslijn B, figuur 1.1) is ‘samen beslissen’ (*‘shared decision making’*). Deze manier van samenwerking krijgt steeds meer aandacht binnen de curatieve sector, waarin de eigen behoeften van de patiënt ten aanzien van behandelingen een steeds grotere rol is gaan spelen (Van Everdingen et al., 2014). Door het perspectief van de cliënt mee te nemen kan het evidence-based handelen van de professional in het domein werk en inkomen worden ondersteund. Het gaat immers om beslissingen die vaak grote gevolgen hebben voor het leven van de cliënt. Ook past deze manier van beslissen bij het idee dat zowel de professional(s) als de cliënt verantwoordelijkheden hebben in de begeleiding naar werk.

1.6 Opbouw van het rapport

Het rapport kent de volgende opbouw.

In hoofdstuk 2 wordt antwoord gegeven op de **eerste onderzoeksvraag** ‘Wat is het concept ‘samen beslissen’ en hoe wordt het toegepast in de gezondheidszorg?’.

De **tweede onderzoeksvraag** ‘Wordt het concept ‘samen beslissen’, of worden delen van dit concept, toegepast in het domein werk en inkomen?’ wordt beantwoord in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 4 presenteert het antwoord op de **derde onderzoeksvraag** ‘Is ‘samen beslissen’ afkomstig uit het gezondheidsdomein kansrijk voor toepassing in het domein van werk en inkomen en welke specifieke kenmerken van dit domein zijn daarop van invloed?’

In hoofdstuk 5 wordt de **vierde onderzoeksvraag** ‘Welke onderzoeksvragen kunnen worden gedestilleerd uit de eerste oriënterende fase van het project?’ beantwoord.

⁴ Integraal werken in de wijk betekent werken vanuit het perspectief van de klant, waarin tevens aandacht is voor alle leefgebieden en alle vraagstukken waar de klant mee worstelt (Van Arum et al., 2018).

2 Samen beslissen

In dit hoofdstuk staat de eerste onderzoeksvraag centraal: wat is het concept ‘samen beslissen’ en hoe wordt het toegepast in de gezondheidszorg? De Engelse term ‘*shared decision making*’ is in het Nederlands op verschillende manieren vertaald. ‘Gezamenlijke besluitvorming’ werd vervangen door het meer simpele ‘gedeelde besluitvorming’. Op dit moment is de term ‘samen beslissen’ gekozen in de gezondheidszorg, omdat dit een werkwoord is dat aangeeft dat er actief wat moet worden gedaan. Verschillende organisaties in de gezondheidszorg hebben deze term omarmd, zoals het Zorginstituut Nederland, de Patiëntenfederatie Nederland, de Federatie Medisch Specialisten, het Nederlands Huisartsen Genootschap, VWS en ZonMw.⁵ Derhalve hebben wij ervoor gekozen om ook de term ‘samen beslissen’ te gebruiken.

2.1 Wat is samen beslissen?

Samen beslissen houdt in dat zorgverlener en patiënt samen besluiten nemen over gezondheids- en behandeldoelen en over de acties die worden ondernomen om die doelen te bereiken. Wordt dit proces goed doorlopen, dan leidt deze werkwijze onder andere tot keuzes die beter aansluiten bij de behoeften van de individuele patiënt, tot een hogere tevredenheid en meer deelname aan de besluitvorming door de patiënt (Faber et al., 2013). Eerder uitgevoerde studies tonen ook aan dat patiënten doorgaans verstandige keuzes maken wanneer ze goed geïnformeerd zijn en dat het de betrokkenheid van patiënten bij de zorg die ze ontvangen vergroot (Broersen, 2011; Van Veenendaal et al., 2013). Niet alleen kan samen beslissen leiden tot effectievere zorg, de relatie tussen de behandelaar en de patiënt gaat er ook op vooruit (Broersen, 2011). Het is voor de patiënt namelijk van groot belang om zich erkend en begrepen te voelen (Van Staveren, 2011). Samen beslissen wordt dan ook gezien als een belangrijke pijler van goede zorg (Van Veenendaal et al., 2013). Op deze wijze wordt evidence-based handelen in de spreekkamer bevorderd (Ter Haaft & Van Veenendaal, 2016). Binnen de arbeidsgeneeskundige zorg zou samen beslissen er mogelijk toe kunnen leiden dat werk(zoek)enden met een chronische aandoening meer tevreden zijn over de verkregen zorg en mogelijk meer gemotiveerd zijn om de overeengekomen afspraken met betrekking tot arbeidsparticipatie na te leven (Vooijs, 2016).

In Nederland wordt sinds 2005 meer aandacht besteed aan samen beslissen (Ter Haaft & Van Veenendaal, 2016) in het gezondheidsdomein. Hoewel er geen gedeelde definitie van samen beslissen bestaat (Elwyn et al., 2017) wordt samen beslissen gekenmerkt doordat het gaat om de combinatie van:

- a. wetenschappelijke consensus (evidence-based) en ervaringskennis (arts), en
- b. de persoonlijke voorkeuren en ervaringen (patiënt) (bijvoorbeeld Montori et al., 2013).

Het is dus niet alleen dat de arts aandacht moet hebben voor de behoeften en zorgen van de patiënt, maar het gaat om gelijkwaardige rollen in het gesprek en de besluitvorming. Elwyn et al. (2017: p. 1) omschrijven het als volgt: “*At its core, shared decision making is a process in which decisions are made in a collaborative way, where trustworthy information is provided in accessible formats about a set of options, typically in situations where the concerns, personal circumstances, and contexts of patients and their families play a major role in decisions.*” Een voordeel van gebruik van samen beslissen is dat dit een model betreft aan de hand waarvan

⁵ Dit blijkt uit de websites van deze organisaties, bijvoorbeeld <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2017/09/20/nieuw-programma-stimuleert-samen-beslissen-over-de-behandeling>.

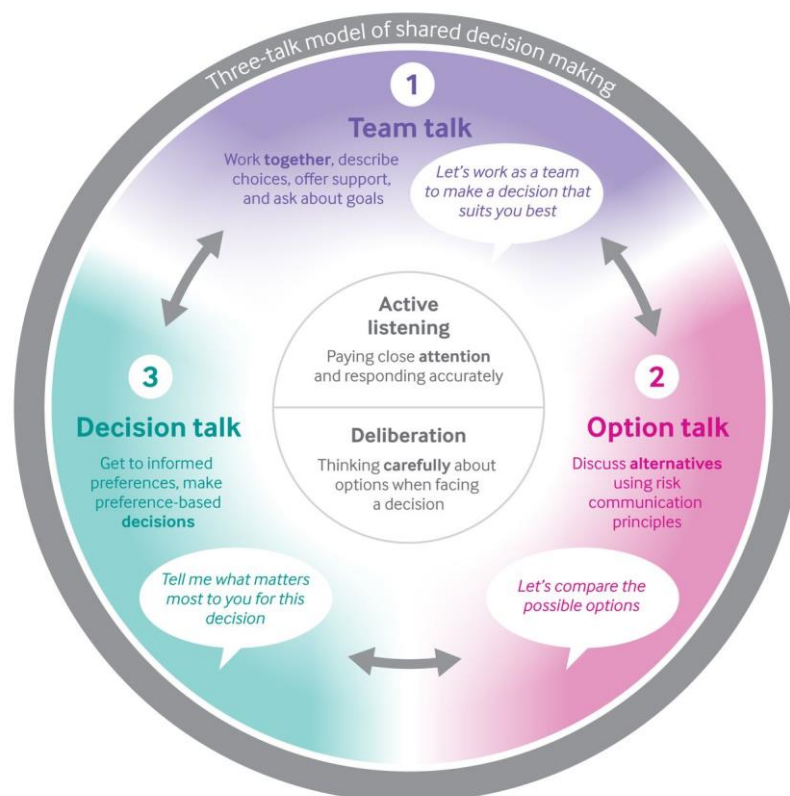
enerzijds de eigen regie van cliënten kan worden bevorderd en anderzijds het methodisch werken van de professional (Elwyn et al., 2017).

2.2 Modellen voor samen beslissen

Er zijn diverse modellen ontwikkeld die zijn gericht op samen beslissen. Er zijn modellen die rapporteren over de diverse stappen die genomen moeten worden, waaronder patiënten inlichten over keuzemogelijkheid, keuzemogelijkheden voorleggen en ondersteunen in de beslissing (AHRQ, SHARE model, 2014; Braddock et al., 1999; Makoul & Clayman, 2006). Er zijn ook modellen die rapporteren over het belang van de veilige en onderlinge relatie tussen professional en cliënt (Epstein et al., 2004). Makoul en Clayman rapporteren in 2006 dat 'capaciteiten of eigen-effectiviteit van de patiënt' ook een essentieel onderdeel is voor samen beslissen. Tot slot zijn er modellen die rapporteren dat ook beslissingen door de arts een vorm is van samen beslissen, op voorwaarde dat samen besloten is dat de arts de leiding neemt in de uiteindelijke beslissing (Charles et al., 1999). Laatstgenoemde model legt uit dat patiënten informatie kunnen uitwisselen (hun voorkeuren, ervaringen) en ook kunnen meedenken in de afweging, maar uiteindelijk niet samen met de arts beslissen over een behandeling, omdat ze dat een te grote verantwoordelijkheid vinden.

Ons huidige uitgangspunt is het recent ontwikkelde model van Elwyn et al. (2017) (zie figuur 2.1). Elwyn et al. hebben reeds in 2012 een model ontwikkeld, met als uitgangspunt een eenvoudig instrument te maken om zorgverleners de belangrijkste stappen van samen beslissen te leren. Dat was het '*three-talk model*', waarin de stappen '*choice talk*', '*option talk*' en '*decision talk*' werden onderscheiden. De eerste stap '*choice talk*' geeft aan dat de patiënt weet dat er een keuze is waar hij/zij over kan mee beslissen. De tweede stap '*option talk*' gaat over het bespreken van de keuzemogelijkheden en de mogelijke voor- en nadelen. Tot slot, '*decision talk*' waar het gaat over de keuze zelf en de voorkeuren van de patiënt.

Op basis van feedback van onder andere Stiggelbout et al. (2015) en Van de Pol et al. (2016) heeft Elwyn het huidige model ontwikkeld. Dit model is door 19 deskundigen becommentarieerd, in de tweede stap werd het digitaal in verschillende groepen verspreid (153 reacties) en tot slot werd het door 316 praktiserende artsen beoordeeld.



Figuur 2.1 Three-talk model of shared decision making (Elwyn et al., 2017)

Bewust is gekozen voor een cirkel, maar ook voor de nummers 1, 2 en 3 om deels het lineaire karakter weer te geven, maar tegelijkertijd dat men van de ene fase naar de ander fase kan overspringen in een niet-lineair proces.

Uiteindelijk is gekozen voor de term '*team talk*' als eerste stap om aan te geven dat de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener essentieel is en dat de patiënt vanaf het begin weet dat hij/zij onderdeel uitmaakt van het beslisproces. Het geeft ook aan dat het gaat om samenwerken als een team en dat ook anderen betrokken kunnen worden (familie/vrienden van de patiënt, andere zorgverleners). In deze fase hoort ook het verduidelijken van de rol van de patiënt. Welke doelen wil de patiënt behalen in zijn leven en hoe de ziekte en behandeling hierbij passen, is ook onderdeel van deze fase. Bij de tweede stap '*option talk*' is nu risico-communicatie expliciet opgenomen. In de derde stap '*decision talk*' is meer aandacht voor de voorkeuren van de patiënten.

2.3 Welke beslissingen?

Samen beslissen is begonnen in de medische curatieve zorg en dan specifiek in de oncologische zorg. Minimaal zijn er twee keuzemogelijkheden: 'niets doen' versus een behandeling, hoewel artsen en patiënten 'niets doen' vaak over het hoofd zien. '*Watchful waiting*' is een positievere benaming dan 'niets doen', bijvoorbeeld bij een aneurysma waar gezien de grootte nog geen operatie wordt aanbevolen. Tegenwoordig wordt samen beslissen in veel meer domeinen toegepast dan de medische curatieve zorg (Ter Haaft & Van Veenendaal, 2016). Het model van Van de Pol et al. (2016) gaat bijvoorbeeld over meer complexe problematiek bij (fragiele) ouderen. Daarnaast vinden we in de langdurende zorg ('*care*') voor chronische zie-

ken toepassingen van samen beslissen (Lenzen et al., 2015). De ‘Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken’ (NHG, 2015) beschrijft de vier stappen bij het opstellen van een individueel zorgplan (IZP) met een patiënt met een chronische aandoening (zie tabel 2.1), waarbij het stellen van doelen als een aparte stap is opgenomen. Ter Haaft en Van Veenendaal (2016) geven aan dat ook in de sectoren preventieve zorg, jeugdhulp, jeugd-gezondheidszorg, GGZ (Joosten et al., 2015) en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking samen beslissen plaatsvindt. Vaak worden hier andere termen gebruikt (zoals alliantie, oplossingsgericht werken, ‘*advance care planning*’, eigen regie, eigen kracht en keuentafelgesprek), waar samen beslissen onderdeel van uitmaakt.

Tabel 2.1 Stappen uit de *Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken* (NHG, 2015)

Onderdelen	Toelichting
Vorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> • Informeer de patiënt over doel consult • Vraag om voorbereiding op consult
Samen doelen vaststellen	
a. Exploreren (patiëntperspectief)	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreek de huidige en gewenste situatie • Achterhaal de drijfveren voor verandering
b. Informeren (zorgverlenersperspectief)	<ul style="list-style-type: none"> • Geef relevante informatie • Pas deze aan op de situatie van de patiënt
c. Doelen formuleren	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteun bij het benoemen van voorkeuren • Stel samen expliciete doelen op • Ga uit van voorkeuren en haalbaarheid • Leg doelen vast in het IZP/dossier
Samen zorgafspraken maken	
a. Keuzeprocess toelichten	Maak duidelijk dat er iets te kiezen valt
b. Opties bespreken	<ul style="list-style-type: none"> • Vraag patiënt naar opties, benoem zelf opties • Bespreek voor- en nadelen van deze opties • Reik beschikbare keuzehulpen aan • Help bij het formuleren van voorkeuren
c. Besluiten nemen	<ul style="list-style-type: none"> • Besluit samen over opties en acties • Maak daarover expliciete zorgafspraken • Leg deze vast in het IZP/dossier
Afspraken uitvoeren en evalueren	<ul style="list-style-type: none"> • Beleg alle afgesproken acties • Volg ze op • Reflecteer samen periodiek op de voortgang • Stel samen doelen en acties bij

2.4 Effectiviteit van samen beslissen

Faber et al. (2013) hebben in een review studies gezocht die informatie gaven over de effectiviteit van samen beslissen. Positieve effecten bij patiënten zijn: realistischere risicoperceptie, meer kennis over de aandoening en de voor- en nadelen van de behandelopties, meer deelname aan de besluitvorming, beter geïnformeerd voelen, meer tevreden over de besluitvorming en minder twijfel over de gemaakte keuze. Patiënten maken ook andere keuzes, zoals minder ingrijpende, electieve operaties. Door samen beslissen worden patiënten niet angstiger of depressiever. Echter er worden geen effecten op de gezondheid van patiënten gevonden, maar de vraag is of dit verwacht kan worden omdat samen beslissen bij voorkeur wordt toegepast bij beslisdilemma's met gelijkwaardige interventieopties ('*equipoise*'). Door middel

van verhoogde therapietrouw zou samen beslissen wel tot gezondheidswinst kunnen leiden, maar de studies laten niet zien dat samen beslissen resulteert in een betere therapietrouw. Slechts enkele studies laten zien dat er een afname is van kosten.

De meeste evidentie van de effecten van samen beslissen komt van onderzoek naar keuzehulpen om samen beslissen te bevorderen. Volgens de 'International Patient Decision Aids Standards' (IPDAS) coöperatie (Volk et al., 2013; Joseph-Williams et al., 2014) zijn keuzehulpen evidence-based hulpmiddelen om patiënten te ondersteunen bij het maken van specifieke en weloverwogen keuzes tussen gezondheidszorgopties. Patiënt keuzehulpen zijn aanvullend (en niet vervangend) op de uitleg en hulp van de arts bij de keuze tijdens het consult. Keuzehulpen brengen de wetenschappelijke kennis naar de patiënten en weerspiegelen de verbindingenlijnen C in figuur 1.1 (in hoofdstuk 1).

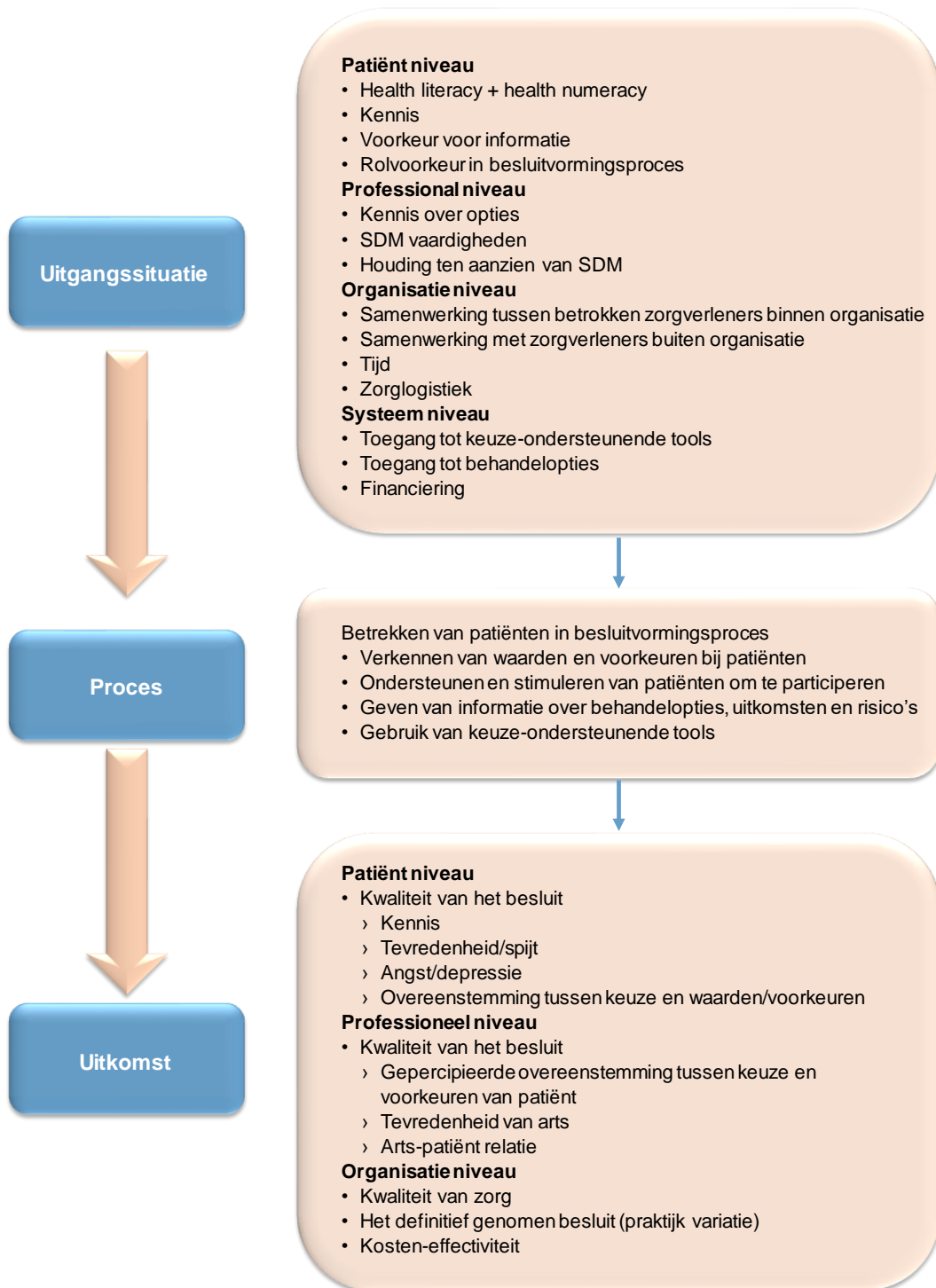
De Cochrane review naar de effecten van keuzehulpen wordt continu geüpdate sinds 2001. Stacey et al. (2017) hebben de meest recent uitgevoerde Cochrane review geschreven, waarin 105 onderzoeken zijn opgenomen. Zoals hierboven ook staat, blijken patiënten na het gebruik van een keuzehulp meer kennis te hebben, zich meer geïnformeerd te voelen, meer helderheid te hebben over hun waarden, een meer actieve rol te hebben in de besluitvorming en meer accurate risico perceptie. Daarnaast zijn gemaakte keuzes meer in overeenstemming met de waarden van de patiënt. Gezondheidsuitkomsten worden niet negatief beïnvloed en men is ook tevreden. Wel moet meer onderzoek gedaan worden of men de gemaakte keuze daadwerkelijk uitvoert, of er kosteneffectiviteit is en of en hoe het gebruikt kan worden in populaties met lagere gezondheidsvaardigheden.

2.5 Uitkomstmaten van samen beslissen

Faber et al. (2013) hebben een overzicht gemaakt van de verschillende effectmaten die gebruikt kunnen worden om de effectiviteit van samen beslissen te meten. Hun overzicht staat weergegeven in figuur 2.2.

2.6 Implementatie samen beslissen

Samen beslissen is in de praktijk nog niet automatisch het uitgangspunt voor zorgverleners en patiënten, omdat het informeren, navragen naar diens ervaringen, behoeften en voorkeuren een andere opstelling ten opzichte van de patiënt vergen dan veel artsen gewend zijn. Zij moeten leren duidelijk te communiceren en open vragen te stellen aan de patiënt (Broersen, 2011). Ook van de patiënt wordt nu een andere, meer actieve rol gevraagd in het besluitvormingsproces. Het is hierin van belang dat zorgverleners benoemen dat de patiënt invloed heeft op het besluitvormingsproces, zodat patiënten ook leren dat zij een rol in het proces hebben. Daarnaast benoemen verschillende publicaties andere bevorderende en belemmerende factoren van het implementeren van samen beslissen. Men kijkt hierbij naar factoren op het niveau van de interventie zelf (samen beslissen), de gebruikers (patiënten, zorgverleners, hun relatie), de organisatie en sociaal-politieke context. Deze factoren staan beschreven in Faber et al. (2013), Van der Weijden et al. (2015) en Ter Haaft en Van Veenendaal (2016). Een voorbeeld hierin is het ontbreken van de juiste vaardigheden, wat zowel van toepassing is op de professionals alsook op de cliënt.



Figuur 2.2 Overzicht van effectmaten uit Faber et al. (2013)

3 Samenwerking tussen professional en cliënt in het sociale domein: uitkomsten van een literatuurverkenning

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak en uitkomsten van een (internationale) literatuurverkenning. We beantwoorden de tweede onderzoeksvraag: wordt het concept 'samen beslissen', of delen van dit concept, toegepast in het domein werk en inkomen?

3.1 Aanpak literatuurverkenning

3.1.1 Nationale literatuurverkenning

De **nationale literatuur** is in kaart gebracht door:

1. het doorzoeken van de databases van vier organisaties gericht op het ondersteunen van werk van mensen met afstand tot de arbeidsmarkt (Divosa, Movisie, KWI en SBCM);
2. het aanleveren van rapporten door de auteurs;
3. een nadere analyse van de kwalitatieve data van het eerder uitgevoerde TNO-onderzoek 'Methodisch werken, waarom wel waarom niet?' (Hazelzet & Otten, 2017);
4. het zoeken van relevante publicaties op internet.

Ad 1. De databases van Divosa, Movisie, KWI en SBCM zijn doorzocht op relevante publicaties. Omdat samen beslissen in het domein van werk en inkomen nog onontgonnen terrein is, hebben we zo sensitief mogelijk gezocht door alle studies mee te nemen op het gebied van samenwerking. De studies moesten ofwel determinanten omschrijven van samenwerking, ofwel interventies onderzoeken gericht op samenwerking tussen professionals en klant binnen het domein werk en inkomen. In deze sensitieve zoekstrategie zijn de volgende termen gebruikt: 'samenwerking', 'gedeelde besluitvorming', 'eigen regie' en 'zelfsturing'. Criteria om de relevantie van de publicatie te beoordelen waren of het artikel een determinant van samenwerking of interventie gericht op samenwerking omschreef. Bij Divosa, Movisie en SBCM is niet gelimiteerd op zoekdatum. De database van KWI is doorzocht op publicaties van 1-1-2012 tot 20-6-2018.

Ad 2. Daarnaast hebben de auteurs publicaties aangeleverd die vanuit hun perspectief relevant leken. Door middel van de volgende criteria is de literatuur beoordeeld op relevantie: de publicatie moet het effect van een vorm van samenwerking beschrijven tussen de klant en klantmanager.

Ad 3. Vervolgens zijn het rapport en de kwalitatieve data van het TNO-onderzoek 'Methodisch werken, waarom wel waarom niet?' (Hazelzet & Otten, 2017) onderworpen aan een nadere analyse. Het rapport beschrijft de mate waarin klantmanagers methodisch werken en aan welke ondersteuning men behoefte heeft en welke men al gebruikt. Ruim 350 klantmanagers begonnen met het invullen van de vragenlijst, 197 van hen vulden de vragenlijst grotendeels in. We hebben het rapport en de antwoorden op de open vragen gescand op 'klantparticipatie', 'gedeelde besluitvorming', 'zelfmanagement', 'zelfsturing', 'eigen regie', en 'klant betrekken'.

Ad 4. Tot slot, omdat we in het sociale domein/domein van werk en inkomen zo weinig vonden over de samenwerking professional-client, zochten we op internet met de zoektermen evidence-based werken * rol cliënt.

3.1.2 Internationale literatuur

De internationale literatuur is doorzocht door middel van een uitgebreide zoekstrategie (zie bijlage 2) uitgevoerd in PsycINFO, een database die ook literatuur includeert gericht op samenwerking tussen professionals en klanten in het domein werk en inkomen. Om sensitief te zoeken naar relevante publicaties is er breed gezocht naar publicaties die samenwerking tussen een professional en klant in de werkcontext beschrijven. We hebben publicaties gezocht die zijn verschenen tussen 2015-2018. Deze begrenzing van data is gekozen omdat in 2015 de Participatiewet is ingevoerd. De gevonden resultaten werden beoordeeld op relevantie door de volgende criteria te hanteren:

- › de publicatie moet de relatie tussen klant en professional op het gebied van werk omschrijven;
- › de publicatie moet een interventie gericht op samenwerking of gedeelde besluitvorming omschrijven.

3.2 Opbrengsten literatuurverkenning

3.2.1 Opbrengsten nationale literatuurverkenning

1. Databases Divosa, Movisie, KWI en SBCM

De zoektocht in de database van Divosa leverde één relevante publicatie op, de zoektocht in de database van Movisie leverde drie relevante publicaties op. De scan van de database van KWI leverde nul publicaties op, de scan van de database van SBCM leverde twee relevante publicaties op. De gevonden resultaten zijn gerapporteerd in een data-extractietabel (zie bijlage 3).

Veel publicaties rapporteren met name over samenwerking met de klant als onderdeel van het proces. Zo rapporteren Bakker en Van Eekert (2016) over het samen invullen van een formulier afgeleid van de Zelfredzaamheidsmatrix. Hierin werken de professional en klant samen in het formuleren van een hulpvraag, waarna een persoonlijk plan met doelen wordt opgesteld. De voortgang wordt samen met de klant regelmatig geëvalueerd. Ook het document 'Handreiking Maatschappelijke Ondersteuning' van Movisie (2013) refereert aan 'het motiveren en ondersteunen tot het nemen van eigen initiatief'.

Er worden enkele methoden of hulpmiddelen gerapporteerd om samenwerking te bewerkstelligen of ondersteunen, waaronder oplossingsgericht werken (De Vries & Prüst, 2017), Individuele Vraaggerichte Benadering (SBCM, 2013), Mediërend Begeleiden (SBCM, 2013) en Werkwijze 'Wijzer naar Werk' (Wesdorp, 2013). Ook de methode '*Motivational Interviewing*' wordt benoemd (De Vries & Prüst), wat ook door de auteurs in de praktijk wordt herkend als een regelmatig gebruikte methode om samen doelen te formuleren en tot deze doelen te komen.

Alle methoden rapporteren over de kwaliteit van de interactie, waarin de volgende aspecten worden benadrukt:

- › respect voor elkaar;
- › de klant het gevoel geven dat hij kwaliteiten kan ontwikkelen;
- › op gelijkwaardig niveau communiceren;
- › de klant niet als dossiernummer behandelen maar als authentiek persoon;
- › het tonen van oprechte interesse in het perspectief van de klant;
- › erkennen (benoemen) van het gevoel van de klant;
- › verschaffen en benadrukken van keuzevrijheid en -mogelijkheden (binnen kaders);

- › het toestaan een eigen aanpak te volgen, eigen initiatief te tonen en binnen kaders eigen doelen en taken te laten formuleren.

Tot slot is er één studie over besluitvorming (Spierts et al., 2017) gevonden binnen sociaal werk in de database van Movisie. Dit onderzoek rapporteert dat professionals veel besluiten nemen, maar nauwelijks stilstaan bij de overwegingen die daaraan ten grondslag liggen. De besluiten die zij nemen zijn gebaseerd op gevoel en intuïtie. Een andere conclusie is dat er geen sprake is van gedeelde besluitvorming met cliënten. Spierts et al. (2017) geven aan dat dat geen probleem hoeft te zijn, omdat uit onderzoek blijkt dat cliënten het vooral van belang vinden dat zij een goede relatie hebben met de professionals en zich gehoord willen voelen. Tegelijkertijd is het wel zo dat, als professionals en cliënten niet samen tot overeenstemming komen over de doelen waaraan ze willen werken en de manier waarop ze daaraan willen werken, dit uiteindelijk de werkrelatie tussen de cliënt en hulpverlener kan verstoren. Er zijn geen studies gevonden die rapporteren over de (mate van) implementatie en effectiviteit van samenwerking of gedeelde besluitvorming.

2. Studies aangedragen door de auteurs

De auteurs hebben verschillende studies aangedragen, waar twee publicaties informatie omvatten die voldoen aan de inclusiecriteria. Bij alle relevante publicaties hebben we de referenties nagelopen om zo mogelijk meer relevante publicaties te vinden. Naar aanleiding van het nalopen van de referenties zijn geen nieuwe relevante publicaties gevonden. De gevonden resultaten zijn gerapporteerd in een data-extractietabel (zie bijlage 4).

In de gevonden documenten wordt ook de onderlinge samenwerking besproken. Zo rapporteert BvK (2017) over het bespreken van wederzijdse verwachtingen en het samen opstellen van een re-integratieplan. Lub (2017) rapporteert over het bieden van maatwerk, waarin door persoonlijke aandacht de activeringstrajecten aansluiten bij de wensen, interesses en participatiemogelijkheden.

3. Nadere analyse rapport en kwalitatieve data Hazelzet en Otten (2017)

Uit het rapport zelf (Hazelzet & Otten, 2017) en de nadere analyse van de antwoorden op de open vragen in het TNO-onderzoek naar methodisch werken door klantmanagers blijkt het volgende: klantmanagers geven aan weinig maatwerk te bieden aan klanten omdat trajecten bij re-integratiebedrijven al van te voren zijn ingekocht. Bij stap 1 'Intake en diagnose' zegt een enkeling dat men behoefte heeft aan testen of gespreksmodellen om de klant beter in te kunnen schatten. Er wordt geheel niets gezegd over samen met de klant een analyse maken van zijn of haar situatie. Bij stappen 2 en 3 van methodisch werken (Opstellen en Uitvoeren trajectplan) wordt relatief vaker iets gezegd over "samen met de klant". Bij Opstellen van trajectplan zegt een kleine 10% iets over klantparticipatie: dit gaat vooral over samen met de klant een persoonlijk plan opstellen, de klant eigenaar maken van het plan, meer eigen regie en zelfmanagement bevorderen. Bij Stap 4 Terugblik op eigen werkwijze zien we in de gegeven antwoorden samenwerking of samen beslissen niet terugkomen.

Bij de gebruikte ondersteuning en gevolgde trainingen staat veel over motiverende gespreksvoering, zelfmanagement, zelfsturing en oplossingsgericht coachen. Dit lijkt meer om de klant te beïnvloeden en te veranderen in de door de klantmanager gewenste richting, namelijk meer participatie (in werk) dan dat het samen beslissen faciliteert. Deze nadere analyse roept het beeld op dat er veel klantmanagers zijn die met name voor de klant bepalen, er zijn enkele klantmanagers die de regie en verantwoordelijkheid voornamelijk bij de klant neerleggen en er zijn enkele klantmanagers die beide doen. Uit de antwoorden maken we op dat het gezamenlijk komen tot een analyse van de situatie van de klant, het bespreken van opties en gezamenlijk maken van keuzes voor het type begeleiding, traject en doel, het gezamenlijk monitoren en keuzes maken over bijsturen en het gezamenlijk terugkijken op het traject mogelijk

nog weinig gebeurt. Een aantal klantmanagers gaf aan dit wel meer te willen gaan doen (zie quotes box 3.1), waarbij voldoende tijd en lagere caseload als randvoorwaarden worden genoemd.

Box 3.1 Ervaringen van klantmanagers wat betreft benodigde ondersteuning bij het opstellen en uitvoeren van het trajectplan (Hazelzet & Otten, 2017)

Op de open vraag: welke ondersteuning heb je in de toekomst nodig om stap 2 'Opstellen trajectplan' goed te kunnen uitvoeren, antwoordden de respondenten:

- *“Meer tijd om de klant te betrekken bij het plan of...een andere methode van werken waarbij de klant meer bezig is met het opstellen en uitvoeren van het trajectplan en ik vooral bewaak.”*
- *“Ik ben geen voorstander van veel administratieve taken. Bij voorkeur een plan van aanpak dat de kandidaat zelf bij zich houdt en samen met mij maakt.”*
- *“Voor mij zou het beter werken als ik samen met de klant een plan uitwerk en dat ik ook het traject begeleid en verantwoordelijk ben. Dan moet de caseload omlaag. Er is nu geen tijd om op deze manier te werken”.*

Een aantal antwoorden op de open vraag: welke ondersteuning heb je in de toekomst nodig om stap 3 'Uitvoeren van trajectplan, monitoren en eventueel bijsturen' goed te kunnen uitvoeren:

- *“Tijd voor de omslag naar meer de klant betrekken bij opstellen en uitvoeren trajectplan; methodiek ontwikkelen om de klant te stimuleren tot zelfwerkzaamheid.”*
- *“Voldoende tijd om te monitoren en met de klant hierover te praten.”*
- *“Om alle stappen voldoende en secuur te monitoren is er een werkwijze nodig waarbij er medewerkers zijn die zich volledig kunnen richten op de taak om samen met inwoners de stappen te doorlopen.”*

4. Zoeken van relevante publicaties op internet

Bij het zoeken van relevante publicaties op internet stuiten we op het begrip werkalliantie, een veel gebruikte term in therapeutische settings, maar ook in de justitiële setting/reclassering waar sprake is van een gedwongen kader (Menger & Donker, 2013). Horvath et al. (2011) omschrijven dit begrip: *“de kwaliteit van de samenwerking tussen cliënt en therapeut, gebaseerd op een positieve emotionele band, overeenstemming over therapeutische doelen en consensus over de taken die bij de therapie behoren”*. Uit grootschalige meta-analyses blijkt dat houdingsaspecten van de professionals zoals respect, empathie, acceptatie, warmte, zelfonthulling of humor van belang zijn bij de ondersteuning van het veranderproces van een cliënt (Menger & Donker, 2013).

Omdat de relatie tussen professional en cliënt anders is dan die met vrienden of familie, introduceerde Bordin (1979) de term 'alliantie' waarmee hij de tijdelijke, doelgerichte professionele verhouding wilde aangeven. Binnen de psychotherapie wordt ook wel gesproken van een 'therapeutische alliantie', in een bredere context dan therapie alleen van een 'werkalliantie'.

Horvath et al. (2011) onderscheiden in navolging van Bordin (1979) de volgende drie aspecten in de werkalliantie:

1. *binding* - de mate waarin de cliënt en de professional zich gebonden voelen aan het gezamenlijke traject. Een voorwaarde hiervoor is dat zowel de professional als de cliënt voldoende binding ten opzichte van de ander ervaren;
2. *gezamenlijke doelgerichtheid* - het contact tussen cliënt en professional is gericht op duidelijke en expliciete doelen waarvan de cliënt zich bewust is. De doelen zijn gezamenlijk vastgesteld en worden door beide partijen belangrijk gevonden;
3. *gezamenlijke taakgerichtheid* - tussen de cliënt en professional dient overeenstemming te zijn over de manier waarop de doelen worden gerealiseerd, oftewel over de taken van zowel de professional als de cliënt.

Verschillende wetenschappelijke studies laten zien dat er een positief verband is tussen de werkalliantie en het effect van het behandeltraject op de cliënt (Horvath et al., 2011; Wampold & Braun, 2005).

3.2.2 *Opbrengsten internationale literatuurverkenning*

Er zijn in totaal 237 publicaties gevonden. Deze 237 publicaties zijn beoordeeld op relevantie door eerst de titel en abstract te lezen, waarna er 25 publicaties relevant leken om op volledige tekst te beoordelen. Van deze 25 publicaties zijn 5 publicaties beoordeeld op de volledige tekst; deze publicaties bleken niet te voldoen aan de gestelde criteria. Van de resterende 20 publicaties was geen volledige tekst beschikbaar.

3.3 *Conclusies literatuurverkenning*

Er is weinig bekend over de mate waarin klantmanagers en werkzoekenden samen beslissingen nemen. Er zijn geen publicaties gevonden over gedeelde besluitvorming. Ook over besluitvorming 'an sich' is slechts één publicatie gevonden, waarin wordt gerapporteerd dat professionals vaak niet bewust nadenken over een beslissing, maar deze vaak nemen op basis van intuïtie en gevoel. Zelfs als we naar samenwerking tussen klant en klantmanager in het algemeen kijken, zijn er weinig publicaties gevonden. Er zijn slechts enkele publicaties die rapporteren over samenwerking, zij rapporteren over verschillende werkvormen die ofwel worden gebruikt of kunnen worden toegepast. Deze werkvormen zijn bijvoorbeeld de werkalliantie, maar ook mediërend begeleiden en '*motivational interviewing*' worden genoemd. We vonden ook handreikingen en hulpmiddelen die de samenwerking kunnen ondersteunen. Echter, er is geen informatie beschikbaar over hoe samenwerking in de praktijk wordt aangepakt, onder welke randvoorwaarden dit moet gebeuren en wat de effecten daarvan zijn. Daarnaast bleek uit onderzoek van Hazelzet en Otten (2017) dat handreikingen en hulpmiddelen die zijn ontwikkeld weinig bekendheid genieten onder klantmanagers.

Onze verkenning van de literatuur leverde enkele (theoretische) handvatten voor de wijze waarop klantmanagers kunnen worden ondersteund om de samenwerking met de cliënt vorm te geven, zodanig dat de behoeften en ervaringen van de cliënt worden betrokken. In het proces van samenwerking wordt aangegeven dat de klant het belangrijk vindt behandeld te worden met interesse en als een authentiek persoon, waar gevoel erkend en benoemd wordt. Ook geeft de cliënt aan het belangrijk te vinden keuzevrijheid en -mogelijkheden (binnen kaders) te krijgen. Daarnaast onderstrepen de resultaten op het gebied van werkalliantie nogmaals het belang van het betrekken van het perspectief van de cliënt voor een goede samenwerking (gezamenlijk doelen stellen en afspraken maken over wie welke taken uitvoert om die doelen te bereiken).

4 Samen beslissen in domein werk en inkomen

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de derde onderzoeksvraag. Eerst gaan we in op de algemene vraag: is samen beslissen afkomstig uit het gezondheidsdomein kansrijk voor toepassing in het domein van werk en inkomen? Vervolgens wordt de vraag beantwoord welke specifieke kenmerken van het domein werk en inkomen van invloed kunnen zijn op het toepassen van samen beslissen.

4.1 Algemene geschiktheid van samen beslissen voor domein werk en inkomen

Op basis van onderstaande conclusies is er voldoende reden om samen beslissen in het domein van werk en inkomen nader te exploreren. Bovendien blijken er ook andere methoden te zijn die de samenwerking tussen professional en cliënt vormgeven, die ook in die exploratie meegenomen kunnen worden. De conclusies zijn:

- › duidelijk is geworden dat samen beslissen de interactie tussen professional en cliënt centraal stelt. Belangrijk daarbij is dat het gaat om de combinatie van (a) wetenschappelijke consensus (evidence-based) en ervaringskennis (arts), en (b) de persoonlijke voorkeuren en ervaringen (patiënt) (bijvoorbeeld Montori et al., 2013). Het is niet alleen dat de professional aandacht moet hebben voor de behoeften en zorgen van de patiënt, maar het gaat om gelijkwaardige rollen in het gesprek en de besluitvorming. We zien in het domein van werk en inkomen een vergelijkbare beweging waarin het perspectief van de werkzoekende steeds centraler komt te staan. Samen beslissen is mogelijk een kansrijk concept dat die beweging verder kracht kan bij zetten;
- › studies in andere domeinen laten zien dat samen beslissen een positief effect heeft op de motivatie, het gevoel van autonomie en de tevredenheid van de cliënt;
- › de meerwaarde van samen beslissen voor het domein van werk en inkomen is gelegen in de nadruk die het legt op gelijkwaardigheid en het gezamenlijk komen tot keuzes. De stappen van samen beslissen (zie tabel 2.1 in hoofdstuk 2 uit Van Staveren, 2011) zijn goed te integreren in:
 - diagnose en intake (stap 1 methodisch werken): de klantmanager geeft het belang aan van een goede samenwerking en laat de cliënt weten dat hij/zij onderdeel uit maakt van de beslissingen die worden genomen;
 - opstellen plan van aanpak (stap 2 methodisch werken): de klantmanager informeert de cliënt over de uitkomsten van de diagnose- en intakefase (stap 1) en legt de opties voor vervolgstappen/-traject en de voor- en nadelen voor aan de cliënt. Daarna maken klantmanager en cliënt samen een keuze met het streven de keuze zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoeften van de cliënt. De keuze voor de vervolgstappen en de doelen worden vastgelegd in het plan van aanpak;
 - eventueel bijstellen traject (stap 3): de klantmanager en cliënt bespreken met elkaar het verloop van het traject en bepalen samen of de doelen worden gehaald. Als moet worden bijgestuurd, bespreken zij de opties die voorliggen, de voor- en nadelen en kiezen vervolgens de beste optie waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren, vragen en behoeften van de cliënt;
- › we verwachten dat samen beslissen de klantmanager stimuleert tot meer methodisch en evidence-based werken. Ten eerste zal de klantmanager meer op zoek gaan naar (wetenschappelijk) bewijs voor de werking van interventies, omdat hij/zij deze als opties zal moeten voorleggen en toelichten aan de werkzoekende. Ten tweede - en dat is ook nog geen gemeengoed (zie Hazelzet & Otten, 2017) - stimuleert het klantmanagers voor en met elke werkzoekende een trajectplan op te stellen. Immers, een trajectplan met concrete doelen en activiteiten is de logische output van het samen beslissen en het startpunt

voor het vervolg. Ten derde leidt samen beslissen tot meer bewustwording bij klantmanagers dat de ervaringen, behoeften en vragen van de cliënt een belangrijke kennisbron is voor het maken van keuzes die gedurende het traject worden gemaakt. Ten vierde leidt een grotere betrokkenheid van cliënten mogelijk tot - meer dan ze nu doen (zie Otten & Hazelzet, 2017) - reflecties van klantmanagers op waarom een traject succesvol verloopt of niet. Door het perspectief van de werkzoekende hierbij expliciet te betrekken krijgen zij informatie die hen helpt dit beter te begrijpen;

- › uit de literatuurverkenning blijkt dat samen beslissen niet als methode gebruikt wordt binnen het domein werk en inkomen. Wel zijn er verschillende andere methoden om de samenwerking tussen professional en cliënt te ondersteunen of vorm te geven, zoals de werk-alliantie, probleemgericht werken, individuele vraaggerichte benadering, mediërend begeleiden en motiverende gespreksvoering. Echter, we vonden geen studies waarin deze methoden geëvalueerd zijn op haalbaarheid en effectiviteit in het domein van werk en inkomen. De wetenschappelijke literatuur in het aanpalende domein van verzekerings-geneeskunde laat zien dat een vorm van samenwerking (de participatieve aanpak) effectief is om: (a) een snellere terugkeer naar werk te bewerkstelligen; (b) het verzuim van werknemers te verminderen; en (c) kosten te besparen, zowel vanuit maatschappelijk perspectief als vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit (Becker et al., 2016). Een mogelijke verklaring biedt de zelfbeschikkingstheorie van Deci en Ryan (2010): het betrekken van de behoeften, vragen en ervaringen van werkzoekenden leidt tot meer intrinsieke motivatie van de klant voor het re-integratietraject (via meer ervaren autonomie, gevoel van competentie en verbondenheid) met als gevolg minder uitval en uiteindelijk meer resultaat van het re-integratietraject;
- › in het kader van de Participatiewet wordt van de werkzoekende verwacht dat hij/zij zelf de regie neemt en verantwoordelijkheid draagt om zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan om in het eigen levensonderhoud te kunnen voorzien. Dit betekent dat de werkzoekende ook een zekere mate van inspraak en keuzemogelijkheid moet hebben, en moet weten wat realistisch en haalbaar is.

4.2 Specifieke kenmerken domein werk en inkomen en samen beslissen

In deze paragraaf wordt de vraag beantwoord welke specifieke kenmerken van het domein van werk en inkomen van invloed kunnen zijn op het toepassen van samen beslissen. We ordenen deze kenmerken naar de verschillende niveaus van effectmaten (zie figuur 2.2., hoofdstuk 2): niveau van de cliënt, de professional en de organisatie/het systeem.

4.2.1 Cliënten

Werkzoekenden met een afstand tot de arbeidsmarkt hebben vaak een (combinatie van) beperkingen waardoor zij geen werk hebben: (lichte) verstandelijke, lichamelijke, psychische beperkingen, een lage opleiding, onvoldoende werkervaring, een leerachterstand en/of onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. Deze aspecten beïnvloeden mogelijk de mate waarin de werkzoekende in staat is tot samen beslissen. Echter, uit de literatuurverkenning (zie hoofdstuk 3) blijkt dat “de klant het belangrijk vindt behandeld te worden met interesse en als een authentiek persoon, waar gevoel erkend en benoemd wordt. Ook geeft de cliënt aan het belangrijk te vinden keuzevrijheid en -mogelijkheden (binnen kaders) te krijgen.” Dit zal ook gelden voor werkzoekenden ongeacht hun beperkingen.

Hoofdstuk 2.3 laat zien dat samen beslissen bij mensen met uiteenlopende problematiek wordt toegepast, zoals bij alcohol- en drugsverslaafden in de GGZ (Joosten et al., 2015) en ook bij

bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast bestaat samen beslissen uit verschillende onderdelen, waarbij niet alle onderdelen hoeven te worden uitgevoerd. In essentie gaat het om gelijkwaardigheid en respect in de relatie en het uitwisselen van informatie om een gedeeld perspectief te krijgen op het re-integratietraject. Tegelijkertijd is het duidelijk dat niet alle cliënten in dezelfde mate betrokken willen worden bij het samen beslissen en dat het ruimte biedt voor maatwerk. Figuur 2.2 (zie hoofdstuk 2) geeft aan dat cliënten kunnen verschillen in kennis en (cognitieve) vaardigheden, voorkeur voor hoeveelheid en soort informatie en welke rol men wil innemen in de besluitvorming. Het is aan de professional hier adequaat op in te spelen.

4.2.2 Professionals

Klantmanagers werkzaam in het domein van werk en inkomen hebben een zeer gevarieerde achtergrond qua opleiding en ervaring (Blonk, 2018; Hazelzet & Otten, 2017). De BvK (2017) beschrijft wel de kerncompetenties van het beroep van klantmanager, maar een eenduidige implementatie van deze competenties is werk in uitvoering. Daarnaast hebben aspecten van samen beslissen zich nog niet uitgekristalliseerd in de beschrijving van de kerncompetenties. De ene klantmanager zal er meer het nut van inzien dan de andere klantmanager. Ook verworven kennis en vaardigheden zijn bepalend; zo zullen klantmanagers die bijvoorbeeld een cursus motiverende gespreksvoering hebben gevolgd aspecten van samen beslissen beter kunnen plaatsen dan klantmanagers die dat type cursussen niet hebben gevolgd. Kortom, samen beslissen vraagt om (bij)scholing op maat om de specifieke kennis, vaardigheden en houdingsaspecten die van belang zijn voor samenwerken en samen beslissen met werkzoevende aan te leren.

4.2.3 Organisatie/systeem

Een aantal kenmerken heeft te maken met de organisatie (van het werk). Ten eerste de caseload van de klantmanagers. Uit Hazelzet en Otten (2017) en de nadere analyse in hoofdstuk 3 blijkt dat een lagere caseload noodzakelijk lijkt voor meer inbreng van de cliënt. Ten tweede dat gemeenten al vaak trajecten van te voren hebben ingekocht waarop werkzoekenden moeten worden ingezet (Blonk, 2018), waardoor er niets te beslissen valt. Ten derde is het onderscheid tussen rechtmatigheid en doelmatigheid belangrijk. In het eerste geval toetst de klantmanager of de werkzoekende volgens de Participatiewet recht heeft op een uitkering of niet. De werkzoekende heeft daar geen inspraak in. Bij de begeleiding naar werk en het inzetten van interventies (doelmatigheid) heeft de klantmanager veel meer bewegingsruimte om de behoeften en wensen van de werkzoekende mee te wegen. De vraag is of en hoe beide taken (rechtmatigheid en doelmatigheid) het beste gecombineerd kunnen worden bij samen beslissen. Indien een klantmanager beide taken combineert bij dezelfde werkzoekende, kan dit een spanningsveld opleveren. Een werkzoekende zal bij de rechtmatigheidstoets namelijk selectief omgaan met de informatie die hij geeft en alleen die informatie verstrekken die de grootste kans geeft op de door hem gewenste uitkomst (uitkering). Wellicht is het beter deze taken door verschillende klantmanagers te laten uitvoeren: eerst rechtmatigheidstoets door de ene klantmanager en vervolgens overdracht naar de andere klantmanager voor de re-integratiebegeleiding. Misschien is het raadzaam de ene klantmanager voornamelijk rechtmatigheidstaken te laten uitvoeren en andere klantmanagers voornamelijk doelmatigheidstaken te geven, afhankelijk van persoonlijke affiniteit en competenties. Hoe rechtmatigheids- en doelmatigheidstaken zich verhouden tot de samenwerkingsrelatie en samen beslissen, is een aspect dat we in onze nadere verkenning in 2019 expliciet aandacht geven.

Ten vierde speelt het management van de gemeente een rol bij samen beslissen. Klantmanagers zitten vaak nog vast in rechtmatigheidsdenken in plaats van maatwerk en doelmatigheid. Leidinggevenden worstelen ermee hoe deze verandering vorm te geven. Meer aandacht voor samen beslissen kan een manier zijn om het standaard 'rechtmatigheidsframe' te veranderen. De leidinggevende moet ook geëquipeerd worden om dit te kunnen bewerkstelligen. Dit pleit ervoor dat ook op beleids- en bestuursniveau deze verandering richting meer maatwerk en doelmatigheid ingezet wordt.

5 Relevante onderzoeksvragen voor vervolg

In dit afsluitende hoofdstuk geven we antwoord op de vierde onderzoeksvraag: welke onderzoeksvragen kunnen worden gedestilleerd uit de eerste oriënterende fase van het project?

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van een oriëntatie op de samenwerking tussen klantmanager en werkzoekende in het domein van werk en inkomen. Specifiek is gekeken naar samen beslissen, een vorm van samenwerking die met succes in andere domeinen wordt toegepast. TNO-experts organiseerden werksessies waarin praktijkkennis en wetenschappelijke inzichten werden uitgewisseld; zij analyseerden (inter)nationale literatuur en scanden verschillende websites van relevante partijen. De uitkomsten van de oriëntatie geven voldoende basis voor de volgende stap. De volgende onderzoeksvragen lijken relevant:

1. Hoe werken professionals en cliënten nu samen in het re-integratietraject en welke vormen van samenwerking (bijvoorbeeld samen beslissen) worden toegepast?
2. Wat vinden professionals en cliënten een 'goede' samenwerking: welke aspecten typeren een goede samenwerking, hoe belangrijk zijn deze voor de professionals en cliënten, krijgen zij mogelijkheden om deze te realiseren en hebben zij daartoe de vaardigheden?
3. Hoe duiden de professionals de opgehaalde beelden over samenwerking bij cliënten?
4. Hoe sluiten de aspecten van een goede samenwerking aan bij het concept samen beslissen?
5. Wat is de behoefte bij professionals en cliënten aan meer aandacht voor de onderlinge samenwerking, zoals meer inbreng van de cliënt via bijvoorbeeld samen beslissen? Welke meerwaarde zien zij?
6. Wat moeten professionals en cliënten doen om samen te werken? Oftewel: welke (sub)gedragingen liggen hieraan ten grondslag?
7. Wat zijn de determinanten van deze (sub)gedragingen, zowel voor professionals als voor cliënten? In welke mate spelen bejegening, vertrouwen versus wantrouwen, veiligheid, (een combinatie van) recht- en doelmatigheidstaken, aansturing door leidinggevenden (focus op output of op proces) en inrichting van de werkprocessen daarbij een rol?
8. Welke veranderingsmethodieken en -strategieën kunnen bijdragen aan het verwezenlijken van samenwerken en gerelateerde (sub)gedragingen? Meer specifiek: Hoe verhouden de verschillende interventiestrategieën voor samenwerken (zoals samen beslissen, de werk-alliantie en motiverende gespreksvoering) zich tot elkaar in termen van veranderingsmethodieken en praktische technieken?
9. Hoe kunnen deze vertaald worden in mogelijke interventies om samenwerken tussen professionals en cliënten te bevorderen, die gedragen worden door de praktijk en wat zijn daarbij de randvoorwaarden in termen van bejegening, veiligheid, vertrouwen, (combinatie van) doel- en rechtmatigheidstaken en werkproces?
10. Wat zijn relevante effect- en procesmaten om de kwaliteit van de samenwerking tussen professional en cliënt, en het gehele re-integratietraject te meten?

In de tweede fase van het project Methodisch (samen)werken (september 2018 t/m november 2019) beantwoorden we de bovenstaande onderzoeksvragen door middel van literatuuronderzoek, (focusgroep)interviews bij klantmanagers, cliënten en experts. Voor het identificeren van de samenwerkingsgedragingen van de professional, de cliënt en hun interactie zal onder andere gebruik gemaakt worden van het Roter Interaction Analysis System (RIAS) (Roter & Larson, 2002), dat veelvuldig gebruikt is om arts-patiënt interacties te beschrijven. Eveneens zullen we hierbij gebruik maken van '*practice based-evidence*'.

Referenties

- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). The SHARE Approach. [bezocht 26 maart 2018].
www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/index.html.
- Bakker, H., & Van Eekert, P. (2016). *Werkwijzer Werk en Inkomen in het sociaal wijkteam*. Utrecht: Divosa.
- Becker, J., Huysmans, M., Schaafsma, F., Viester, L., & Anema, H. (2016). *Leidraad Participatieve Aanpak*. Amsterdam: EMGO Instituut voor onderzoek naar Gezondheid en Zorg en de afdeling Sociale Geneeskunde van het VU Medisch Centrum Amsterdam.
- Blommesteijn, M., Van Geuns, R.C., Groenewoud, M., & Slotboom, S.T. (2012). *Vakkundig aan de slag: Een onderzoek naar vakmanschap in de gemeentelijke re-integratiesector*. Amsterdam: Regioplan.
- Blonk, R.W.B. (2018). We zijn nog maar net begonnen. Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in Arbeidsdeskundigheid en Inclusieve Innovatie van Arbeid aan Tilburg University op 6 april 2018. Tilburg: Tilburg University.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Braddock, C.H., Edwards, K.A., Hasenberg, N.M., Laidley, T.L., & Levinson, W. (1999). Informed Decision Making in Outpatient practice. Time to get back to basics. *JAMA*, 282, 2313-2320.
- Broersen, S. (2011). Shared decision making voor beginners. *Medisch contact*, 66(26), 1639-1641.
- BvK (Beroepsvereniging voor Klantmanagers) (2017). *De kern van het beroep van klantmanager*. [S.l.]: BvK.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49, 651-61.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2010). *Self-determination*. New York: John Wiley & Sons.
- De Vries, S., & Prüst, H. (2017). *Oplossingsgericht werken in sociaal werk*. Utrecht: Movisie.
- Elwyn, G., Durand, M.A., Song, J. et al. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R. et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27, 1361-7.
- Epstein, R.M., Alper, B.S., & Quill, T.E. (2014). Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA*, 291(19), 2359-2366.
- Faber, M., Harmsen, M., Van der Burg, S., & Van der Weijden, T. (2013). *Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement: Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit en naar voorwaarden voor succes*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare).

- Hazelzet, A.M., & Otten, W. (2017). *Methodisch werken: waarom wel, waarom niet? Onderzoek naar factoren die methodisch werken van klantmanagers bij sociale diensten bevorderen*. Leiden: TNO. TNO Rapport R17043.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 9-16.
- Joosten, E., Jaspers, J., Dijkstra, B., & De Jong, C. (2015). Samen beslissen in de GGZ en verslavingszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 3, 18-20.
- Joseph-Williams, N., Newcombe, R., Politi, M., et al. (2014). Toward minimum standards for certifying patient decision aids: a modified Delphi consensus process. *Medical Decision Making*, 34(6), 699-710.
- Lenzen, S.A., Daniëls, R., Van Bokhoven, M.A., Van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2015). Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. *European Journal of General Practice*, 21(2), 1-7.
- Lub, V. (2017). *Participatie in de bijstand: Wat leert de wetenschap?* [S.l.]: Bureau voor Sociale Argumentatie: onderzoek en onderbouwing.
- Makoul, G., & Clayman, M.L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*, 60, 301-312.
- Menger, A., & Donker, A.G. (2013). De werkalliantie in het gedwongen kader. De theorie. In A. Menger, L.A. Krechtig, & J. Bosker (Eds.), *Werken in gedwongen kader. Methodiek voor forensisch sociale professionals* (pp. 115-134). Amsterdam: SWP.
- Montori, V.M., Brito, J.P., & Murad, M.H. (2013). The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA*, 310(23), 2503-2504.
- Movisie (2013). *Handreiking maatschappelijke ondersteuning: Kenmerken van professional ondersteunen*. Utrecht: Movisie.
- NHG (2015). *Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken*. [S.l.]: InEen/Zorginstituut Nederland/NHG/MUMC/Hogeschool Zuyd.
- Pijnenburg, H. (2010). *Entreerede. Zorgen dat het werkt. Lectoraat werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. [S.l.]: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Pijnenburg, H., & Van Hattum, M. (2012). Werkzame factoren doen het samen: een integratief werkzame factorenmodel voor jeugdzorg. In M. Berk, A. Hoogenboom, M. de Kleermaeker, & K. Verhaar (Eds.), *De Jeugdprofessional in ontwikkeling: Handboek voor professionals in het jeugddomein* (pp. 237-260). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Roter, D. & Larson, S. (2002) The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.
- SBCM (2013). *Praktische gids over coachingsvaardigheden vanuit een Individuele Vraag-gerichte Benadering*. Den Haag: SBCM.
- Spierts, M. (2017). *Visie en vakbekwaamheid maken het verschil: Over professionele besluitvorming in het sociaal werk*. Utrecht: Movisie.
- 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, doi: 10.1002/14651858.

- Stiggelbout, A.M., Pieterse, A.H., & De Haes, J.C.J.M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98, 1172-1179.
- Ter Haaft, G., & Van Veenendaal, H. (2016). *Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland. Opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen*. Den Haag: ZonMw.
- Van Arum, S., Verweij, S., & Van der Veer, K. (2018). *Wat werkt bij integraal werken in de wijk: In vertrouwen samenwerken aan een oplossing. Integraal Werken in de Wijk*. [S.l.]: S.e. Reeks: Wat werkt bij integraal werken in de wijk.
- Van de Pol, M.H.J., Fluit, C.R.M.G., Lagro, J., Slaats, Y.H.P., Olde Rikkert, M.G.M., & Lagro-Janssen, A.L.M. (2016). Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Education and Counseling*, 99, 1069-1077.
- Van der Weijden, T., Dreesens, D.H.H. & Van de Bovenkamp, H. (2014). Gedeelde besluitvorming en richtlijnen. In J.J.E. van Everdingen, D.H.H. Dreesens, J.S. Burgers, J.A. Swinkels, T.A. van Barneveld, & T. van der Weijden, T. (Eds.). *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk* (pp. 165-174). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Weijden, T., Van Bodegom-Vos, L., & Stiggelbout, A. (2015). *Implementatie van Samen Beslissen. Overzicht van knelpunten en implementatiestrategieën. Notitie ten behoeve van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg*. Maastricht (etc.): UMC, etc..
- Van Sonsbeek, J., Knapper, A., Van Putten, A., & Vogels, E. (2016). *Hoofddijnennotitie kennisvragen SZW 2017/2018*. [S.l.]: Rijkshoverheid.
- Van Staveren, R. (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Ned Tijdschr Geneesk*, 155(A3777), 1-5.
- Van Veenendaal, H., Stalmeier, P., Van den Broek, I., Baas-Thijssen, M., Drenthen, T., Hilders, C., & Otten, W. (2013). Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. *Kwaliteit in Zorg*, 3, 4-6.
- Volk, R.J., Llewellyn-Thomas, H., Stacey, D., & Elwyn, G. (2013). Ten years of the International Patient Decision Aid Standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids. *BMC: Medical Informatics and Decision Making*, 13(Suppl 2), S1. doi.org/10.1186/1472-6947-13-S2-S1.
- Vooijs, M., Van der Heide, I., Leensen, M., Hoving, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2016). *Richtlijn Chronisch Zieken en Werk*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid.
- Wampold, B.E., & Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcome attributable to therapists. A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Wesdorp, P. (2013). *Werkwijzer: Wijzer naar Werk. Een werkwijzer voor coachen en begeleiden*. Den Haag: SBCM.
- ZonMw. Programmatekst Kennisprogramma Vakkundig aan het werk 2015-2018, p.13-14 [bezocht op 31 augustus 2018]. https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Programmatekst_Vakkundig_aan_het_werk.pdf (2015).

Bijlage 1 Methodisch Werken

De definitie van methodisch werken gepresenteerd in hoofdstuk 1 is door Hazelzet en Otten (2017), samen met andere publicaties over methodisch werken (Groenewoud et al., 2014; Koning et al., 2013; Polstra, 2013) gebruikt bij het vaststellen van de activiteiten behorend bij de vier stappen van methodisch werken. Zij beschrijven deze stappen als volgt.

1. Intake en diagnose

Beeldvorming, screening en oordeelsvorming. In de eerste stap staat centraal het verzamelen van informatie over de werkzoekende om een goed beeld te vormen van de werkzoekende. Dit vormt de basis voor het besluit dat de klantmanager moet nemen over de ondersteuning en/of het traject. Om een goed besluit te nemen heeft de klantmanager onder andere informatie nodig over verschillende aspecten die samenhangen met een succesvol re-integratietraject, namelijk (zie Blonk et al., 2015):

- a. menselijk kapitaal, zoals opleiding(en), vaardigheden en werkervaring;
- b. belemmeringen die de werkzoekende ervaart, zoals schulden, kinderopvang, psychische, lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen, problemen met reizen; het netwerk van de werkzoekende (gezin, familie, vrienden, hobby's);
- c. de wijze waarop de werkzoekende werk zoekt, namelijk focus, intensiteit en vaardigheden;
- d. motivatie van de werkzoekende om een baan te vinden en inzicht in factoren die die motivatie beïnvloeden.

2. Opstellen trajectplan

Op basis van de vorige stap neemt de klantmanager een besluit over een passende route naar zo regulier mogelijk werk. Aan de hand van de verzamelde informatie stelt de klantmanager met de werkzoekende een plan van aanpak op met concrete stappen (wat, wanneer, hoe en wie). Daarbij onderscheiden we leer- en prestatiedoelen. Bij leerdoelen staat het leren centraal. Daarbij gaat het om steeds beter worden in vaardigheden die helpen bij het vinden van werk, bijvoorbeeld het leren schrijven van een sollicitatiebrief. Bij prestatiedoelen staat de prestatie centraal, bijvoorbeeld een vast aantal sollicitaties per week.

3. Uitvoeren trajectplan

De klantmanager voert het plan van aanpak uit. Zij begeleidt de werkzoekende, voert gesprekken, monitort diens voortgang en stuurt eventueel bij. Het gewenste resultaat is dat de werkzoekende zo regulier mogelijk werk gevonden heeft en/of dat andere doelen uit het plan van aanpak zijn behaald.

4. Terugblik op werkwijze

Bij deze stap kijkt de klantmanager terug op hoe de begeleiding/het traject is verlopen, wat voor de werkzoekende goed werkte en wat beter had gekund. De klantmanager kan deze terugblikken gebruiken om van te leren, en zo nodig haar werkwijze aan te passen bij andere werkzoekenden die zij begeleidt.

Referenties

Blonk, R.W.B., Van Twuijver, M.W., Van de Ven H.A., & Hazelzet, A.M. (2015). *Quickscan wetenschappelijke literatuur Gemeentelijk Uitvoeringspraktijk*. Leiden: TNO.

Hazelzet, A.M., & Otten, W. (2017). *Methodisch werken: waarom wel, waarom niet? Onderzoek naar factoren die methodisch werken van klantmanagers bij sociale diensten bevorderen*. Leiden: TNO. TNO Rapport R17043.

Groenewoud, M., Slotboom, S.T., & Van Geuns, R.C. (2014). *Vakkundig vervolg*. Amsterdam: Regioplan.

Koning, P., Paantjes, M., Vaal, C., & Van der Veen, R., Red. (2013). *Investeren in participeren*. [S.l.]: Kennisplatform Werk en Inkomen. www.onderzoekwerkeninkomen.nl

Polstra, L. (2013). *De standaard voor vakvolwassenheid van Klantmanagers*. Groningen: BvK/HanzeHogeschool.

Bijlage 2 Zoekstrategie internationale literatuur

PsycINFO (OvidSP), datum uitvoeren zoekstrategie: 28 juni 2018

Keuze voor PsycINFO: Deze bevatten onder andere de relevante tijdschriften 'Research on Social Work Practice' en 'Journal of Social Work'

1. social caseworkers/
2. social caseworkers. ab, id, ti
3. vocational counselors/
4. vocational counselors. ab, id, ti
5. social worker. ab, id, ti
6. social work practice. ab, id, ti
7. exp Decision Making/
8. decision making. ab, id,ti
9. shared-decision making. ab,id,ti/
10. exp empowerment/
11. empowerment. ab, id, ti
12. bi-directional relationship. ab, id, ti
13. reciprocity. ab, id, ti
14. client participation. ab, id, ti
15. client involvement. ab, id,ti
16. or/1-6
17. or/7-15
18. 16 and
17. Notitie: Limitatie van jaren van 2015-2018.

Bijlage 3 Data-extractietabel gevonden publicaties in databases Divosa, VNH, KWI, SBCM

Bron	Product	Doel van het product	Relevante input uit het document
Divosa (Bakker, H., Van Eekert P., 2016)	Werkwijzer Werk en Inkomen in het sociaal wijkteam	De Werkwijzer Werk en Inkomen in sociale wijkteams maakt deel uit van het Programma Effectiviteit en Vakmanschap van Divosa en de Beroepsvereniging voor Klantmanagers (BvK). De werkwijzer brengt de dilemma's in beeld waar klantmanagers mee geconfronteerd worden en geeft mogelijke oplossingen uit de praktijk en de theorie.	INTAKE: het Wmo-team in Breda vraagt de klant om zelf of met de hulp van familie of vrienden de eigen situatie te beschrijven aan de hand van een formulier dat is afgeleid van de Zelfredzaamheidsmatrix. De professional van het Wmo-team neemt het formulier met de betrokkene door. Samen formuleren ze de hulpvraag en stellen ze een persoonlijk plan met doelen op. De klant wordt zo veel mogelijk betrokken bij het omschrijven van de hulpvraag en de oplossingen. De professionals evalueren regelmatig met de klant de voortgang van het persoonlijk plan.
Movisie (Spierts, M., 2017)	Visie en vakbe- kwaam maken het verschil: over pro- fessionele besluit- vorming	Onderzoeksrapport over de vraag: Hoe verloopt professionele besluit- vorming en hoe kunnen we die be- sluitvorming verbeteren? (kwalita- tief onderzoek bij 4 teams)	Sociaal werkers houden zich eigenlijk niet bezig met besluitvorming, organisaties faciliteren geen gemeenschappelijke besluitvorming bij hun professionals en het gebrek aan facilitering neemt alleen maar toe nu veel teams (moeten) overschakelen op zelfsturing. Relevante conclusies: <ul style="list-style-type: none"> • wanneer is iemand bijvoorbeeld 'zelfredzaam' genoeg en wat moet je als professional doen en juist niet doen om daar te komen? De veelvuldig gehoorde oproep aan sociale professionals dat ze moeten 'loslaten' mag niet gelijk staan aan 'overlaten' of 'in de steek laten'; • de professionals nemen besluiten zoveel mogelijk in overleg met cliënten, maar wegens diens voorkeuren ook altijd af tegen belangen van andere partijen (zoals de wetgever); • organisatiecultuur: inhoudelijke sturing en uitwisseling tussen de verschillende organisatie-niveaus komen nauwelijks van de grond. Daardoor vindt er ook niet echt discussie plaats over de veranderingen in de omgeving; • er is geen sprake van volledige gedeelde besluitvorming met cliënten. Dit hoeft overigens niet een probleem te zijn. Uit onderzoek blijkt dat cliënten het vooral van belang vinden dat zij een goede relatie hebben met de professionals en zich gehoord willen voelen. Tegelijkertijd is het wel zo dat als professionals en cliënten niet samen tot overeenstemming komen over de doelen waaraan ze willen werken en de manier waarop ze daaraan willen werken - ook wel 'taakalliantie' of 'samen beslissen' genoemd - dit uiteindelijk de emotionele alliantie of 'klik' tussen cliënt en hulpverlener kan verstoren.

Bron	Product	Doel van het product	Relevante input uit het document
Movisie (De Vries, S., Prüst, H., 2017)	Oplossingsgericht werken Motiverende gespreksvoering	Beschrijving van de methodiek. Het hoofddoel van Oplossingsgericht werken is: cliënten hebben hun oplossend vermogen zodanig hersteld, dat zij in staat zijn om op eigen wijze en samen met mensen uit hun sociale context hun hulpvraag om te bouwen naar een meer gewenste situatie.	Oplossingsgericht werken realiseert de volgende werkzame elementen. <ul style="list-style-type: none"> • De cliënt centraal: de unieke manier waarop de cliënt in staat wordt gesteld zijn autonomie te versterken door zijn eigen visie en oplossingen te ontwikkelen; • De co-constructieve werkrelatie: de respectvolle samenwerking tussen hulpverlener en cliënt als gelijkwaardige partners met verschillende expertises; • Hoop en vertrouwen: het laten ontstaan van de realistische verwachting dat doelen bereikt kunnen worden en het creëren van vertrouwen door het analyseren van successen; • Een methodische manier van werken: een in de praktijk gefundeerde, goed onderbouwde en gestructureerde werkwijze die cliënt en hulpverlener houvast biedt; Monitoren van vooruitgang en werkrelatie: een niet-geprotocolleerde maar praktische manier van 'vinger aan de pols houden' die makkelijk te hanteren is en direct te gebruiken. <p>Bij oplossingsgericht werken staan de inzichten en ervaringen van de cliënt centraal. Daarom is het van belang dat de sociaal werker de houding van 'niet weten' praktiseert (Anderson & Goolishian, 1992). Daarmee wordt bedoeld dat de sociaal werker een authentieke nieuwsgierigheid naar de ervaringen, perceptie, toekomstwensen en handelwijzen van de cliënt heeft.</p> <p>Motivational Interviewing kan worden gezien als een oplossingsgerichte methode. Motiverende gespreksvoering is directief in de benodigde verandering en probeert de intrinsieke motivatie te versterken, waar oplossingsgericht werken meer de nadruk legt op de voorkeur voor verandering van de cliënt en het samen met de cliënt stellen van doelen en bedenken van oplossingen. Oplossingsgericht werken is meer gericht op hoe een cliënt kan veranderen en welke stappen hij daarvoor kan ondernemen, terwijl Motiverende gespreksvoering meer gericht is op de motivatie, het 'waarom' van veranderen.</p>

Bron	Product	Doel van het product	Relevante input uit het document
Movisie (2013)	Handreiking Maatschappelijk Ondersteunen	In kaart brengen aan welke kwaliteitskenmerken het handelen van professionals op de negen prestatievelden van de Wmo moet voldoen.	<p>De mate waarin de professional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitgaat van eigen potentie en kracht van mensen en hun netwerk; • ondersteunt bij het verhelderen van problemen, vragen, wensen, behoeften; • in dialoog kansen, mogelijkheden en beperkingen op een rij zet; • open staat voor en ondersteunt bij het maken van eigen keuzes; • motiveert tot het nemen van eigen initiatief; • ondersteunt bij het realiseren van eigen initiatief; • stimuleert om sociaal netwerk te benutten; • zicht biedt op nieuwe perspectieven. <p>De mate waarin de organisatie van het aanbod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ruimte laat voor eigen inbreng; • voldoende keuzemogelijkheden biedt; • ruimte biedt om initiatieven te ontplooiën; • ondersteuning op maat biedt; • aansluit bij lokale ketenstructuren; • continuïteit bewaakt en faciliteert; • grenzen van ondersteuning en begeleiding aangeeft.
SBCM (2013)	Individuele Vraag-gerichte Benadering (IVB)	Visie waarin je niet voor, maar met de werknemer denkt over de aanpak en de te volgen stappen, afgestemd op wat de medewerker specifiek nodig heeft.	<p>Samengevat: IVB is een mensvisie waarin altijd vanuit de volgende uitgangspunten naar mensen en hun ontwikkeling gekeken wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een mens in zijn eigen samenhang van krachten en kwaliteiten binnen en vanuit zijn eigen, realistische context; • elk mens wil zich ontwikkelen en zo zelfstandig/autonoom mogelijk functioneren; • begeleiding vindt plaats vanuit werkelijk contact waarbij het denken (de regie) bij de medewerker gelaten wordt en zijn vraag het uitgangspunt is; • de kwaliteit van de interactie tussen medewerker en begeleider is bepalend; • deze interactie is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> - het geven van het gevoel en de vaardigheden waarmee de medewerker zijn krachten en kwaliteiten kan ontwikkelen en dit succes aan zichzelf toeschrijft; - zelfstandig oplossen van opdrachten en problemen; • de begeleider gaat voor het ontwikkelen van de medewerker als mens en voor de ontwikkeling van hun gezamenlijke team. Dit vereist van de begeleider (zelf) reflectie.

Bron	Product	Doel van het product	Relevante input uit het document
SBCM (2013)	Mediërend Begeleiden	Visie op ontwikkeling en interactie. Waar IVB de vraag beantwoord 'wat moet ik doen?' geeft Mediërend Begeleiden antwoord op de vraag 'Hoe moet ik dit doen?'	De veronderstellingen van Mediërend Begeleiden (StiBCO, 2009) zijn: 1. De mens is een open systeem 2. De mens kan veranderen (= is modificeerbaar) 3. De ontwikkeling van een mens kent geen plafond 4. Een 'gevoel' van veiligheid is noodzakelijk om te komen tot verandering (= modificatie) 5. De mens ontwikkelt zich op basis van interactie (met JOU dus!) 6. Interactie is een reflectief proces, waarbij ongelijke partijen op basis van gelijkwaardigheid communiceren 7. Niet communiceren is niet mogelijk 8. De intentie van interactie is het faciliteren van zelfontwikkeling 9. (Zelf)ontwikkeling vindt plaats binnen de context van een cultuur (in tijd en plaats) 10. (Zelf)ontwikkeling is risico's aangaan om het nog niet gekende te ontdekken, zelfontwikkeling ligt bij de gene die zich ontwikkelt.
SBCM (Wesdorp, 2013)	Werkwijze Wijzer naar Werk	Doel is om werkzoekenden zo regelmatig mogelijk te laten functioneren als uitvoerder van een functie in een gewone werkomgeving binnen een arbeidsorganisatie (overheid of bedrijfsleven). Dat gebeurt deels vanuit sociale overwegingen en de wens om SW-werknemers zoveel mogelijk maatschappelijk te integreren, te ontwikkelen en passende arbeid te bieden.	Autonomiebevorderend in de coachingsrelatie: <ul style="list-style-type: none"> • de ander niet als dossiernummer behandelen maar als authentiek persoon; • het niet veroordelend tonen van interesse in het perspectief van de ander; • uitgaan van het perspectief en de kijk op de wereld van de ander en datgene wat de ander belangrijk vindt; • het erkennen (benoemen) van het gevoel van de ander; • het verschaffen en benadrukken van keuzevrijheid en -mogelijkheden (binnen kaders); • het toestaan een eigen aanpak te volgen, eigen initiatief te tonen en binnen kaders eigen doelen en taken te laten formuleren; • het laten (mee)bepalen van de agenda van de coachingssessie door de ander; • het motiveren (uitleggen) van de ratio achter normen, regels, waarden, verzoeken en suggesties die ingaan tegen de autonomie van de cliënt, maar waarin geen keuze mogelijk is; • weerstand niet zien als een probleem maar als informatie over wat de ander belangrijk vindt.

Bijlage 4 Data-extractietabel van de literatuur aangedragen door auteurs

Eerste auteur (jaar), land	Doelgroep professionals	Doel/vraagstelling	Interventie	Effectief?
BVK (2017), Nederland	Algemeen; 'klant'	Verschillende rollen klantmanager	<p>Onderzoekende professional: In het gesprek worden wederzijdse verwachtingen besproken. De klantmanager ondersteunt de klant bij het opstellen van een re-integratieplan. Dat plan bevat heldere doelstellingen en een stappenplan gericht op verbetering van de situatie van de klant.</p> <p>Ondersteunende professional: De klantmanager biedt de burger methodische en resultaatgerichte begeleiding en assistentie bij het opstellen van een stappenplan gericht op verbetering van diens situatie. De klantmanager ondersteunt bij de uitvoering door middel van coaching, motiveren, feedback geven, confronteren en andere bewezen effectieve methoden en technieken.</p>	Niet gerapporteerd
Lub (2017), Nederland	Mensen in de bijstand	Wat werkt volgens de wetenschap bij participatie?	Het bieden van maatwerk in activeringstrajecten, bestaande uit persoonlijke aandacht voor cliënten en aansluiten bij wensen, interesses en participatiemogelijkheden die er al zijn, komt in vrijwel alle gevonden studies naar voren als werkzaam element in participatiebevordering. Daarbij helpt een actieve benadering van cliënten door klantmanagers, in termen van intensief en frequent 'klantcontact'. Professionals dienen gericht te wijzen op participatiemogelijkheden en de cliënt persoonlijk te motiveren. Als er bovendien geen druk is om door te hoeven stromen naar werk, de uitkering kan worden behouden, een relatief laag tempo geen probleem is, en het activeringstraject 'recreatief' van karakter is (in plaats van een zakelijke focus op werk en inkomen), dan vergroot dit de kans dat de bijstandsccliënt zich maatschappelijk actiever opstelt in termen van het aangaan en vasthouden van maatschappelijke activiteiten als vrijwilligerswerk en het ontplooiën van actief burgerschap. Materiële zekerheid, waarbij de cliënt verzekerd blijft van behoud van de eigen uitkering - en de begeleidende professional een sociale en op erkenning gebaseerde benadering van cliënten hanteert, boven een (financieel) sanctionerende benadering - draagt eveneens positief bij aan maatschappelijke ontplooiing. Als de eigen uitkering onder druk staat, leidt dit veelal tot stress waardoor de cliënt juist maatschappelijk verder in zijn of haar schulp kruipt.	Het vergroot de kans dat de bijstandsccliënt zich maatschappelijk actiever opstelt of zijn netwerk vergroot.