



WERKBOEK VOOR TRAINERS EN ZORGVERLENERS

**Verbeteren van kennis en vaardigheden voor
Samen beslissen met de patiënt en naaste over
de best passende zorg**

Utrecht, 18 oktober 2018

Dit Werkboek is ontwikkeld in opdracht van het Kennisnetwerk CVA Nederland voor het project 'Verankeren van Samen Beslissen in de CVA-zorgketen; van revalidatie tot de zorg in de eerste lijn'.

De *e-learning*, de basis- en de vervolgtrainingen zijn ontwikkeld door:

- Helene Voogdt, projectleider en trainer
- Ilse Raats, lid projectteam en trainer
- Gijs Boss, lid projectteam en trainer
- Ariëtte Sanders, huisarts en trainer
- Vincent Kortleve, fysiotherapeut en trainer
- Luikje van der Dussen, revalidatiearts en betrokken bij e-learning
- Barbara Oosterhof, ergotherapeut en trainer

Het project 'Verankeren van Samen Beslissen in de CVA-zorgketen; van revalidatie tot de zorg in de eerste lijn' betreft een samenwerking tussen het Kennisnetwerk CVA Nederland en Revalidatie Nederland, Hersenletsel.nl, Kaderartsen Hart- en Vaatziekten, Revalidatieartsen en andere partijen. Het project is gefinancierd door het Zorginstituut Nederland in het kader van het Transparantiejaar 2016.

Dit werkboek staat vermeld op het leerplein: www.samenbeslissen.kennisnetwerkcva.nl en in de kennisbank van www.kennisnetwerkcva.nl

Inhoud

1	Waarom dit werkboek?	3
1.1	Inleiding	3
1.2	Wat zijn de elementen van een goede training Samen beslissen?	4
2	E-learning.....	6
2.1	Inleiding	6
2.2	Welkom bij de e-learning ‘Samen beslissen in de CVA zorg’	6
3	Basistraining Samen beslissen.....	27
3.1	Leerdoelen van de basistraining Samen beslissen	27
3.2	Doelgroep voor de basistraining Samen beslissen.....	27
3.3	Inhoud van de basistraining Samen beslissen.....	27
3.4	Vereisten van de trainer	27
3.5	Vorbereiding door een trainer	28
3.6	Toelichting per dia.....	28
4	Vervolgtraining Samen beslissen.....	38
4.1	Leerdoelen van de vervolgtraining Samen beslissen	38
4.2	Doelgroep voor de vervolgtraining Samen beslissen	38
4.3	Inhoud van de vervolgtraining Samen beslissen	38
4.4	Vereisten van de trainer	39
4.5	Vorbereiding door de trainer	39
4.6	Toelichting per dia.....	39
5	Bijlagen	51
5.1	Zakkaart én inspirerende zinnen	51
5.2	Model van Samen Beslissen met patiënten met CVA/NAH en hun naasten	53
5.3	Score formulier OPTION5	57

1 Waarom dit werkboek?

1.1 Inleiding

Dit werkboek is ontwikkeld ten behoeve van de verdere borging van Samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie. Dit werkboek is bedoeld voor trainers en zorgverleners. Het werkboek dient ter ondersteuning van zorgprofessionals die een training Samen beslissen voor andere zorgprofessionals willen verzorgen. In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op wat vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend is over de belangrijke elementen voor training van Samen beslissen.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de letterlijke tekst van de **e-learning** weergegeven. Deze *e-learning* staat digitaal weergegeven op het leerplein www.samenbeslissen.kennisnetwerkcv.nl en is vrij toegankelijk voor iedere zorgprofessional. Het volgen van de *e-learning* neemt ongeveer drie uur tijd in beslag. Als trainer moet je deze *e-learning* ook doorlopen en de vragen beantwoorden om hierin de basis- en vervolgentraining op terug te kunnen grijpen. Aan de hand van de *e-learning* krijgen deelnemers op een interactieve manier informatie over Samen beslissen. De *e-learning* is onderverdeeld in drie onderdelen (theorie, praktijk en reflectie). In deze onderdelen wordt geschreven theorie afgewisseld met interviewfragmenten, verschillende vragen, een animatie en een model over Samen beslissen. Afhankelijk van de leerstijl kan de deelnemer zelf bepalen waar hij/zij wil starten. De video's van de e-learning zijn in dit werkboek uitgeschreven. De video's zijn ook zichtbaar op het vimeokanaal van het Kennisnetwerk CVA Nederland <https://vimeo.com/user71498979>

Na het afronden van de *e-learning* kunnen de deelnemers deelnemen aan de **basistraining** voor Samen beslissen. In een vier uur durende training voeren de deelnemers voornamelijk praktische opdrachten uit om de theorie van Samen beslissen ook in de praktijk toe te gaan passen. Ook is er tijdens de training aandacht voor bewustwording en reflectie op het eigen handelen. Deelnemers die de basistraining hebben afgerond, kunnen een **vervolgentraining** volgen. Deze praktijkgestuurde training is een verdieping op de basistraining. In deze training wordt dieper ingegaan op het proces van Samen beslissen en worden de oefeningen uitdagender. Hoofdstuk 3 en 4 gaan dieper in op beide trainingen. Leerdoelen, doelgroep, vereisten trainer, voorbereiding training en toelichting op de beschikbare presentaties komen achtereenvolgens aan bod. De basis- en vervolgentraining zijn geschikt voor alle zorgprofessionals. De in een training gebruikte casussen en de geluidsfragmenten moeten zijn afgestemd op het specifieke zorgveld. De basis- en vervolgentraining betreffen een training aan een team of groep van deelnemers. Op iedere acht-negen deelnemers is een trainer nodig om ook goede begeleiding te kunnen geven tijdens de rollenspellen die gehouden worden in kleine groepjes van drie of vier deelnemers. De basis- en vervolgentraining omvatten een korte introductie op de theorie en het begeleiden oefenen van vaardigheden door middel van rollenspellen met specifieke casussen én door gezamenlijke reflectie hierop.

Op ieder gewenst moment kunnen deelnemers reflecteren op het eigen handelen. Dit kan door geluids- en/of video-opnames te maken van een eigen consult en te reflecteren op het eigen handelen aan de hand van het zakkaartje of de OPTION5¹. Ook kan men na elk gesprek een korte

¹ De Option5 is een gevalideerd meetinstrument voor de mate van toepassing van 'samen beslissen'. Zie <http://www.glynelwyn.com/observer-option-5-2014.html>

reflectie doen aan de hand van het zakkaartje. Deze reflecties kunnen individueel of in kleine groepjes met collega's gedaan worden.

1.2 Wat zijn de elementen van een goede training Samen beslissen?

Het is nog niet bekend uit onderzoek wat de beste manier is om zorgprofessionals toe te rusten voor Samen beslissen². Ook niet wat het effect is van de diverse trainingsprogramma's op de mate van toepassing van samen beslissen. Wel bestaan er diverse gepubliceerde expertopvattingen over hoe zorgverleners het beste toegerust kunnen worden en vaardig kunnen worden in samen beslissen. Van belang is wel dat - met behulp van een vooronderzoek van de doelgroep - een passend trainingsprogramma wordt ontwikkeld. Experts geven aan dat een training in Samen beslissen in elk geval moet gaan over relationele competenties en risicocommunicatie. Trainingen dienen dus niet uitsluitend over uitwisseling van informatie gaan.

In 2012 verscheen er een consensusdocument van een internationale en interdisciplinaire werkgroep waarin gesteld wordt dat zorgprofessionals het niet eens zijn over welke kerncompetenties vereist zijn om Samen beslissen toe te passen.³ In Nederland wordt momenteel in de huisartsgeneeskunde – onder leiding van Prof. Trudy van der Weijden – wel gewerkt aan een consensusstudie waarin de benodigde kerncompetenties voor Samen beslissen worden vastgesteld. Het zicht hebben op de kerncompetenties biedt houvast voor de inhoud van de trainingen op het gebied van samen beslissen.

Uit een review van 148 programma's uitgevoerd tussen 1996 en 2015⁴ blijkt dat er in de trainingen een grote variatie is in theoretische uitgangspunten, in lengte en in inhoud. Van slechts een op de vijf trainingen is een evaluatie gepubliceerd. Wat in ieder geval in de trainingen aan bod moet komen zijn relationele competenties, risicocommunicatie en informatieverstrekking. In een Cochrane review uit 2018⁵ staan vijftien studies vermeld die gaan over training voor zorgprofessionals. Het betrof hier uiteenlopende (meng)vormen van schriftelijk- elektronisch- en contactonderwijs. Significante effecten van de trainingen zijn nauwelijks gevonden maar de wetenschappelijke kwaliteit van de vijftien studies is volgens de onderzoekers onder de maat.

Andere studies laten zien dat trainingen gegeven kunnen worden aan de hand van het model van Elwyn met daarbij rollenspel en video/geluidsopnames als trainingsmiddel⁶. Deze trainingen zijn vooral gericht op:

² Deze paragraaf met hulp van H Duin, expert EBM.

³ Légaré F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, Stacey D, Härter M, Bastian H, Beaulieu MD, Borduas F, Charles C, Coulter A, Desroches S, Friedrich G, Gafni A, Graham ID, Labrecque M, LeBlanc A, Légaré J, Politi M, Sargeant J, Thomson R.: Core competencies for shared decision making training programs: insights from an international, interdisciplinary working group. *J Contin Educ Health Prof.* 2013 Fall;33(4):267-73.

⁴ Diouf NT, Menear M, Robitaille H, Painchaud Guérard G, Légaré F Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan. *Patient Educ Couns.* 2016 Nov;99(11):1753-1758.

⁵ Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N. A review of activities to help healthcare professionals share decisions about care with their patients. 19 July 2018, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

⁶ G Elwyn, D Frosch, R Thomson, N Joseph- Williams, A Lloyd, P Kinnersley, E Cording, D Tomson, C Dodd, S Rollnick, A Edwards and M Barry Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J. Gen. Intern. Med.* 27 (2012) 1361–1367. Én J. Ammentorp, LT Graugaard, ME Lau, TP Andersen, K Waidtlow, PE Kofoed, Mandatory communication training of all employees with patient contact, *Patient Educ. Couns.* 95 (2014) 429–432.

1. De identificatie en de zichtbaarheid van de keuze en het besluitvormingsproces;
2. Voorkeuren en rolverheldering in relatie tot samen beslissen;
3. Informatieverschaffing over de opties, met de voor- en nadelen;
4. Het op gang brengen van een dialoog over verwachtingen, waarden, zorgen en wensen.

Een eendaagse training met specifieke focus op samen beslissen is onvoldoende om zorgprofessionals uit te rusten met vaardigheden. Een aanvullende training is nodig met oefeningen met simulatiepatiënten en zelfreflectie. In genoemde studies ontwikkelde men een *blended learning*, die bestaat uit drie modules van drie uur, gecombineerd met een *e-learning* platform, voorzien van reflectievideo's en oefeningen, ontworpen voor repetitie en reflectie tussen de modules in. Hoofddoel is de bewustwording van het belang van existentiële en spirituele thema's bij de besluitvorming. Hierbij maakt men gebruik van de eigen ervaring van de deelnemers. Daarnaast ligt de focus op de ontwikkeling van het zelfinzicht en de vaardigheden van de deelnemers in reactie op de existentiële zorgen van de patiënt. Daarbij ontwikkelde men een eendaagse coaching/training met de focus op een '*mindfull awareness*', zoals luisteren en "er zijn". Aangetoond is dat deze houding helpt om de aandacht te behouden en te voorkomen dat men op "de automatische piloot" handelt. In 2013 werd in een Duits revalidatiecentrum onderzocht wat ervoor nodig is om Samen beslissen in de organisatie via trainingen verder in te bedden. In de trainingen aan professionals zou aandacht moeten zijn voor de externe communicatie (richting patiënt/naaste): tijd, respect, participatie, individualiteit en vertrouwen. Voor de interne communicatie (collega's) gaat het om feedback geven aan elkaar, omgang met moeilijke teamleden, conflicthantering in het team, teamwork bevorderen en delegeren.⁷ Een ander ontwikkeld trainingsprogramma voor Samen beslissen in Duitsland bestaat uit twee modules van elk vier uur, uitgevoerd binnen vier weken. Groepsgrootte varieerde van acht tot twaalf artsen. Het programma is verkrijgbaar in een trainingspakket (www.patient-als-partner.de). Het programma bestaat uit korte interactieve presentaties, voorbeeld films van consultvoering, instructievideo's met gestandaardiseerde patiënten, groepsdiscussies, praktische oefeningen, rollenspel en gesimuleerde consultvoeringen én het gebruik van keuze instrumenten. In de eerste bijeenkomst komen de volgende onderwerpen aan bod: patiëntvoorkeuren, het theoretische kader, kerncompetenties, effecten, indicaties. De tweede bijeenkomst gaat verder in op vaardigheden ten aanzien van interactie met patiënten, technieken voor goede communicatie, communicatie bij moeilijke patiënten⁸.

⁷ Körner M, Ehrhardt H, Steger AK. Designing an interprofessional training program for shared decision making. *J Interprof Care*. 2013 Mar;27(2):146-54.

⁸ Trainingsmanual : Bieber C, Loh A, Ringel N, Eich W, Harter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making). Heidelberg: Universitätsklinikum; 2007.

2 E-learning

2.1 Inleiding

De *e-learning* “Samen Beslissen met patiënten met een CVA/NAH” is vrij toegankelijk voor alle professionals die werken in de CVA of NAH zorg én die aan de slag willen met Samen Beslissen. De *e-learning* duurt circa drie uur om te doorlopen.

In de *e-learning* komt het volgende aan bod:

- Theorie over Samen beslissen;
- Theorie over Samen beslissen specifiek bij CVA;
- Reflectie op eigen handelen;
- Toepassing van Samen beslissen bij CVA-patiënten;
- Aandachtspunten en problematiek bij CVA-patiënten.

Na het doorlopen van de *e-learning* is de persoon in staat om:

- De principes van Samen beslissen te begrijpen en uit te leggen;
- De noodzaak van Samen beslissen bij CVA-patiënten te begrijpen;
- Rekening te houden met de specifieke aandachtspunten bij de CVA-problematiek;
- De toepassing van Samen beslissen in de praktijk te optimaliseren gebaseerd op de hedendaagse inzichten;

Afhankelijk van de leerstijl, kan de betreffende zorgprofessional kiezen waar hij of zij wilt starten in de *e-learning* (praktijk of theorie).

2.2 Welkom bij de e-learning ‘Samen beslissen in de CVA zorg’

Deze e-learning is ontwikkeld in opdracht van het Kennisnetwerk CVA Nederland voor het project ‘Verankeren van samen beslissen in de CVA-zorgketen; van revalidatie tot de zorg in de eerste lijn’. Dit project betreft een samenwerking tussen het Kennisnetwerk CVA Nederland en Revalidatie Nederland, Hersenletsel.nl, Kaderartsen Hart- en Vaatziekten, Revalidatieartsen en andere partijen. Het project is gefinancierd door het Zorginstituut Nederland in het kader van het Transparantiejaar 2016.

Deze e-learning over ‘samen beslissen met patiënten met een CVA’ is bedoeld voor alle professionals die werken in de CVA of NAH zorg én die aan de slag willen met samen beslissen. In deze e-learning komt het volgende aan bod:

- Theorie over samen beslissen
- Theorie over samen beslissen specifiek bij CVA
- Reflectie op eigen handelen
- Toepassing van samen beslissen met CVA-patiënten
- Aandachtspunten en problematiek bij CVA-patiënten

LEERDOELEN

Na het doorlopen van de e-learning ben je in staat om:

- De principes van samen beslissen te begrijpen en uit te leggen
- De noodzaak van samen beslissen met CVA-patiënten te begrijpen en uit te leggen
- Rekening te houden met de specifieke aandachtspunten bij de CVA-problematiek
- De stappen van samen beslissen toe te passen in de praktijk

WERKWIJZE

Afhankelijk van jouw leerstijl, kun je kiezen waar je wil starten in deze e-learning. Je kunt starten met de theorie, praktijk of reflectie. Deze e-learning bestaat uit 15 vragen. Het doorlopen van de gehele e-learning duurt ongeveer 3 uur.

Als je niet met een inlogaccount werkt dan kun je geen antwoorden wilt opslaan. Je kunt de e-learning wel gewoon doorlopen door op 'volgende' te klikken. (Let wel, je antwoorden blijven dan niet bewaard en zichtbaar).

Wil je de antwoorden wel opslaan, dan is het nodig een account aan te maken. Dit kun je doen aan de hand van een Google-account. Zodra je het antwoord hebt ingegeven dan klik je op 'antwoord opslaan'. Je kunt de e-learning tussentijds beëindigen en op een later tijdstip weer hervatten. Wanneer je een account hebt aangemaakt, kun je ook aan het einde van de e-learning ook de vragen en je antwoorden printen.

[Start hier met de e-learning.](#)

Inleiding vraag 1

WAT IS SAMEN BESLISSEN?

Samen beslissen beoogt de relatie van de zorgverlener en de patiënt te verschuiven van de paternalistische benadering, waar voornamelijk de zorgverlener de beslissingen neemt, naar een gelijkwaardige benadering, waarin de zorgverlener samen met de patiënt een beslissing neemt. Het is een proces waarin de zorgverlener en de patiënt samen beslissingen nemen over diagnostiek, behandelingen of begeleiding, op grond van (wetenschappelijke) kennis, professionele ervaring en de voorkeuren en waarden van de patiënt (Elwyn 2012).

In het proces van samen beslissen komen het perspectief van de zorgverlener en dat van de patiënt bij elkaar. Samen wegen ze de voor- en de nadelen van beschikbare opties in het licht van de voorkeuren en waarden van de patiënt. In de beslissing wegen dus naast de kennis en de klinische ervaring van de zorgverlener, ook de voorkeuren, zorgen en waarden van de patiënt mee. In deze afweging gaat het om alle aspecten van de zorg waar de patiënt waarde aan hecht, zoals het resultaat van de opties (overleving of kwaliteit van leven) en de vorm waarin de opties beschikbaar zijn (zoals duur en intensiteit van de therapie, de reisafstand, de beschikbare expertise). Door een proces van samen beslissen wordt recht gedaan aan de expertise van de zorgverlener en aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan (Elwyn 2012).

Voordelen van samen beslissen

De meeste zorgverleners en patiënten vinden dat 'samen beslissen' hoort bij goede zorg. Goed

informer en niet schaden bijvoorbeeld komt bij samen beslissen beter tot uiting dan in andere communicatie- en omgangsvormen met patiënten. En hoewel er zorg werd geuit dat cliënten angstiger of depressiever zouden kunnen worden door samen beslissen, blijkt dit niet terecht (ZonMw, 2016). Uit onderzoek blijkt juist dat het proces van samen beslissen ertoe bijdraagt dat patiënten (Stacey 2017):

- Beter geïnformeerd zijn
- Besluitvaardiger zijn
- Zich beter bewust zijn van voor- en nadelen van behandeling
- Zich vaker tevreden voelen over het besluit
- Minder twijfelen over hun genomen besluit
- Achteraf minder spijt hebben van de genomen beslissing

Naast de voordelen voor de patiënt zijn er ook aanwijzingen dat samen beslissen zou kunnen leiden tot:

- Betere therapietrouw
- Minder klachten/procedures
- Een betere arts-patiënt relatie
- Besparing van kosten

Bekijk het interview met huisarts Ariëtte Sanders over "Wat is samen beslissen" en beantwoord daarna de vraag. U kunt ook direct naar de vraag gaan.

Interview Ariëtte Sanders, huisarts over "Wat is samen beslissen"

Voor mij is samen beslissen gerelateerd aan de zorg en het is een werkwoord en het gaat om een proces. Het proces waarbij patiënt en zorgverlener samen tot een besluit komen. En dat besluit kan iedere vorm van een besluit zijn. Het kan een preventief besluit zijn, een diagnostisch besluit, een therapeutisch besluit, maar ook een heel persoonlijk besluit voor een patiënt. Centraal staat voor mij de relatie tussen de arts en de patiënt, waarbij de zorgverlener zijn relatie aanpast aan de behoefte van de patiënt, waarbij je wel probeert die relatie zo gelijkwaardig mogelijk te laten zijn, maar je moet je ook kunnen aanpassen als de patiënt erg angstig is. Dan moet je wat steviger zijn om die angst eerst weg te halen en de relatie weer te kunnen kantelen, zodat daarna inbreng van de patiënt mogelijk is. Naast de relatie is het proces heel erg belangrijk. Een proces waarbij je niet alleen naar het medisch perspectief kijkt, maar vooral ook het patiëntenperspectief probeert in kaart te brengen. Je moet uit die relatie of uit die inhoud komen om te begrijpen; waar zijn we in het proces en welke stappen moeten we volgen? En tot slot is de inhoud belangrijk en dat je als zorgverlener de *evidence-based*-inhoud met de patiënt deelt, maar daarnaast ook het maatschappelijk perspectief of gezondheidsperspectief toevoegt in dat wikken en wegen van de patiënt over welke keuze wij nou gaan maken. Dat is samengevat wat mij betreft wat gezamenlijk beslissen inhoudt.

Vraag 1. Wat levert Samen beslissen de patiënt op?

Samen beslissen is voor mij:

Het juiste antwoord

De verwachting is dat samen beslissen ertoe leidt dat je patiënten:

- Beter op de hoogte zijn van hun behandeling met de voor- en nadelen ervan;
- Tevredener zijn over het consult;
- Tevredener zijn met de beslissing;
- Minder klachten ervaren;
- De therapie beter volhouden.

Inleiding vraag 2

Samen beslissen omvat aspecten die aansluiten bij of overlappen met andere gesprekstechnieken, besluitvormingstechnieken of gezondheidszorgprincipes en wordt er daarom regelmatig mee verward. Denk na over de volgende begrippen en uitspraken:

- Informed consent;
- “De keuze is aan u...”;
- De zorgverlener stuurt naar een beslissing;
- Geïnformeerd besluit;
- Zorgverleners beslissen samen in het multidisciplinair overleg;
- Zorg op maat of patiëntgerichte zorg;
- Werken met een keuze instrument;
- “U vraagt en wij draaien...”;
- Motivational interviewing;
- Evidence-based handelen;
- Geprotocolleerd werken;

Vraag 2. Kies drie begrippen uit bovenstaande lijst. Wat is volgens jou het verschil of de overeenkomst tussen deze begrippen of uitspraken en samen beslissen?

Antw.....

Het juiste antwoord

Samen beslissen omvat aspecten die aansluiten bij of overlappen met andere gesprekstechnieken, besluitvormingstechnieken, of gezondheidszorgprincipes en wordt er daarom regelmatig mee verward. Hieronder wordt uitgelegd hoe samen beslissen zich onderscheidt van andere principes.

Informed consent

De patiënt een behandeling voorstellen met de voor- en nadelen en alternatieven en daar toestemming voor vragen is niet samen beslissen. Dit is informed consent. Samen beslissen gaat

verder: er worden meerdere opties met hun voor- en nadelen neutraal gepresenteerd en de zorgverlener en de patiënt maken samen een beslissing.

“De keuze is aan u...”

Samen beslissen is niet de beslissing aan de patiënt overlaten. Wanneer de zorgverlener zegt: ‘De keuze is aan u...’, kan de patiënt de indruk krijgen er alleen voor te staan. De zorgverlener geeft bij samen beslissen aan dat hij of zij de patiënt ondersteunt om samen de voor- en nadelen af te wegen.

De zorgverlener stuurt naar een beslissing

Wanneer de zorgverlener de beslissing neemt voor de patiënt, zonder dat de opties besproken zijn, is er sprake van paternalisme of maternalisme. Maar als de patiënt aangeeft dat hij of zij het uiteindelijke besluit aan de zorgverlener wil overlaten, nadat de zorgverlener en patiënt de opties en de voor- en nadelen hebben gewogen in relatie tot de voorkeuren van de patiënt, is er wél sprake van samen beslissen.

Geïnformeerd besluit

Als de patiënt en de zorgverlener de verschillende opties en de voor- en nadelen hebben besproken en de patiënt vervolgens deze zelf (samen met zijn naaste) tegen elkaar afweegt en een beslissing neemt zonder nader te bespreken met een of andere zorgverlener, is er geen sprake van samen beslissen, maar van een geïnformeerd besluit. Bij een geïnformeerd besluit ‘tapt’ de patiënt de zorgverlener ‘af’ voor informatie en doet zelf de verdere besluitvorming al dan niet met een naaste.

Zorgverleners beslissen samen in het multidisciplinair overleg

Samen beslissen is niet samen met andere zorgverleners de patiënt bespreken en/of een beslissing nemen over de patiënt tijdens het multidisciplinair overleg (MDO). In deze situatie is de patiënt niet betrokken bij de besluitvorming.

Zorg op maat of patiëntgerichte zorg

Samen beslissen kan leiden tot zorg op maat of patiëntgerichte zorg, maar zorg op maat of patiëntgericht werken betekent niet per definitie dat sprake is van samen beslissen. Patiëntgerichte zorg is zorg die afgestemd is op de voorkeuren en wensen van de patiënt. Bij samen beslissen is het proces waardoor men tot een beslissing komt, ook van belang.

Werken met een keuze instrument

De patiënt een keuzehulp of besliskaart meegeven is niet samen beslissen. In het proces van samen beslissen kan een keuzehulp of besliskaart wel behulpzaam zijn.

“U vraagt en wij draaien...”

Samen beslissen is niet “de patiënt vraagt en wij draaien”. De behandelopties moeten redelijk zijn binnen kaders, zoals financiën, organisatiedoelstellingen, het principe van niet schaden, etc.

Motivational interviewing

Samen beslissen bevat componenten van motivational interviewing, maar is niet hetzelfde. Motivational interviewing heeft als doel de motivatie tot gedragsverandering, voorkomend uit een beslissing, bij iemand te versterken.

Evidence-based practice

Evidence-based practice (EBP) is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige

beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van de individuele expertise van de zorgverlener met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, in combinatie met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt. Binnen evidence-based practice kan samen beslissen worden toegepast, vooral wanneer er weinig of tegenstrijdig bewijsmateriaal is.

Geprotocolleerd werken

Protocollen geven gedetailleerd aan hoe de zorgverlener in de dagelijkse praktijk moet handelen. De vrijheid van handeling is bij een protocol beperkt en er is dus weinig ruimte voor samen beslissen.

Vraag 3. Als je een collega zou moeten uitleggen wat ‘samen beslissen’ is, hoe zou je hem/haar dat dan uitleggen?

Antw.....

Het juiste antwoord

- Bij samen beslissen staat de relatie tussen de zorgverlener en patiënt en/of naasten centraal.
- Bij samen beslissen is de zorgverlener de expert op (para-)medisch gebied en de patiënt op het gebied van zijn/haar persoonlijke leven.
- Patiënt (en/of naasten) en zorgverlener wegen samen de voor- en de nadelen van beschikbare opties af in het licht van de voorkeuren en waarden van de patiënt.
- De voorkeuren, wensen en zorgen van de patiënt zijn essentiële onderdelen in een samen beslissen proces, die gelijkwaardig meewegen in de uiteindelijke beslissing.

Inleiding vraag 4

WANNEER PAS JE SAMEN BESLISSEN TOE?

Het principe van samen beslissen kan bij vrijwel alle beslissingen over de zorg worden toegepast. Maar bijvoorbeeld in levensbedreigende situaties kan de snelheid van handelen hogere prioriteit hebben. Samen beslissen is vooral belangrijk bij zogenaamde voorkeursgevoelige beslissingen, ook wel preferentiegevoelige beslissingen genoemd. Dat zijn beslissingen waarbij vanuit het medisch perspectief meerdere min of meer gelijkwaardige opties voor diagnostiek, behandeling of begeleiding mogelijk zijn. Het is onduidelijk welke optie de beste is, omdat er onvoldoende (wetenschappelijk) bewijs is of omdat er meerdere opties zijn die gelijkwaardig zijn. Daarnaast kan het ook gaan om opties die verschillende uitkomsten geven en waarbij de persoonlijke waarden, opvattingen en visie op kwaliteit van leven van de patiënt een grote rol spelen in de keuze. Gelijkwaardigheid van opties heeft dus vooral betrekking op het perspectief van de patiënt. Opties kunnen voor de patiënt belangrijk zijn, terwijl een zorgverlener vanuit medisch oogpunt ze niet als zodanig beschouwt. De optie ‘niets doen’ kan daar een voorbeeld van zijn.

Bekijk het volgende interview en beantwoord vraag 4.- video bij vraag 4.

Wat is een voorkeursgevoelige situatie? – Ariëtte Sanders, huisarts

Het is goed bij de term voorkeursgevoelige situatie stil te staan, omdat je die in de literatuur over samen beslissen structureel tegenkomt. Het is een situatie waarbij vanuit het medisch perspectief het onprofessioneel zou zijn om met een andere keuze akkoord te gaan. Komt karakteristiek uit de medisch-professionele hoek. Ik vind het zelf een beetje jammer dat het zo is. Gaat eigenlijk ervan uit dat het perspectief over het algemeen een medisch perspectief is. Om het heel praktisch te vertalen. Als zorgprofessionals hebben we richtlijnen. Daar komt een advies uit. Maar dat gaat over grote groepen met een bepaalde aandoening en dat gaat totaal voorbij aan het perspectief van de patiënt.

Vraag 4. Geef drie kenmerken van voorkeursgevoelige situaties aan.

Een beslissing is voorkeursgevoelig als

Het juiste antwoord

- Er geen bewijs is dat de ene optie tot betere uitkomsten leidt dan de andere;
- Er voldoende bewijs is dat de opties een vergelijkbare (medische) uitkomst geven;
- Er bewijs is dat de opties verschillende uitkomsten geven, maar waarbij bijwerkingen, kwaliteit van leven en persoonlijke voorkeuren van de patiënt een grote rol spelen bij het afwegen van de opties.

Inleiding vraag 5

Hieronder volgen drie interviews met zorgverleners met voorbeelden van voorkeursgevoelige situaties uit de CVA-zorgpraktijk. Kies een van de fragmenten en beantwoord vraag 5.

Voorbeeld van voorkeursgevoelige situatie uit de huisartsenpraktijk - Ariëtte Sanders, huisarts

Het gaat om een man met een CVA die een halfzijdige verlamming heeft opgelopen al jaren geleden, echt in de chronische fase zit en daarbij een afasie heeft. Hij kan zich heel moeilijk uitdrukken, gebruikt verkeerde woorden, kan losse woorden zeggen en dat is dan af en toe ook niet het woord wat hij wil zeggen. Zijn vrouw is mantelzorger, heeft altijd veel voor hem gedaan en is zijn spreekbuis geweest. Het heeft voor mij als dokter best een poosje geduurd, voordat ik begreep dat deze man alles prima kon volgen en zijn eigen besluit prima kon nemen. Zij houdt in haar taak als mantelzorger heel veel rekening met zijn perspectief. Hij kwam op een keer op het spreekuur en vertelde dat het niet goed ging met zijn vrouw. Zij had dit zelf niet in de gaten gehad, maar ze bleek een hersentumor te hebben. Ze moeten echt nu naar andere vorm van wonen gaan kijken. Ze wonen zelfstandig. Het besluitvormingsproces gaat over het zoeken naar een andere woonruimte; welk soort beschermde woning wordt dat dan; een aanleunwoning in buurt van een verpleeghuis, of toch in een verpleeghuissetting met zijn tweeën. Het is enorm wikken en wegen, waarbij zijn en haar perspectief belangrijk zijn. Zijn perspectief vraagt van mij als zorgverlener dat ik zijn dingen naar boven breng. Hij

houdt bijvoorbeeld heel erg van tuinieren. Aanvankelijk leek dat misschien een gelopen race te zijn. Ik merk dan dat tijd [investeren] heel belangrijk is, ook voor mij als zorgverlener. Ik ga regelmatig bij ze langs. Ze wonen vlak in de buurt dus ik kan kleine korte visites maken, waarin we steeds een stukje naar boven brengen. Ik merk zelf als ik wegga, dat ik ook even tijd nodig heb om hierover na te denken. Misschien kan hij wel tuinieren als hij op de begane grond kan wonen met een klein tuintje. Daar heb ik mijn tijd nodig en omgekeerd heeft hij zijn tijd ook nodig om mij goed te kunnen verwoorden wat zijn perspectief is. En dan breng ik mijn perspectief door met ze mee te denken; als hij ergens anders heen gaat; is er dan een revalidatiearts bij betrokken, een SOG, wat voor mogelijkheden zijn er aan ergotherapie om naar de woonvorm te kijken en aan fysiotherapie etc. Ik denk dat dit echt een voorkeursgevoelige situatie is waarin veel aspecten van de CVA-patiënt, zowel m.b.t. de fysieke en communicatieve beperking, maar ook als de noodzaak van de mantelzorg voor mij parten spelen in het besluitvormingsproces. Zij nemen denk ik uiteindelijk wel de beslissing, maar ik heb daar toch ook wel een hele duidelijke, bijdragende rol in.

Voorbeeld van voorkeursgevoelige situatie uit de revalidatiepraktijk – Luikje van der Dussen, revalidatiearts

De patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis en daarna naar huis blijken te kunnen gaan, worden altijd teruggezien door de CVA-nazorgverpleegkundige en soms door mij als revalidatiearts. Wij nemen dan altijd een screeningslijst af (CLCE-24) waarmee we op zoek gaan of de patiënt nog cognitieve klachten heeft. Scoort de patiënt op meer dan vijf items, dan sturen we door. Maar wordt erop drie of vier onderdelen gescoord, dan twijfelen we daar altijd over. Dat vind ik ook echt zo'n keuzemoment om te kijken dat er goed uitleg komt voor een patiënt over; Wat zijn dan de verschillende keuzes? Bijvoorbeeld dat de patiënt toch doorgaat in revalidatie, zeker als er een werkvraag is, of dat we toch een andere keuze maken, bijvoorbeeld alleen met een logopedist of alleen met een psycholoog aan de gang gaan.

Voorbeeld van voorkeursgevoelige situatie uit de fysiotherapiepraktijk – Vincent Kortleve, fysiotherapeut

Bijvoorbeeld een patiënt met een handfunctieprobleem na een CVA. Als fysio-, maar ook als ergotherapeut zou je met behulp van de keuzehulp die patiënt kunnen helpen in het nemen van de keuze in; Wat gaan we doen? Wat wordt nu voor mij de behandeling? Stel dat je daarin tot een besluit komt, dan zit daarbinnen eigenlijk ook weer een stukje waarover je met de patiënt in gesprek moet met betrekking tot: Waar gaan we die behandeling uitvoeren? Wat past bij u? Wat vindt u fijn; de fysiotherapeut of de ergotherapeut in de wijk, of hier in de polikliniek van het revalidatiecentrum? Wat vindt u fijn? Waar heeft u meer vertrouwen in? Wat ziet u zitten ook qua reisafstand? Zo'n stukje hoort daar ook denk ik ook nog minimaal bij.

Vraag 5. Geef aan waarom er in de situatie, van het door u gekozen fragment, sprake is van een voorkeursgevoelige situatie. Kies 1 van de onderstaande antwoorden.

- Er geen bewijs is dat de ene optie tot betere uitkomsten leidt dan de andere.
- Er is voldoende bewijs dat de opties een vergelijkbare (medische) uitkomst geven.
- Er bewijs is dat de opties verschillende uitkomsten geven, maar bijwerkingen, kwaliteit van leven en/of persoonlijke voorkeuren van de patiënt spelen een grote rol bij het afwegen van de opties.

Het juiste antwoord

Er bewijs is dat de opties verschillende uitkomsten geven, maar bijwerkingen, kwaliteit van leven en/of persoonlijke voorkeuren van de patiënt spelen een grote rol bij het afwegen van de opties.

- Voorbeeld huisarts: antwoord 3: Deze beslissing is voorkeursgevoelig, omdat er verschillen zijn tussen de uitkomsten van de opties voor beschermde woonvormen, bijv. aanleunwoning, verpleeghuis, enz. Een voorbeeld van een verschil in uitkomsten dat door de huisarts genoemd wordt is of er wel of geen mogelijkheid is om te tuinieren. Persoonlijke voorkeur en kwaliteit van leven spelen dan een grote rol bij de afweging van de opties.

- Voorbeeld revalidatiearts: antwoord 1: Er is geen bewijs of behandeling in een revalidatiecentrum effectiever is dan alleen logopedische of psychologische behandeling wanneer de patiënt een bepaalde score heeft op de CLCE24 vragenlijst (voor opsporen cognitieve en emotionele gevolgen van een CVA). De voorkeuren van de patiënt (en/of naasten) wegen dan mee in de beslissing.

- Voorbeeld fysiotherapeut: antwoord 1: Deze beslissing is voorkeursgevoelig, omdat er geen bewijs is of behandeling door een fysiotherapeut of ergotherapeut in een revalidatiecentrum betere resultaten oplevert, dan behandeling door zorgverleners in een praktijk in de buurt.

Vraag 6. Ga na of je de afgelopen twee weken een situatie bent tegengekomen waarin er sprake was van een voorkeursgevoelige situatie waarbij je 'samen beslissen' kon toepassen? Vul deze hieronder in.

Antw.....

Inleiding vraag 7

WAAROM IS SAMEN BESLISSEN IN DE CVA-ZORG BELANGRIJK?

In de revalidatie- en chronische zorg is het vanzelfsprekend dat zorgverleners patiëntgerichte zorg leveren. Een standaardadvies over de behandeling voor patiënten met een CVA bestaat immers niet. Na een CVA kunnen diverse gezondheidsproblemen ontstaan. Welke gezondheidsdoelen worden als eerste gesteld? En wat is er nodig op de korte en/of langere termijn? Steeds opnieuw nemen de zorgverlener en de patiënt en/of naaste beslissingen over diagnostiek, behandeling en zorg. Een goed proces van samen beslissen is daarom extra belangrijk voor CVA-patiënten.

De problemen die na een CVA kunnen ontstaan, kunnen ook van invloed zijn op het proces van samen beslissen. Deze problemen hebben te maken met:

- Taal, spraak en communicatie:
Er kan sprake zijn van afasie of dysarthrie;
- Leren en toepassen van kennis:
Moeite hebben met aanleren van vaardigheden en toepassen van kennis in nieuwe situaties;
- Verandering in cognitie:
Het gaat bijvoorbeeld om oriëntatie, aandacht, geheugen, leervermogen, waarneming, informatieverwerking, organisatie van handelingen, gebrekkig ziekte-inzicht;
- Verandering in gedrag:
Het gaat bijvoorbeeld om uitvoeren van taken en handelingen, niet of trager reageren op prikkels, vermoeidheid, prikkelbaarheid, agressiviteit, verminderde sociale vaardigheden;
- Verandering in emotie:
Het gaat bijvoorbeeld om angst, depressiviteit.

CVA-patiënten kunnen cognitieve stoornissen hebben, zoals geheugenstoornissen, ontbrekend ziekte-inzicht, of een gestoord oordeelsvermogen. Deze cognitieve stoornissen kunnen de patiënt belemmeren bij het maken van een afweging tussen de diverse opties voor behandelvormen en behandelaars, in relatie tot hun persoonlijke waarden en opvattingen. De communicatieproblemen kunnen het proces van samen beslissen ook beïnvloeden: het risico bestaat dat zorgverleners te snel voor patiënten gaan invullen, als patiënten meer moeite hebben om hun wensen en vragen te verwoorden en/of dat patiënten de vragen en uitleg van de zorgverlener niet begrijpen.

Omdat er na een CVA allerlei problemen kunnen ontstaan op communicatief en cognitief gebied, is het van belang de naaste van de patiënt te betrekken bij de besluitvorming over het behandelplan. De rol van de naaste in het proces van samen beslissen bij de CVA-zorg is daarom uitgesproken belangrijk. Een naaste kan de patiënt tot steun zijn om goede informatie te verzamelen en om de patiënt te helpen om op basis van rationele én emotionele afwegingen tot een goede keuze te komen. Maar een naaste kan ook moeite hebben om de wensen en voorkeuren van de patiënt goed te ondersteunen door allerlei versturende invloeden, zoals zorglast voor de naaste, of privacygevoelige belemmeringen.

Voor de toepassing van samen beslissen is de attitude van de zorgverlener belangrijk. Dit geldt voor iedere zorgverlener, maar bij uitstek voor zorgverleners van patiënten met beperkingen zoals CVA-patiënten en hun mantelzorgers. Uit onderzoek (Legare 2014) blijkt dat zorgverleners verschillende ideeën hebben over 'samen beslissen'.

Vraag 7. Hierover volgen nu vijf stellingen. Geef voor iedere stelling aan in welke mate u het ermee eens bent.

1. Mijn patiënten willen niet meebeslissen;
2. CVA-patiënten kunnen niet meebeslissen;
3. Samen beslissen kost meer tijd;
4. Ik pas samen beslissen al heel vaak toe;
5. Als zorgverlener kan ik goed inschatten wat mijn patiënt wil en kan ik dus voor hem/haar beslissen.

Feedback bij stelling 1. Mijn patiënten willen niet meebeslissen

Uit onderzoek blijkt dat zorgverleners onderschatten hoeveel patiënten willen meebeslissen over hun zorg. Uit de meldactie van de Patiëntenfederatie Nederland (2016) komt naar voren dat 65% van de patiënten altijd wil meebeslissen, 28% wil soms meebeslissen, 4% weet het niet en slechts 3% geeft aan niet mee te willen beslissen. Of een individuele patiënt wel of niet wil meebeslissen, is niet vooraf te voorspellen. Daarom is het belangrijk dat je bij je patiënt nagaat wat hij/zij wil.

Feedback bij stelling 2. CVA-patiënten kunnen niet meebeslissen

Samen beslissen kan bij alle patiënten worden toegepast, ongeacht hun opleidingsniveau. De hoeveelheid informatie en de manier van informatie geven moet wel worden afgestemd op het (cognitieve) vermogen van de patiënt.

Feedback bij stelling 3. Samen beslissen kost meer tijd

Samen beslissen kan meer tijd kosten, omdat u tijd nodig heeft om de patiënt goed te informeren en daarnaast de voorkeuren van de patiënt te achterhalen en te bespreken. Samen beslissen vraagt erom tijd te nemen voor de patiënt; zowel vóór en tijdens een consult, als ook bij vervolgfafspraken. Naarmate u meer ervaring krijgt met het toepassen van samen beslissen, kan de benodigde extra tijd beperkt blijven. Daarnaast kan het zijn dat samen beslissen uiteindelijk tijd kan besparen, voor uzelf of voor een collega, omdat er bijvoorbeeld minder herhaalconsulten nodig zijn, omdat de patiënt in het begin uitvoeriger en beter is voorgelicht.

Feedback bij stelling 4. Ik pas samen beslissen al heel vaak toe

Feedback: Als u samen beslissen veelvuldig toepast in uw dagelijkse praktijk, is dat bijzonder knap en willen we u vooral aanmoedigen daarmee door te gaan. Uit onderzoek blijkt echter dat zorgverleners regelmatig overschatten in welke mate zij samen beslissen toepassen. Ze slaan bijvoorbeeld bewust of onbewust stappen over, passen het maar bij een deel van de patiënten toe, of ze passen het alleen bij een aantal (specifieke) diagnoses toe.

Feedback bij stelling 5. Als zorgverlener kan ik goed inschatten wat mijn patiënt wil en kan ik dus voor hem/haar beslissen

Uit onderzoek blijkt dat zorgverleners overschatten in hoeverre zij de keuzes van patiënten juist kunnen inschatten. Het is aangetoond dat zij niet goed kunnen voorspellen welke voorkeuren patiënten hebben voor een behandeling. Daarnaast blijkt ook dat zij zich vergissen in hun inschatting van de hoeveelheid informatie die patiënten wensen en de gewenste rol die patiënten in de besluitvorming willen.

Inleiding vraag 8

Bekijk het interview en beantwoord daarna vraag 8. U kunt ook gelijk de vraag beantwoorden.

Waarom is samen beslissen met CVA-patiënten en naasten belangrijk? – Vincent Kortleve, fysiotherapeut

Bij CVA en NAH-patiënten is dit ook nog belangrijk vanwege meerdere en langdurige gezondheidsproblemen. Ik denk dat het daarbij stelselmatig betrekken van de patiënt zelf en natuurlijk heel vaak zijn mantelzorger, fundamenteel bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg en de zorgverlening. Patiënten zijn heel vaak kwetsbaar als ze ziek zijn en zeker patiënten met CVA/NAH. Daar spelen vaak problemen in cognitieve- en geheugenfuncties en moeite hebben om zich uit te drukken. Die kwetsbaarheid moet je als hulpverlener wel zien. Ik denk dat dat vaak wel gebeurt, maar je moet er ook adequaat mee omgaan, zodat de patiënt toch bij dat stukje autonomie kan komen waar hij ook wil komen, dat stukje eigen regie dat hij door zijn aandoening gewoon moeilijker vindt. De mantelzorger kan daarin denk ik een belangrijke rol spelen door die goed te betrekken. Die kan soms dingen snappen of weten van zijn of haar partner of degene die hij verzorgt die de persoon soms zelf even moeilijk of niet kan verwoorden. Dus door die mantelzorger te betrekken komt er weer meer regie terug op de plek waar die hoort; namelijk bij de zo autonoom mogelijk functionerende patiënt.

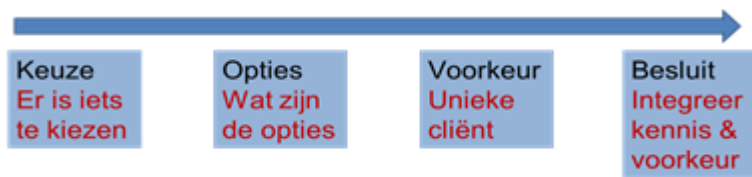
Vraag 8. Waarom vindt u het belangrijk om 'samen beslissen' bij CVA-patiënten toe te passen?

Antw.....

Inleiding vraag 9

HOE KAN JE SAMEN BESLISSEN IN DE CVA-ZORG TOEPASSEN?

In een ideaal proces van samen beslissen start de zorgverlener met aangeven dat er een beslissing genomen moet worden over diagnostiek, behandeling of zorg, dat er meerdere opties zijn en dat de voorkeuren en waarden van de patiënt belangrijk zijn voor de keuze (Keuze). Vervolgens delen de zorgverlener en patiënt informatie over de verschillende opties voor behandelvormen, inclusief de voor- en nadelen van de opties voor de patiënt (Opties). Daarna helpt de zorgverlener de patiënt om inzicht te krijgen in wat voor hem of haar belangrijke waarden of motieven zijn, relevant voor het maken van een goede keuze. Deze worden 'gewogen' tegen de voor- en nadelen van alle besproken opties. Dit betekent dat er vragen over en weer gesteld worden tussen zorgverlener en patiënt én dat de patiënt de ruimte krijgt voor het wikken en wegen van de diverse opties (Voorkeur). Tenslotte nemen zij gezamenlijk een beslissing, of de besluitvorming wordt expliciet uitgesteld naar een later moment. Na het besluit bespreken zorgverlener en patiënt de vervolgstappen (Besluit).



In een kort schematisch overzicht ziet het er als volgt uit:

In discussies over samen beslissen wordt regelmatig opgemerkt dat ‘niet alle patiënten zelf de beslissing willen nemen’. Het is essentieel om niet te vroeg in het traject te bepalen in welke mate de patiënt wil beslissen en in welke mate hij/zij dit aan de zorgverlener wil overlaten. Uit onderzoek (Van Tol-Geerdink 2006) blijkt dat als deze vraag aan het begin van een besluitvormingstraject wordt gesteld, veel minder cliënten zelf een beslissing willen nemen dan na het delen van de informatie en voorkeuren.

De stappen in het proces van samen beslissen worden meestal gezet in meerdere gesprekken tussen de zorgverlener en de patiënt. Tussen de stappen kan een time-out nodig zijn, zodat de patiënt bedenktijd krijgt en met naasten in gesprek kan gaan. Een time-out is bij uitstek te gebruiken door de patiënt om de informatie over de opties te verwerken en om uit te vinden wat zijn/haar zorgen, verwachtingen en voorkeuren in deze zijn. De volgende vragen kunnen patiënten helpen hun voorkeuren te verduidelijken:

- Wat past bij mij?
- Wat wil ik?
- Wat vind ik belangrijk?
- Wat vind ik het belangrijkste?

Een keuzehulp kan daarbij erg behulpzaam zijn. Een time-out kan in tijdsduur variëren van enkele dagen tot een week of langer, afhankelijk van de aard van het keuzedilemma.

Bekijk de volgende animatie over de toepassing van samen beslissen bij een CVA en beantwoord daarna vraag 9.

<https://samenbeslissen.kennisnetwerkcv.nl/animatie-voor-samen-beslissen-bij-cva>

Animatie toepassen van samen beslissen bij een CVA

Bij samen beslissen gaan de zorgverlener en de patiënt samen op zoek naar zorg die het best bij de patiënt past. Bij een patiënt met een CVA of hersenletsel kan samen beslissen lastiger zijn dan met andere patiënten. Bijvoorbeeld doordat er problemen zijn met taal of spraak of met het begrijpen of onthouden van informatie. Ook kan er sprake zijn van beperkte aandacht of ziekte-inzicht of van onregelde emoties. Bij samen beslissen onderscheiden we vier stappen. En daarbij is het belangrijk dat eerst wordt besproken welke rol de patiënt kan en wil hebben en welke ondersteuning hierbij nodig is. Stap 1 is de keuze. Wat zijn de opties voor zorg en behandeling? In het keuzegesprek worden maximaal drie behandelopties per keer besproken. Andere opties komen in een later gesprek aan bod. Stap 2 zijn de opties. Bij het optiegesprek legt de zorgverlener heel gestructureerd de voor- en nadelen van de behandelopties uit en maakt hierbij gebruik van beeldmateriaal. Stap 3 is het bespreken van de voorkeuren. Hier wordt de patiënt geholpen om een voorstelling te maken van

wat de opties betekenen voor zijn leven. Dit kan door een concrete opdracht te geven of door te bespreken wat de gevolgen voor dit moment zijn. Stap 4 is het nemen van een gezamenlijke beslissing. Omdat bij een CVA langdurig zorg nodig is, wordt dit proces van samen beslissen steeds opnieuw doorlopen. Telkens voordat de vier stappen doorlopen worden wordt nagegaan welke rol de patiënt kan en wil hebben en welke ondersteuning hierbij nodig is. Samen beslissen met een patiënt met een CVA of hersenletsel kan behoorlijk lastiger zijn dan met andere patiënten. De volgende tips kunnen dan samen beslissen ondersteunen:

Tip 1 Betrek een naaste;

Tip 2 Stimuleer de patiënt om mee te doen;

Tip 3 Neem voldoende tijd;

Tip 4 Gebruik beeldmateriaal;

Tip 5 Voer korte gesprekken;

Tip 6 Vat het gesprek bondig samen;

Tip 7 Bespreek wat te doen als het te veel wordt.

Met extra ondersteuning is samen beslissen bij CVA zeker mogelijk!

Vraag 9. Noem 3 belangrijke aandachtspunten voor het toepassen van samen beslissen bij CVA-patiënten.

Antw.....

Aandachtspunten:

- Stimuleer de patiënt om mee te doen aan het gesprek;
- Stel gericht vragen;
- Neem de tijd;
- Gebruik visuele ondersteuning;
- Vat het gesprek bondig samen;
- Voer meerdere gesprekken van korte duur;
- Bespreek wat te doen bij deregulatie van emoties;
- Betrek een logopedist;
- Betrek een naaste bij het gesprek.

Inleiding vraag 10

Hieronder staat een uitleg bij enkele aandachtspunten:

1. Betrek de naaste

De zorgverlener vraagt de CVA-patiënt om een naaste mee te nemen naar het consult. De zorgverlener maakt duidelijk dat de keuze voor behandeling primair die van de patiënt betreft en niet die van de naaste. Het gesprek kan eventueel alleen met de naaste gevoerd worden, wanneer de patiënt dit uitdrukkelijk wenst of bij volledige wilsonbekwaamheid van de patiënt. In dit geval is alleen sprake van samen beslissen als de patiënt later, geïnformeerd door de naaste en/of de zorgverlener, alsnog met de zorgverlener een keuze kan maken of beslist dat de keuze door de

naaste of zorgverlener genomen moet worden. Bij een volledig wilsonbekwame patiënt, is sprake van samen beslissen als de naaste in staat is zijn eigen perspectief van het perspectief van de patiënt te onderscheiden en hij/zij het perspectief van de patiënt adequaat voor het voetlicht kan brengen.

2. Stimuleer de patiënt om mee te doen aan het gesprek en stel gericht vragen

De zorgverlener communiceert neutraal over de behandelopties met de patiënt én met de naaste en betreft beide gesprekspartners in het proces van samen beslissen. Vanwege mogelijk initiatief-verlies na een CVA stimuleert de zorgverlener de patiënt om te participeren in het proces van samen beslissen. Dit kan bijvoorbeeld door bedenktijd te creëren en door te vragen.

3. Gebruik visuele ondersteuning

De zorgverlener ondersteunt de mondelinge informatie met figuren / schema's / steekwoorden / aantekeningen en geeft deze mee aan de patiënt. Dit ondersteunt het begrip van de patiënt en faciliteert het uiten van zijn/haar wensen en voorkeuren.

4. Vat het gesprek bondig samen

De zorgverlener vat na elke stap samen wat er besproken is en gaat na of de patiënt het heeft begrepen en de informatie kan plaatsen in zijn/haar eigen situatie. De zorgverlener vraagt zo mogelijk de patiënt om de samenvatting in zijn/haar eigen woorden te herhalen. De zorgverlener kijkt per stap terug naar de vorige stap en vooruit naar de volgende stap om de zorgvuldigheid van het proces te waarborgen.

5. Voer meerdere gesprekken van korte duur

De zorgverlener gaat bij elke stap na of de patiënt het nog aan kan en plant zo nodig een vervolgspraak in om verder te gaan. Meerdere momenten kunnen nodig zijn vanwege korte aandacht spanne en vermoeidheid.

6. Bespreek wat te doen bij deregulatie van emoties

De zorgverlener bespreekt vooraf met de patiënt wat te doen bij een eventuele deregulatie van emoties. Een CVA-patiënt kan depressief reageren of plotseling labiel zijn. Deze omstandigheden zijn niet ongebruikelijk, maar kunnen het proces van samen beslissen bemoeilijken.

Vorbereiding op het proces

Een goede voorbereiding op het proces van samen beslissen met een patiënt met een CVA is belangrijk. Ter voorbereiding brengt de zorgverlener in kaart welke wensen en beperkingen de patiënt op dit moment heeft en daarnaast welke doelen (qua gezondheid) hij/zij heeft. De patiënt en/of naaste geeft aan wat nu belangrijk is in zijn/haar leven, prioriteert doelen en bepaalt welk dilemma aan de orde is. Hij/zij wordt hierbij ondersteund door de zorgverlener. Tevens maakt de zorgverlener een inschatting van de cognitieve en communicatieve vaardigheden van de patiënt, hierbij gaat het zowel om de vaardigheden om informatie te begrijpen en te verwerken, als om de vaardigheden om zich te kunnen uiten. Indien nodig, wordt een logopedist ingeschakeld om de gespreksvoering te ondersteunen.

De uitkomst van deze voorbereiding is dat de zorgverlener een duidelijk beeld heeft van uitgangssituatie van de patiënt en zijn/haar naaste. Per gesprek wordt ook bepaald met wie het

gesprek gevoerd wordt; met de patiënt alleen, met de patiënt en/of naaste en met welke zorgverleners. Hierbij wordt rekening gehouden met het maximum aan prikkels en gesprekspartners dat voor een patiënt te hanteren is.

Vraag 10. Welke vragen kunt u stellen aan de patiënt en wat kunt u doen ter voorbereiding op een proces van samen beslissen?

Antw.....

Inleiding vraag 11

Nu volgt een uitleg van de stappen in het proces van samen beslissen voor jou als zorgverlener.

Stap 1. Keuze

In deze stap maakt je je patiënt duidelijk dat er een keuze aan de orde is waarvoor meerdere opties bestaan. Je vraagt je patiënt en/of zijn/haar naaste of deze al denkt aan een bepaalde optie of welke optie eventueel al is uitgetoet. Het is namelijk minder belastend voor je patiënt wanneer geen onnodige opties worden besproken. Je zal een afgewezen optie alsnog benoemen als je denkt dat je patiënt de optie afwijst vanwege onvoldoende kennis of inzicht. Belangrijk is dat je niet meer (maximaal drie) opties in het gesprek presenteert dan je patiënt aankan, vanwege beperkingen na een CVA. De drie meest voor de hand liggende opties passeren als eerste de revue. Als er meer opties zijn, presenteert u deze opties gefaseerd, dat wil zeggen dat dit over meerdere gesprekken verdeeld wordt. Je presenteert de opties verder op neutrale wijze, zodat jouw patiënt zich niet geduwd voelt in de richting van een bepaalde keuze. Vervolgens geef je aan dat de afweging voor een beslissing samenhangt met de voorkeuren van je patiënt en dat het gaat om een gezamenlijk besluit, waarbij je jouw patiënt ondersteunt bij het wikken en wegen en de besluitvorming. Deze stap is optimaal afgesloten als er eenstemmigheid is bij zowel jou als je patiënt over het keuzedilemma en de wijze van besluitvorming.

Vraag 11. Schrijf in kernwoorden op wat de aandachtpunten zijn voor stap 1.

Antw.....

Inleiding vraag 12

Stap 2. Opties en voor- en nadelen

In deze stap ga je dieper in op de verschillende opties. Je legt voor elke optie op neutrale wijze uit wat deze inhoudt, welke voordelen en nadelen de optie heeft en wat de kans hierop is voor je patiënt. CVA-patiënten hebben minder begrip van kansen. De kansen op voor- en nadelen kun je het beste vergelijkend in woorden worden uitdrukken, zonder gebruik te maken van getallen (dus geen x op de 100). Bijvoorbeeld het voorkomen van voor- en/of nadelen is groter, kleiner of gelijk tussen twee opties. Eventueel kun je in de communicatie met naasten wel getallen gebruiken. Kansen en

risico's druk je bij voorkeur niet in percentages uit, maar als x van de 100. CVA-patiënten kunnen ook moeite hebben met sorteren, ordenen en prioriteren van de opties en voorkeuren. Je moet daarom extra alert zijn op het structureren van het gesprek over de opties met voor- en nadelen. Het bieden van gestructureerde informatie over de opties met voor- en nadelen kun je met beeldmateriaal (figuren, tekeningen) of steekwoorden ondersteunen. Je ondersteunt waar nodig de cognitieve en communicatieve vaardigheden van de patiënt en/of naaste. Eventueel kan je een logopedist betrekken bij het keuzegesprek. Na een CVA kan je patiënt moeite hebben met interpretatie van verbale en non-verbale communicatie (bijv. mimiek, intonatie, figuurlijk taalgebruik). Je toetst of jouw patiënt de informatie begrepen heeft, bijv. door middel van de terug-vertel methode. De zorgverlener of de naaste ondersteunt de patiënt bij het gebruik van een keuze instrument. De uitkomst van deze stap is dat de patiënt een overzicht heeft van de opties en de bijbehorende voor- en nadelen.

Bekijk het volgende interview en beantwoord vraag 12

Opties voor- en nadelen: Voorbeeld van voorkeursgevoelige situatie uit eigen praktijk Luikje van der Dussen

Ik zie bijvoorbeeld in het ziekenhuispatiënten op de *stroke unit*, zij zijn daar de eerste 72 uur opgenomen. Ik word dan als revalidatiearts gevraagd om mee te denken in de vervolgbehandeling. Dan zijn er meerdere keuzes, waar ik vanuit mijn kennis en kunde een advies in geef en waarbij de waarde van de patiënt en zijn voorkeuren ook van belang zijn. En die keuzes kunnen dan zijn bijvoorbeeld dat iemand opgenomen gaat worden in het revalidatiecentrum voor vervolgbehandeling, of in een verpleeghuis binnen de geriatrische revalidatiezorg opgenomen voor revalidatiebehandeling wordt, of iemand gaat naar huis. En als er dan nog een complexe vraag is, een complex revalidatieprobleem, kan hij in een poliklinische revalidatiebehandeling komen binnen een revalidatiecentrum. Als er kleinere vragen zijn dan kan hij naar huis met alleen fysiotherapie of alleen logopedie. Dan is voor de patiënt ook van belang wat vindt hij daarin belangrijk en dat we dan gezamenlijk tot een keuze komen.

Vraag 12. Hoe zou jij de opties die besproken worden in het filmpje bespreken met de patiënt?

Antw.....

Inleiding vraag 13

Stap 3. Voorkeuren

In de volgende stap worden de voorkeuren en wensen van je patiënt in relatie tot de opties besproken. Deze stap wordt vaak vergeten of slechts gedeeltelijk doorlopen. Het is een uitdagende, maar belangrijke stap. Sommige patiënten weten aan het begin van het proces van samen beslissen al heel duidelijk wat hun voorkeuren zijn, terwijl anderen dit in het begin nog niet weten. Daarom is het belangrijk dat u de patiënt ondersteunt bij het inventariseren van voorkeuren, verwachtingen en zorgen in relatie tot de opties. Gezamenlijk worden de voordelen van de verschillende opties afgewogen tegen de nadelen ervan. Voor een CVA-patiënt kan het lastig zijn om zich een voorstelling te maken wat de voor- en nadelen van de opties voor hem/haar persoonlijk of voor zijn/haar naaste

zouden kunnen betekenen (“zich kunnen verplaatsen in de toekomst” en “zich kunnen inleven in de ander”). Mogelijke oplossingen hiervoor zijn om je patiënt een concrete opdracht te geven, de voor- en nadelen zo veel mogelijk in het hier en nu te vertellen en met hulp van de naaste aanhaken op voorbeelden van vroeger. Als deze oplossingen niet werken, kan de naaste een grotere rol hebben in de besluitvorming. U of de naaste kan de CVA-patiënt ook ondersteunen bij een eventuele invulopdracht van een keuze-instrument (bijvoorbeeld de waardenvragenlijst). Ook kan het helpen om keuzemogelijkheden uit te proberen om voor- en nadelen te ontdekken. Deze stap is optimaal afgesloten als je patiënt en/of naaste een goed beeld hebben over de voor- en nadelen van de diverse keuzeopties voor de patiënt.

Vraag 13. Welke 3 vragen kunt u bedenken om de voorkeuren en wensen van je patiënten te verhelderen?

Antw.....

Hier volgen enkele voorbeelden:

- Als ik u de opties zo uitleg, wat is dan je eerste reactie? Of wat schiet er door je hoofd? Of wat voelt u dan?
- Wat vindt u belangrijk met betrekking tot deze keuze? Wat vindt u belangrijk in je leven? Waar geniet u van? Wat zou u niet op willen geven? Wat zijn je belangrijkste bezigheden op de dag?
- Hoe kijkt u tegen de verschillende opties aan? Hoe denkt u over de voordelen van de opties? Hoe denkt u over de nadelen van de opties? Wat is daarvoor de reden?
- Waar maakt u zich ongerust over? Waar moeten wij rekening mee houden? Van welke mensen krijgt u steun in je leven? Wat heeft u nodig om samen met mij tot een keuze te kunnen komen?

Inleiding vraag 14

Stap 4. Beslissing

Wanneer helder is wat de voorkeuren en verwachtingen van je patiënt zijn over de opties, dan geeft de u een samenvatting van de verschillende opties en neemt daarbij de voorkeuren van de patiënt en/of naaste mee. U vraagt aan de patiënt in hoeverre zij al een duidelijke voorkeur heeft. Als de ze nog geen voorkeur heeft, dan vraagt u je patiënt of zij aan kan geven welke elementen de voorkeur volgens haar zouden moeten bepalen. Daarnaast vraagt u in hoeverre je patiënt zelf of diens naaste(n) betrokken willen worden in het nemen van het besluit, waarbij uitstel van de besluitvorming ook een optie kan zijn. Wanneer je patiënt expliciet wenst dat de u de beslissing neemt, dan weegt u de voorkeuren van je patiënt daarin expliciet mee.

Wanneer je patiënt de keuze wil maken, weegt u af of u zich kan vinden in deze keuze. Zo niet, dan brengt u je argumenten op tafel en vraagt u je patiënt ook deze mee wegen in het besluitvormingsproces. U en je patiënt en/of naaste maken afspraken over het vervolg. Deze stap is optimaal afgesloten als er overeenstemming over de beslissing.

Na verloop van tijd, of wanneer de besluitvorming expliciet is uitgesteld, kan er een nieuwe behoefte ontstaan voor het doorlopen van het proces van samen beslissen. U en je patiënt evalueren steeds het proces van samen beslissen en gaan na of je patiënt (nog) tevreden is met de uitkomst.

Samen beslissen met CVA-patiënten en/of hun naasten

Stappen en aandachtspunten

0. Voorbereiding

- Wensen, beperkingen, gezondheidsdoelen in kaart
- Gezondheidsdoelen prioriteren en keuze-dilemma bepalen
- Cognitieve en communicatieve vaardigheden inschatten
- Betrokkenen en rolverdeling bij samen beslissen: patiënt en/of naasten

Uitkomst: Duidelijkheid over uitgangssituatie en betrokkenen

1. Keuze

- Keuze waarvoor meerdere opties bestaan
- Uitvragen aan welke opties patiënt al denkt
- Maximaal 3 opties tegelijk aanbieden; meerdere opties gelaagd aanbieden
- Opties neutraal presenteren
- Voorkeuren van de patiënt en/of naasten zijn belangrijk voor de beslissing
- Gezamenlijk besluit waarbij zorgverlener patiënt en/of naasten ondersteunt

Uitkomst: Duidelijkheid over keuze-dilemma en wijze van besluitvorming

2. Opties en voor- en nadelen

- Uitleg opties met voor- en nadelen inclusief kansen op voor- en nadelen, uitgaande van de capaciteiten van de patiënt en van wat patiënt en/of naaste al weet
- Gestructureerde uitleg ondersteund met beeldmateriaal of steekwoorden
- Cognitieve en communicatieve vaardigheden ondersteunen
- Toetsing begrip patiënt en/of naasten

Uitkomst: Overzicht van opties en voor- en nadelen

3. Voorkeuren

- Ondersteunen bij verwoorden van voorkeuren, verwachtingen en zorgen in relatie tot de opties
- Concretiseren van de voorkeuren, verwachtingen en zorg zodat patiënt deze kan waarderen

Uitkomst: Duidelijkheid over voorkeuren van patiënt en/of naaste

4. Beslissing

- Samenvatting van opties en integratie en voorkeuren
- Beslissing nemen of expliciet uitstellen

Uitkomst: Overeenstemming over besluit en registratie in patiëntendossier

5. Terugkijken

- Aandacht voor de uitkomst en voorkeuren in relatie tot het keuze-dilemma
- Aandacht voor prioritering beperkingen
- Aandacht voor het proces van gedeelde besluitvorming

Uitkomst: Duidelijkheid over wat wel werkt en wat niet en wat zo nodig moet worden aangepast

Algemene principes

- Patiënt neemt bij voorkeur naaste mee naar gesprek
- Evenwichtig communiceren met patiënt en naaste
- Stimulans om te participeren
- Mondelinge informatie ondersteunen met figuren / schema's / steekwoorden / aantekeningen
- Per stap samenvatten
- Per stap terugkijken naar vorige stap en vooruit kijken naar volgende stap
- Per stap nagaan of patiënt het nog aan kan en zo nodig vervolgspraak plannen
- Biedt ruimte bij (deregulatie van) emoties

Aangepast naar Stiggelbout (2015), Van de Pol (2017), Groen-van de Ven (2016)

Hieronder zijn alle stappen in een schema opgenomen:

Tip: Vraag eens toestemming aan je patiënt om een gesprek op te nemen. Luister dit gesprek vervolgens terug en analyseer dit gesprek aan de hand van de Option5 vragenlijst. Waar ben je tevreden over? Wat maakte dat dit goed ging? Wat zou je de volgende keer beter willen doen? Wat heb je nodig om dit te kunnen verbeteren? Pas dit toe in een volgend gesprek.

Bekijk het volgende fragment over samen beslissen in de CVA zorg en beantwoord vraag 14.

Beslissing: Voorbeeld van voorkeursgevoelige situatie uit eigen praktijk - Luikje v.d. Dussen

Het komt vaker voor bij een CVA-patiënt dat ze zich na een beroerte niet meer op de fiets zoals voorheen kunnen verplaatsen. Dit kan zijn omdat ze aan de ene kant minder attent zijn. Ze zijn dan een gevaar op de weg als ze dan een dubbel taak moeten doen en zowel hun evenwicht moeten houden, als het verkeer overzien. Of het kan zijn dat ze aan een kant verlamd zijn aan een arm en/of been, waardoor ze ook niet meer goed kunnen sturen en dat geldt dan ook vaak voor de auto, of doordat ze niet meer goed voelen, ze niet meer goed in de gaten hebben dat ze het stuur vasthebben. En dat dat combineren met letten op het verkeer ook een probleem is. Dan moet er een keuze gemaakt worden. Hoe ga je je dan wel verplaatsen over de vaak middellange afstand. Er zijn dan ontzettend veel factoren die meespelen. Heeft de patiënt bijvoorbeeld een partner en willen ze er samen op uit. Dan kan het handig zijn als je b.v. niet meer kunt fietsen dat je dan een scootmobiel of iets anders probeert dat sneller gaat, zodat je wel samen op stap kunt gaan (de partner op de fiets en de patiënt op de scootmobiel). Of als de patiënt heel sportief is en dat wil blijven dan gaan we over op een driewieler, of een hipper voorziening zoals een elektrische loopfiets. Zo wordt er dan afgewogen afhankelijk van wat de patiënt belangrijk vindt en wat hij dan samen met zijn partner wil doen en nemen we dan een besluit.

Vraag 14. Welke informatie wil je in elke stap van het proces van samen beslissen geven? Welke vraag/vragen kun je per stap stellen aan de patiënt en of naaste?

Antw.....

Vraag 15. Hieronder volgt een aantal stellingen waarmee je je handelen in de dagelijkse praktijk kan spiegelen aan je kennis over het proces van samen beslissen. Beantwoord onderstaande stellingen.

Stelling 1: Ik geef tijdens het consult expliciet aan dat de patiënt mee kan beslissen.

Een belangrijk onderdeel van samen beslissen is dat er aan je patiënt expliciet aangeeft dat hij/zij mee mag beslissen. Vaak weten patiënten niet dat ze mee mogen beslissen en soms durven ze ook niet mee te denken. De eigen inbreng van patiënten en/of naasten is echter een belangrijk onderdeel bij samen beslissen. Tip! Geef aan waarom het van belang is dat je patiënt en/of zijn naaste meedenkt. Hij/zij heeft namelijk de meeste kennis over wat hij/zij belangrijk vindt.

Stelling 2: Ik geef de opties die van toepassing zijn bij de betreffende patiënt zo neutraal mogelijk weer

Volgens de theorie van samen beslissen bied je alle (mogelijke/relevante) opties aan. Deze opties geef je vervolgens zo neutraal mogelijk weer. Later kun je bij het noemen van de voor- en nadelen eventueel een advies geven dat aansluit bij de wensen/voorkeuren van de patiënt. Zorgprofessionals stellen vaak de opties die hun voorkeur verdienen bewust of onbewust positiever voor en benoemen van opties die hun voorkeur niet hebben, de nadelen explicieter.

Stelling 3: Ik vertel de patiënt dat ik er ben om hem/haar te ondersteunen bij het maken van een beslissing en dat hij/zij er dus niet alleen voor staat.

Het benoemen van een partnerschap is een belangrijk onderdeel van samen beslissen. Als dit niet gebeurt dan kan je patiënt het gevoel hebben dat hij/zij alleen de beslissing moet nemen. Dit kan beangstigend zijn voor je patiënt. Geef daarom aan dat je er bent om de patiënt te ondersteunen en te helpen bij het onderzoeken van de opties. Samen kun je een beslissing nemen die het beste past bij de situatie van je patiënt.

Stelling 4: Ik geef altijd de voor- en nadelen per opties weer. Hierbij bespreek ik kansen en risico's. Door het noemen van de voor- en nadelen van de opties, krijgt je patiënt een goed overzicht van wat de verschillende opties precies inhouden. Je patiënt is hierdoor beter in staat om een inschatting te maken wat de opties precies voor zijn/haar situatie kunnen betekenen. Hierdoor kun je samen met je patiënt beter wikken en wegen. Voor CVA-patiënten is het in het bijzonder van belang om dit onderdeel goed te structureren. Maak gebruik van beeldmateriaal (tekeningen, afbeeldingen, kernwoorden etc.) Ook blijkt dat patiënten beter om kunnen gaan met eventuele nadelen/complicaties die ontstaan, als deze van tevoren duidelijk inzichtelijk waren.

Stelling 5: Ik benadruk waarom het belangrijk is dat mijn patiënt nadenkt over zijn/haar voorkeuren, zorgen en verwachtingen.

Voor sommige patiënten is het niet gelijk duidelijk waarom het belangrijk is dat ze meedenken en beslissen. Soms denken ze dat ze dat niet kunnen, of geven aan dat jij de specialist bent en ervoor geleerd hebt. De voorkeuren, zorgen en verwachtingen van je patiënt zijn echter erg belangrijk bij het nemen van een beslissing. Elke patiënt leeft in een andere leefomgeving en heeft andere wensen en doelen in zijn leven, die een rol spelen bij de uiteindelijke beslissing. Je kunt als zorgprofessional dus feitelijk niet weten wat het beste voor je patiënt is, tenzij je dit hem of zijn naaste hebt gevraagd. Op basis van deze informatie en jouw medisch inhoudelijke kennis, kun je samen de consequenties wegen en een beslissing nemen.

Stelling 6: Ik betrek mijn patiënten altijd bij de uiteindelijke beslissing.

Niet alle patiënten willen betrokken worden, maar uit onderzoek is bekend dat zorgverleners onderschatten in hoeverre patiënten wel betrokken willen worden. Patiënten willen vaker en meer betrokken worden als zij eerst uitleg hebben gehad over de voor- en nadelen van de opties en door de zorgprofessional zijn uitgenodigd deze te plaatsen in hun eigen context. Door patiënten actief te betrekken bij de besluitvorming, zijn patiënten: minder angstig, vaker tevreden, beter voorbereid op wat komen gaat en hebben ze minder spijt van genomen besluiten.

Stelling 7: Ik stel vaak open vragen aan de patiënt

Uit onderzoek is gebleken dat zorgverleners weinig open vragen stellen in het consult (NVEL-onderzoek). Het stellen van open vragen geeft ruimte om je patiënt zelf aan het denken te zetten. Deze vragen kunnen betrekking hebben op zorgen, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt. Bekijk hiervoor bijvoorbeeld de voorbeeldzinnen op het [zakkaartje](#).

3 Basistraining Samen beslissen

3.1 Leerdoelen van de basistraining Samen beslissen

Na afloop van de basistraining Samen beslissen kunnen de deelnemers:

- Situaties herkennen waarin met de patiënt en de naaste een beslissing kan worden genomen;
- De stappen van Samen beslissen toepassen in hun consulten;
- Tijdens het consult schakelen tussen verschillende communicatieniveaus (inhoud, proces, relatie);
- In het proces van Samen beslissen rekening houden met de beperkingen van de patiënt als gevolg van CVA of NAH.

3.2 Doelgroep voor de basistraining Samen beslissen

De doelgroep voor de basistraining zijn zorgprofessionals die zorg verlenen aan patiënten met een CVA of NAH en hun naasten, zoals neurologen, revalidatieartsen, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, (gespecialiseerd) verpleegkundigen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, (neuro-)psychologen. Voorafgaande aan de basistraining Samen beslissen hebben de deelnemers de *e-learning* 'Samen beslissen in de CVA Zorg' doorlopen. Deze is vrij toegankelijk via de website van het Kennisnetwerk CVA Nederland (<https://samenbeslissen.kennisnetwerkcv.nl/e-learning>). Zij hebben daarna zelf initiatief genomen, of zijn door hun organisatie/leidinggevende gestimuleerd om de basistraining te volgen. De deelnemers aan de training zorgen ervoor dat ze van een eigen consultvoering een geluidsopname hebben gemaakt met de daarbij een ingevuld toestemmingsformulier van de patiënt.

3.3 Inhoud van de basistraining Samen beslissen

De basistraining duurt ongeveer 4 uur. De training bestaat uit:

- Reflectie op de *e-learning*/theorie van Samen beslissen;
- Reflectie op het proces van Samen beslissen door gezamenlijk een geluidsfragment van een consult van een of meerdere deelnemers te beluisteren en te bespreken aan de hand van het zakkaartje (gebaseerd op de [OPTIONS](#));
- Oefening van vaardigheden in kleine groepjes met eigen of standaard casussen, waarbij specifiek ingegaan wordt op een herkenbare situatie (bijv. niet mondige patiënt). Deelnemers hebben afwisselend de rol van zorgprofessional, patiënt, naaste en observator;
- Bespreking van de belangrijkste lessen uit de vaardigheidstraining.

3.4 Vereisten van de trainer

De trainer is zelf een zorgprofessional met patiënten met een CVA of NAH en hun naasten en is ervaren in de toepassing van Samen beslissen met patiënten met een CVA of NAH en hun naasten. Daarnaast heeft de trainer:

- De *e-learning* doorlopen;

- De basistraining gevolgd;
- De vervolgtraining gevolgd;
- Meerdere eigen consulten opgenomen en beoordeeld met het zakkaartje.

Het is handig als de trainer ervaring heeft in het verzorgen van onderwijs en/of trainingen aan collega's en een ambassadeur wil zijn voor Samen beslissen.

3.5 Voorbereiding door een trainer

Ter voorbereiding op de training neemt een trainer de *e-learning* nogmaals door. Daarnaast beluistert en beoordeelt hij/zij de opname(s) die zijn ingestuurd door de deelnemers en kiest geschikte fragmenten om gezamenlijk te beluisteren. Voor het beluisteren van de opnames (max. 6-8) en het selecteren van de fragmenten moet je rekening houden met een tijdsinvestering van 1 uur per fragment. De selectie van geschikte fragmenten illustreert in ieder geval stap 1 t/m 4 van het zakkaartje (of het ontbreken van een of meerdere van deze stappen). De trainer neemt de dia's en onderstaande toelichting bij de dia's door en bereidt eventueel een of meerdere casussen voor om mee te oefenen met de deelnemers. Tenslotte zorgt de trainer voor afdrukken van het zakkaartje om bij dia 8 uit te reiken aan de deelnemers.

3.6 Toelichting per dia

Dia 1 Basistraining Samen beslissen met CVA-patiënten



De trainer licht toe wat het doel van de training is, namelijk om de vaardigheden te oefenen die nodig zijn om Samen beslissen te kunnen toepassen bij patiënten met een CVA en hun naasten. De training zal dus voor het grootste deel bestaan uit praktische oefeningen. In de *e-learning* is de theorie al uitgelegd.

Dia 2 Programma



De trainer licht het programma toe, welke onderdelen aan bod komen, hoe laat de pauze is en hoe laat het afgelopen is. Ook vraagt de trainer naar de leerdoelen van de deelnemers. Hierop wordt dan aan het einde van de training nog ingegaan.

De globale tijdsindeling is:

Onderdeel	Duur
Opening, doel van de training, toelichting programma	10 min
Voorstelronde	10 min
Wat is Samen Beslissen?	20 min
Geluidsfragmenten	30 min
Vaardigheden oefenen ronde 1 incl. instructie en nabespreken	60 min
Pauze	20 min
Vaardigheden oefenen ronde 2 en evt. 3 incl. instructie en nabespreken	60 min
Hoe verder	10 min
Afsluiting	5 min
Totale tijdsduur training	240 min

Dia 3 Voorstellen



Voorstellen

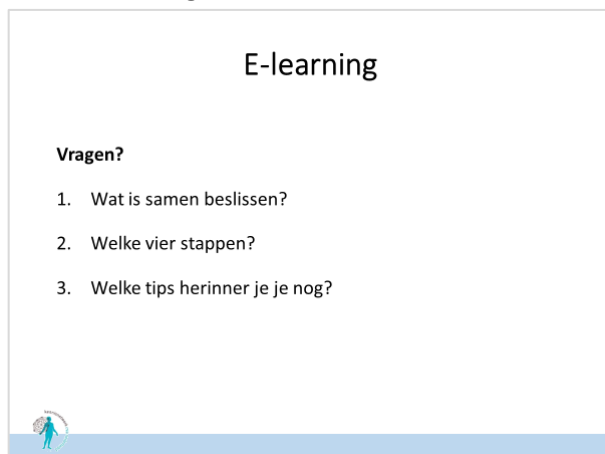
- Trainer
- Deelnemers



De trainer stelt zich voor aan de deelnemers. Daarna volgt er een korte voorstelronde onder de deelnemers. Het is belangrijk om hier tijd voor te nemen, aangezien dit bijdraagt aan een veilige sfeer, die nodig is om vaardigheden te kunnen oefenen. Voorstellen kan door middel van een 'rondje' waarbij alle deelnemers hun naam noemen, hun functie, waar zij werkzaam zijn.

Als de deelnemers elkaar allemaal al kennen, kan er een 'rondje' worden gehouden waarbij de deelnemers vertellen wat hun ervaring met Samen beslissen is. Als de groep groot is, kan er gekozen worden voor een alternatieve manier van voorstellen, om de deelnemers zich te laten voorstellen aan hun linker- en rechterbuurman. Zo ontstaat er in beperkte tijd toch veiligheid in de groep.


Dia 4 e-learning



E-learning

Vragen?

1. Wat is samen beslissen?
2. Welke vier stappen?
3. Welke tips herinner je je nog?



Alle deelnemers hebben van tevoren de *e-learning* gedaan. Naar aanleiding daarvan wordt er in gegaan op de theorie van Samen beslissen. Dat geeft de trainer de mogelijkheid om na te gaan of alle deelnemers de essentie van Samen beslissen begrepen hebben en eventuele misvattingen bij te stellen. Dat kan op verschillende manieren. Allereerst kan er worden geïnventariseerd of er vragen zijn naar aanleiding van de *e-learning*.

Daarnaast kunnen een aantal van de volgende vragen worden besproken:

- Wat is Samen beslissen precies?
- Welke stappen worden doorlopen in het proces van Samen beslissen?
- Wat maakt Samen beslissen bij CVA of ander hersenletsel lastig?
- Welke tips werden genoemd om het proces van Samen beslissen bij patiënten met een CVA zo goed mogelijk te ondersteunen?
- Wat is je het meest bijgebleven van de *e-learning*?
- Wat was voor jou het belangrijkste nieuwe inzicht?
- Wat is het belangrijkste verschil met de manier waarop je gebruikelijk je consult voert?


Deze vragen zijn bedoeld om als trainer met de deelnemers in gesprek te gaan over Samen beslissen (en niet als 'test'). Let er als trainer daarom op dat je mensen bevestigt in hun reactie en probeer de aandacht over alle deelnemers te verdelen.

Dia 5 Voorkeursgevoelige beslissingen

Voorkeursgevoelige beslissingen

Geen 'beste' optie voor behandeling/zorg

1. Vergelijkbare (medische) uitkomsten
2. Gebrek aan bewijs
3. Medisch verschillend uitkomsten, maar verschillend gewaardeerd door de patiënten/naasten



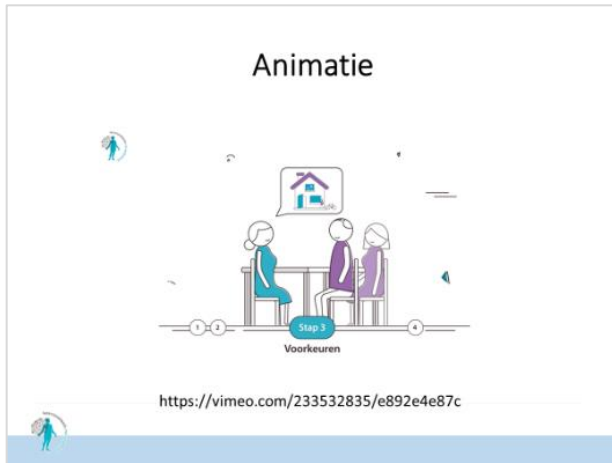
Omdat Samen beslissen goed toegepast kan worden bij zogenaamde voorkeursgevoelige beslissingen, wordt herhaald wat dit precies zijn. De trainer vraagt aan de groep welke voorkeursgevoelige beslissingen zij tegenkomen in hun praktijk. Dit mogen voorbeelden zijn van patiënten met CVA of NAH of van andere patiëntengroepen.

Voorbeelden bij patiënten met CVA/NAH zijn:

- Welke zorgvormen (inhoud van de zorg en locatie van de zorg: in de buurt / wijk, revalidatieafdeling van een verpleeghuis, poliklinisch in het revalidatiecentrum / ziekenhuis) zijn passend voor een patiënt, 6 weken - 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis?
- Welk vervoermiddel is passend voor vervoer buitenshuis (bijv. handmatige vs. elektrische rolstoel)?
- Welke therapie voor verbeteren van de arm-handfunctie is passend voor een patiënt?
- Welke therapie of welk hulpmiddel is passend voor verbeteren van de mobiliteit?
- Welke behandeling of begeleiding is passend voor een patiënt die in de thuissituatie last heeft van cognitieve problemen?
- Welke beweegmogelijkheden zijn passend na afronding van het revalidatietraject?
- Wat gaan we doen aan het verminderen van risico op hart- en vaatziekten (stoppen met roken, meer bewegen, gezonde voeding, gezond gewicht, medicijnen)
- Welke post-CVA-depressie behandeling, binnen de psychiatrie, door psycholoog in de tweedelijns of in de eerstelijns?
- Welke keuzes zijn mogelijk op het gebied van dagbesteding, bewegen en sport, lotgenotencontact, mantelzorgvoorzieningen en dergelijke?

- Bij afasie; waar is de logopedische behandeling, op de poli van revalidatiecentrum/verpleeghuis of in de 1e lijn of in het afasiecentrum?

Dia 6 Animatie



In het kader van het project 'Samen beslissen in de CVA-revalidatie' is een animatie gemaakt. Deze wordt getoond en nabesproken (op dezelfde manier als dia 4 *e-learning*). In de *e-learning* betrof het Vraag 9. Noem 3 belangrijke aandachtspunten voor het toepassen van Samen beslissen bij CVA-patiënten.

Dit kunnen zijn:

- Stimuleer de patiënt om mee te doen aan het gesprek;
- Stel gericht vragen;
- Neem de tijd;
- Gebruik visuele ondersteuning;
- Vat het gesprek bondig samen;
- Voer meerdere gesprekken van korte duur;
- Bespreek wat te doen bij deregulatie van emoties;
- Betrek een logopedist;
- Betrek een naaste bij het gesprek.

Dia 7 Effecten van Samen Beslissen

Effecten van samen beslissen

Patiënten zijn:

- Beter geïnformeerd
- Meer bewust van voor- en nadelen van de opties
- Meer betrokken bij besluitvorming
- Vaker tevreden over besluit, minder twijfel, minder second opinions

Mogelijke effecten:

- Betere therapietrouw
- Betere arts-patiënt relatie
- Vaker keuze voor kwaliteit van leven / conservatieve opties
- Minder kosten

Als een of meerdere deelnemers kritisch zijn over Samen beslissen, is het belangrijk om hier als trainer stil bij te staan. Geef aan wat de meerwaarde van samen beslissen is. Deze effecten zijn aangetoond in onderzoek. Er is een Cochrane review. Stimuleer deelnemers om na te gaan wat het voor hen en hun patiënten in de praktijk gaat opleveren. Uitproberen en zien. Het is niet de bedoeling in de groep te diep op individuele kritiek in te gaan.

Eventueel kan je hier 1-op-1 op in gaan met de betreffende deelnemer. Mocht blijken dat meerdere deelnemers kritisch zijn, dan kan je kort aftasten waar de kritiekpunten zich op richten. Wanneer dat meer organisatorische issues zijn, kan je de training terugbrengen naar de inhoud.

Dia 8 Zakkaartje

SAMEN BESLISSEN MET PATIËNTEN MET CVA/NAH EN HUN NAASTEN	
STAP 0 - VOORBEREIDING <i>Breng de wensen, beperkingen en gezondheidsdoelen in kaart</i>	<ul style="list-style-type: none"> Schat cognitieve en communicatieve vaardigheden in Ga na wie betrokken is bij beslissing: patiënt en/of naasten
STAP 1 - KEUZE <i>Vestig de aandacht op een keuze met meerdere opties. Help de patiënt om geïnformeerd de opties af te wegen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Benoem de opties neutraal en de gelijkwaardigheid ervan Benoem dat de opties samenhangen met voorkeuren Benoem dat het gaat om gezamenlijk besluit waarbij 'ik' 'u' steun ongeacht de keuze die 'u' maakt
STAP 2 - OPTIES <i>Geef informatie over en toets begrip van de voor- en nadelen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Geef uitleg over de opties en de voor- en nadelen Toets het begrip en vraag de informatie te herhalen
STAP 3 - VOORKEUREN <i>Breng de voorkeuren m.b.t. de opties boven tafel.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vraag (door) naar voorkeuren, zorgen en verwachtingen Relateer dit aan de opties met de voor- en nadelen Vat samen en peil reactie van de patiënt
STAP 4 - BESLISSING <i>Integreer de voorkeuren in een beslissing.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ga na of de patiënt het eens met het besluit Vermeld dat de patiënt op het besluit kan terugkomen
STAP 5 - TERUGKIJKEN <i>Kijk terug op uitkomst en proces van samen beslissen</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ga na of patiënt tevreden is met de uitkomst, het gewenste resultaat bereikt wordt en of de voorkeuren veranderd zijn

Op basis van de 4 stappen van Samen beslissen is er een model ontwikkeld voor Samen beslissen met CVA-patiënten (in het kader van het project 'Samen beslissen in de CVA-revalidatie'). Als hulpmiddel om het model te kunnen toepassen in de praktijk is er een zakkaartje ontwikkeld, met daarop de stappen en bij elke stap de aandachtspunten die aan bod moeten komen tijdens het consult. Bij elke stap zijn voorbeeldzinnen geformuleerd, zie hiervoor de achterkant van het kaartje. In eerste instantie is het handig om deze stappen in deze volgorde

aan te houden, zodat je **optimale structuur** biedt in het gesprek en je zeker weet dat je niets vergeet. Als je Samen beslissen beter in de vingers krijgt, zul je merken dat de stappen niet altijd in deze volgorde aan de orde komen. Het model en de stappen op het zakkaartje kunnen in de praktijk dus dynamischer zijn.


Dia 9 Geluidsfragmenten consulten

Eigen geluidsfragmenten gebruiken

Geluidsfragmenten consulten

- Geluidsfragment van consult ...

- Wat hoor je?
- Welk effect heeft dat?
- Hoe het anders zou kunnen?



Ter voorbereiding op de trainingen krijgen de deelnemers de opdracht een opname te maken van een consult waarin een keuzedilemma besproken wordt. Deze geluidsopname wordt voor de training door henzelf geanalyseerd met behulp van de OPTION5/zakkaartje.

Gedeeltes van de opname kunnen **met** toestemming van de patiënt en de betrokken zorgprofessional gebruikt worden in het kader van de training. De zorgprofessional die de opname maakt, zorgt ervoor dat er een

toestemmingsformulier ondertekend wordt. De trainer zal de geluidsopname op een 'USB ontvangen' en geen kopieën maken. De 'USB' dient vervolgens weer bij de deelnemer ingeleverd te worden.

Reflectie opnames tijdens training: Voordat de opname beluisterd wordt tijdens de training, wordt er duidelijk vermeld door de trainer dat:

- Er toestemming is van de patiënt, naaste(n) en de betrokken zorgprofessional om dit gesprek te gebruiken voor trainingsdoeleinden;

- Je erg dankbaar bent dat je de opname mag gebruiken en dat iemand zich kwetsbaar heeft durven opstellen om de opname te gebruiken. Het nooit makkelijk is om jezelf terug te horen;
- Het doel van de geluidsopnames is om er samen van te leren. Er is geen goed of fout.
- Je de deelnemers vraagt:
 - o Om de opname met respect en vertrouwelijk te behandelen; en
 - o Feedback te geven op concreet gedrag en hoe ze het zelf ervaren;
 - o Om te vertellen wat ze horen, wat er goed gaat en daarna pas wat voor een effect dat heeft en wat wellicht anders zou kunnen.

Geluidsfragment van de website gebruiken

Er is een geluidsfragment gemaakt door 3 zorgprofessionals, in de vorm van een rollenspel. Deze geluidsopname kan ook gebruikt worden om te leren scoren.

In het kader van het project 'Samen beslissen in de CVA-revalidatie' hebben de deelnemende teams geluidsopnames gemaakt van consulten. Deze zijn binnen de teams beluisterd en besproken met als doel te leren op welke momenten in de consulten Samen beslissen al goed gaat en op welke momenten het beter kan. Een opname maken van je eigen consult en deze samen met collega's afluisteren is heel leerzaam, maar maakt je heel kwetsbaar. Daarom is het belangrijk om hier met respect naar te luisteren. Het gaat niet om 'goed' of 'fout'!

Als je een geluidsfragment van een deelnemers in de training gebruikt, vermeld dan het volgende:

- Dat je toestemming hebt gekregen om deze geluidsopname te gebruiken als trainingsmateriaal.
- Kort de situatie schetsen (rollenspel).
- Aangeven welke fragmenten precies interessant zijn.
- Overgangen tussen fragmenten toelichten.

We gaan nu naar de opname luisteren en nabespreken. Bij de nabespreking bespreken we:

1. *Wat hoor je?*
2. *Welk effect heeft dat?*
3. *Hoe het anders zou kunnen?*


Het gaat om feedback op concreet gedrag en hoe jij dat ervaart (ik hoor dat ... en dat heeft als effect ...). Hou het bij jezelf, anderen kunnen er anders over denken. Geen oordeel, geen interpretatie, geen algemeenheden.

Daarnaast kan je het zakkaartje gebruiken om de geluidsfragmenten te bespreken.

Dia 10 Oefenen - ronde 1

Oefenen – ronde 1

- Vorm groepjes van 3 (evt. 4)
- **5 min:** taken verdelen en rol voorbereiden
 - o Rollen: patiënt / zorgverlener / observator (evt. naaste)
 - o Zorgverlener: Welke opties zie ik en wil ik bespreken? **NB max 3!**
 - o Patiënt/naaste: Wat is voor mij belangrijk?
- **10 min:** gesprek voeren
- **10 min:** feedbackronde
 - o Ervaring behandelaar: wat ging goed? wat vond je lastig?
 - o Ervaring patiënt/naaste: hoe heb ik het gesprek ervaren? *gevoel*
 - o Observator: geeft feedback in *gedragstermen*



In deze oefening gaan de deelnemers zelf gesprekken voeren om de stappen van Samen Beslissen in een consult te oefenen. Het is de bedoeling dat iedereen een keer aan de beurt komt tijdens een van de oefenrondes. Zie de dia voor de instructies. Er staat een tijdsverdeling op de dia's, zodat de deelnemers zelf verantwoordelijk worden voor hun leerproces.

Je kan dit als trainer ondersteunen door de tijd bij te houden en een seintje te geven wanneer gewisseld moet worden naar een volgende stap en wanneer de tijd voor een stap bijna verstreken is. Bv. “Er zijn nog een paar minuten voor de feedbackronde, zijn de ervaringen van de behandelaar, patiënt/naaste al afgerond?”

Er worden kleine groepjes gevormd van minimaal drie en maximaal vier deelnemers per groepje, waarbij de rollen voor zorgprofessional, patiënt en observator altijd worden ingevuld. Indien er een groepje van vier is, kan deze persoon de naaste spelen of een tweede observator zijn. De zorgprofessional bepaalt welke voorkeursgevoelige situatie hij/zij wil oefenen. Daarbij kan worden uitgegaan van een eigen recente casus waarbij Samen beslissen werd toegepast, of had kunnen worden toegepast. Of er wordt uitgegaan van een van de oefencasussen, die in de presentatie zijn opgenomen (de trainer kan ook zelf standaardcasussen bedenken). De zorgprofessional bedenkt welke behandel-/zorgopties er zijn en beperkt deze tot maximaal drie. De patiënt (evt. de naaste) bedenkt wat voor hem/haar als patiënt belangrijk zou zijn.

De zorgprofessional oefent het gesprek aan de hand van het zakkaartje.

Na het voeren van het gesprek bespreken de groepjes onderling na. Daarbij komt eerst de zorgprofessional aan het woord (Wat ging goed? Wat vond je lastig?). Daarna de ervaringen van de patiënt en evt. de naaste (Hoe heb je het gesprek ervaren? Hierbij gaat het om je gevoel. Voelde je je gehoord, veilig, gelijkwaardig of juist niet, enz.). Tenslotte geeft de observator feedback in gedragstermen (ik hoor/zie dat ... en dat heeft als effect ...; je stelde een open/gesloten vraag en toen ...; je lichaamshouding ...).


De oefening kun je zien als een les in autorijden. Daarbij loop je de stappen van het consult door in een bepaalde volgorde en iedere stap wordt ook benoemd in de nabespreking.

Als de tijd het toelaat, volgt er nog een oefenronde, waarbij de deelnemers van rol wisselen.

Dia 11 Reflectie op de oefenronde - plenair

Reflectie op de oefenronde – plenair

- Wat viel op?
- Wat ging goed?
- Waar loop je tegen aan?




Nadat de groepjes onderling hebben nabesproken, wordt de oefening ook plenair nabesproken. Tips en inzichten worden op een flipover of whiteboard genoteerd. Stimuleer deelnemers om (na afloop) een foto van de flipover(s) te maken.

Dia 12 Casus 1: welke zorg 2 mnd. na ontslag? - voor de eerste en/of tweede oefenronde

Casus 1: welke zorg 2 mnd na ontslag?


- Mevrouw weduwe van 74 jaar met CVA waardoor hemiparese
- Lopen is verslechterd met recent aantal vallen waardoor valangst
- HA betrokken via POH somatiek die fysiotherapie startte
- Welke behandelopties kun je mevrouw geven en welke keuze is er qua behandellocatie?



Dia 13 Casus 2: vervoer - voor de eerste en/of tweede oefenronde

Casus 2: vervoer

- 55 jarige man met CVA, getrouwd
- Dhr is beperkt mobiel, kan max. 1 km lopen met hulpmiddel
- Dhr heeft vaker kort lontje, met name na drukke dag
- Dhr vindt zichzelf niet veranderd
- Mw werkt en kan dhr niet altijd vervoeren
- Welke mogelijkheden zijn er voor vervoer buitenshuis?




Dia 14 Pauze

Dia 15 Oefenen - ronde 2

Oefenen – ronde 2

- Vorm groepjes van 3 (evt. 4)
- **5 min:** taken verdelen en rol voorbereiden
 - Rollen: patiënt / zorgverlener / observator (evt. naaste)
 - Zorgverlener: Welke opties zie ik en wil ik bespreken? **NB max 3!**
 - Patiënt/naaste: Wat is voor mij belangrijk?
- **10 min:** gesprek voeren
- **10 min:** feedbackronde
 - Ervaring behandelaar: wat ging goed? wat vond je lastig?
 - Ervaring patiënt/naaste: hoe heb ik het gesprek ervaren? *gevoel*
 - Observator: geeft feedback in *gedragstermen*



In de tweede oefenronde kunnen de vaardigheden voor Samen beslissen verder worden verdiept. Het hangt af van het niveau en de wensen van de groep op welke wijze dit wordt vormgegeven.

Welke situaties maken het lastiger om samen te beslissen? Bijv. patiënt met cognitieve beperkingen, dominante naaste, complexe problematiek

Focus op stap 2 en 3 van het zakkaartje;
Focus op verschillende communicatieniveaus tijdens het consult, met name op niveau van

proces en het niveau van betrekking (dit eerst uitleggen aan de hand van de dia).

Dia 16 Reflectie op de oefenronde - plenair

Reflectie op de oefenronde – plenair

- Wat viel op?
- Wat ging goed?
- Waar loop je tegen aan?




Nadat de groepjes onderling hebben nabesproken, wordt de oefening ook plenair nabesproken. Tips en inzichten worden op een flipover of whiteboard genoteerd.

Dia 17 Niveaus communicatie

Niveau's communicatie

- **Inhoud**
= onderwerp van het gesprek
- **Proces**
= stappen van gedeelde besluitvorming
- **Betrekking / relatie**
= hoe de gesprekspartners zich tot elkaar verhouden

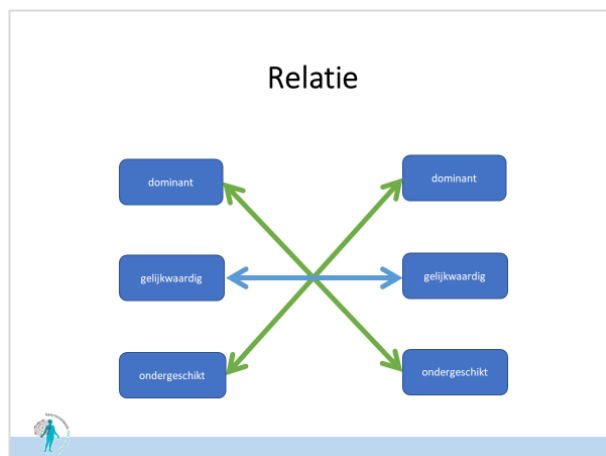
- Gelijkwaardig vs. ongelijkwaardig
- Niet statisch maar variabel gedurende het consult



In een gesprek is sprake van meerdere communicatieniveaus. De manier waarop (niet) gecommuniceerd wordt op deze niveaus, beïnvloedt de effectiviteit van de communicatie. Het eerste niveau is de inhoud van het gesprek: dit is het onderwerp waar het gesprek over gaat (de beslissing, de opties). Het tweede niveau is het proces (wordt ook wel procedure genoemd), dit geeft de manier aan waarop er over de inhoud gesproken wordt (doel, tijdsafspraken, structuur van het gesprek, stappen van Samen beslissen). Het derde niveau is de betrekking /

relatie (ook wel interactieniveau genoemd), dit gaat over de communicatie tussen de gesprekspartners (de relatie tussen zorgprofessional en patiënt, hoe gaat men met elkaar om, wie heeft invloed en wie niet?). Tijdens een gesprek schakelt een zorgprofessional continu tussen de verschillende niveaus. In de training wordt ingegaan op het niveau van het proces en de betrekking.

Dia 18 Relatie



Eventueel kan de communicatie tussen zorgprofessional en patiënt worden toegelicht aan de hand van deze dia over het communicatieniveau 'relatie'. Dit is een van de vier communicatieniveaus die in alle communicatie aan de orde zijn. De manier waarop (niet) gecommuniceerd wordt op deze niveaus, beïnvloedt de effectiviteit van de communicatie en besluitvorming. Op het communicatieniveau 'relatie' wisselen de zorgprofessional en de patiënt van positie


(dominant – ondergeschikt) tijdens het consult. Belangrijk is dat de zorgprofessional zich daarvan bewust is en zich er in het proces verantwoordelijk voelt dat:

1. Zorgprofessional in de dominante rol en patiënt in de ondergeschikte rol: de zorgprofessional zal hier de leiding nemen. Hierbij kan de zorgprofessional medisch-inhoudelijke kennis overdragen op de patiënt. De patiënt zit hier meer in de onderschikte rol en zal voornamelijk informatie opnemen zonder daar veel vraagtekens bij te plaatsen.
2. Patiënt in de dominante rol en zorgprofessional in de ondergeschikte rol: Hierbij zal de patiënt meer de leidende rol hebben. De patiënt kan vertellen hoe hij/zij in het leven staat, wat belangrijk is en welke wensen, zorgen en verwachtingen men heeft en hoe hij/zij vindt dat de zorgprofessional dat kan verzorgen/leveren. Soms kan het helpen als de zorgprofessional ook bewust de onderschikte rol aanneemt en de patiënt dus ook de gelegenheid biedt om in de dominante positie te komen. Daarnaast kan de zorgprofessional de patiënt ook prikkelen door bijvoorbeeld open vragen aan de patiënt te stellen.
3. De patiënt en de zorgprofessional hebben een gelijkwaardige rol: beide kanten kennen elkaars perspectief, waardoor er op een gelijkwaardig niveau een gezamenlijk besluit genomen kan worden die het beste aansluit bij de wensen van de patiënt.

Dia 19 Hoe verder?

Hoe verder?

- Formuleer een doel om samen beslissen toe te passen
- Vooral gaan doen!
 - Zo snel mogelijk toepassen
 - Begin klein
 - Durf te experimenteren
- Reflectie en actie
 - Reflectie op eigen handelen en met collega
 - Plan volgende acties en verbeteringen




Het beste advies m.b.t. de implementatie van Samen beslissen is om een doel te formuleren en vooral te gaan starten. Probeer het in de praktijk te brengen. Begin klein. Zoom in op bepaalde stappen en durf te experimenteren. Probeer eens wat vaker open vragen te stellen of 'teach back' toe te passen. Daarnaast helpt reflectie en actie. Reflecteer op eigen handelen of bespreek dit met collega's. Ken je sterktes/zwaktes en plan ook acties en verbeteringen met elkaar. Laat deelnemers een doel formuleren en deze met

elkaar delen. Vanuit de evaluatiestudie van het project is bekend dat het voor de uitrol van Samen beslissen belangrijk is dat binnen de organisatie ambassadeurs beschikbaar zijn die samen beslissen promoten. En dat die ambassadeurs van de organisatie de ruimte krijgen om samen beslissen te promoten en te stimuleren in de organisatie.

Dia 20 Evaluatie

Evaluatie

- Wat is het belangrijkste wat je vandaag geleerd hebt?
 - Inzicht, eye opener, vaardigheid



Stel de volgende vragen aan de deelnemers:
Wat is het belangrijkste dat je vandaag geleerd hebt? Inzicht, *eye opener*, nieuwe vaardigheid?

Eventueel kan teruggegrepen worden op leerdoelen.

4 Vervolgtraining Samen beslissen

4.1 Leerdoelen van de vervolgtraining Samen beslissen

Na afloop van de vervolgtraining Samen beslissen kunnen de deelnemers:

- De stappen van Samen beslissen toepassen in hun consulten;
- Een keuze-instrument gebruiken om het proces van Samen beslissen te ondersteunen;
- In het proces van Samen beslissen rekening houden met de beperkingen van de patiënt als gevolg van het CVA of NAH (bijv. afasie, naasten, laaggeletterdheid, weinig ziekte-inzicht, veeleisende patiënten, etc.);
- De toepassing van Samen beslissen in de praktijk implementeren.

Er kan ook gewerkt worden aan specifieke leerdoelen die door de deelnemers worden ingebracht.

4.2 Doelgroep voor de vervolgtraining Samen beslissen

De doelgroep voor de vervolgtraining zijn zorgprofessionals die zorg verlenen aan patiënten met een CVA of NAH en hun naasten, zoals neurologen, revalidatieartsen, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, (gespecialiseerd) verpleegkundigen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, (neuro-)psychologen. Voorafgaande aan de vervolgtraining Samen Beslissen hebben de deelnemers de *e-learning* 'Samen Beslissen in de CVA Zorg' doorlopen en hebben de basistraining succesvol afgerond. Deelnemers aan de training kunnen een geluidsopname van een eigen consultvoering (met een ingevuld toestemmingsformulier van de patiënt) inbrengen als casus bij de training.

De doelgroep geeft uiterlijk twee weken voor de training aan de trainer door welke leerdoelen zij hebben voor de vervolgtraining; Voor welke specifieke situaties en thema's willen zij een training ontvangen?

4.3 Inhoud van de vervolgtraining Samen beslissen

De vervolgtraining duurt ongeveer 4 uur.

De training bestaat uit:

- Ingaan op leerdoelen;
- Reflectie op de toepassing van Samen beslissen in de eigen zorgpraktijk;
- Reflectie op het proces van Samen beslissen door gezamenlijk een geluidsfragment van een consult van een of meerdere deelnemers te beluisteren en te bespreken aan de hand van het zakkaartje (gebaseerd op [OPTIONS](#));
- Oefening van vaardigheden in kleine groepjes met eigen of standaardcasussen waarbij specifiek ingegaan wordt op een herkenbare situatie (bijv. niet mondige patiënt). Deelnemers hebben afwisselend de rol van zorgprofessional, patiënt, naaste en observator;
- Bespreking van de belangrijkste lessen uit de vaardigheidstraining.

4.4 Vereisten van de trainer

De trainer is zelf een zorgprofessional met patiënten met een CVA of NAH en hun naasten en is ervaren in de toepassing van Samen beslissen met patiënten met een CVA of NAH en hun naasten. Daarnaast heeft de trainer:

- De *e-learning* doorlopen;
- De basistraining gevolgd;
- De vervolgtraining gevolgd;
- Meerdere eigen consulten opgenomen en beoordeeld met het zakkaartje.

Het is handig als de trainer ervaring heeft in het verzorgen van onderwijs en/of trainingen aan collega's en een ambassadeur wil zijn voor Samen beslissen. De trainer vraagt voorafgaand aan de training wat de deelnemers precies willen leren en oefenen en past daar de training op aan.

4.5 Voorbereiding door de trainer

Ter voorbereiding op de training beluistert en beoordeelt de trainer de opname(s) die zijn ingestuurd door de deelnemers en kiest geschikte fragmenten om gezamenlijk te beluisteren. Voor het beluisteren van de opnames (max. 6-8) en het selecteren van de fragmenten moet je rekening houden met een tijdsinvestering van 1 uur per fragment. De selectie van geschikte fragmenten illustreert in ieder geval stap 1 t/m 4 van het zakkaartje (of het ontbreken van een of meerdere van deze stappen). De trainer bevestigt de ontvangst van de leerdoelen van de deelnemers of herinnert deelnemers eenmalig wanneer ze niet op het afgesproken moment aanleveren. De trainer neemt de dia's en onderstaande toelichting door en bereidt eventueel een of meerdere casussen voor om mee te oefenen. Tenslotte zorgt de trainer voor afdrukken van het zakkaartje en het uitreiken ervan bij dia 5, of geeft het van tevoren bij *hand-outs* en andere middelen die bij de training worden verstrekt.

4.6 Toelichting per dia

Dia 1 Vervolgtraining Samen beslissen met CVA-patiënten



De trainer licht toe wat het doel van de training is, namelijk om de vaardigheden die nodig zijn om Samen beslissen te kunnen toepassen bij patiënten met een CVA en hun naasten verder te verdiepen en ook om vaardigheden te oefenen voor Samen beslissen in 'lastige' situaties. Verder wordt er geoefend met het werken met een keuze instrument.

De training zal dus voor het grootste deel bestaan uit praktische oefeningen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld: de risicocommunicatie, lastige situaties zoals bij afasie, omgaan met dominante/assertieve naasten, rolverdeling patiënt/naaste/zorgprofessional. In de *e-learning* is de basistheorie uitgelegd en de basistraining ging om het oefenen met de praktische toepassing ervan.


Dia 2 Programma

Programma

00.00 Ervaringen met samen beslissen
Keuze-instrumenten
Oefenen met keuze-instrument OF inzoomen op proces
Implementatie van samen beslissen

02.15 **Pauze**
Geluidsfragmenten consulten
Opdracht: zinnen & vragen voor samen beslissen
Verdieping: wat als een patiënt niet wil of kan?

04.00 **Afsluiting**



De trainer licht het programma toe, welke onderdelen aan bod komen, hoe laat de pauze is en hoe laat het afgelopen is. Eventueel hoe omgaan met mensen die hebben aangegeven eerder weg te moeten. Ook vraagt de trainer naar de leerdoelen van de deelnemers. Hierop wordt dan aan het einde van de training nog ingegaan.

De globale tijdsindeling is:

Onderdeel	Duur
Opening, doel van de training, toelichting programma	10 min
Ervaringen met Samen Beslissen, opfrissen kern en zakkaartje	15 min
Leerdoel voor vandaag	10 min
Keuze-instrumenten	10 min
Oefenen met keuze-instrument óf Proces van Samen Beslissen incl. instructie en nabespreken	45 min
Implementatie van Samen Beslissen	20 min
Pauze	20 min
Geluidsfragmenten consulten	20 min
Opdracht zinnen/vragen	20 min
Samen Beslissen in 'lastige' situaties	10 min
Oefenen met 'lastige' situatie incl. instructie en nabespreken	45 min
Hoe verder	10 min
Afsluiting	5 min
Totale tijdsduur training	240 min


Dia 3 Ervaringen met Samen Beslissen

Ervaringen met samen beslissen

- Wat zijn jullie ervaringen met samen beslissen tot nu toe?
- Wat gaat goed?
- Wat ben je na de eerste training anders gaan doen?
- Wat merk je aan je patiënten?
- Wat zijn leerpunten?

*We leren niet van
ervaren, maar
van reflectie op
ervaring.*

Naar John Dewey



De deelnemers aan de vervolgtraining hebben al eerder deelgenomen aan de basistraining. Er wordt kort de tijd genomen om ervaringen met het toepassen van Samen beslissen in de praktijk met elkaar uit te wisselen. Wat is men bijvoorbeeld anders gaan doen na de

basistraining? Waarom werkte dat wel of niet? Wat gaat goed? En wat is toch nog lastig?

Dia 4 Kern van Samen Beslissen

Kern van samen beslissen

- **Relatie**
zorgverlener - patiënt (en/of naasten) centraal
- **Experts**
zorgverlener: zorg, patiënt: leven
- **Samenspel**
Afwegen voor- en nadelen opties t.o.v. voorkeuren/ waarden/ zorgen patiënt essentieel



De kern van Samen beslissen wordt nog eens duidelijk herhaald om zo aan het begin van de training duidelijk te maken wat er ook alweer onder Samen beslissen verstaan wordt. Dit kan ook door de deelnemers te vragen naar wat zij eronder samen beslissen verstaan. Samen beslissen is dus een proces waarin zorgprofessional & patiënt samen beslissingen nemen over diagnostiek, behandelingen of begeleiding, op grond van (wetenschappelijke) kennis, klinische ervaring en de voorkeuren en

waarden van de patiënt. Hierbij staat de relatie tussen zorgprofessional en patiënt (en naaste) centraal. De zorgprofessional is de expert op het medisch inhoudelijke gebied en de patiënt de expert op het vlak van zijn/haar eigen leven. Samen wegen zij de voor- en de nadelen van beschikbare opties tegen elkaar af. In de beslissing wegen zowel de kennis en de klinische ervaring van de zorgprofessional als de voorkeuren en waarden van de patiënt (en naasten) mee.

Dia 5 Zakkaartje

SAMEN BESLISSEN MET PATIËNTEN MET CVA/NAH EN HUN NAASTEN	
STAP 0 - VOORBEREIDING	
Breng de wensen, beperkingen en gezondheidsdoelen in kaart	<ul style="list-style-type: none"> • Schat cognitieve en communicatieve vaardigheden in • Ga na wie betrokken is bij beslissing: patiënt en/of naasten
STAP 1 - KEUZE	
Vestig de aandacht op een keuze met meerdere opties. Help de patiënt om geïnformeerd de opties af te wegen.	<ul style="list-style-type: none"> • Benoem de opties neutraal en de gelijkwaardigheid ervan • Benoem dat de opties samenhangen met voorkeuren • Benoem dat het gaat om gezamenlijk besluit waarbij 'ik' 'u' steun ongeacht de keuze die 'u' maakt
STAP 2 - OPTIES	
Geef informatie over en toets begrip van de voor- en nadelen.	<ul style="list-style-type: none"> • Geef uitleg over de opties en de voor- en nadelen • Toets het begrip en vraag de informatie te herhalen
STAP 3 - VOORKEUREN	
Breng de voorkeuren m.b.t. de opties boven tafel.	<ul style="list-style-type: none"> • Vraag (door) naar voorkeuren, zorgen en verwachtingen • Relateer dit aan de opties met de voor- en nadelen • Vat samen en peil reactie van de patiënt
STAP 4 - BESLISSING	
Integreer de voorkeuren in een beslissing.	<ul style="list-style-type: none"> • Ga na of de patiënt het eens met het besluit • Vermeld dat de patiënt op het besluit kan terugkomen
STAP 5 - TERUGKIJKEN	
Kijk terug op uitkomst en proces van samen beslissen	<ul style="list-style-type: none"> • Ga na of patiënt tevreden is met de uitkomst, het gewenste resultaat bereikt wordt en of de voorkeuren veranderd zijn

Op basis van de 4 stappen van Samen beslissen is er een model ontwikkeld voor Samen beslissen met CVA-patiënten (in het kader van het project 'Samen beslissen in de CVA-revalidatie'). Als hulpmiddel om het model te kunnen toepassen in de praktijk is er een zakkaartje ontwikkeld, met daarop de stappen en bij elke stap de aandachtspunten die aan bod moeten komen tijdens het consult. Bij elke stap zijn voorbeeldzinnen geformuleerd, zie de achterkant.

In eerste instantie is het handig om deze stappen in deze volgorde aan te houden, zodat je **optimale structuur** biedt in het gesprek en je zeker weet dat je niets vergeet. Als je Samen beslissen beter in de vingers krijgt, zul je merken dat de stappen niet altijd in deze volgorde aan de orde komen. Het model en de stappen op het zakkaartje kunnen in de praktijk dus dynamischer zijn. De deelnemers kan gevraagd worden naar welke ervaringen zij al hiermee hebben opgedaan.

Dia 6 Leerdoel voor vandaag

Leerdoel voor vandaag

Wat is jullie leerdoel voor deze training?

Bijv.

- Na vandaag weet ik ...
- Na vandaag kan ik ...
- Na vandaag heb ik geoefend met ...

Schrijf het voor jezelf op en deel het met buurman/vrouw



Begin met een voorstelronde.

Deelnemers hebben vooraf nagedacht over het formuleren van een eigen leerdoel en dit waarschijnlijk ingestuurd. Verhelder, inventariseer gezamenlijk en maak in overleg keuzes om daar eventueel de training daarop aan te passen.

Dia 7 Keuze-instrumenten

Keuze-instrumenten

Keuzekaart of consultkaart

- Overzicht van opties, voor- en nadelen per optie
- Tijdens consult bespreken

Keuzehulp: website, folder, boekje

- Coacht patiënt bij besluitvorming
- Informatie over aandoening
- Uitgebreide informatie over opties, voor- en nadelen per optie, kansen
- Helpt waarden en persoonlijke voorkeuren te verhelderen
- Als voorbereiding op volgende consult
- Als naslag meegeven

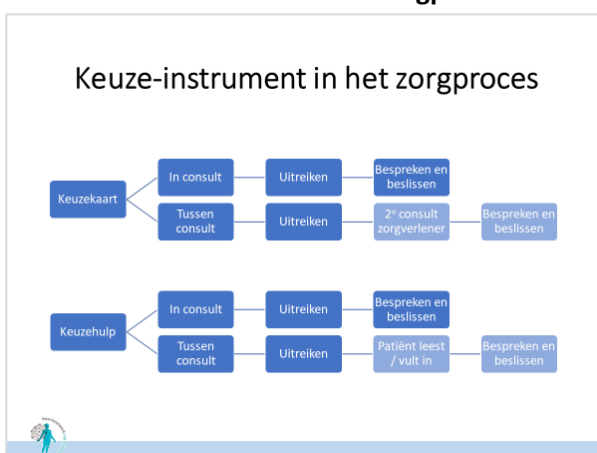



Er zijn verschillende soorten keuze-instrumenten die ondersteunend kunnen zijn aan het proces van Samen beslissen. De bekendste keuze-instrumenten zijn:

Keuzekaart of consultkaart: dit is een beknopt overzicht waarin de verschillende opties worden genoemd. Hierbij is per optie aangegeven wat de mogelijke voor- en nadelen kunnen zijn. De consultkaart wordt vaak tijdens het consult met de patiënt besproken om zo de opties beter uit te leggen.

Keuzehulp: geeft overzicht over de aandoening of het probleem. Daarnaast wordt er uitgebreide informatie gegeven over de mogelijke opties, de voor- en nadelen per optie en eventuele kansen daarop. Ook helpen keuzehulpen om de waarden en persoonlijke voorkeuren te verhelderen. Een keuzehulp wordt vaak als voorbereiding op een volgend consult meegegeven. De patiënt neemt de keuzehulp dan in zijn/haar eigen tempo zelf door en komt vervolgens bij de zorgprofessional terug om gezamenlijk de keuzehulp te bespreken en een beslissing te nemen.

Dia 8 Keuze-instrument in het zorgproces



Keuze-instrumenten kunnen op verschillende manieren ingezet worden.

Keuzekaart:

In consult: de keuzekaart wordt tijdens het consult met de patiënt besproken en vervolgens kan er een beslissing genomen worden.

Tussen consulten: de keuzekaart wordt geïntroduceerd en besproken. De patiënt komt vervolgens later op een tweede consult waarin de keuzekaart nogmaals besproken kan worden en er een beslissing genoemd kan worden.

Keuzehulp:

In consult: de keuzehulp wordt tijdens het consult met de patiënt ingevuld of doorgenomen en vervolgens kan er een beslissing genomen worden.

Tussen consulten: de keuzehulp wordt geïntroduceerd door de zorgprofessional. De patiënt neemt de keuzehulp thuis in zijn/haar eigen tempo door. Vervolgens komt de patiënt op een tweede consult waarin de zorgprofessional de ingevulde keuzehulp met de patiënt bespreekt en zij samen een beslissing nemen.

Dia 9 Gebruik keuze-instrument

Gebruik keuze-instrument

Vorbereiding

- Bekijk keuze-instrument, zijn alle opties relevant voor patiënt
- Als er ≤ 3 opties zijn: alle opties bespreken
- Als > 3 opties zijn:
 - ≤ 3 opties bespreken op basis van doelen patiënt (zakkaartje stap 0)
 - Opties globaal categoriseren
 - Bijv. opties aan huis / in de buurt vs. opties verder weg
 - Bijv. medicijnen nemen vs. leefstijl opties
 - Bijv. alleen of in een groep oefenen
 - Opties bespreken in meerdere sessies

Tijdens consult

- Schrijf mee: opties, voor- en nadelen, voorkeuren → meegeven aan patiënt

Voor juist gebruik van een keuze-instrument in de praktijk is het zinvol dat de zorgprofessional het keuze-instrument bekijkt en bekijkt of alle opties relevant zijn voor de patiënt. Als er minder dan 3 opties zijn, dan worden alle opties besproken. Mochten er meer dan 3 opties zijn, dan kan er een selectie gemaakt worden van de opties die als eerste besproken zullen worden. Deze selectie kan plaatsvinden op basis van de van doelen patiënt (zakkaartje stap 0).

Eventueel kunnen de opties ook globaal in categorieën worden ingedeeld (Bijv. opties aan huis / in de buurt vs. opties verder weg, medicijnen nemen vs. leefstijl opties, alleen of in een groep oefenen). De andere opties kunnen in een volgende sessie besproken worden.

Dia 10 Oefenen met keuze-instrument

Oefenen met keuze-instrument

- Vorm groepjes van 3
- **5 min:** taken verdelen en rol voorbereiden
 - Rollen: patiënt / zorgverlener / observator (evt. naaste)
 - Zorgverlener: Welke opties zie ik en wil ik bespreken? **NB max 3!**
 - Patiënt/naaste: Wat is voor mij belangrijk?
- **10 min:** gesprek voeren
- **10 min:** feedbackronde
 - Ervaring behandelaar: wat ging goed? wat vond je lastig?
 - Ervaring patiënt/naaste: hoe heb ik het gesprek ervaren? *gevoel*
 - Observator: geeft feedback in *gedragstermen*

In deze oefening gaan de deelnemers zelf gesprekken voeren om de Samen beslissen m.b.v. een keuze-instrument te oefenen. Het is de bedoeling dat iedereen een keer aan de beurt komt tijdens een van de oefenrondes. Zie de dia voor de instructies. Er staat een tijdsverdeling op de dia's, zodat de deelnemers zelf verantwoordelijk worden voor hun leerproces. Je kan dit als trainer ondersteunen door de tijd bij te houden en een seintje te

geven wanneer gewisseld moet worden naar een volgende stap en wanneer de tijd voor een stap bijna verstreken is. Bv. “Er zijn nog een paar minuten voor de feedbackronde, zijn de ervaringen van de behandelaar, patiënt/naaste al afgerond?” Er worden kleine groepjes gevormd van minimaal drie en maximaal vier deelnemers per groepje, waarbij de rollen voor zorgprofessional, patiënt en observator altijd worden ingevuld. Indien er een groepje van vier is, kan deze persoon de naaste spelen of een tweede observator zijn. Degene met de rol van zorgprofessional bepaalt welke voorkeursgevoelige situatie hij/zij wil oefenen. Daarbij kan worden uitgegaan van een eigen recente casus waarbij Samen beslissen werd toegepast, of had kunnen worden toegepast. Of er wordt uitgegaan van een van de oefencasussen die in de presentatie zijn opgenomen (de trainer kan ook zelf standaardcasussen bedenken). Degene met de rol van zorgprofessional bedenkt welke behandel-/zorgopties er zijn en beperkt deze tot maximaal drie. De patiënt (evt. de naaste) bedenkt wat voor hem/haar als patiënt belangrijk zou zijn.



Na het voeren van het gesprek bespreken de groepjes onderling na. Daarbij komt eerst de zorgprofessional aan het woord (Wat ging goed? Wat vond je lastig?). Daarna de ervaringen van de patiënt en evt. de naaste (Hoe heb je het gesprek ervaren? Hierbij gaat het om je gevoel. Voelde je je gehoord, veilig, gelijkwaardig of juist niet, enz.). Tenslotte geeft de observator feedback in gedragstermen (ik hoor/zie dat ... en dat heeft als effect ...; je stelde een open/gesloten vraag en toen ...; je lichaamshouding ...).

De oefening kun je zien als een les in autorijden. Daarbij loop je de stappen van het consult door in een bepaalde volgorde en iedere stap wordt ook benoemd in de nabespreking. Als de tijd het toelaat volgt er nog een oefenronde, waarbij de deelnemers van rol wisselen.

Dia 11 Inzoomen op proces van Samen Beslissen

Inzoomen op proces van samen beslissen

- Vorm tweetallen
- Leg de opties uit
- 10 min uitleggen, 5 min nabespreken
- Wissel om
- N.B. gaat om **proces** van samen beslissen
- Totaal 30 min, bewaak zelf de tijd



In deze oefening gaat het met name om inzoomen op het **proces** van Samen beslissen (niet de inhoud!) en om iedereen aan de beurt te laten komen.

Dia 12 Casus 1: welke zorg 2 mnd. na ontslag?

Casus 1: welke zorg 2 mnd na ontslag?

- Mevrouw weduwe van 74 jaar met CVA waardoor hemiparese
- Lopen is verslechterd met recent aantal vallen waardoor valangst
- HA betrokken via POH somatiek die fysiotherapie startte
- Welke behandelopties kun je mevrouw geven en welke keuze is er qua behandellocatie?



In deze basispresentatie staan dezelfde casus in de vervolg- en basistraining. Zorg ervoor regelmatig nieuwe casus te gebruiken, zodat deelnemers niet een 'oude' casus krijgen. Laat deelnemers een casus inbrengen van te voren.

Dia 13 Casus 2: vervoer

Casus 2: vervoer

- 55 jarige man met CVA, getrouwd
- Dhr is beperkt mobiel, kan max. 1 km lopen met hulpmiddel
- Dhr heeft vaker kort lontje, met name na drukke dag
- Dhr vindt zichzelf niet veranderd
- Mw werkt en kan dhr niet altijd vervoeren
- Welke mogelijkheden zijn er voor vervoer buitenshuis?



Idem opm. bij Dia 12; ververs regelmatig je casus.

Dia 14 Reflectie op de oefenrondes – plenair

Reflectie op de oefenronde – plenair

- Wat viel op?
- Wat ging goed?
- Waar loop je tegen aan?



Nadat de groepjes onderling hebben nabesproken, wordt de oefening ook plenair nabesproken. Tips en inzichten worden op een *flip-over* of *whiteboard* genoteerd. N.B. Aandacht geven aan de verschillende perspectieven en de stappen.


Dia 15 Implementatie Samen Beslissen

Implementatie samen beslissen

Centrale vraag: **Hoe ziet het proces van samen beslissen er uit?**

Per voorkeursgevoelige beslissing:

1. Wie zijn er betrokken bij de voorkeursgevoelige beslissing?
 - o Welke disciplines / zorgverleners?
2. Wie introduceert de voorkeursgevoelige beslissing?
3. Wie presenteert de opties?
4. Wie neemt de uiteindelijke beslissing samen met de patiënt?



Goede opdracht voor als er teams of afdelingen aan de training deelnemen.

Met elkaar gaan de deelnemers afspraken maken over proces van Samen beslissen in hun eigen team/organisatie (belangrijk voor implementatie: weten, kunnen, willen).


Dia 16 Pauze

Pauze

Dia 17 Geluidsfragmenten consulten

Geluidsfragmenten consulten

- Geluidsfragment van consult ...
- Wat hoor je?
- Welk effect heeft dat?
- Hoe het anders zou kunnen?



Ter voorbereiding op de trainingen krijgen de deelnemers de opdracht een opname te maken van een consult, waarin een keuzedilemma besproken wordt. Deze geluidsopname wordt voor de training geanalyseerd met behulp van de *OPTION5*/zakaartje. Gedeeltes van de opname kunnen **met** toestemming van de patiënt en de betrokken zorgprofessional gebruikt worden in het kader van de training. De zorgprofessional die de opname maakt, zorgt ervoor dat er een toestemmingsformulier ondertekend wordt.

De trainer zal de geluidsopname op een 'USB ontvangen' en geen kopieën maken. De 'USB' dient vervolgens weer bij de deelnemer ingeleverd te worden.

Reflectie opnames tijdens training: Voordat de opname beluisterd wordt tijdens de training wordt er duidelijk vermeld door de trainer dat:

- Er toestemming is van de patiënt, naaste(n) en de betrokken zorgprofessional om dit gesprek te gebruiken voor trainingsdoeleinden;
- Je erg dankbaar bent dat je de opname mag gebruiken en dat iemand zich kwetsbaar heeft durven opstellen om de opname te gebruiken. Het nooit makkelijk is om jezelf terug te horen;
- Het doel van de geluidsopnames is om er samen van te leren. Er is geen goed of fout.
- Je de deelnemers vraagt:
 - o Om de opname met respect en vertrouwelijk te behandelen; en
 - o Feedback te geven op concreet gedrag en hoe ze het zelf ervaren;
 - o Om te vertellen wat ze horen, wat er goed gaat en daarna pas wat voor een effect dat heeft en wat wellicht anders zou kunnen.


Dia 18 Opdracht: zinnen/vragen

Opdracht: zinnen/vragen

Welke zinnen of vragen kunnen het proces van samen beslissen in de spreekkamer bevorderen?

- Vorm groepjes van 2-3
- **20 min:** Bedenk per stap een aantal zinnen of vragen

Stap 0: Voorbereiding
Stap 1: Keuze
Stap 2: Opties
Stap 3: Voorkeuren
Stap 4: Beslissing
Stap 5: Terugkijken



In deze opdracht bedenken de deelnemers zelf een aantal zinnen of vragen die het proces van Samen beslissen in de spreekkamer kunnen bevorderen. Zie de dia voor de instructies. Er staat een tijdsverdeling op de dia's, zodat de deelnemers zelf verantwoordelijk worden voor hun leerproces.

Er worden kleine groepjes gevormd van twee-drie personen per groepje.

Vervolgens bedenken de deelnemers zelf welke zinnen of vragen het proces van Samen


beslissen zouden kunnen ondersteunen. Eventueel kan afgesproken worden dat elke groepje een aantal zinnen/vragen bedenkt voor een bepaalde stap of een zin voor elke stap.

Dia 19 Wat als ... een patiënt niet kan of wil meebeslissen?


Wat als ... een patiënt niet kan of wil meebeslissen?

Verschillende oorzaken

- Patiënt is een twijfelaar
- Patiënt kan cognitief niet mee beslissen
- Patiënt ontkent het probleem
- Patiënt kan niet bepalen wat belangrijk is
- Patiënt overziet het niet
- Patiënt wil dat de arts een beslissing neemt
- Patiënt durft zich niet te uitten
- Patiënt heeft onrealistische voorkeuren of verwachtingen t.a.v. de behandeling



Hoe gaan je hier mee om in een 'gewoon' consult?
Hoe pas je je communicatie aan?



Soms komt het voor dat een patiënt niet mee wilt of kan beslissen. Dit kan verschillende oorzaken hebben (afhankelijk van de situatie van de patiënt). Sommige van deze oorzaken kunnen ook veroorzaakt worden door het CVA.

Een aantal voorbeelden van deze oorzaken zijn:


- Patiënt is een twijfelaar;
- Patiënt kan cognitief niet mee beslissen;
- Patiënt ontkent het probleem;
- Patiënt kan niet bepalen wat belangrijk is;
- Patiënt overziet het niet;
- Patiënt wil dat de arts een beslissing neemt;
- Patiënt durft zich niet te uitten;
- Patiënt heeft onrealistische voorkeuren of verwachtingen t.a.v. de behandeling.

De trainer vraagt bij de deelnemers na of dit herkenbaar is in de praktijk en hoe men hier mee omgaat als dit zich voordoet. Hoe passen de deelnemers bijvoorbeeld de communicatie aan? En welke andere tips hebben ze?

Dia 20 Tips voor 'lastige' situaties

Tips voor 'lastige' situaties

- Teruggrijpen op rol van de patiënt (stap 0)
 - Welke rol kan en wil de patiënt hebben?
 - Is de patiënt in staat om mee te denken?
 - Kan de naaste een rol spelen?
- Teruggrijpen op de opties (stap 2) of de voorkeuren/voor- en nadelen (stap 3)
 - Vragen naar belangrijkste doelen
 - Vragen naar belangrijkste voorkeuren, zorgen en verwachtingen
 - Stapsgewijs de voor- en nadelen bespreken



Als een 'lastige' situatie zich voordoet tijdens een gesprek, dan kunnen de volgende tips mogelijk helpen om het gesprek verder te voeren. Zo kan het helpen om terug te grijpen op de rol van de patiënt (stap 0 uit het model). De volgende vragen kunnen daarbij helpen: Welke rol kan en wil de patiënt hebben? Is de patiënt in staat om mee te denken? Kan de naaste een rol spelen?


Het kan ook helpen om nog eens te kijken naar de opties (stap 2 uit het model) of de voorkeuren

en voor- en nadelen (stap 3 uit het model). Zo kun je bijvoorbeeld vragen naar de belangrijkste doelen van de patiënt, de belangrijkste voorkeuren, zorgen en verwachtingen of nog eens stapsgewijs de voor- en nadelen met de patiënt bespreken.

Dia 21 Oefenen met een 'lastige' situatie

Oefenen met een 'lastige' situatie

- Vorm groepjes van 3 (evt. 4)
- Denk terug aan een gesprek met een patiënt
- **5 min:** taken verdelen en rol voorbereiden
 - Rollen: patiënt / zorgverlener / observator (evt. naaste)
 - Zorgverlener: Welke opties zie ik en wil ik bespreken? **NB max 3!**
 - Patiënt/naaste: Wat is voor mij belangrijk?
- **10 min:** gesprek voeren
- **10 min:** feedbackronde
 - Ervaring behandelaar: wat ging goed? wat vond je lastig?
 - Ervaring patiënt/naaste: hoe heb ik het gesprek ervaren? *gevoel*
 - Observator: geef feedback in *gedragstermen*



In deze oefening gaan de deelnemers zelf gesprekken voeren om de stappen van Samen beslissen in een 'lastige' situatie te oefenen. Het is de bedoeling dat iedereen een keer aan de beurt komt tijdens een van de oefenrondes. Zie de dia voor de instructies. Er staat een tijdsverdeling op de dia's, zodat de deelnemers zelf verantwoordelijk worden voor hun leerproces.

Er worden kleine groepjes gevormd van minimaal drie en maximaal vier deelnemers per groepje, waarbij de rollen voor zorgprofessional, patiënt en observator altijd worden ingevuld. Indien er een groepje van vier is, kan deze persoon de naaste spelen of een tweede observator zijn. Degene in de rol van zorgprofessional bepaalt bij welke 'lastige' situatie hij/zij wil oefenen met het toepassen van Samen beslissen. Bij het kiezen van deze 'lastige' situatie kan hij/zij kiezen uit een van de situaties op dia 19 of eventueel zelf een 'lastige' situatie inbrengen. Hij/zij bedenkt welke behandel-/zorgopties er zijn en beperkt deze tot maximaal 3. De patiënt (evt. de naaste) bedenkt wat voor hem/haar als patiënt belangrijk zou zijn.

De zorgprofessional oefent het gesprek aan de hand van het zakkaartje.

Na het voeren van het gesprek bespreken de groepjes onderling na. Daarbij komt eerst de zorgprofessional aan het woord (Wat ging goed? Wat vond je lastig?). Daarna de ervaringen van de patiënt en evt. de naaste (Hoe heb je het gesprek ervaren? Hierbij gaat het om je gevoel. Voelde je je gehoord, veilig, gelijkwaardig of juist niet, enz.). Tenslotte geeft de observator feedback in gedragstermen (ik hoor/zie dat ... en dat heeft als effect ...; je stelde een open/gesloten vraag en toen ...; je lichaamshouding ...).

De oefening kun je zien als een les in autorijden. Daarbij loop je de stappen van het consult door in een bepaalde volgorde en iedere stap wordt ook benoemd in de nabespreking.

Als de tijd het toelaat volgt er nog een oefenronde, waarbij de deelnemers van rol wisselen.

Dia 22 Reflectie op de oefenronde – plenair

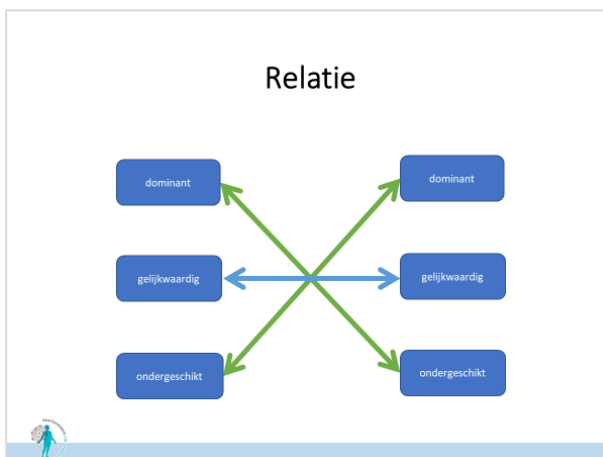
Reflectie op de oefenronde – plenair

- Wat viel op?
- Wat ging goed?
- Waar loop je tegen aan?



Nadat de groepjes onderling hebben nabesproken, wordt de oefening ook plenair nabesproken. Tips en inzichten worden op een *flip-over* of *whiteboard* genoteerd.

Dia 23 Relatie



Reflectie kan ook gebeuren door naar de 'relatie' te kijken. Dit is een van de communicatieniveaus die in alle communicatie aan de orde zijn. De manier waarop (niet) gecommuniceerd wordt op deze niveaus, beïnvloedt de effectiviteit van de communicatie en besluitvorming. Op het communicatieniveau 'relatie' wisselen de zorgprofessional en de patiënt van positie (dominant – ondergeschikt) tijdens het consult.

1. Zorgprofessional in de dominante rol en

patiënt in de ondergeschikte rol: de zorgprofessional zal hier de leiding nemen. Hierbij kan de zorgprofessional medisch-inhoudelijke kennis overdragen op de patiënt. De patiënt zit hier meer in de onderschikte rol en zal voornamelijk informatie opnemen.

2. Patiënt in de dominante rol en zorgprofessional in de ondergeschikte rol: Hierbij zal de patiënt meer de leidende rol hebben. De patiënt kan vertellen hoe hij/zij in het leven staat, wat belangrijk is en welke wensen, zorgen en verwachtingen men heeft. Soms kan het helpen als de zorgprofessional ook bewust de onderschikte rol aanneemt en de patiënt dus ook de gelegenheid biedt om in de dominante positie te komen. Daarnaast kan de zorgprofessional de patiënt ook prikkelen door bijvoorbeeld open vragen aan de patiënt te stellen.
3. De patiënt en de zorgprofessional hebben een gelijkwaardige rol: beide kanten kennen elkaars perspectief, waardoor er op een gelijkwaardig niveau een gezamenlijk besluit genomen kan worden die het beste aansluit bij de wensen van de patiënt.

Dia 24/25 Hoe verder? en Evaluatie (zie basistraining)

Het beste advies voor de implementatie van Samen beslissen is om een doel te formuleren en vooral te gaan starten. Stimuleer de deelnemers om de theorie zo snel mogelijk in de praktijk te brengen. Begin klein (focus bijvoorbeeld op bepaalde stappen van Samen beslissen) en durf te experimenteren met de manier van communiceren. Probeer bijvoorbeeld vaker een open vraag te stellen of '*teach back*' toe te passen). Daarnaast helpt reflectie en actie.

Reflecteer op het eigen handelen of bespreek de toepassing van samen beslissen met collega's (aan de hand van geluidsopnames en/of het zakkaartje). Ken je sterktes/zwaktes, ook als team. Daarnaast is het behulpzaam als deelnemers samen met collega's of hun team de (verbeter-)acties plannen die nodig zijn om samen beslissen te implementeren.


Vanuit de evaluatiestudie is bekend dat het voor de uitrol van samen beslissen belangrijk is dat binnen de organisatie ambassadeurs beschikbaar zijn die samen beslissen promoten. En dat die ambassadeurs van de organisatie de ruimte krijgen om samen beslissen te promoten en te stimuleren in de organisatie.

De training wordt kort geëvalueerd. Eventueel (afhankelijk van de tijd) worden de belangrijkste inzichten of geleerde vaardigheden met elkaar gedeeld. Stel daarvoor de volgende vragen aan de deelnemers:

- Wat is het belangrijkste dat je vandaag geleerd hebt? Inzicht, *eye opener*, nieuwe vaardigheid?
- Formuleer een doel om Samen beslissen toe te passen. Deel je doel met je buurman of buurvrouw. Dit helpt je om je doel ook daadwerkelijk tot uitvoering te brengen.

5 Bijlagen

5.1 Zakkaart én inspirerende zinnen

 SAMEN BESLISSEN MET PATIËNTEN MET CVA/NAH EN HUN NAASTEN	
STAP 0 - VOORBEREIDING <i>Breng de wensen, beperkingen en gezondheidsdoelen in kaart</i>	<ul style="list-style-type: none">• Schat cognitieve en communicatieve vaardigheden in• Ga na wie betrokken is bij beslissing: patiënt en/of naasten
STAP 1 - KEUZE <i>Vestig de aandacht op een keuze met meerdere opties. Help de patiënt om geïnformeerd de opties af te wegen.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Benoem de opties neutraal en de gelijkwaardigheid ervan• Benoem dat de opties samenhangen met voorkeuren• Benoem dat het gaat om gezamenlijk besluit waarbij 'ik' 'u' steun ongeacht de keuze die 'u' maakt
STAP 2 - OPTIES <i>Geef informatie over en toets begrip van de voor- en nadelen.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Geef uitleg over de opties en de voor- en nadelen• Toets het begrip en vraag de informatie te herhalen
STAP 3 - VOORKEUREN <i>Breng de voorkeuren m.b.t. de opties boven tafel.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vraag (door) naar voorkeuren, zorgen en verwachtingen• Relateer dit aan de opties met de voor- en nadelen• Vat samen en peil reactie van de patiënt
STAP 4 - BESLISSING <i>Integreer de voorkeuren in een beslissing.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ga na of de patiënt het eens met het besluit• Vermeld dat de patiënt op het besluit kan terugkomen
STAP 5 - TERUGKIJKEN <i>Kijk terug op uitkomst en proces van samen beslissen</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ga na of patiënt tevreden is met de uitkomst, het gewenste resultaat bereikt wordt en of de voorkeuren veranderd zijn

Onderstaande zinnen zijn bedoeld voor zorgprofessionals ter inspiratie voor het gesprek waarin samen met de patiënt (en zijn naaste) een beslissing over een behandeling wordt genomen. Deze zinnen zijn verzameld tijdens de trainingen in vijf CVA-zorgketens én komen ook uit de geluidsopnames van gesprekken die aangeleverd zijn door de vijf teams. De zinnen zijn geformuleerd in 'spreektaal' en zijn om die reden vaak minder precies dan geschreven tekst. Voor de stappen 0-4 in het proces van gedeelde besluitvorming zijn enkele voorbeeldzinnen gemaakt.

STAP 0 – VOORBEREIDING

Breng de wensen, beperkingen en gezondheidsdoelen in kaart. Schat cognitieve en communicatieve vaardigheden in. Ga na wie betrokken is bij de beslissing.

- Hoe gaat het met het doen van ...? Heeft u hulp nodig?
- Wilt u uw vrouw/dochter of iemand anders vragen om met u mee te denken over de beslissing?
- Wat wilt u graag (nog) verbeteren?
- Waar wilt u nog aan werken?
- Tegen welke probleem loopt u aan? Wanneer speelt het?
- Wat betekent herstel voor u?
- Wat heb je nodig om je beter te voelen?

STAP 1 – KEUZE

Vestig de aandacht op een keuze met meerdere opties. Help de patiënt om geïnformeerd de opties af te wegen. Benoem de opties neutraal en de gelijkwaardigheid ervan. Benoem dat de opties samenhangen met de voorkeuren. Benoem dat het gaat om gezamenlijk besluit waarbij ik u steun ongeacht de keuze die u maakt.

- Ik wil graag met u bespreken wat de mogelijkheden zijn.
- Het kan lastig zijn om te kiezen en we gaan samen kijken wat voor u de beste keuze is.
- We gaan samen kijken welke mogelijkheid het beste bij u past.

- U heeft een keuze en er is geen goede of foute keuze (wat de beste keuze is, hangt van u af).
- [Bij het presenteren van de algemene keuzehulp] Vindt u het prettig om deze keuzehulp te gebruiken?
- U mag ook meerdere dingen kiezen.
- Er zijn dus verschillende mogelijkheden. Belangrijk is dat we samen tot een besluit komen die goed past bij uw wensen.

STAP 2 - OPTIES

Geef informatie over en toets begrip op voor- en nadelen. Geef uitleg over de opties en de voor- en nadelen. Toets het begrip en vraag de informatie te herhalen.

- Zullen we samen een overzicht maken van de mogelijkheden?
- Welke mogelijkheden heeft u zelf al bedacht of onderzocht?
- We nemen samen de mogelijkheden door en kijken wat de voor- en nadelen voor u kunnen zijn.
- Er zijn verschillende mogelijkheden en ik wil met u bespreken wat de gevolgen zijn voor u.
- [Bij een patiënt met afasie] Er zijn meerdere opties. Ik schrijf met u de voor- en nadelen op.
- [Als een patiënt zelf voor- en nadelen heeft opgenoemd van de verschillende mogelijkheden] Vind u het goed als ik ook nog wat voor- en nadelen noem die ik (vanuit mijn professie) ken?
- Ik wil graag weten of *ik* het duidelijk heb uitgelegd. Kunt u herhalen wat we besproken hebben?
- Kunt u mij in uw eigen woorden terug vertellen wat we besproken hebben? Dan weet ik of ik nog iets moet uitleggen.

STAP 3 - VOORKEUREN

Breng de voorkeuren m.b.t. de opties boven tafel. Vraag door naar voorkeuren, zorgen en verwachtingen. Relateer dit aan de opties met de voor- en nadelen. Vat samen en peil reacties van de patiënt/naaste.

- We hebben het net zo over de mogelijkheden gehad? Wat vindt u ervan? Wat zou u willen?
- Welke mogelijkheden spreekt u nu het meeste aan? Wat is de reden hiervoor?
- Welke mogelijkheid zou voor u het meeste op kunnen leveren?
- Wat verwacht u dat het u oplevert?
- Welke van de besproken mogelijkheden heeft uw voorkeur?
- Wat vindt u een belangrijk voor- of nadeel?
- Bij welke mogelijkheid geeft u het beste gevoel?
- Waarover maakt u zich zorgen als u dit zo hoort?

Stap 4 – BESLISSING

Integreer de voorkeuren in een beslissing. Ga na of de patiënt het eens is met het besluit. Vermeld dat de patiënt op het besluit kan terugkomen.

- Begrijp ik het goed dat u hiervoor kiest? Klopt dat?
- U kunt terugkomen op uw keuze.
- Het is veel informatie. U hoeft niet vandaag te beslissen.
- [Actie benoemen zodat het voor de patiënt helder is]
- U mag ook meerdere dingen kiezen.
- Is er al een optie die meteen afvalt?
- Heb ik nu goed begrepen dat u kiest voor... omdat u (niet) prettig vindt ...?
- Klopt het dat u kiest voor..., als ik u zo hoor?
- U heeft nu dit besloten, maar u mag hier altijd op terugkomen.

5.2 Model van Samen Beslissen met patiënten met CVA/NAH en hun naasten

Samen beslissen met CVA-patiënten en/of hun naasten

Stappen en aandachtspunten

0. Voorbereiding

- Wensen, beperkingen, gezondheidsdoelen in kaart
- Gezondheidsdoelen prioriteren en keuze-dilemma bepalen
- Cognitieve en communicatieve vaardigheden inschatten
- Betrokkenen en rolverdeling bij samen beslissen: patiënt en/of naasten

Uitkomst: Duidelijkheid over uitgangssituatie en betrokkenen

1. Keuze

- Keuze waarvoor meerdere opties bestaan
- Uitvragen aan welke opties patiënt al denkt
- Maximaal 3 opties tegelijk aanbieden; meerdere opties gelaagd aanbieden
- Opties neutraal presenteren
- Voorkeuren van de patiënt en/of naasten zijn belangrijk voor de beslissing
- Gezamenlijk besluit waarbij zorgverlener patiënt en/of naasten ondersteunt

Uitkomst: Duidelijkheid over keuze-dilemma en wijze van besluitvorming

2. Opties en voor- en nadelen

- Uitleg opties met voor- en nadelen inclusief kansen op voor- en nadelen, uitgaande van de capaciteiten van de patiënt en van wat patiënt en/of naaste al weet
- Gestructureerde uitleg ondersteund met beeldmateriaal of steekwoorden
- Cognitieve en communicatieve vaardigheden ondersteunen
- Toetsing begrip patiënt en/of naasten

Uitkomst: Overzicht van opties en voor- en nadelen

3. Voorkeuren

- Ondersteunen bij verwoorden van voorkeuren, verwachtingen en zorgen in relatie tot de opties
- Concretiseren van de voorkeuren, verwachtingen en zorg zodat patiënt deze kan waarderen

Uitkomst: Duidelijkheid over voorkeuren van patiënt en/of naaste

4. Beslissing

- Samenvatting van opties en integratie en voorkeuren
- Beslissing nemen of expliciet uitstellen

Uitkomst: Overeenstemming over besluit en registratie in patiëntendossier

5. Terugkijken

- Aandacht voor de uitkomst en voorkeuren in relatie tot het keuze-dilemma
- Aandacht voor prioritering beperkingen
- Aandacht voor het proces van gedeelde besluitvorming

Uitkomst: Duidelijkheid over wat wel werkt en wat niet en wat zo nodig moet worden aangepast

Algemene principes

- Patiënt neemt bij voorkeur naaste mee naar gesprek
- Evenwichtig communiceren met patiënt en naaste
- Stimulans om te participeren
- Mondelinge informatie ondersteunen met figuren / schema's / steekwoorden / aantekeningen
- Per stap samenvatten
- Per stap terugkijken naar vorige stap en vooruit kijken naar volgende stap
- Per stap nagaan of patiënt het nog aan kan en zo nodig vervolgspraak plannen
- Biedt ruimte bij (deregulatie van) emoties

Aangepast naar Stiggelbout (2015), Van de Pol (2017), Groen-van de Ven (2016)

Uitleg bij het model voor samen beslissen met CVA-patiënten en hun naasten.

Algemene principes

- De zorgprofessional vraagt de CVA-patiënt om een naaste mee te nemen naar het consult. De zorgverlener maakt duidelijk dat de keuzen voor behandeling primair die van de patiënt betreffen en niet die van de naaste zelf. Het gesprek kan eventueel alleen met de naaste gevoerd worden, wanneer de patiënt dit uitdrukkelijk wenst of bij volledige wilsonbekwaamheid van de patiënt. In dat geval is alleen sprake van samen beslissen als de patiënt later, geïnformeerd door de naaste of een andere alsnog goed geïnformeerd een keuze kan maken. Bij een volledig wilsonbekwame patiënt, is sprake van samen beslissen als de naaste in staat is zijn eigen perspectief van het perspectief van de patiënt te scheiden en het perspectief van de patiënt adequaat voor het voet licht kan brengen.
- De zorgprofessional communiceert neutraal over de behandelopties met de patiënt én met de naaste en betreft beide gesprekspartners in het proces van samen beslissen in zoverre de patiënt geïnformeerd wil worden.
- Vanwege mogelijk initiatief verlies na een CVA stimuleert de zorgprofessional de patiënt om te participeren in het proces van samen beslissen. Dit kan bijvoorbeeld door bedenktijd te creëren en doorvragen.
- De zorgprofessional ondersteunt de mondelinge informatie met figuren / schema's / steekwoorden / aantekeningen en geeft deze mee aan de patiënt. Dit ondersteunt het begrijpen door de patiënt en faciliteert het uiten van wensen en voorkeuren.
- De zorgprofessional vat na elke stap samen wat er besproken is en gaat na of de patiënt het heeft begrepen (via *teach-back*) en de informatie kan plaatsen in zijn eigen situatie.
- De zorgprofessional kijkt per stap terug naar de vorige stap en vooruit naar de volgende stap.
- De zorgprofessional gaat bij elke stap na of de patiënt het nog aan kan en plant zo nodig een vervolgspraak in. Meerdere momenten zijn nodig vanwege korte tijdsparren van aandacht en vanwege vermoeidheid. Dit is ook afhankelijk van het type keuze.
- De zorgprofessional bespreekt met de patiënt wat te doen bij een eventuele deregulatie van emoties. Een CVA-patiënt kan depressief of plotseling labiel zijn. Deze omstandigheden beïnvloeden het proces van samen beslissen.

Stap 0. Voorbereiding

- Ter voorbereiding op het proces van samen beslissen brengt de zorgprofessional in kaart welke wensen en beperkingen de patiënt heeft en daarnaast welke doelen (voor gezondheid) hij of zij heeft.
- De patiënt en/of naaste geeft aan wat belangrijk is in zijn of haar leven, waar hij of zij het over willen hebben met de zorgprofessional, prioriteert doelen en bepaalt welk dilemma aan de orde is. Hij of zij wordt hierbij ondersteund door de zorgprofessional.
- De zorgprofessional maakt een inschatting van de cognitieve en communicatieve vaardigheden van de patiënt, hierbij gaat het zowel om informatie te begrijpen en te verwerken als om zich te kunnen uiten.
- Indien nodig, wordt een logopedist ingeschakeld om de gespreksvoering te ondersteunen.
- De zorgprofessional gaat na wie betrokken zijn bij samen beslissen.
- De uitkomst van deze voorbereiding is dat de zorgprofessional een duidelijk beeld heeft van uitgangssituatie van de patiënt en zijn naaste. Hierbij is het van belang te begrijpen welke betekenis de te maken keuze heeft in de grotere context en leven van de patiënt en zijn naasten

- Per gesprek wordt ook bepaald met wie het gesprek gevoerd wordt; met de patiënt alleen, met de patiënt en naaste, met welke zorgprofessionals. Hierbij wordt rekening gehouden met het aantal prikkels en gesprekspartners dat voor een patiënt te hanteren is. **Stap 1. Keuze**
- De zorgprofessional maakt de patiënt duidelijk dat er een keuze aan de orde is waarvoor meerdere opties bestaan.
- De zorgprofessional vraagt de patiënt en/of naaste of deze al denkt aan bepaalde optie of welke optie al is uitgetoet. (Het is minder belastend voor de patiënt als geen onnodige opties worden besproken). De zorgprofessional zal een afgewezen opties alsnog benoemen als deze denkt dat de patiënt de optie afwijst vanwege onvoldoende kennis of inzicht hierin.
- De zorgprofessional presenteert een beperkt aantal opties, maximaal drie. De drie meest voor de hand liggende opties passeren als eerste de revue. Als er meerdere opties zijn, presenteert de zorgprofessional deze opties gelaagd.
- De zorgprofessional presenteert de opties op neutrale wijze.
- Vervolgens geeft hij aan dat de beslissing samenhangt met de voorkeuren van de patiënt en/of naaste en dat het gaat om een gezamenlijk besluit waarbij de zorgprofessional de patiënt en/of naaste ondersteunt bij het wikken en wegen en de besluitvorming.
- De uitkomst van deze stap is duidelijkheid bij zowel de zorgprofessional als de patiënt en/of naaste over het keuze-dilemma en de wijze van besluitvorming.

Stap 2. Opties en voor- en nadelen

- Vervolgens gaat de zorgprofessional dieper in op de verschillende opties.
- Hij legt voor elke optie op neutrale wijze uit wat deze inhoudt, welke voordelen en nadelen de optie heeft en wat de kans hierop is voor de patiënt.
- CVA-patiënten kunnen minder begrip hebben van kansen. De kansen op voor- en nadelen wordt vergelijkend in woorden uitgedrukt, zonder gebruik te maken van getallen (N op de 100). Het voorkomen van voor- en nadelen is groter, kleiner of gelijk tussen 2 opties. Eventueel kan de gebruikelijke risicocommunicatie wel plaatsvinden met de naaste.
- CVA-patiënten kunnen moeite hebben met sorteren, ordenen en prioriteren van de opties en voorkeuren. De zorgprofessional is daarom extra alert op het structureren van het gesprek over de opties met voor- en nadelen. Het bieden van gestructureerde informatie over de opties met voor- en nadelen wordt met beeldmateriaal (figuren, tekeningen) of steekwoorden ondersteund.
- Hij ondersteunt waar nodig de cognitieve en communicatieve vaardigheden van de patiënt en/of naaste. Na een CVA kan de patiënt moeite hebben met interpretatie van verbale en non-verbale communicatie (bijv. mimiek, intonatie, figuurlijk taalgebruik). De zorgprofessional toetst of de patiënt en/of naaste de informatie begrepen heeft, bijv. door middel van de terug-vertel methode.
- De zorgprofessional of de naaste ondersteunt de patiënt bij het gebruik van een keuze instrument.
- De uitkomst van deze stap is dat de patiënt en/of naaste een overzicht heeft van de opties en de bijbehorende voor- en nadelen.

Stap 3. Voorkeuren

- Meestal heeft de patiënt en/of naasten aan het begin van het proces van samen beslissen nog geen duidelijke voorkeuren, maar worden deze gevormd tijdens het wikken en wegen. Maar het kan ook zijn dat patiënt en naasten al duidelijke voorkeuren hebben bij aanvang van het proces van samen beslissen. De zorgprofessional ondersteunt de patiënt en/of naasten bij het

verwoorden van voorkeuren, verwachtingen en zorgen in relatie tot de opties. Gezamenlijk worden de voordelen van de verschillende opties afgewogen tegen de nadelen ervan.

- Voor een CVA-patiënt kan het lastig zijn om zich een voorstelling te maken wat de voor- en nadelen van de opties voor hem/haar persoonlijk of voor hun naaste zou kunnen betekenen (“zich kunnen verplaatsen in de toekomst” en “zich kunnen inleven in de ander”). Mogelijke oplossingen hiervoor zijn een concrete opdracht geven, de voor- en nadelen zo veel mogelijk in het hier en nu vertellen, met hulp van de naaste aanhaken op voorbeelden van vroeger en anders de naaste een grotere rol geven in de besluitvorming.
- De zorgprofessional of de naaste ondersteunt de CVA-patiënt bij een eventuele invulopdracht van het keuze instrument (bijvoorbeeld de waardenvragenlijst)
- Keuzemogelijkheden uitproberen kan helpen om voor- en nadelen te ontdekken.
- De uitkomst van deze stap is duidelijkheid over de voorkeuren van de patiënt en/of naaste.

4. Beslissing

- De zorgprofessional vat de dialoog over de voorkeuren ten aanzien van de opties samen en vraagt de patiënt wat deze het liefst wil of legt de opties voor die de zorgprofessional het meest passend vindt bij de voorkeur en legt de patiënt uit waarom.
- De patiënt en zorgprofessional stemmen beide in over het besluit over of over dat er nog een vervolg dialoog komt en de beslissing nog wordt uitgesteld. De afspraken worden genoteerd in het persoonlijk behandelplan.
- De zorgprofessional en de patiënt en/of naaste maken afspraken over het vervolg.
- De uitkomst van deze stap is overeenstemming over de beslissing.
- Na verloop van tijd, of wanneer de beslissing expliciet is uitgesteld, kan er een nieuwe behoefte ontstaan voor samen beslissen, beginnend bij stap 0 of 1.

5. Terugkijken

- Eventueel volgt er na afloop van de besluitvorming een terugblik op de uitkomst en het proces van samen beslissen. De zorgprofessional gaat na of de patiënt en/of naaste tevreden zijn met de uitkomst van de besluitvorming, of de behandeling het gewenste resultaat oplevert en of de voorkeuren van de patiënt en/of naasten veranderd zijn. Daarnaast heeft hij er aandacht voor eventuele wijzigingen in de prioritering van de beperkingen van de patiënt.
- De uitkomst van deze stap is duidelijkheid over wat wel werkt en wat niet en wat zo nodig moet worden aangepast in het proces van samen beslissen.
- Na verloop van tijd, of wanneer de beslissing expliciet is uitgesteld, kan er een nieuwe behoefte ontstaan voor samen beslissen, beginnend bij stap 0 of 1.

5.3 Score formulier OPTION5

OPTION5 score formulier

De geluidsopnames van gesprekken kunnen door de zorgprofessional zelf of door een collega geanalyseerd worden op de toepassing van samen beslissen met behulp van het gevalideerde meetinstrument "OPTION5". *(NB Tabel op volgende pagina is niet een directe vertaling van de originele Engelstalige OPTION5 en dient niet gebruikt te worden voor onderzoek)* De score geeft aan in hoeverre 'samen beslissen' in het gesprek tot uiting kwam. De toekenning van de score geldt voor het totaal aan gesprekken met 1 patiënt. Eventuele quotes zijn gepersonaliseerd en zijn als voorbeeld bedoeld voor de onderbouwing van de scores en voor individuele feedback.

De Option5 bestaat uit 5 stellingen:

1. De zorgprofessional vestigt de aandacht op, of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan, waarover een besluit genomen moet worden. (Stap 1)
2. De zorgprofessional verzekert de patiënt, of bevestigt dat de zorgprofessional de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en om de mogelijkheden af te wegen. (Stap 1)
3. De zorgprofessional geeft informatie over, of controleert het begrip van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk zijn (inclusief niets doen), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven. (Stap 2)
4. De zorgprofessional doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden. (Stap 3)
5. De zorgprofessional doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit. (Stap 4)

Bij iedere stelling zijn er 5 antwoordcategorieën: 0 (niet waargenomen) tot 4 (alles is goed uitgevoerd en er is afstemming met de patiënt). Op de volgende pagina staat het scoringsschema van de Option5.

	Beschrijving	Extra uitleg
1	De zorgprofessional vestigt de aandacht op, of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan, waarover een besluit genomen moet worden.	<p>Het gaat om het noemen van de mogelijkheden. Hoeveel moeite doet de zorgprofessional om aan de patiënt uit te leggen dat er verschillende opties zijn? Er is iets te kiezen</p> <p>0 – niet waargenomen</p> <p>1 – bestaan van opties genoemd (“er zijn een paar manieren”, “er is een scala aan opties”, “verschillende keuzes bestaan”)</p> <p>2 – verschillende opties benoemd (“er bestaan alternatieve opties”, “we moeten overwegen wat we het beste kunnen doen en dan kiezen uit verschillende opties”)</p> <p>3 – gelijkwaardigheid van opties genoemd (“Verschillende opties worden aangeboden omdat deze als redelijk beschouwd kunnen worden, deze opties hebben verschillende voor- en nadelen”, Mensen kunnen verschillend reageren op de aangeboden opties, en daarom is het belangrijk dat we die vergelijken zodat we kunnen beslissen welke het beste past bij uw omstandigheden/uw situatie”)</p> <p>4 – verschillende opties genoemd, uitgelegd en kijken naar mogelijke voorkeuren liggen. (Nu we het eens zijn over het probleem en/of diagnose waarover een keuze gemaakt moet worden, laten we eens kijken naar de volgende stappen (beheer, behandeling, onderzoeken etc.). Zoals in veel gevallen bestaan er meerdere (alternatieve) opties, die elk van elkaar verschillen. Zal ik deze aan u uitleggen? Mijn doel is dat u de verschillende opties goed begrijpt en aangeeft wat voor u belangrijk is. Mensen hebben verschillende dingen die ze belangrijk vinden en ik wil graag begrijpen wat voor u belangrijk is).</p>
2	De zorgprofessional verzekert de patiënt, of bevestigt dat de zorgprofessional de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en om de mogelijkheden af te wegen.	<p>Het gaat om ‘partnership’, de keuze wordt gemaakt onder samenwerkingsverband tussen zorgprofessional en patiënt. Hoeveel moeite doet de zorgprofessional om te laten merken dat hij de patiënt (onder)steunt bij de keuze en alles zal doen om de patiënt te helpen een keuze te maken?</p> <p>0 – niet waargenomen</p> <p>1 – zorgprofessional geeft aan dat er een gezamenlijk besluit zal worden genomen (“Laten we samen werken om.., Ik zal u helpen om na te denken over..., mijn rol is om met uw samen te werken)</p> <p>2 – zorgprofessional geeft aan dat het een (lastige) keuze is waarbij hij de patiënt zal helpen (Dit kan nieuw voor uw zijn, daarom zullen we etc., Het overwegen van opties is lastig daarom zullen we etc..)</p> <p>3 – zorgprofessional geeft aan dat hij de patiënt zal steunen onafhankelijk van welke keuze hij/zij maakt (Ik ga ervoor zorgen dat u meer info krijgt over de relevante opties, daarna zullen we samen deze opties overwegen. ... Ik ben er om te helpen bij het overwegen van de opties en om te kijken wat het beste voor u kan zijn). Expliciet: u kan ook andere keuze maken.</p> <p>4 – zorgprofessional geeft aan dat opties gelijkwaardig zijn en afhankelijk zijn van de keuze van de patiënt. De zorgprofessional heeft slechts een ondersteunende rol. (Ik ga ervoor zorgen dat u meer informatie krijgt over de relevante opties. Soms voelen patiënten zich overweldigd door dit soort informatie, maar ik zal mijn best doen om het zo makkelijk en duidelijk mogelijk te maken. Ik zal beschrijven hoe de opties verschillen, en wanneer ze voor- en/of nadelen hebben en hoe vaak dit voorkomt. Mijn doel is om ervoor te zorgen dat ik u steun om de opties te begrijpen, zodat we ze kunnen vergelijken en kijken welke het beste bij u past. Heeft u nog vragen? Zorgprofessional ondersteunt de patiënt ook emotioneel.</p>
3	De zorgprofessional geeft informatie over, of controleert het begrip van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk zijn (inclusief ‘niets doen’), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven.	<p>Het gaat hier om uitleg geven over de aangeboden opties. Hoe veel moeite doet de zorgprofessional om de patiënt de opties uit te leggen, inclusief voor- en nadelen? Meer waarde toegekend aan het uitleggen van de voor- en nadelen dan aan gelijkwaardigheid.</p> <p>0 – niet waargenomen</p> <p>1 – zorgprofessional legt de opties minimaal uit (De volgende opties zijn mogelijk, bijv. optie A en optie B, ik zal deze opties uitleggen)</p> <p>2 – zorgprofessional legt de medisch-technische behandelopties en voor- nadelen van behandelopties uit (De volgende opties zijn mogelijk, bijv. optie A en optie B, ik zal deze opties aan u uitleggen, zodat u begrijpt wat de voor- en nadelen van deze opties zijn, en hoe vaak deze voorkomen): een soort ‘mini-college’. (Hoeft niet helemaal compleet te zijn om een 2 te scoren).</p> <p>3 – zorgprofessional legt de medisch-technische behandelopties en voor- nadelen van behandelopties uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt (De volgende opties zijn mogelijk, bijv. optie A en B, ik zal dit aan uw uitleggen zodat u van elke optie zowel de voor- en nadelen kunt begrijpen en hoe vaak deze voorkomen. Heeft u nog vragen? Kan ik iets nog iets uitleggen of verduidelijken? (wederkerig))</p> <p>4 – zorgprofessional legt de medisch-technische behandelopties en voor- nadelen van behandelopties uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt. En vraagt de patiënt de informatie te herhalen (teach back) (De volgende opties zijn mogelijk, bijv. optie A en B, ik zal deze opties aan u uitleggen, zodat u begrijpt wat de voor- en nadelen van deze opties zijn, en hoe vaak deze voorkomen, gebruik makend van ‘icon arrays’ om de kans te illustreren. Heeft u dat begrepen? Heeft u nog vragen? Kan ik iets nog eens uitleggen of verduidelijken? Teach-back is ook een voorbeeld van een score 4: Kunt u in uw eigen woorden nog eens uitleggen wat u gehoord en begrepen heeft van wat we zojuist besproken hebben? Het noemen van (voorlopig) afwachtend beleid hoort bij een score 4. Geen behandeling/afwachtend beleid is genoemd. Score afwaarderen (-1) als niet alle opties genoemd worden of als de voor- en nadelen van de opties niet genoemd worden.</p>
4	De zorgprofessional doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.	<p>Het gaat hier om het uitlokken van de voorkeur van de patiënt. In hoeverre doet de zorgprofessional moeite om de voorkeuren, zorgen en verwachtingen boven tafel te krijgen? De zorgprofessional geeft stelt expliciet vragen over wat iemand belangrijk vindt, om ook over andere zaken in het leven te praten (bijv. kinderen, werk/hobby’s, familie, zieke zus etc.). Deze vraag staat los van vraag 3</p> <p>0 – niet waargenomen</p> <p>1 – 1 van de items ‘zorgen’, ‘voorkeuren’, ‘verwachtingen’ besproken (Wat denkt u?), (wat is uw gevoel op dit moment?) moet voor hogere score ten minste expliciteren.</p> <p>2 – 2 van de bovenstaande items besproken (Nu ik de mogelijke opties heb beschreven, denkt u dan dat een van deze opties goed past bij uw voorkeuren en wensen?)</p> <p>3 – 3 van de bovenstaande items besproken (Hoe denkt u over de opties? Was u in de gelegenheid om een mening te vormen? Maakt u zich zorgen over bepaalde aspecten, en wat spreekt u het meeste aan? Ik ben nieuwsgierig hoe u over de opties denkt nu u er wat meer over weet?) actief vragen.</p> <p>4 – zorgprofessional herhaalt bovendien de voorkeur, zorg en verwachting van de patiënt (Heeft u nog vragen of zorgen over de opties die ik zojuist beschreven heb. Misschien heeft u wat dingen gehoord die u aanspreken of waar u zich juist zorgen over maakt? Dat is normaal, en mijn werk is om uw kijk op de verschillende opties te begrijpen. Hoe denkt u over de opties? Was u in staat om een mening te vormen over de opties? Waren en bepaalde aspecten waar u zich zorgen over maakt of die u aanspreken? Ik ben nieuwsgierig naar uw reactie en uw prioriteiten nu u meer informatie over de opties heeft?)</p>
5	De zorgprofessional doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit.	<p>Het gaat hier om het integreren van voorkeuren van de patiënt in het uiteindelijke plan. In hoeverre doet de zorgprofessional moeite om voorkeuren en overwegingen van de patiënt te integreren in het plan? (er is aandacht voor persoonlijk leven – werk, kinderen... etc). Het gaat hier echt om de voorkeuren in combinatie met beslissing</p> <p>0 – niet waargenomen (vraag 3 of 4 met 0 gescoord)</p> <p>1 – zorgprofessional geeft het besluit aan / of als er nog geen besluit is, dat er een advies komt, waarbij wel rekening gehouden worden met de voorkeur. (ik denk dat optie A u aanspreekt, laten we dat doen)</p> <p>2 – zorgprofessional geeft aan dat het besluit op basis van de voorkeur van de patiënt wordt gemaakt/of de patiënt wordt aan het werk gezet om de voorkeuren helder te krijgen</p> <p>3 – zorgprofessional vraagt of de patiënt het eens is met het besluit of geeft aan dat het toekomstig besluit genomen worden na het bespreken van de voorkeuren (Als ik u goed begrepen hebt, denkt u dat beide opties tot de mogelijkheden behoren. Maar u denkt dat optie A beter voor u is omdat Heb ik dat goed begrepen?)</p> <p>4 – zorgprofessional geeft bovendien aan dat de patiënt op het besluit kan terugkomen (“4 overruled 3”) (Als ik u goed begrepen hebt, denkt u dat beide opties tot de mogelijkheden behoren. Maar u denkt dat optie A beter voor u is omdat Heb ik dat goed begrepen? Ik wil zeker weten dat ik uw wensen, voorkeuren en prioriteiten goed begrepen heb, dus geef a.u.b. aan als u nog meer kwijt wilt. Mijn taak is om zeker te weten dat uw keuze gebaseerd is op de dingen die voor u het belangrijkste zijn, en die de beste kans hebben om te slagen in uw situatie.</p>

Bron: Ontwikkeld in project “Gedeelde besluitvorming en Time-out bij borstkanker” 2016 – van Veenendaal, Voogdt, Boss e.a

ZORGPROFESSIONAL:

PATIENT:

DATUM:

KEUZEDILEMMA:

SCORE

1	De zorgprofessional vestigt de aandacht op, of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan / waarover een besluit genomen moet worden.		⇒
2	De zorgprofessional verzekert de patiënt, of bevestigt dat de zorgprofessional de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en om de mogelijkheden af te wegen.		⇒
3	De zorgprofessional geeft informatie over, of controleert het begrip van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk zijn (inclusief 'niets doen'), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven.		⇒
4	De zorgprofessional doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.		⇒
5	De zorgprofessional doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit.		⇒

STAP 1:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 2:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 3:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 4:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 5:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

ALGEMEEN: GEEF AAN DAT/GA DOOR MET