



# Samen beslissen aan bed

## Een exploratief kwalitatief onderzoek

april 2023

In opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), V&VN, Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland, als onderdeel van het landelijke programma Uitkomstgerichte Zorg, deelproject Samen beslissen, Scholing & opleiding en gefinancierd door VWS.

#### Auteurs

Loes Peters (MSc), Ilja Brugman (MSc), dr. Elke Loskamp-Huntink, Janita Bakker (RN, MSc), drs. Monique Beekman, prof. dr. Lisette Schoonhoven, prof. dr. Dirk Ubbink



# Inhoud



## Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding van dit onderzoek, waarna de doelstellingen en uitgangspunten volgen.
- In hoofdstuk 2 worden de methoden beschreven die gehanteerd zijn bij het uitvoeren van het onderzoek.
- Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten beschreven.
- Op basis hiervan worden in hoofdstuk 4 de conclusie en hoofdstuk 5 de aanbevelingen beschreven.
- De eerder ontwikkelde competentieset voor zorgverleners uit deelproject 1 is als Bijlage 1 bijgevoegd.
- Bijlage 2 bevat de topiclijsten die gebruikt zijn voor de semi-gestructureerde interviews met zorgverleners en patiënten.
- De volledige codeboom van de interviews is opgenomen als Bijlage 3.

## Afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
HLA	Hoofdlijnenakkoord
MDO	Multi Disciplinair Overleg
PA	Physician Assistant
SB	Samen Beslissen
UZ	Uitkomstgerichte Zorg

# Samenvatting

In dit exploratief kwalitatief onderzoek is middels observaties en interviews gekeken naar drie aspecten op het gebied van samen beslissen in de klinische praktijk: (1) de bekendheid hiervan onder zorgverleners en patiënten, (2) de mate van (interprofessioneel) samen beslissen in de klinische praktijk en (3) de factoren die samen beslissen in de klinische praktijk beïnvloeden. Aan de hand van de resultaten zijn vijf adviezen opgesteld om de mate van interprofessioneel samen beslissen in de klinische praktijk te bevorderen.

Hoewel zorgverleners vaak gehoord hebben van de term samen beslissen, kunnen maar enkelen een kloppende definitie geven. Patiënten hebben zelden gehoord van de term samen beslissen en kennen de betekenis hiervan vaak niet.

Ondanks dat zorgverleners aangeven zichzelf vaardig te voelen in het toepassen van samen beslissen, is de toepassing hiervan (aan de hand van het OPTION-5 instrument) in de klinische praktijk nog beperkt. Er wordt vaak slechts een matige inspanning geleverd door zorgverleners om de patiënt te betrekken bij besluitvorming over diens zorg of behandeling. We zien verschillen tussen samen beslissen in de poliklinische spreekkamer (onderzocht in eerdere studies) en samen beslissen in de klinische praktijk: aan het bed gaan beslismomenten vaker over o.a. ADL, verpleegkundige handelingen en medicatie, en zijn deze minder gericht op de medische behandeling. Daarnaast speelt interprofessionele samenwerking een belangrijke rol bij samen beslissen in de klinische praktijk. Toch is de rolverdeling nog niet altijd duidelijk. Met name verpleegkundigen geven aan dat zij hun rol in het proces van samen beslissen vaak nog onduidelijk vinden en hier meer potentie in zien.

We zien een discrepantie in de beweegredenen voor het toepassen van samen beslissen tussen artsen en patiënten. De patiënt wil graag bij kleinere zaken (zorgbeslissingen) betrokken worden en laat grotere beslissingen met betrekking tot het medisch beleid (behandelbeslissingen) liever over aan de arts. De artsen geven juist aan dat zij samen beslissen bij het vaststellen van medisch beleid belangrijker vinden dan bij zorgbeslissingen. De belemmerende en bevorderende factoren die vanuit zorgverleners en patiënten worden genoemd komen sterk overeen met wat reeds bekend is vanuit de literatuur. Met name tijdgebrek en verschil in visie en kennis en de communicatie tussen zorgverlener en patiënt worden als belemmerende factoren genoemd. Het investeren in de relatie tussen zorgverlener en patiënt en geven van duidelijke informatie worden als bevorderende factoren genoemd. Daarnaast geven zorgverleners aan dat samen beslissen wisselend aan bod komt tijdens de opleiding. Hierbij ervaren zij een contrast met het toepassen in de praktijk, wat uitdagender blijkt dan in theorie. Er wordt weinig aandacht besteed aan samen beslissen in de nascholing; zorgverleners leren de vaardigheden vooral van collega's of door simpelweg meer ervaring op te doen.

De vijf adviezen die uit deze resultaten voortvloeien, richten zich op (1) het inbedden van samen beslissen in de opleiding, (2) het vergroten van de bewustwording van het concept van samen beslissen bij zorgverleners en patiënten, (3) het scholen van zorgverleners in de praktijk (werkplekleren), (4) het implementeren van het concept van samen beslissen in de klinische praktijk en (5) het belichten van de verschillen tussen de polikliniek en de klinische ziekenhuissetting ten aanzien van samen beslissen.



# Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het wordt steeds gebruikelijker dat zorgverleners en patiënten samen beslissen (SB) over de best passende behandeling voor de patiënt. Patiënten vinden het belangrijk om te weten hoe hun leven eruit zal zien na de behandeling. Voor de best passende behandeling brengen zorgverleners en patiënt samen in kaart welke uitkomsten het belangrijkst zijn voor de patiënt, de zogenoemde uitkomstenset.

Het programma Uitkomstgerichte Zorg (UZ) heeft diverse thema's/ werkgroepen waaronder Scholing & Opleiding waar dit onderzoek onder valt.

Bij SB in de tweedelijnszorg zijn idealiter zorgverleners en de patiënt met diens naasten betrokken [Legare, 2011] [Curtis, 2011]. Dit zorgt ervoor dat de autonomie van de patiënt wordt gerespecteerd en de betrokkenheid en tevredenheid wordt bevorderd [Elwyn, 2010]. De arts treedt bij SB op als coach en gesprekspartner en bespreekt gezamenlijk met de patiënt welk (medisch) beleid het beste past. Ook de verpleegkundige heeft een belangrijke rol in SB en kan als sleutelfiguur fungeren en artsen en de patiënt beide betrekken bij het behandel proces [Pel-Littel, 2022]. De verpleegkundige wordt gezien als samenwerkingspartner en gesprekspartner in het verpleegkundig proces, bijvoorbeeld als de zorgdoelen worden besproken. Ook ondersteunt en begeleidt de verpleegkundige de patiënt en diens naasten bij gesprekken met de arts [Regioplan, 2021], waarbij wensen met betrekking tot de zorg en medische behandeling regelmatig worden (na)besproken. Daarnaast heeft de verpleegkundige ook als primaire zorgverlener een rol in het SB over zorgtaken zoals medicatie-uitgifte, de persoonlijke verzorging en mobiliseren [Pel-Littel, 2022].

De zorg is meer gericht op het team zorgverleners en hun dagelijkse ritme dan op de patiënt [Pecanac, 2021] [Hahlweg, 2017]. Van de patiënt wordt verwacht dat deze zijn of haar voorkeuren, doelen, waarden en verwachtingen duidelijk maakt. Het blijkt dat patiënten die geïnformeerd worden over SB beter kunnen deelnemen aan het gesprek met de zorgverlener [Waddell, 2021]. Patiënten vinden vaak dat de zorgverlener het beter zal weten doordat ze zelf gebrek aan medische kennis ervaren en denken dat de zorgverlener als enige een beslissing kan nemen. Ook wil de patiënt niet als lastig worden gezien [Alsulamy, 2019]. Patiënten kunnen hun zorgen uiten en proberen zelf betrokken te blijven bij hun eigen behandeling, maar ze ervaren toch minder controle te hebben over wat er met hen gaat gebeuren als ze opgenomen zijn in een ziekenhuis [Pecanac, 2021] [Hahlweg, 2017].

Artsen en verpleegkundigen denken positief over SB en zijn redelijk tevreden over hoe ze SB toepassen in de praktijk [deKeyser, 2016] [van Veenendaal, 2021] door voorkeuren uit te vragen bij de patiënt en diens familie en geen vakjargon te gebruiken [Alsulamy, 2019]. Toch blijkt dat nog niet bij alle behandel- en/of zorgbeslissingen, zoals wel/niet opereren of wel/niet mobiliseren, ook daadwerkelijk SB wordt toegepast [Driever, 2022-jan]. Zorgverleners geven als reden dat ze niet alle patiënten capabel vinden om behandel- en/of zorgbeslissingen te maken [Driever, 2019][Waddell, 2021], dat ze niet luisteren naar de patiënt [Alsulamy, 2019], of vanwege de ondergeschikte positie van de arts-assistent ten opzichte van de supervisor. Sommige zorgverleners ervaren een gebrek aan kennis om meerdere behandelopties te bespreken [Driever, 2022-mrt]. Andere belangrijke (ervaren) belemmeringen om SB niet toe te passen zijn: tijdgebrek, frequente wisselingen van verantwoordelijke artsen, en gebrek aan coördinatie in de zorg en ontbrekende privéruimtes om rustig met de patiënt te praten [Hahlweg, 2017] [van Veenendaal, 2021] [Waddell, 2021].



Interprofessioneel SB betekent dat verschillende disciplines en professies de zorg van de patiënt afstemmen en gezamenlijk voorbereidingen treffen voor de besluitvorming met de patiënt [Tsakitidis, 2015]. Interprofessioneel SB wordt vanuit het oogpunt van de verpleegkundige niet altijd toegepast. Van de verpleegkundige wordt een kleine bijdrage gevraagd in het gesprek met de arts [Bos-van den Hoek, 2020]. Artsen passen SB ook nog onvoldoende toe [Federatie Medisch Specialisten, 2019]. Ook vanuit de organisatie is een gebrek aan ondersteuning om SB te implementeren [Elwyn, 2013] en de gelijktijdige implementatie van andere projecten maakt het implementeren van SB ingewikkeld [van Veenendaal, 2021].

Om SB bewust toe te passen en te ontwikkelen zijn kennis, vaardigheden en attitude belangrijke uitgangspunten. De ontwikkelde competentiesets ([Medisch specialist](#), [Verpleegkundig specialist](#), [Verpleegkundige](#)) (Bijlage 1) hebben deze punten praktisch en tastbaar gemaakt [Dijkstra, 2021]. Deze competentiesets zijn ontwikkeld voor medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen en geeft hun handvatten om het proces van SB vorm te geven in praktijk en eigen vaardigheden in het proces van SB te ontwikkelen.

Alhoewel er wordt geïnvesteerd in het opleiden van zorgverleners, blijkt dat in minder dan de helft van de opleidingsplannen voor zorgverleners SB expliciet wordt benoemd. SB is vaak verweven in andere vakken zoals communicatie, beroepshouding en ethiek [Regioplan, 2021] [Waddell, 2021] [Pel-Littel, 2022]. De opleider geeft onvoldoende aandacht aan SB in de opleiding en tijdgebrek wordt hiervoor ook als barrière genoemd. Ook al worden de curricula herzien en vernieuwd, dan duurt het nog een aantal jaren voordat de nieuwe generatie zorgverleners aan de slag zal gaan met SB. Daarnaast is ook intrinsieke motivatie nodig voor gedrag- en cultuurverandering en daarvan moeten zorgverleners bewust worden gemaakt [van der Weijden, 2022]. SB zou door zorgverleners moeten worden gezien als een ethisch verantwoorde, veilige, effectieve en medelevende manier van gezondheidszorg verlenen die ingebed hoort te worden in de opleiding [Joseph-Williams, 2017].

Door de ontwikkeling van de competentieset, verschillende implementatiestrategieën en de aanpassingen in de curricula zijn de eerste stappen gezet om het principe van SB in te bedden in de zorg. Het realiseren van veranderingen blijkt echter uitdagend en is een iteratief proces dat de grootste kans van slagen heeft als het met de zorgverleners en patiënten in gezamenlijkheid wordt opgepakt en er, indien nodig, bijgestuurd wordt [Mulder, 2013]. Veel onderzoek is gedaan naar SB op de polikliniek in een ziekenhuis, waarbij het vaak gaat om behandelbeslissingen. Er is echter nog weinig bekend over de manier en mate van SB op verpleegafdelingen in het ziekenhuis, waarbij ook andere type beslismomenten aan bod komen. Het gaat dan, naast de behandelbeslissingen, ook om zorgbeslissingen zoals persoonlijke verzorging, mobiliseren, medicatieverstrekking en verpleegkundige handelingen en interventies. Dit zijn grote en kleine beslismomenten die dagelijks meerdere keren voorkomen.

## 1.2 Doel en vraagstellingen

Het **doel** van de studie is tweeledig:

1. Onderzoeken hoe SB wordt toegepast in de klinische ziekenhuissetting door verpleegkundigen, artsen en patiënten en welke factoren hierop van invloed zijn.
2. Het geven van aanbevelingen aan de hand van de resultaten richting scholing en opleiding in SB.

Dit leidt tot de volgende **vraagstellingen**:

1. In hoeverre zijn zorgverleners en patiënten bekend met SB?
2. Hoe wordt SB toegepast in de klinische ziekenhuissetting door zorgverleners?
3. Wat beïnvloedt de mate van het uitvoeren van SB in de klinische ziekenhuissetting?

## 1.3 Uitgangspunten

De **definitie van SB** die is gehanteerd voor dit rapport luidt: SB is het proces waarin de zorgverlener en patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste past bij de situatie en behoeftes van de patiënt. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen. De medische en/of de verpleegkundige kennis van de zorgverlener en de kennis van de patiënt over zijn eigen wensen en behoeftes vullen elkaar hierbij aan [Elwyn, 2010].

Om SB toe te passen in de praktijk zijn er diverse modellen ontwikkeld [Stiggelbout, 2015] [Elwyn, 2013] [Elwyn, 2017]. De kern uit deze modellen kan worden samengevat in vier essentiële onderdelen of 'stappen', die in dit rapport als uitgangspunt worden genomen:

1. **Keuze:** De zorgverlener informeert de patiënt dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening van de patiënt belangrijk is in het bepalen van de beste passende optie voor deze patiënt;
2. **Opties:** De zorgverlener bespreekt de opties en de voor- en nadelen van iedere optie. Een optie kan zijn dat er geen actieve behandeling wordt gestart;
3. **Voorkeur:** De zorgverlener en de patiënt bespreken de voorkeuren van de patiënt en de zorgprofessional ondersteunt de patiënt in het wikken en wegen (waarin aandacht is voor elementen zoals: wensen, voorkeuren, doelen, waarden en verwachtingen);
4. **Beslissing:** De zorgverlener en de patiënt nemen een besluit waarin de voorkeuren en de voor- en nadelen van de opties geïntegreerd worden, of stellen het expliciet uit en regelen eventuele follow-up.





# Methode



## 2.1 Design

Het betreft een **exploratieve kwalitatieve studie** om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden op de volgende manier:

1. De bekendheid met SB werd uitgevraagd in semigestructureerde interviews met zorgverleners en patiënten.
2. De toepassing van SB in de klinische ziekenhuissetting werd geobserveerd tijdens niet-participerende observaties van de verpleegkundige op een verpleegafdeling.
3. De beïnvloedende factoren voor het uitoefenen van SB werd in semigestructureerde interviews met zorgverleners en patiënten uitgevraagd.

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van UMC Utrecht gaf goedkeuring voor dit onderzoek en concludeerde dat het onderzoek niet-WMO plichtig is (UMC Utrecht: 22-557/DB). Lokale haalbaarheidsverklaringen werden per ziekenhuis aangevraagd en verkregen.

## 2.2 Setting

De studie is uitgevoerd op verschillende verpleegafdelingen van drie Nederlandse ziekenhuizen: twee Universitaire Medische Centra (Amsterdam UMC locatie AMC en UMC Utrecht) en één top-klinisch ziekenhuis (Isala Zwolle). Het onderzoek is uitgevoerd tussen april en september 2022.

## 2.3 Selectie van afdelingen

Er is gestreefd naar het includeren van de verpleegafdelingen van de grotere specialismen. Daarbij is gebruik gemaakt van convenience sampling: alleen die afdelingen die beschikbaar en bereid waren tot deelname binnen de door de onderzoekers gestelde periode en criteria zijn betrokken in het onderzoek.

De **inclusiecriteria** waren:

1. De afdeling was voor ten minste vier observatiedagen toegankelijk voor de onderzoeker;
2. Onbekendheid met het doel van de observaties.

Alle deelnemende verpleegafdelingen zijn benaderd via de operationeel leidinggevende (de contactpersoon) met de vraag of ze wilden deelnemen aan een onderzoek over de communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Ook de artsen betrokken bij deze verpleegafdelingen werden benaderd. Pas na de observatiedagen werd het precieze doel van de studie verteld om de werkwijze van de zorgverleners niet te beïnvloeden.

## 2.4 Studieprocedures

### 2.4.1 Observaties

Er is gekozen voor **niet-participerende observaties van een verpleegkundige** op de verpleegafdelingen, zodat de onderzoekers aanwezig konden zijn bij de gesprekken die gevoerd werden tussen zorgverleners (verpleegkundigen, artsen en paramedici) en patiënten. Vanwege het exploratieve karakter van de studie, werd de data van de observaties zo breed mogelijk verzameld. Alle mogelijke beslismomenten zijn meegenomen: zowel zorgbeslissingen als behandelbeslissingen.

Na goedkeuring van de managers van de afdelingen, werd contact opgenomen met de contactpersoon en data afgesproken voor de observaties. Dit hield in dat de onderzoekers van 7:00 tot 12:00 uur 's morgens een verpleegkundige observeerden die patiëntenzorg verleende **aan het bed**. Er is gekozen voor deze periode, omdat de verwachting was dat in deze tijd de meeste beslismomenten zouden plaatsvinden op het gebied van behandeling en zorg. Bij de start van de observaties werd mondeling toestemming aan de patiënten en zorgverleners gevraagd. Wanneer mogelijk werden de patiënten en zorgverleners een dag eerder ingelicht over het onderzoek en werd toen al toestemming gevraagd voor deelname door de contactpersoon op de afdeling. Er werd gestreefd naar het observeren van zoveel mogelijk beslismomenten per patiënt. De onderzoekers maakten aantekeningen en/of audio-opnames van gesprekken tussen zorgverleners en patiënten en werkten deze later uit of transcribeerden de audio-opnames.

Daarnaast waren de onderzoekers bij de **artsenvisite** aanwezig. Op sommige afdelingen bestond deze uit een papieren visite tussen verpleegkundigen en artsen waar het medische beleid werd besproken. Daarna ging de arts en/of de verpleegkundige nog langs bij de patiënt. Op andere afdelingen werd de hele artsensite aan het bed uitgevoerd met arts, verpleegkundige en patiënt. Van deze visites werden notities en audio-opnames gemaakt. Deze werden later uitgewerkt of getranscribeerd. Tijdens de eerste twee observatiedagen per centrum waren er twee onderzoekers aanwezig, zodat zij hun werkwijze met elkaar konden afstemmen om zo de betrouwbaarheid te vergroten. Van elke geobserveerde patiënt werd de afdeling, het geslacht en de leeftijd genoteerd.

### 2.4.2 Interviews

De verpleegkundigen werden na de observaties benaderd voor een interview. De artsen die betrokken waren bij de geobserveerde patiënten werden benaderd voor een interview of het afdelingshoofd gaf namen door van artsen die benaderd mochten worden. Met de verpleegkundigen werd overlegd welke patiënt benaderd kon worden voor een interview. Geschikte patiënten voor het interview hadden goede beheersing van de Nederlandse taal en waren zowel mentaal als fysiek in staat om deel te nemen aan het interview. Voor het interview startte werden de deelnemers ingelicht over het precieze doel van de studie en werd schriftelijk informed consent gevraagd.

De interviews werden gehouden aan de hand van een **topiclijst**. Deze is ontwikkeld op basis van de competentieset SB voor zorgprofessionals [Dijkstra, 2021], omdat op deze manier alle onderdelen, vaardigheden en onderliggende principes van SB aan bod kwamen. Er werd een aparte topiclijst voor zorgverleners en voor patiënten gebruikt; zie Bijlage 2. De topiclijsten ontwikkelen was een iteratief proces. Gedurende het onderzoek werd op basis van eerdere interviews de vraagstelling aangepast en de volgorde van de topics geordend. De hoofdthema's zijn echter het hele onderzoek hetzelfde gebleven.

Aan het begin van het interview werd bij zorgverleners hun leeftijd, geslacht, huidige functie en totaal aantal jaren werkervaring (ook naast de huidige functie) in de zorg uitgevraagd. Bij patiënten werd hun leeftijd, geslacht, reden van opname, tijd in behandeling op deze afdeling en opleidingsniveau uitgevraagd. Vervolgens werd aan zowel patiënt als zorgverlener hun definitie van SB gevraagd om het begrip goed te laten landen. Wanneer de zorgverlener of patiënt onbekend was met het begrip SB werd een juiste definitie gegeven. Ook het eerste interview werd door twee onderzoekers gedaan om de betrouwbaarheid bij het afnemen van de interviews te vergroten.

De interviews werden opgenomen met audioapparatuur en later getranscribeerd. De interviews werden afgenomen tot datasaturatie werd bereikt, m.a.w. totdat er geen nieuwe inzichten meer naar voren kwamen.

Gedurende de periode van datacollectie hielden de onderzoekers wekelijks een researchmeeting om de observaties en interviews te bespreken en zo de uniformiteit en kwaliteit van de dataverzameling te vergroten.

## 2.5 Analyse

### Observaties

De transcripten van de observaties aan bed werden geanalyseerd aan de hand van het **OPTION 5-item instrument** [Elwyn, 2013]. De OPTION 5-item observatielijst geeft vijf items van gezamenlijke besluitvorming weer. Dit instrument werd gebruikt om te scoren in hoeverre de patiënt werd betrokken bij de besluitvorming. Het instrument omvat de volgende vijf items:

1. De zorgverlener vestigt (opnieuw) de aandacht op een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of zorgmogelijkheden bestaan/ waarover een besluit genomen moet worden.
2. De zorgverlener stelt de patiënt gerust, of herbevestigt dat de zorgverlener de patiënt zal helpen om geïnformeerd te worden en om te beraadslagen over de mogelijkheden.
3. De zorgverlener geeft informatie over, of controleert het begrip, van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk geacht worden (inclusief 'niets doen'/afwachten), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven.
4. De zorgverlener spant zich in om de voorkeuren van de patiënt te achterhalen als vervolg op de mogelijkheden die zijn besproken.
5. De zorgverlener spant zich in om de voorkeuren van de patiënt te integreren bij het nemen van beslissingen.

Per item werd gescoord in hoeverre dit plaatsvond, m.a.w. hoeveel inspanning de zorgverlener leverde voor dit aspect van SB. Het scorebereik liep van geen inspanning tot bekwame inspanning. Er is geen totaalscore berekend, omdat het proces van SB in de klinische ziekenhuissetting meer fragmentarisch plaats bleek te vinden. Hoewel dit meetinstrument is ontworpen voor poliklinische behandelgesprekken tussen zorgverlener en patiënt, is het in



ons onderzoek toegepast bij behandel- en zorggesprekken op verpleegafdelingen, omdat dit momenteel voor dit onderzoek het best beschikbare instrument was. Twee onderzoekers in het onderzoeksteam zijn expert in deze observatielijst en hebben de andere twee onderzoekers getraind. Ook hier werden de eerste twee observaties met alle onderzoekers gecodeerd om het OPTION 5-item instrument te leren gebruiken. Daarna werden de observaties verdeeld en werd iedere observatie door twee onderzoekers geanalyseerd. Daarnaast werden de situaties/settings gecodeerd als Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), controles, medicatieronde, verpleegkundige handeling, ontslag etc.

### Interprofessioneel samen beslissen

De artsenvisites en papieren visites zijn geobserveerd om te kijken in hoeverre de voorkeur van de patiënt wordt meegenomen in de behandelbeslissingen en zorgbeslissingen. De artsenvisites aan het bed en de papieren visites tussen verpleegkundige en arts werden als volgt gecodeerd: arts initieert, arts is in de lead, er worden verschillende opties besproken, voorkeur van de patiënt (beleid gemaakt zonder voorkeur patiënt, voorkeur benoemd maar niet opgevolgd, voorkeur benoemd en opgevolgd, voorkeur wordt benoemd maar opvolging onbekend en voorkeur wordt uitgevraagd), verpleegkundig initieert, verpleegkundige is in de lead. Ook is hier het onderwerp van gesprek gescoord, zoals ontslag of medicatie.

### Interviews

De interviews werden geanalyseerd aan de hand van **thematische analyse** volgens Braun en Clarke [2008]. De eerste twee interviews zijn onafhankelijk van elkaar gecodeerd. De onderzoekers bereikten consensus over de codering. Daarna werden alle interviews gecodeerd door één onderzoeker en tegen gelezen door een andere onderzoeker om de betrouwbaarheid te vergroten. De codes en subcodes werden in de researchgroep besproken, aangepast en samengevoegd tot thema's. De codeboom (zie Bijlage 3) werd meerdere keren geëvalueerd en aangepast.

In het interview werd gevraagd naar de **definitie van SB**. Deze definitie werd gecodeerd als 'goed' als:

1. de gezamenlijkheid werd benoemd,
2. opties werden benoemd en
3. het daaropvolgende voorbeeld een goede weergave van SB was.

De definitie werd gecodeerd als 'onvolledig' wanneer aan twee van de bovenstaande criteria werd voldaan. De definitie werd gecodeerd als 'onjuist' wanneer één criterium werd genoemd of een onjuiste veronderstelling werd gedaan.

De demografische gegevens van zorgverleners en patiënten werden beschrijvend weergegeven en geanalyseerd met behulp van IBM SPSS v.26. De thematische analyse, OPTION5-item scores en scores voor het interprofessioneel SB werden uitgevoerd in NVivo 12 PRO.



# Resultaten



## Observaties

In totaal hebben **12 verschillende verpleegafdelingen** deelgenomen aan het onderzoek: de Acute Opname Afdeling (AOA), Chirurgie, Geriatrie & Interne Geneeskunde, Gynaecologie & Urologie, Gynaecologie, Oncologie, Pediatrie (2x), Pulmonologie, Nefrologie en Orthopedie. Deze afdelingen bevonden zich in het Amsterdam UMC locatie AMC (n=5), Isala Zwolle (n=4) en UMC Utrecht (n=3). De observaties van in totaal 131 patiënten (zie Tabel 1) vonden plaats tijdens meerdere zorg- of evaluatiemomenten per patiënt (n=431): het meest geobserveerd zijn de medicatieronde (verpleegkundige deelt de voorgeschreven medicatie uit aan de patiënt) (21%), artsensite aan bed (de arts bezoekt de patiënt om het medisch beleid te bespreken) (15%), papieren artsensite (bespreking tussen artsen en verpleegkundige over het medisch beleid van de patiënt) (14%), controles (meten van temperatuur, bloeddruk, hartslag, ademhaling, glucose) (14%), ADL (zoals was momenten en toiletgang) (13%) en verpleegkundige handelingen en interventies (zoals wondverzorging en het aan-/afkoppelen van een infuus) (6%). De resterende situaties zijn meegeteld als overige momenten (16%).

## Interviews zorgverleners en patiënten

Alle verpleegkundigen die deelnamen aan dit onderzoek waren werkzaam op bovengenoemde afdelingen. Alle betrokken artsen werkten als arts-assistent of medisch specialist op de afdeling. Alle geïnterviewde **patiënten** (n=13; zie Tabel 2) waren opgenomen op de afdeling.

Verder zijn er in totaal 23 **zorgverleners** (14 verpleegkundigen, 6 artsen en 3 physician assistants (PA) geïnterviewd (zie Tabel 3) over hun ervaringen met SB en de mate van scholing en opleiding die zij hierin hebben gehad.

**Tabel 1 – Demografische gegevens geobserveerde patiënten**

Demografische gegevens patiënten (n=131)	
Geslacht	
Man	67
Vrouw	64
Leeftijd in jaren, mean (sd)	53.3 (25.3)
Onbekend, n	22

Sd: Standard deviaton

**Tabel 2 – Demografische gegevens geïnterviewde patiënten**

Demografische gegevens patiënten (n=13)	
Geslacht	
Man	6
Vrouw	7
Leeftijd in jaren, mean (sd)	51.3 (16.6)
Opleidingsniveau	
Basisschool	1
Voortgezet onderwijs	1
MBO	1
HBO	3
WO	3
Onbekend	4

**Tabel 3 – Demografische gegevens geïnterviewde zorgverleners**

Demografische gegevens zorgverleners (n=23)	
Geslacht	
Man	3
Vrouw	20
Leeftijd in jaren, mean (sd)	32.5 (10.2)
Functie	
Specialist	1
Verpleegkundige	14
Physician Assistant	3
Arts Assistent	5
Werkervaring functie, jaren, mean (range)	4.3 (1-18)

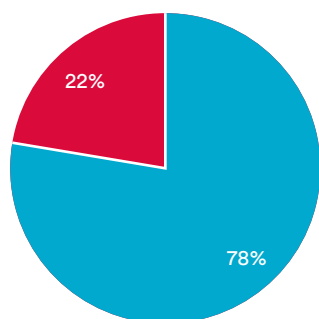
### 3.1. In hoeverre zijn zorgverleners en patiënten op de verpleegafdelingen bekend met samen beslissen?

De resultaten over de bekendheid met SB bij zorgverleners en patiënten zijn afkomstig van de interviews met zorgverleners en patiënten.

#### 3.1.1 Bekendheid samen beslissen bij zorgverleners

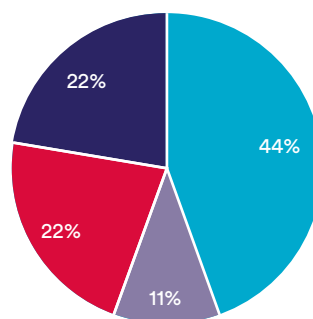
Van de geïnterviewde zorgverleners kent 78% van de artsen en 71% van de verpleegkundigen de term SB. Toch is hun begrip van de inhoud wisselend (zie Figuur 1 + 2). De één geeft een volledige definitie en past dit ook heel bewust toe tijdens het werk. De ander geeft een minimale definitie of heeft aannames over het concept van SB die niet overeenkomen met de definitie.

Heeft gehoord van SB:  
Specialist, PA, A(N)IOS (n=9)



■ Ja ■ Nee

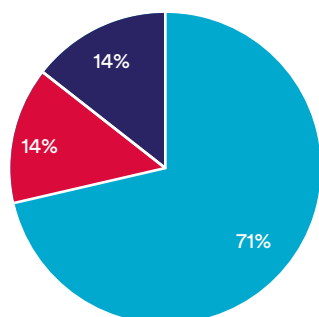
Definitie SB door Specialist,  
PA, A(N)IOS (n=9)



■ Goed ■ Onvolledig ■ Onjuist ■ Onbekend met SB

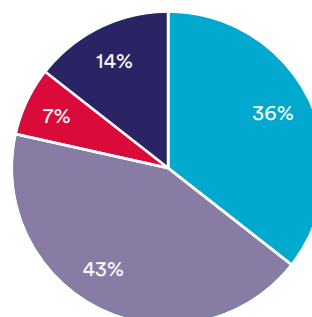
**Figuur 1 - Bekendheid en definitie SB artsen**

Heeft gehoord van SB:  
Verpleegkundige (n=14)



■ Ja ■ Nee ■ Onbekend

Definitie SB door  
Verpleegkundige (n=14)



■ Goed ■ Onvolledig ■ Onjuist ■ Onbekend met SB

**Figuur 2 - Bekendheid en definitie SB verpleegkundigen**

#### Voorbeeld van een goede omschrijving van SB:

*“Ja, voor mij is het echt dat je een patiënt goed de voor- en nadelen van alle opties geeft en dan gaat kijken wat voor die patiënt past en wat goed is.”*

- Verpleegkundige, 22 jaar werkervaring.

#### Voorbeeld van een onvolledige/incomplete definitie:

*“Nou, ik zou het omschrijven dat je iedere beslissing die je eigenlijk maakt van klein tot groot in overleg en in samenspraak vooral met de patiënt doet. Dus dat je wel een advies geeft, maar dat je uiteindelijk de patiënten beslissing laat maken.”*

- PA, 6 jaar werkervaring.

#### Voorbeeld van een onjuiste definitie:

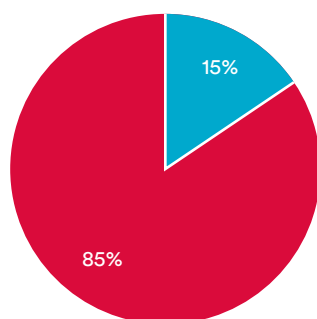
*Nou, sec het samen beslissen [...], maar ik kan me er wel heel veel bij voorstellen. [...] Ik neem aan dat je bedoelt informed consent, dat je eigenlijk je patiënt informeert over wat je doet en dat de patiënt daar ook een soort keuze in heeft, of een soort, dat ‘ie daar keuze in heeft.*

- Arts-assistent, 2 jaar werkervaring.

Ook lijken verpleegkundigen onbewust bezig te met SB, zoals deze verpleegkundige (22 jaar werkervaring) aangeeft: *“Ja, enerzijds ben ik er wel echt mee bezig, maar anderzijds is het niet iets dat ik aan mijn dienst begin en dat ik denk: oh ja, samen beslissen. [...] Het is niet een taak op mijn lijstje, zeg maar.”*

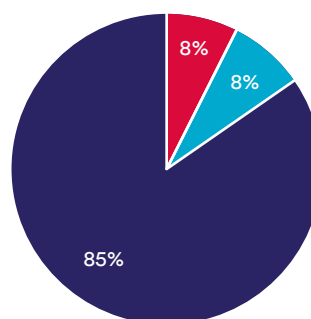
### 3.1.2 Bekendheid samen beslissen bij patiënten

Heeft gehoord van SB:  
Patiënt (n=13)



■ Ja ■ Nee

Definitie SB door Patiënt  
(n=13)



■ Goed ■ Onjuist ■ Onbekend met SB

**Figuur 3 - Bekendheid en definitie SB patiënten.**

Tijdens de interviews met de patiënten bleek dat 85% van hen niet gehoord had van SB (zie Figuur 3) en ook niet te zijn ingelicht in het ziekenhuis over de mogelijkheid tot meebeslissen.

*Respondent (R): Euh, nee nog niet dat ik daar al van heb gehoord*

*Interviewer (I): Nee, en weet je wel dat je samen met de zorgverlener mag meedenken over keuzes en daarin mee mag beslissen?*

*R: Nee eigenlijk niet*

*I: Nee, dat is niet zo uitgelegd?*

*R: Nee, nee, nee*

- Patiënt, vrouw, 47 jaar.

## 3.2 Hoe wordt samen beslissen toegepast?

Deze onderzoeksvraag is beantwoord met data uit de interviews met zorgverleners en patiënten en de observaties en resulteert in thema's, die hieronder per kopje worden toegelicht.

### 3.2.1 Samen beslissen in de praktijk volgens zorgverleners

#### *Ervaren competenties*

Alle zorgverleners (artsen, n=5; verpleegkundigen, n=12) bij wie dit thema ter sprake kwam gaven aan zich competent te voelen in het toepassen van SB. "Ik voel mij, zeg maar, op het niveau waar ik nu sta voel ik mij bekwaam als ANIOS. Ja." - ANIOS, 5 jaar werkervaring.

Of zoals een verpleegkundige het omschrijft in haar dagelijkse zorg aan de patiënt:

*"Ik denk dat ik het sowieso bij de ADL wel doe, dus als mensen gewassen moeten worden. Dat je even vraagt hoe iemand het wil hebben. En als het gaat over uit bed gaan, wanneer en hoe ze dat willen doen. En natuurlijk ook als je het hebt over ontslag en hoe thuis, hoe mensen daarover denken."*

- Verpleegkundige, 11 jaar werkervaring.

Zorgverleners geven daarbij wel aan dat in bepaalde situaties, zoals tijdens moeilijke gesprekken, of als zij nog onervaren zijn (binnen een specialisme), dat zij zich minder vaardig voelen. PA (6 jaar werkervaring): "Ja, in de dagelijkse dingen en tijdens de visites en zo wel echt redelijk vaardig. Maar [...], met de moeilijker gesprekken vind ik het sowieso nog lastiger om te doen, en ja, daar echt minder." Of zoals een verpleegkundige (5 jaar werkervaring) het omschrijft: "Maar ik kan me ook voorstellen [...] dat je zeker bij beginnende verpleegkundigen – en die hebben we echt heel veel ook op de [afdeling] – dat je zeker verschil kan zien."

### 3.2.2 Toepassing van samen beslissen volgens patiënten op de verpleegafdeling in het ziekenhuis

Uit de interviews blijkt dat patiënten wisselende ervaringen hebben wat betreft SB. Er zijn patiënten die het gevoel hebben goed meegenomen te zijn tijdens de behandeling en opname in het ziekenhuis, patiënt (vrouw, 22 jaar): "En er is mij dus wel de keuze gegeven van ja, ben ik er nu wel al klaar voor of wil ik het nog uitstellen dus [...] er is mij wel een keuze gegeven." En dat dit ook een verbetering is

ten opzichte van de zorg vroeger. Zoals deze patiënt (vrouw 48 jaar) benoemd: “Je merkt toch wel dat daar verandering in is [...]. Dat dat wel gericht wordt op de patiënt [...] dat het toch meer gevraagd wordt van wat denk je zelf en wat is jouw idee. Ja dat is gewoon zo fijn.”

Toch zijn er ook patiënten die het gevoel hebben dat ze niet mochten mee beslissen in hun zorgproces. Patiënt (vrouw, 47 jaar): “Ik kan me niet herinneren dat ik ergens een keuze in heb gehad. Nee, nee. [...] Nee, maar ik heb het ook niet zelf bedacht, want ik geloof dat, ik ben dat ook niet gewend zeg maar.”

### 3.2.3 Toepassing van samen beslissen op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis

Per item van de OPTION-5 wordt een overzicht gegeven van de geobserveerde mate van SB. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van quotes.

#### Item 1 – (option talk): Keuzegelegenheid benoemen

Over het algemeen werd item 1 van OPTION-5 weinig gezien. Wanneer dit werd geobserveerd, werd geen tot een minimale inspanning gezien. Tijdens de artsensite werd dit vaker geobserveerd dan tijdens de andere momenten.

Voorbeelden van de toepassing van item 1:

*Arts tijdens artsen visite aan bed: ‘We hebben u vanmorgen besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO). We kunnen besluiten om antibiotica te houden en dan pas later op tabletten over te gaan, of al eerder overgaan op tabletten.’ (Gescoord als ‘Minimale inspanning’ item 1)*

*Verpleegkundige tijdens ADL: ‘Dan kunnen we met waskommen of washandjes wassen, die ik warm of koud kan maken, wat u wil.’ (Gescoord als ‘Gemiddelde inspanning’ item 1)*

#### Item 2 – (team talk): vormen van partnerschap

Over het algemeen werd item 2 van OPTION-5 weinig gezien. Wanneer dit werd geobserveerd, werd geen tot een minimale inspanning gezien. Tijdens de medicatieronde, controles en artsensite werd dit vaker geobserveerd dan tijdens de andere momenten.

Voorbeeld van de toepassing van item 2:

*Arts tijdens artsensite: Er zijn ook pleisters met pijnstilling, waardoor u geen tabletten hoeft te slikken. Dat is voor u misschien prettig? Patiënt: ‘Daar zou ik zelf helemaal niet aan hebben gedacht’. Arts: ‘Maar daarvoor zijn wij hier ook natuurlijk.’ (Gescoord als ‘Minimale inspanning’ item 2)*

*Patiënt tijdens medicatieronde: ‘Sorry dat ik zo zeur.’ Verpleegkundige: ‘Ik vind dat geen zeuren, het is voor mij ook belangrijk om te weten.’ (Gescoord als ‘Minimale inspanning’ item 2)*

#### Item 3 – (option talk): Opties uitleggen

Over het algemeen werd item 3 van OPTION-5 weinig gezien. Wanneer dit werd geobserveerd, werd



minimale tot gemiddelde inspanning gezien om de verschillende opties toe te lichten met hun voor- en nadelen. Tijdens de artsensite en medicatierondes werd dit vaker geobserveerd dan tijdens de andere momenten.

Voorbeelden van de toepassing van item 3:

*Verpleegkundige in gesprek met patiënt over ontslag:*

*Verpleegkundige: [...] 'Dat zullen ze straks nog even nader toelichten, maar in principe de artsen zeggen nu is er wel een mogelijkheid dat je gewoon met die drains naar huis kan. [...] Thuis sterk je toch beter aan, heb je gewoon lekker je eigen ding. Eigenlijk kun je hier natuurlijk niet zo veel, naast een beetje rondlopen en op je bed zitten. Patiënt: Precies. Verpleegkundige: Dus voor je eigen herstel is het eigenlijk veel beter als je naar huis zou kunnen. Patiënt: Ja, ik zou dat ook wel heel fijn vinden. Verpleegkundige: [...] Overdag kun je dan gewoon.. dan kun je bijvoorbeeld een beenzak aan je been, dus dan loop je niet helemaal met twee van die grote zichtbare drains links en rechts, maar die kun je gewoon aan je been bevestigen. Dan kun je ook gewoon normale broeken aan en dan kun je ze daarin verbergen. Daar kunnen we vandaag misschien wel eens mee oefenen, dat je een beetje ook.. Patiënt: Ja, kunnen we misschien wel proberen.'*

*(Gescoord als 'Gemiddelde inspanning' item 3)*

*Kinderverpleegkundige tijdens medicatieronde: 'Wil je de pijnstilling via een pilletje, of via water, of via je billen? Jij mag kiezen.'*

*(Gescoord als 'Gemiddelde inspanning' item 3)*

#### **Item 4 – (decision talk): Voorkeuren bespreken**

Item 4 van de OPTION-5 is regelmatig gezien. Wanneer dit werd geobserveerd, werd een minimale tot bekwaame inspanning gezien om de voorkeur van de patiënt te achterhalen ten aanzien van de opties. Tijdens de ADL en medicatieronde werd dit vaker geobserveerd dan tijdens de andere momenten.

Voorbeelden van de toepassing van item 4:

*Verpleegkundige tijdens verpleegkundige handeling: '[...] en dan weet je het vast, we denken dat je misschien al naar huis kan. Hoe sta jij daarin?'*

*Patiënt: 'Nou ik denk het ook.'*

*Verpleegkundige: 'Fijn, ik zeg het nu alvast zodat je er even over kan nadenken als de arts zo langs komt om het te bespreken.'*

*Patiënt: 'Ja heel fijn.'*

*(Gescoord als 'Minimale inspanning' item 4)*

*Verpleegkundige tijdens eetmoment: 'Welk neusgat gaan we doen?'*

*Patiënt: 'Deze.'*

*Verpleegkundige brengt de sonde in, blijft ondertussen tegen de patiënt praten.*

*(Gescoord als 'Minimale inspanning' item 4)*

*Arts 1 tijdens artsensite: het palliatieve team kan u helpen bij vooruit te kijken. Het gaat er ook om wat u wilt hè, wat u voor zich ziet.*

Arts 2: zou u dat zien zitten?

Patiënt: absoluut niet. Die andere arts was ook niet fijn.

Arts 2: waarom dan?

Patiënt: die wil mij gewoon aan de chemo hebben.

Arts 2: maar wat u wilt is het allerbelangrijkste?

(Gescoord als 'bekwame inspanning' item 4)

### **Item 5 (decision talk): Integreren van voorkeur in het besluit**

Item 5 van de OPTION-5 werd weinig gezien. Wanneer dit werd geobserveerd, werd geen inspanning tot een minimale inspanning gezien om de voorkeur van de patiënt te integreren in het zorg- of behandelbesluit. Tijdens de artsensite, medicatieronde, ADL en het uitvoeren van controles werd dit vaker geobserveerd dan tijdens de andere momenten.

Voorbeelden van de toepassing van item 5:

Verpleegkundige tijdens de controles: 'Heb je al ontlasting gehad?'

Patiënt: 'Nee.'

Verpleegkundige: 'Als het te lang duurt moet je wel een klysma, ik geef je tot de middag.'

Patiënt: 'Ja, oké ja.'

Verpleegkundige: 'Dan ga ik je toch een zakje (medicatie om ontlasting op gang te brengen) geven.'

Patiënt: 'Oké.'

(Gescoord als 'Geen inspanning' item 5)

Fysiotherapeut komt langs bij de patiënt en vraagt hoe het gaat.

Patiënt: 'Niet goed, heel slecht geslapen en misselijk.'

Fysiotherapeut: 'Wil je het alsnog proberen een stukje te lopen of zeg je vandaag niet.'

Patiënt: 'Wil wel proberen.'

Fysio: 'Dan gaan we dat doen.'

(Gescoord als 'Minimale inspanning' item 5)

Arts tijdens artsensite aan bed bij de patiënt: 'We hebben net met z'n allen over u gesproken. Het is lichamelijk wel wat zwaar hè?'

Patiënt reageert niet echt.

Arts: 'Hoe ervaart u dat zelf?'

Patiënt: 'Ja het is niet te doen zonder hem [verpleegkundige], om uit bed te komen. Het valt zwaar tegen.'

Arts: 'Lastig, want u wilt waarschijnlijk best graag, maar uw lichaam heeft het zwaar. U bent ook afgevallen. Het lijkt ons goed als de diëtiste weer langskomt, als u dat ziet zitten natuurlijk.'

Patiënt: 'Er moet wat gebeuren hè.'

(Gescoord als 'Minimale inspanning' item 5)

### 3.2.4 Toepassing van Interprofessioneel samen beslissen volgens zorgverleners en patiënten

#### *Samenwerking zorgverleners bij samen beslissen*

Interprofessioneel SB wordt soms positief en soms negatief ervaren door zorgverleners. Als dit positief wordt ervaren, wordt aangegeven dat er goede onderlinge communicatie is tussen verschillende zorgverleners en de verschillende disciplines en afdelingen. Door zorgverleners worden bepaalde momenten genoemd waarin volgens hen interprofessioneel SB plaatsvindt: de dagstart, het MDO en de (papieren) artsensite.

Interprofessioneel SB wordt soms als onvoldoende omschreven door zorgverleners. Dit wordt ook gezien in de observaties, zoals hier beschreven: ANIOS: ‘Gaaf wel goed met patiënt. Toewerken naar ontslag.’ Arts gaat meteen door naar de volgende patiënt. Verpleegkundige (verontwaardigd): ‘Mogen we nog vragen stellen over de patiënt?’ Als interprofessioneel SB als onvoldoende wordt omschreven, worden redenen gegeven als: er is onvoldoende communicatie onderling tussen verschillende type zorgverleners of specialismen, en de rolverdeling is onduidelijk. Dit leidt ertoe dat niet iedereen op de hoogte is van de situatie van de patiënt, wat weer resulteert in een gebrek aan informatievoorziening naar de patiënt toe. Dit wordt onderschreven door de patiënten in de interviews:

*R: ‘Want de communicatie is niet zo heel best [lacht].’*

*I: ‘In welke zin?’*

*R: ‘Nou dat bijvoorbeeld een arts heeft het plan en dan komt een andere arts en die heeft eigenlijk helemaal echt geen idee hoe of wat de bedoeling is. Dus onderling mag d’r nog wel, ja wat beter gecommuniceerd worden.’*

*I: ‘Bedoel je dan die weet niet goed wat de bedoeling is met de behandeling of die zijn ook nog niet eens op de hoogte van wat jij eigenlijk wilt.’*

*R: ‘Ook.’*

Patiënt, vrouw, 22 jaar.

Goede onderlinge communicatie en samenwerking wordt genoemd als voorwaarde voor interprofessioneel SB, binnen en buiten de eigen afdeling (met andere specialismen). Enerzijds wordt door zorgverleners aangegeven dat dit voldoende gebeurt, anderzijds wordt aangegeven dat er nog winst te behalen valt in de onderlinge communicatie in het kader van SB.

*“Wij lezen natuurlijk ‘s ochtends in, [dan] gaan we kijken wat voor vragen er openliggen of waar we aandacht aan moeten besteden. Die schrijf ik dan op, dan gaan we gewoon naar de patiënt zelf toe, want dan kan het allemaal wel geschreven zijn, maar dan wil je de patiënt ook even horen, dus dat doe je. En die bagage neem je eigenlijk mee naar de artsensite, dat is dan een vrij laagdrempelige site. Waarbij je gewoon alles, zij willen wat van ons, bijvoorbeeld lab wordt geprikt of iemand moet voor een foto, iemand moet bloed hebben, noem maar op. Dat gedeelte dat levert de arts naar ons toe en terug leveren wij weer van, er zijn dingen niet opgeschreven, ja die order staat er niet in.”*

- Verpleegkundige, 20 jaar werkervaring.

*“Ja, ik moet zeggen: het is best wel op de eilandjes hier. De artsen hebben wel wat meer contact,*

zeg maar. Want hier is dan bijvoorbeeld de [afdeling] is de hoofdbehandelaar. En dan kan natuurlijk de cardio, de geriatrie, [...] hematologie komt veel voor – dat die ook in consult zijn. Dus dat die medebehandelaars zijn. Maar het is niet dat ik als verpleegkundige, of wij als verpleegkundig team dan echt contact hebben [...] met de andere specialismen.”

- Verpleegkundige, 2 jaar werkervaring.

Rolverdeling bij SB is vaak nog onduidelijk en dat onderwerpen met betrekking tot SB vooral gericht zijn op behandelbeslissingen en minder op zorgbeslissingen.

“Er is niet gericht een beleid van goh we gaan als verpleegkundige meer gedeelde besluitvorming doen [...] Maar dat ik denk dat het vooral gericht is op inderdaad de behandel, een behandeling samen afspreken en niet de dagelijkse praktijk als verpleegkundige. Terwijl er, denk ik, echt iets meer mogelijkheden zijn maar daar is denk ik geen aandacht voor.”

- Verpleegkundige, 22 jaar werkervaring.

Tegelijkertijd wordt zowel door artsen als verpleegkundigen benadrukt dat de verpleegkundigen een belangrijke rol (zouden kunnen) spelen in dit proces. Omdat zij het meest direct in contact staan met de patiënt. Een verpleegkundige (20 jaar werkervaring) zegt: “Ik denk uiteindelijk dat wij daar toch wel het meest, omdat wij gewoon bij directe patiëntencontact zijn, wij zien en horen het meest.”

Of omdat verpleegkundigen een vertaalslag kunnen maken en ervaring met zich meebrengen:

“Met name ook om de stem van de patiënt over te brengen, want die kunnen dat niet altijd op de manier [die] het weer begrijpelijk maakt voor sommige artsen. [...] De verpleegkundige vertaalt dat soms net beter. Maar ook in ervaring en ook het onderbuikgevoel van zo’n verpleegkundige. Want patiënten kunnen soms heel makkelijk zeggen, ‘o, maar het gaat best prima met me,’ en dan zeggen de waardes op het bord ook niet per se dat het heel slecht met ze gaat, maar als je dan een verpleegkundige naast je hebt die zegt, ‘ik vertrouw dit niet, er gaat iets helemaal niet zo lekker,’ dan kun je daar ook op doorbouwen. En dat is ook belangrijk voor je beslissing.”

- AIOS, 3 jaar werkervaring.

Tijdens de observaties werd duidelijk dat de verschillende zorgverleners verscheidene rollen kunnen aannemen in het proces van SB. Deze verscheidene rollen komen voort uit de verschillende functies maar zijn ook afhankelijk van de situatie. Zo zijn er zowel één op één interacties tussen patiënten en zorgverleners als binnen een driehoek (bijv.: arts, verpleegkundige en patiënt). Bij zorgmomenten werd vaak één op één interactie met de verpleegkundige en patiënt gezien. Bij momenten rondom de behandelbeslissing, zoals tijdens de artsensites aan bed, werd vaak een driehoeksverhouding gezien waarbij meerdere zorgverleners interacteren met de patiënt. Deze wisselende situaties vragen, vooral van de verpleegkundige, een wisselende rol binnen het proces van SB. De ene keer signaleert of faciliteert en de andere keer ondersteunt de verpleegkundige.

### 3.2.5 Toepassing van interprofessioneel SB

De situaties waarbij interprofessioneel SB het meest relevant bleek, waren de papieren visites. Tabel 4 laat zien in welke mate de voorkeur van patiënt besproken en opgevolgd werd tijdens deze papieren

artsenvisites (n=30). Hierin werden soms meerdere keuzemomenten besproken, zoals ontslag of medicatiegebruik, waardoor er 57 verschillende voorbeelden zijn gezien van het integreren van de voorkeur van de patiënt.

**Tabel 4 Mate van samen beslissen tijdens papieren visites (n=30)**

Voorbeelden van integreren voorkeur van de patiënt (n=57)	
Voorkeur patiënt wordt benoemd, niet opgevolgd	N = 6 (11%)
Voorkeur patiënt zal worden uitgevraagd	N = 11 (19%)
Voorkeur patiënt wordt benoemd en opgevolgd	N = 15 (26%)
Voorkeur patiënt wordt benoemd (opvolging onbekend)	N = 8 (14%)
Beleid wordt gemaakt zonder voorkeur van patiënt	N = 17 (30%)

Voorbeeld van situatie waarbij de voorkeur van de patiënt wordt benoemd maar niet wordt opgevolgd

*Moeder heeft gevraagd of de sonde van haar kind eruit mag nu de patiënt goed zelfstandig drinkt. De verpleegkundige gaat bij artsen langs en geeft aan dat moeder heeft gevraagd of de sonde eruit mag. Artsen geven aan overleg te hebben gehad met het andere ziekenhuis [waar de patiënt naar wordt overgeplaatst] en dat die de behandeling overnemen en dus ook gaan bepalen of de sonde eruit mag.*

*Verpleegkundige: 'Oké, dan heb ik het in ieder geval gevraagd' [geeft dit niet meer door aan moeder].*

Voorbeeld van een situatie waarbij de voorkeur van de patiënt nog zal worden uitgevraagd

*Arts 1: 'Het is meer een struisvogeltactiek. [De patiënt] wil niet echt inspelen op wat er nog gaat komen en komt bijna onverschillig over. Ze zei wel dat ze het eigenlijk niet ziet zitten om nog een chemo te doen, maar dat betekent wel dat ze op korte termijn zou overlijden.'*

*[...]*

*Arts 3: 'Moeten we niet het palliatieve team inschakelen? Om even met haar af te wegen wat er aan advanced care planning gedaan kan worden en dat ze beter weet wat niet behandelen in kan houden.'*

*[...]*

*Verpleegkundige: 'Nog even over palliatief team, wordt dit het plan, of is dit nog open?'*

*Arts 1: '[De patiënt] mag kiezen.'*

Voorbeeld van een situatie waarbij de voorkeur van de patiënt wordt benoemd en opgevolgd

*Verpleegkundige: 'Hij gaat straks beginnen over de Fragmin. Want hij wil het niet.'*

*Arts: 'Oké. En heeft 'ie daar een reden voor?'*

*Verpleegkundige: 'Hij voelt zich ziek en het doet pijn. En doordat die zich ziek voelt vindt die het extra vervelend dat die ook nog die pijn erbij heeft. Hij zegt het is niet dat ik het uitschreeuw maar het is echt niet een fijn prikje.'*

*[...]*

*Arts: 'Dat zit ik ook te denken, dat is dan het alternatief. Doen we natuurlijk niet zo vaak.'*

*Coassistent: 'Nee, maar het kan.'*

*Arts: 'Ja, precies. Ik denk dat dat een beetje het compromis is waar we op gaan uitkomen.'*

Voorbeeld van situatie waarbij beleid wordt gemaakt zonder de voorkeur van de patiënt mee te nemen

*Verpleegkundige: 'Ja, [de patiënt] woont gelijkvloers, hij heeft een rollator en rolstoel. Hij kan naar huis dus.'*

*Arts: 'Laten we streven naar morgen.'*

Tijdens deze papieren visites is de arts vaak in de lead (start de visite en vraagt situatie van patiënt uit bij de verpleegkundige), maar de verpleegkundige initieert vaker het integreren van de voorkeur van de patiënt (65%) dan de arts (35%).

De lopende artsensite (wanneer de arts bij de patiënt langs gaat) werd verschillend georganiseerd per afdeling. Soms was hierbij een verpleegkundige aanwezig die de situatie van de patiënt introduceerde bij de arts, maar vaker was de verpleegkundige hier niet bij aanwezig. Het leek er echter op dat er meer SB plaatsvond aan het bed wanneer de verpleegkundige deze visite start en als het ware een brug vormt tussen de patiënt en de arts, vergeleken met wanneer de arts de visite start.

*I: 'Ja maar je denkt wel dat zo'n [gezamenlijk] moment waarbij je als verpleegkundige [...] er wel bij bent als er een arts langs komt, dat het wel zou kunnen helpen [bij het SB].'*

*R: 'Ja, dat denk ik wel. Ja want soms dan verloopt de artsen communicatie ook een beetje langs ons heen. Ik heb weleens gehad dat ik dan van een patiënt hoor van ja dit en dit is besproken, dat ik dat dan nog niet van de arts had gehoord. Dus ik denk dat het sowieso beter is om het gewoon in dat driehoekje te houden.'*

- Verpleegkundige, 1 jaar werkervaring.

### 3.3 Wat beïnvloedt de mate van het uitoefenen van samen beslissen?

Uit de interviews met zorgverleners en patiënten komen drie verschillende factoren naar voren die invloed hebben op SB in de klinische ziekenhuissetting. Dit zijn de beweegredenen voor SB, de belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van SB en als laatste de scholing en opleiding van de zorgverleners op het gebied van SB.

#### 3.3.1 Beweegredenen samen beslissen

Ten eerste noemen zorgverleners en patiënten verschillende beweegredenen voor het wel of niet toepassen van SB. Deze beweegredenen worden hieronder verder toegelicht.

##### *Zorgverleners*

Zorgverleners (zie Figuur 4) vinden vooral dat SB de zorg kwalitatief beter maakt. Ze geven aan dat patiënt en zorgverlener elkaar nodig hebben voor goede zorg en dat het betrekken van de patiënt in de besluitvorming een positief effect heeft, omdat de patiënt daardoor vaker achter het behandelplan staat en de therapietrouw toeneemt. Dat vertelt ook deze verpleegkundige (18 jaar werkervaring): 'Nou als de patiënt [...] samen met ons beslist wat voor hem belangrijk is dan is 'ie wel meer gemotiveerd. En dan is 'ie wel meer, ja, behandelingsrouw. Dan gaat 'ie alle richtlijnen echt meer volgen [...] wordt hij wel meer tevreden over de zorg ook. Zorgverleners vinden daarnaast persoonsgerichte zorg belangrijk: dat de patiënt en diens behoeften centraal staan en dat hij of zij de regie heeft.

Er zijn ook verschillen tussen artsen en verpleegkundigen voor wat betreft de beweegredenen. Zo vinden vooral artsen SB belangrijker bij het vaststellen van het behandelplan dan bij zorgbeslissingen (b.v. ADL of mobiliseren) en vinden verpleegkundigen dat de open houding hun werk leuker maakt en ervaren zij meer waardering door SB.

*“Als er bepaalde middelen gegeven moeten worden die veel impact hebben, dan wordt dat ook wel echt goed en gedegen besproken. Maar gewoon. Ja de kleine medicatie wijzigingen die worden met de meeste patiënten niet besproken, of tenminste, dat is meer een mededeling van we doen dit. En, eerlijk gezegd, denk ik dat dat bij een heleboel patiënten prima is.”*  
- AIOS, 1 jaar werkervaring.



**Figuur 4 - Beweegredenen van alle zorgverleners in het blauw, specifiek verpleegkundigen in het rood.**

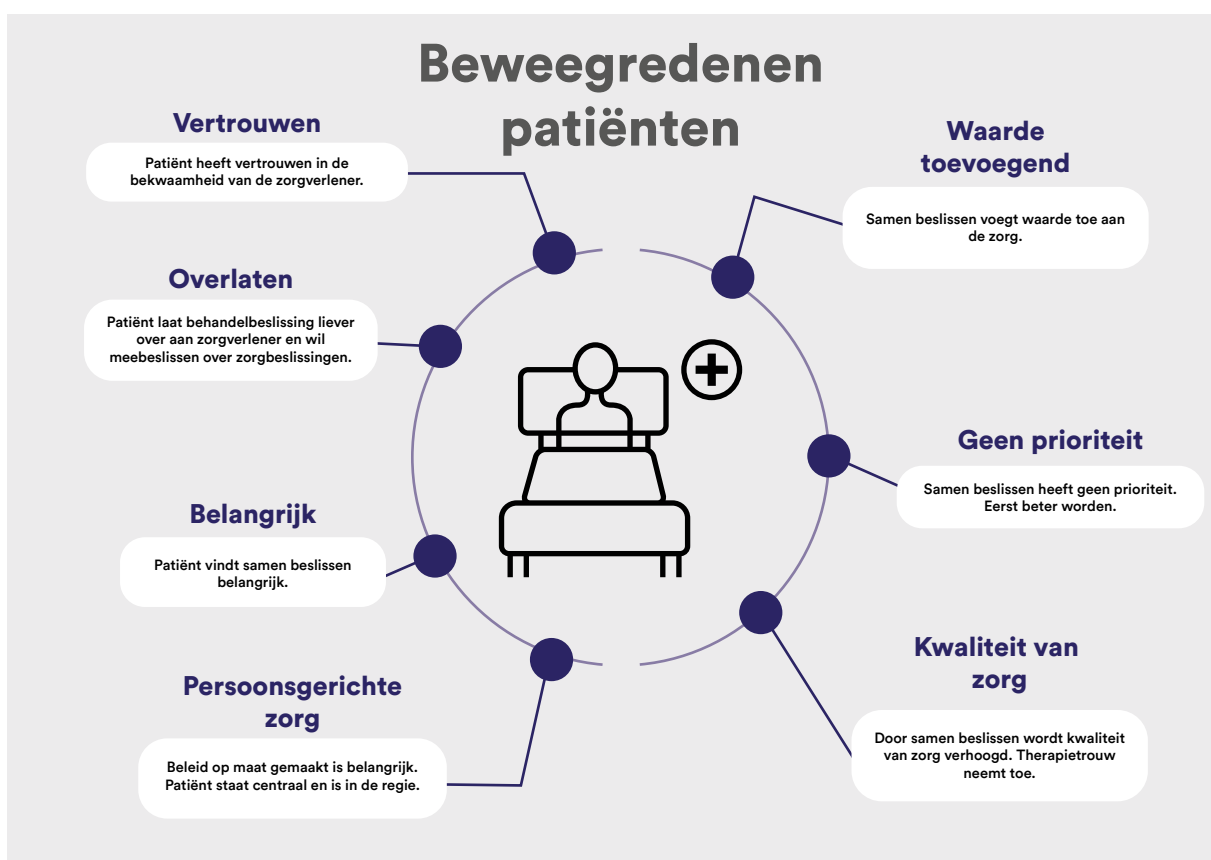
## Patiënten

Patiënten (zie Figuur 5) benoemen naast de kwaliteit van zorg andere dingen dan de zorgverleners. Zo willen verschillende patiënten wel graag meedenken en vinden ze overleg belangrijk, maar ervaren ze een gebrek aan kennis en vinden het (daarom) spannend om zelf te beslissen over de behandeling. Opvallend is dat patiënten liever meebeslissen over de zorgbehandeling, zoals ADL.

“Aan de ene kant zeg ik ja [SB is belangrijk], maar aan de andere kant denk ik ook; ja ik heb zelf niet heel veel verstand van de medische wereld. Dus net zoals bij mijn behandeling ga ik er toch ook een beetje vanuit dat zij het beste met je voor hebben. Maar met de kleine dingen zoals het wassen- dan absoluut!”

- Patiënt, vrouw, 22 jaar.

Ten slotte geven patiënten aan dat het voor hen niet altijd prioriteit heeft om mee te beslissen, omdat ze zich ziek voelen en op dat moment vooral waarde hechten aan het beter worden. Patiënt (man, 72 jaar): “Nee. Kijk als je pijn hebt enzo dan heb je geen tijd voor andere dingen te gaan denken.”



Figuur 5 – Beweegredeenen patiënten



### 3.3.2 Belemmerende en bevorderende factoren voor samen beslissen

De verschillende belemmerende en bevorderende factoren die vanuit de interviews naar voren kwamen worden weergegeven in figuren 6 en 7.

De **continuïteit van zorg** en de relatie tussen de zorgverlener en patiënt die daaruit voortvloeit is een belangrijke factor die SB bevordert volgens zowel zorgverleners als patiënten. Deze vertrouwensband werkt stimulerend op het betrekken van de patiënt bij het zorgproces.

*“Die verpleegkundigen staan dichterbij. Dat vind ik überhaupt hier hoor, als je gaat kijken naar de hiërarchie, dat kan niet anders, dat snap ik ook, het is volledig geprotocolleerd en zo. Maar de verpleegkundigen, [...] ja, dat vind ik heel knap wat ze doen. Die staan veel dichterbij de mensen. Veel dichterbij de patiënt.”*

-Patiënt, man, 78 jaar.

*“En ik denk dat je echt wel een bepaalde, nou ja, klik met een patiënt nodig hebt – of in ieder geval vertrouwen van een patiënt nodig hebt – voordat iemand antwoord op jouw vraag durft te geven of zelf iets durft aan te geven van in hoeverre bij hem iets speelt.”*

-Verpleegkundige, 5 jaar werkervaring.

*“Als ik de patiënt goed ken voel ik me wel verantwoordelijk om een stukje zijn of haar wens mee te nemen in dat overleg en denk ik dat ik die ook wel kan vertegenwoordigen. En dat bijvoorbeeld de verpleegkundige die daarbij aanwezig is dat zeker ook heel goed kan. Maar voor een nieuwe patiënt, en we gaan dan met elkaar technisch over die patiënt praten zonder dat iemand echt goed met die patiënt heeft gepraat, dat er wel zeker een valkuil is dat er beslissingen worden gemaakt die uiteindelijk helemaal niet samen met de patiënt zijn of die helemaal niet aansluiten bij die behoefte of wens.”*

- AIOS, 4 jaar werkervaring.

Als de **patiënt-zorgverlener relatie** niet goed is, bijvoorbeeld door een gebrek aan continuïteit van zorg, te kort contact of doordat de patiënt niet moeilijk wil zijn, werkt dit juist belemmerend.

*“Je moet de ruimte hebben om een relatie met een patiënt op te bouwen. En dat krijg je niet als je vandaag arts-assistent x en morgen assistent y en dan arts-assistent s, dan helpt het niet. Dus continuïteit van een zorgprofessional helpt bij het samen beslissen. En daarin helpt de organisatie.”*

-PA, 11 jaar werkervaring.

Daarnaast wordt ook goede en **duidelijke informatievoorziening** over de behandeling en het zorgproces als bevorderende factor voor SB door zorgverleners en patiënten genoemd. Hierbij helpen tools, informatie laten geven door meerdere zorgverleners en informatie kunnen teruglezen. Het helpt ook als de patiënt bekend is met SB.

*“Uitleg. Ik wil altijd weten waarom ze dingen doen of waarom iets moet gebeuren, en daardoor kan ik een betere beslissing nemen. Ik denk dat die ‘waarom dingetjes’ wel belangrijk zijn en*

*ja, die moet ik wel zelf soms vragen van waarom gebeurt dit en dit en dit? Ja, maar dan krijg je wel een uitleg. Soms is het een wat lastigere uitleg, omdat het altijd... Sommige dingen zijn standaard, bij wijze van met medicatie geven van waarom moet 'ie dit en dit en dit? Ja, dat hoort. Kijk en dan is het soms wat lastiger, maar ja, ja, gewoon de juiste vragen stellen en dan kom je er vanzelf wel een beetje achter hoe dingen voor hem goed zijn of juist niet. En dan kan je een beslissing maken.”*

-Moeder van patiënt, 18 weken.

*I: ‘Wat zou u dan helpen om wel keuzes te kunnen maken in uw zorgproces?’*

*R: ‘Nou ja, nu sowieso dat ik het nu weet. Dan kan ik wel aangeven van nou ik weet dat ik. Dat er ‘samen beslissen’ bestaat. En nou ja, dit is wat me niet [...] waar ik me niet in kan vinden. Ja. Dus [...] dan wil ik het wel aangeven zonder jou in problemen te brengen. Ja.’*

-Patiënt, man, 46 jaar.

Een belangrijke belemmerende factor genoemd door zorgverleners en patiënten is tijd. De zorgverleners ervaren door een hoge werkdruk **gebrek aan tijd** om SB goed toe te kunnen passen, maar ook dat SB tijd kost als je dit toepast. Daarnaast moet er in de klinische ziekenhuiszetting soms snel gehandeld worden wanneer de patiënt erg ziek is. Ook de **communicatie** wordt genoemd als belemmerende factor. De zorgverlener heeft het idee dat de patiënt niet altijd begrijpt wat er bedoeld wordt, bijvoorbeeld door beperkte gezondheidsvaardigheden of een taalbarrière. Andersom geven patiënten aan dat de zorgverlener zijn/haar taalgebruik niet altijd aanpast, en ervaren patiënten gebrek aan (specialistische) medische kennis en ervaring. Dit resulteert in onbegrip.

*“Ik denk dat je de patiënt voldoende moet informeren over dat wat relevant is om de beslissing te maken en welke beslissing er voorligt. En dan gezamenlijk een keuze maken waarbij het soms wel een uitdaging is om de patiënt op zijn of haar niveau te informeren. Want je hebt natuurlijk als medicus gewoon een andere achtergrond en heel veel afwegingen en die afwegingen kun je niet altijd helemaal mee. Daar kun je de patiënt niet altijd helemaal in meenemen, omdat iemand dat dan niet overziet of niet snapt. Dus daarin moet je denk ik een gepast/aangepaste informatie delen en wel voldoende om iemand ook mee te laten beslissen. Ja en soms is het ook wel zo dat dat niet lukt of dat je denkt iemand kan dit niet beslissen, dan moet je het op een andere manier oplossen.”*

-AIOS, 4 jaar werkervaring.

*“Maar ik heb wel, zeker in de afgelopen jaren, geleerd wat voor keuzes er allemaal zijn en veel meer kunnen ervaren op welke manier je de patiënt er allemaal bij kunt betrekken. En soms ook hoe – want dat is ook nog weleens lastig en niet iedereen is even taalvaardig of even denkvaardig of weet allemaal heel erg goed wat die wil in zijn leven – om daar iets beter over in gesprek te gaan.”*

-Verpleegkundige, 5 jaar werkervaring.

*“Ik denk dat je ook moet weten welke keuzemogelijkheden je hebt. Want dat is het ook niet*

vaak. Vaak is het gewoon van we gaan het zo en zo doen en dan hoor je later van het had ook anders gekund. En soms denk ik van dat is wel jammer.”

-Patiënt, man 46 jaar.

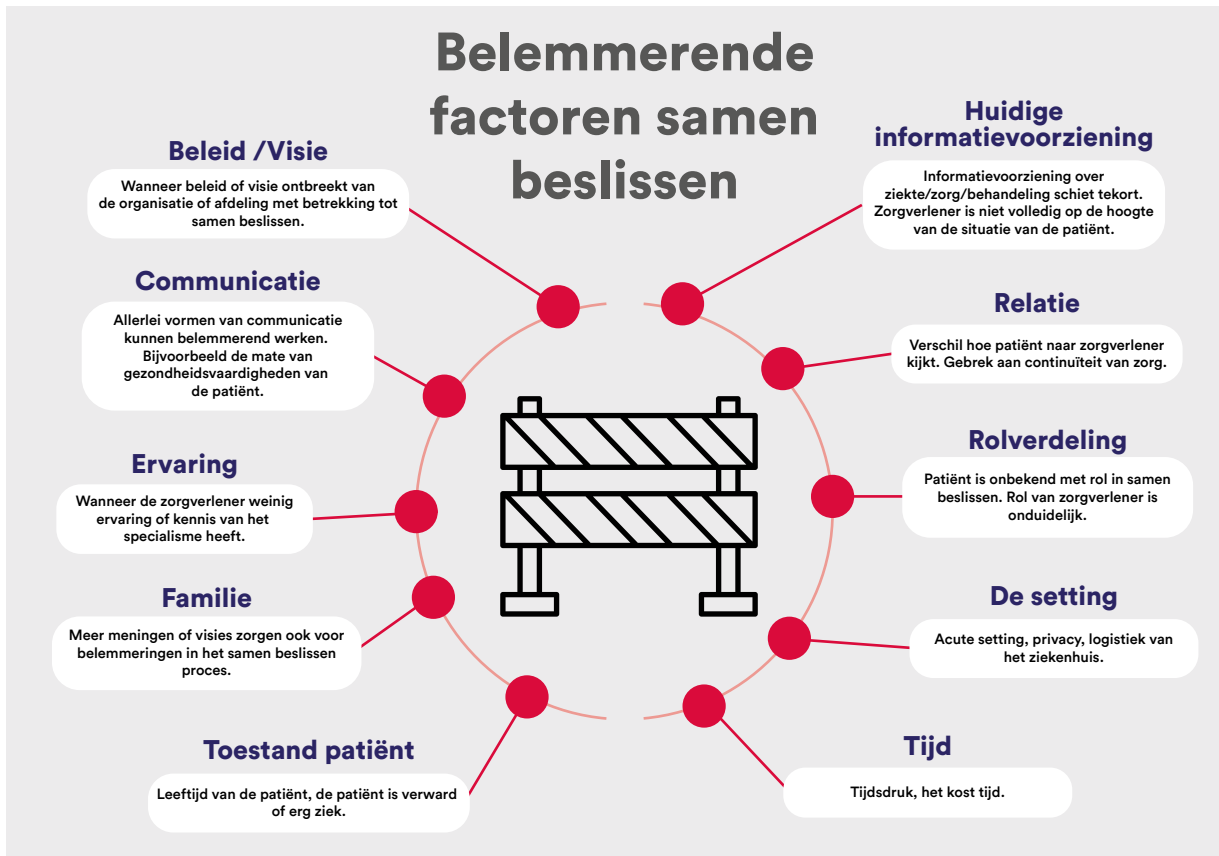
*“In principe is de arts natuurlijk diegene die er het meeste verstand van heeft, want die vertelt jou dit heb je, dit gaan we doen en bij de internist? Kom je nou deze medicijnen krijg je [...] dus ja. En dat komt dan ook vrij logisch in je hoofd over, want ja, je weet niet beter.”*

-Patiënt, vrouw, 47 jaar.

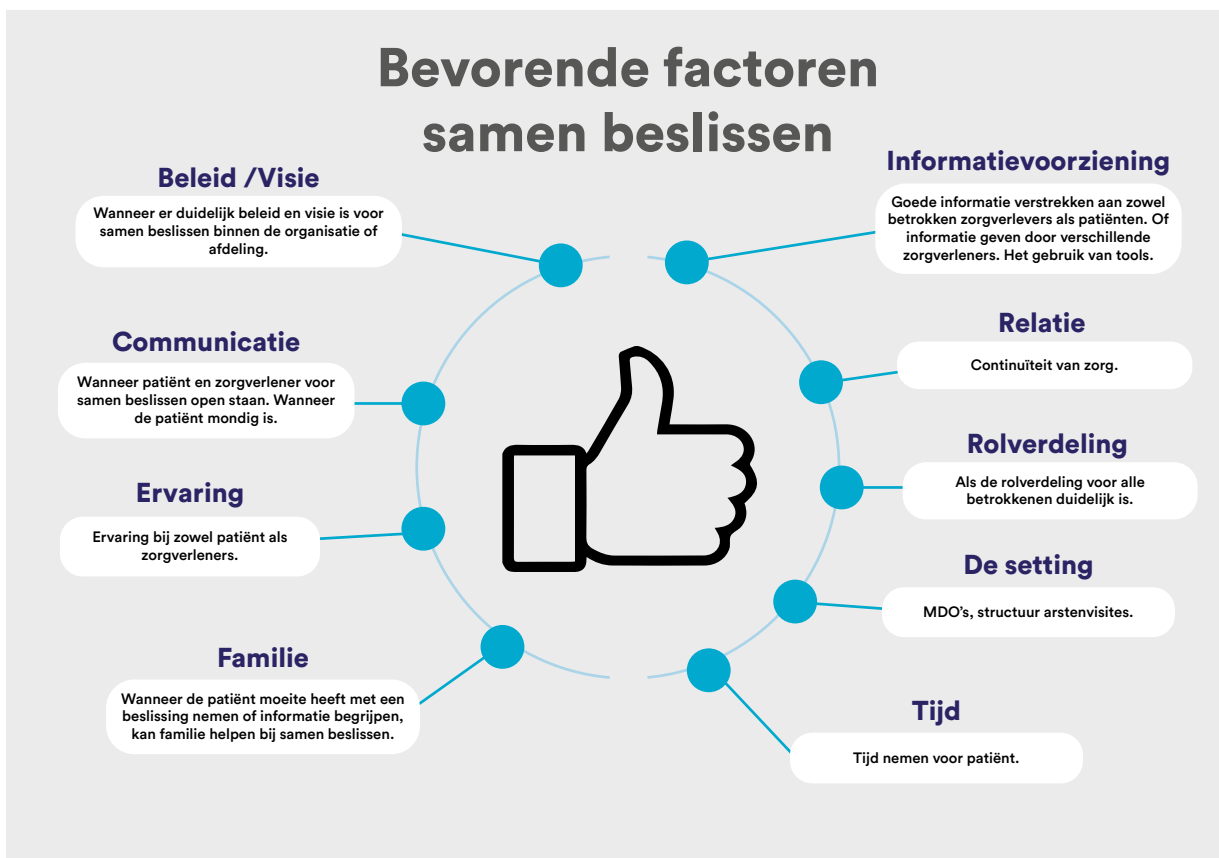
Daarnaast kunnen ook **verschillen in visie** de communicatie negatief beïnvloeden. Dit kan tussen patiënt en familie, patiënt en zorgverlener maar ook tussen zorgverleners onderling. Hier speelt soms ook een cultuurverschil als achterliggende oorzaak.

*“Zijn er gewoon andere behandelafwegingen bij iemand vanuit religieuze overwegingen of vanuit een andere levensovertuigingen die frictie geven zeg maar. Ik denk dat in dat soort gevallen het ook heel fijn is om verpleging mee te vragen op momenten dat je ergens niet [...]. Die zien natuurlijk de patiënt veel vaker, dus die hebben veel meer contact ook met familie vaak, dus dat kan soms ook heel fijn werken om dan met elkaar samen te zitten.”*

-AIOS, 4 jaar werkervaring.



**Figuur 6 – Belemmerende factoren bij samen beslissen op de verpleegafdelingen**



**Figuur 7 – Bevorderende factoren bij samen beslissen op de verpleegafdelingen**

### 3.3.3 Scholing en opleiding

Uit de interviews met zorgverleners komen verschillende ervaringen en behoeftes naar voren met scholing en opleiding in SB.

De helft van de zorgverleners geeft aan een vorm van scholing in SB tijdens de opleiding te hebben gehad. De mate waarin SB aan bod kwam in de opleiding verschilt. Daarbij wordt door zorgverleners aangegeven dat er een **groot contrast** is tussen hoe ze SB leren in hun opleiding en hoe het daadwerkelijk in de praktijk toegepast wordt.

*“Wat mij vooral is bijgebleven, is: je leert dat dan op school en dan denk je ‘Ja, dat is toch logisch? Je gaat toch niet beslissingen maken zonder die patiënt?’. Maar goed, dan doe je stages of dan ga je werken, en dan merk je dat dat vrij snel wél gebeurt, omdat wij als professionals wel weten hoe het moet. Dus dat het eigenlijk vooral een begrip is wat je na je opleiding veel moet weten, denk ik.”*  
- Verpleegkundige, 2 jaar werkervaring.

Naast de opleiding, geven zorgverleners ook aan SB te leren aan de hand van zelfstudie, door het meekijken met collega's of simpelweg door het opdoen van praktijkervaring. Zorgverleners geven aan **geen nascholing** te hebben gehad in SB.

*“Ja natuurlijk, je doet ervaring op en ook nu ben ik ook tijdens mijn werk met mijn opleiding bezig, dus tijdens mijn werk zie je ook nu veel meer wat je collega's doen en de artsassistenten, maar ook de specialisten. Daar neem je natuurlijk ook dingen van op en dat neem je ook mee. Dus al met al leer je het al werkenden ook in de opleiding. Maar niet per se op school.”*  
- PA in opleiding, 6 jaar werkervaring.

Daarnaast ontbreekt het voor veel zorgverleners aan een **manier om hun vaardigheden te meten** en te kijken of ze SB goed uitvoeren. SB is vaak geen (bewust) onderwerp van gesprek tussen collega's of met leidinggevenden en zorgverleners bespreken dit ook niet bewust met de patiënten. Verpleegkundige (22 jaar werkervaring): *“Nee ik om eerlijk te zeggen heb ik nooit getest of ik het goed doe [SB]. Ik denk dat ik het best goed doe.”*

Ze zien niet altijd van elkaar hoe ze het doen omdat er veel één op één contact is met patiënten. Verpleegkundige (17 jaar werkervaring): *“Je hebt je buddysysteem, maar ja, dat is even voor een snelle check. Want [...] hij of zij is ook weer druk, even snel iemand omhoog tillen, maar die gaat niet helemaal kijken hoe jij beslist met de patiënt.”*

Zorgverleners geven daarbij aan dat scholing wel kan helpen in bewustwording. Er is behoefte aan meer voorbeelden van hoe je het in de praktijk toe past, bij voorkeur in trainingsvorm.

*“Ja, ik denk dat het niet slecht zou zijn om het afdelingsbreed aan te bieden en ook aan de assistenten onderling, want volgens mij krijgen we dat als assistenten niet echt meer terug in ons werkvlak. En dan inderdaad een losse training, eventueel met rollenspellen, dat werkt vaak goed. En misschien ook wel een combinatie juist van verpleging en assistenten.”*  
- ANIOS, 5 jaar werkervaring.



# Conclusie





Ondanks dat zorgverleners aangeven zichzelf vaardig te voelen in het toepassen van SB, is de toepassing hiervan (volgens het OPTION-5 instrument) in de klinische praktijk nog beperkt: door zorgverleners wordt over het algemeen een matige inspanning geleverd om de patiënt te betrekken bij de zorg- of behandelbeslissing. Met name item 1, 2, 3 en 5 komen zelden aan bod en item 4 komt relatief vaak aan bod. Patiënten gaven aan nauwelijks bekend te zijn met het concept SB. De belemmerende en bevorderende factoren die zorgverleners en patiënten noemen voor het toepassen van SB komen sterk overeen met de bestaande literatuur.

Wel worden er verschillen gezien tussen SB in de poliklinische spreekkamer (onderzocht in eerdere studies) en nu, in de klinische ziekenhuissetting: aan het bed gaan beslismomenten vaker over o.a. ADL, medicatie, verpleegkundige handelingen en interventies, en zijn deze minder gericht op de medische behandeling. Hoewel interprofessionele samenwerking een belangrijke rol speelt bij SB in de klinische praktijk, geven vooral verpleegkundigen aan dat zij hun rol hierin vaak nog onduidelijk vinden.

Daarnaast geven zorgverleners aan dat SB wisselend aan bod komt tijdens hun opleiding. Hierbij ervaren zij een contrast met het toepassen in de praktijk, wat uitdagender blijkt dan in theorie. Er wordt weinig aandacht besteed aan SB in de nascholing; zorgverleners leren de vaardigheden vooral van collega's of door simpelweg meer ervaring op te doen.



# Aanbevelingen



Om samen beslissen in de klinische praktijk te bevorderen is er winst te behalen op vijf vlakken:

1. Inbedding samen Beslissen in de opleiding.
2. Vergroten bewustwording van het concept van samen beslissen bij zorgverleners en patiënten.
3. Scholen van zorgverleners in de praktijk (werkplekleren).
4. Implementatie van het concept van samen beslissen in de klinische praktijk.
5. Belichten van de verschillen tussen de polikliniek en de klinische ziekenhuissetting ten aanzien van samen beslissen.

De aanbevelingen worden hierna verder toegelicht. 4.1 en 4.2 hebben met name betrekking op de initiële en vervolgopleidingen. 4.3 t/m 4.5 hebben met name betrekking op de praktijk.

## 5.1 Inbedding samen beslissen in de opleiding

De uitkomsten van de inventarisatie naar scholing en opleiding in SB (Regioplan, 2021) worden bevestigd door dit onderzoek; SB komt wisselend aan bod in de opleiding. Het lijkt bij veel opleidingen wel aan bod te komen tijdens de communicatielessen, maar het is de vraag of het concept op eenzelfde manier wordt uitgelegd. Om een goede basis te leggen en verandering te realiseren is het daarom belangrijk om het principe van SB in te bedden in de opleiding. Daarnaast omvat SB meer dan alleen theoretische kennis, waardoor theorielessen alleen niet toereikend zijn. Het is een dynamisch en interactief proces wat vraagt om een passende onderwijsmanier gericht op feedback en reflectie. Inmiddels zijn er uiteenlopende onderwijsmaterialen (PowerPoints, voorbeeldvideo's en e-learnings) ontwikkeld voor verschillende zorgprofessionals. Het advies is om met deze materialen concrete onderwijspakketten samen te stellen en aan te bieden aan de verschillende doelgroepen. Het is daarbij belangrijk om bewust te zijn van de doelgroep voor nascholing, namelijk de jongge-diplomeerde artsen en verpleegkundigen, omdat zij voor een groot deel het klinische team op de verpleegafdelingen van ziekenhuizen vormen.

## 5.2 Vergroten bewustwording van het concept van samen beslissen bij zorgverleners en patiënten

Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste zorgverleners zichzelf vaardig achten in SB, terwijl maar enkelen een juiste definitie van het concept kunnen geven en de mate van SB aan het bed ruimte voor verbetering laat zien. Als onderdeel van scholing en opleiding is het daarom belangrijk aandacht te besteden aan de bewustwording, het nut en de noodzaak van SB. Dit kan door zorgprofessionals bewust te maken van de toegevoegde waarden van SB, zoals het verhogen van therapietrouw en het vergroten van de eigen regie van de patiënt [Deniz, 2022]. SB is namelijk een fundamenteel andere manier van (be) handelkeuzes maken. Het gaat om het erkennen van de autonomie van de patiënt.

Specifiek voor de verpleegkundige is het belangrijk dat zij zich meer bewust worden van de rol die zij kunnen aannemen bij het checken, herhalen en evalueren van eerder besproken beslissingen [Bos-van den Hoek, 2021]. Daarom wordt in dit rapport geadviseerd om verpleegkundigen in het team te trainen in het toepassen van SB en hen bewust te maken van de verschillende rollen die

zij hierin kunnen aannemen [Pel-Littel, 2022]. Daarnaast wordt geadviseerd om meer onderzoek te doen naar de rol van de verpleegkundige in het proces van SB.

Daarnaast waren patiënten zich er niet bewust van dat zij samen konden beslissen met de zorgverlener. Zorgverleners dienen patiënten daarom beter te informeren over hun rol in het besluitvormingsproces, bijvoorbeeld door item 1 (keuzegelegenheid benoemen) en 2 (vormen van partnerschap) van het OPTION-5 model vaker toe te passen. Wanneer patiënten bewust zijn van hun rol in het proces kan dit hun deelname aan het proces, en daarmee de toegevoegde waarden van SB, vergroten.

Opvallend in dit onderzoek is dat in de klinische ziekenhuissetting met name item 4 van het OPTION-5 instrument aan bod komt: het bespreken van de voorkeuren van de patiënt. Echter zijn de andere stappen zoals het informeren over de beslissing, de opties met voor- en nadelen benoemen en samen de beslissing nemen ook essentiële stappen in het proces van SB. Het is daarom van belang dat de zorgverleners zich niet alleen bewust zijn van het effect van de verschillende stappen in de communicatie en op het gedrag van de patiënt, maar dat zij ook bekend zijn met deze stappen en ze kunnen toepassen.

Een mogelijke belemmering om het OPTION-5 instrument in de klinische ziekenhuissetting toe te passen, is dat dit instrument ontwikkeld is voor keuzegesprekken over behandelingen. Het advies is om bij SB in de klinische ziekenhuissetting naast de behandelbeslissingen ook bewust te focussen op zorgbeslissingen (zie punt 5.3).

## 5.3 Scholen van zorgverleners in de praktijk (werkplekieren)

Leren op de werkvloer is voor zorgverleners belangrijk om het concept van SB in realistische context te kunnen plaatsen en eigen te maken. Daarbij hoort een cyclische manier van leren [Korthagen 1998] [Korthagen, 2022] waarbij leren en reflecteren hand in hand gaan. Reflecteren op het eigen beroepsmatige functioneren helpt om zicht te krijgen op het eigen leerproces. De methodiek van Korthagen komt goed van pas in situaties waarin gereflecteerd wordt op het eigen gedrag, de bekwaamheden of overtuigingen die het handelen sturen. Scholing in SB in de kliniek kan, met dit in het achterhoofd, op de volgende manieren aangepakt worden:

Ofwel middels rollenspelen, waarbij de verschillende stappen van SB aan bod komen. Ofwel door directe coaching op de werkvloer, waarbij een coach meekijkt met de zorgverlener bij het uitvoeren van SB en (eventueel direct) feedback geeft. Omdat zorgverleners aangeven in de praktijk met name te leren van collega's, zou scholing ook door middel van het inzetten van een aandachtsvelder vormgegeven kunnen worden, die de communicatie met patiënten observeert en feedback geeft aan collega's over (het verbeteren van) SB). Alternatieve mogelijkheden zouden videotraining of gesprekssimulatie kunnen zijn m.b.v. Virtual Reality (VR) en Artificial Intelligence (AI) [Kelly, 2022][Lee, 2020][Real, 2017]: hiervoor zijn minder uren (en kosten) nodig om de praktijk na te bootsen. Vanuit werkgroep 3 van scholing en opleiding zijn korte e-learnings en een handleiding voor het opleiden van zorgverleners in SB ontwikkeld die ingezet kunnen worden [[E-learning: De Kern van Samen Beslissen | Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg](#)] [[handlerdownloadfiles.ashx \(platformuitkomstgerichtezorg.nl\)](#)]. In het leren

en evalueren op de werkvloer ligt ook een rol voor leerhuizen: zij kunnen afdelingen ondersteunen in het aanbieden van leercycli.

Een andere manier, die tegelijkertijd kan plaatsvinden, is om de scholing in de praktijk meer interprofessioneel aan te pakken [Hsiao, 2022][Wubben, 2021]. Zorg in de kliniek wordt namelijk steeds meer vormgegeven vanuit multidisciplinaire of interprofessionele teams. Uit dit onderzoek blijkt dat het proces van SB in de kliniek sterk kan verbeteren door niet alleen SB in de praktijk te implementeren maar ook de processen te verbeteren. Door professionalisering interprofessioneel aan te pakken, wordt er door de verschillende zorgprofessionals van, met en over elkaar geleerd. Ook samen reflecteren op goede voorbeelden uit de praktijk draagt bij aan het verbeteren van het SB proces [van Veenendaal, 2022].

Een vervolgstap is dan om het principe van SB verder te concretiseren en te verdiepen in de praktijk. Thema's als familieparticipatie, de acute setting, interprofessioneel SB en rolverdeling zijn daarbij belangrijk. Hoe bereik je familieparticipatie in SB? Wie zijn onderdeel van die relationele autonomie? Hoe pas je SB toe in de acute setting? En hoe betrek je collega's in SB? Hoe de professional getraind is in het voeren van het driepunts-gesprek (met patiënt/familie en collega arts/verpleegkundige) is van meerwaarde voor het proces van SB tijdens bijvoorbeeld de artsensite. Belangrijk daarbij is dat de rollen van artsen en verpleegkundigen in het proces van SB duidelijk zijn.

## 5.4 Implementatie van het concept van samen beslissen in de klinische praktijk

Intrinsieke motivatie is een voorwaarde voor het toepassen van SB in de praktijk, maar daarbij is ook ondersteuning op de werkvloer nodig. Het concept van SB dient beter ingebed te worden in zorgprocessen in de klinische ziekenhuissetting, met daarbij de focus op de visie van de organisatie of de afdeling.

### *Visie van de afdeling*

SB is niet alleen een dynamisch proces dat door arts en patiënt samen vormgegeven moet worden, maar ook samen met de rest van de betrokken zorgprofessionals. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van twee soorten kennis op een afdeling: expliciete en impliciete kennis [Nonaka, 2008]. Expliciete kennis is overdraagbaar in de vorm van geschreven tekst. Deze kennis wordt vastgelegd in handboeken, protocollen etc. Impliciete kennis is persoonlijk, context-specifiek (verschilt per afdeling) en dus vaak moeilijker te delen, maar maakt wel het grootste deel uit van de aanwezige kennis op een afdeling. Kennisontwikkeling vindt plaats door het expliciteren van impliciete kennis en ervaringen. De inrichting en cultuur van de afdeling en patiëntenpopulatie bepalen mede de context en beïnvloeden daarmee de impliciete kennis. Het concept van SB op de verpleegafdeling kan alleen ontwikkeld worden door de expliciete kennis over SB passend te maken aan de afdelingscultuur, inrichting en patiëntenpopulatie en elkaars expertise en ervaringen hierin te delen.

Het is dan ook belangrijk dat SB onderdeel is van de afdelingsvisie zodat er meer aandacht voor is in het nascholingscurriculum op de werkvloer. Bestaande organen en werkgroepen in medische centra die met SB bezig zijn dienen ook meer te focussen op de verpleegafdelingen. SB in de klinische ziekenhuis-

zetting is anders dan SB op de polikliniek en vereist dan ook een andere aanpak. Het nemen van kleinere zorgbeslissingen en interprofessioneel samenwerken zijn hierbij belangrijke onderwerpen.

Zorgverleners geven ook in dit onderzoek aan dat tijd een belangrijke belemmerende factor is bij het uitvoeren van SB. Daarom dient de werkdruk van zorgverleners in de klinische ziekenhuissetting meegenomen te worden bij het uitvoeren van SB op de afdeling. SB moet hierin aanvullend zijn en de werkdruk niet verder verhogen. Door het versterken van de autonomie bij patiënten en als team momenten op de afdeling in kaart te brengen die zich lenen voor het gedachtegoed van SB, kan de zorg mogelijk efficiënter worden ingericht [van Veenendaal, 2022]. De stroomversneller 'Tijdsinvestering samen beslissen' geeft daarbij inzicht in hoe de kans op extra tijdsinvestering verkleind kan worden [NVZ, 2022].

### *Organisatie van de afdeling*

Verandering van (werk)processen hebben invloed op SB [Steffensen, 2018]. Dit onderzoek bevestigt dat continuïteit van zorg en een goede zorgverlener-patiënt relatie bevorderend werken voor SB. Dit kan bereikt worden door bijvoorbeeld meerdere diensten achter elkaar te werken, en een zorgverlener bij eenzelfde patiënt in te plannen.

Het verschilt per afdeling hoe de lopende artsensite georganiseerd is. Het lijkt erop dat bepaalde manieren van visite lopen zich beter lenen voor SB dan andere. SB komt beter tot uiting als de artsensite aan het bed plaats vindt, waarbij arts, patiënt en verpleegkundige aanwezig zijn. Het lijkt bevorderlijk voor het proces van SB wanneer de verpleegkundige de visite start en als het ware een brug vormt tussen patiënt en arts.

### *Informatieverstrekking aan patiënten*

Het gevoel goed geïnformeerd te zijn werkt voor patiënten bevorderend om deel te nemen in de besluitvorming. Bij gebrek aan kennis laten patiënten de (behandel) keuze(s) namelijk liever over aan zorgverleners. De toepassing van SB kan dus bevorderd worden door voldoende en begrijpbare informatie te verstrekken aan patiënten. Dit kan door gebruik te maken van tools [Austin 2015][Stacey, 2017]. Op dit moment wordt er nog geen tot weinig gebruik gemaakt van tools ter ondersteuning van het proces van SB. Deze tools kunnen de patiënt uitnodigen in het besluitvormingsproces en kunnen de informatievoorziening van zorgverleners ondersteunen. Het niveau van informatieverstrekking is per patiënt verschillend, want elke patiënt heeft een eigen behoefte en niveau van gezondheidsvaardigheid. De (te ontwikkelen) tools moeten hierop inspelen.

Daarnaast liggen er kansen voor de arts om het beleid standaard met de patiënt te evalueren tijdens de artsensite. Ook voor verpleegkundigen kan een vast moment afgestemd worden om te evalueren met de patiënt hoe het gaat en of hij/zij genoeg betrokken wordt bij het zorgproces. Als de rollen voor de zorgverleners zelf duidelijker zijn zal dit helpen om de patiënten beter te informeren over en te betrekken bij de besluitvorming.

## 5.5 Belichten van de verschillen tussen de polikliniek en klinische ziekenhuissetting ten aanzien van samen beslissen

In dit onderzoek is gekeken naar het toepassen van SB in de klinische ziekenhuissetting volgens het OPTION-5 instrument. Hierbij valt op dat het type beslissingen die in de klinische setting worden genomen verschillen van die in de poliklinische setting. Naast het nemen van een behandelbeslissing, ligt het accent namelijk meer op het nemen van zorgbeslissingen en het evalueren van behandelbeslissingen. Het OPTION-5 meetinstrument is ontwikkeld en gevalideerd op SB in de polikliniek en leent zich op dit moment dus nog niet volledig om ingezet te worden bij zorg- en behandelbeslissingen in de kliniek. Bijvoorbeeld bij de persoonlijke verzorging, hierbij lijkt het doorlopen van alle stappen uit het OPTION-5 meetinstrument niet altijd relevant.

De reeds ontwikkelde competentiesets voor medisch specialisten ([Medisch specialist](#)), verpleegkundig specialisten ([Verpleegkundig specialist](#)) en verpleegkundigen ([Verpleegkundige](#)) zijn wel toepasbaar in de klinische ziekenhuissetting. De competentieset kan (door zorgverleners) worden gebruikt als aanknopingspunt om leerdoelen te formuleren of worden ingezet als 'eindtermendocument' voor de ontwikkeling van leertrajecten of opleidingsmiddelen.

Het is van belang om in de scholing en opleiding aandacht te besteden aan de verschillen tussen de poliklinische setting en de klinische ziekenhuissetting. Hiervoor dient het proces van SB in de klinische ziekenhuissetting verder geïnventariseerd en geconcretiseerd te worden. Mogelijke onderzoeksvragen zijn: Wat zijn betekenisvolle beslismomenten in de klinische ziekenhuissetting? En welke stappen van het proces van SB zijn tijdens deze momenten relevant? Daarnaast is het de vraag of het OPTION-5 meetinstrument doorontwikkeld kan worden voor de klinische ziekenhuissetting, of dat er een ander meetinstrument nodig is. Als laatste dient onderzocht te worden welke tools het SB in de klinische ziekenhuissetting het beste ondersteunen.







# Colofon

## **Opdrachtgever**

In opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), V&VN, Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland, als onderdeel van het landelijke programma Uitkomstgerichte Zorg, deelproject Samen Beslissen, Scholing & Opleiding en gefinancierd door VWS.

## **Auteurs**

Loes Peters (MSc), Ilya Brugman (MSc), dr. Elke Loskamp-Huntink, Janita Bakker (RN, MSc), drs. Monique Beekman, prof. dr. Lisette Schoonhoven, prof. dr. Dirk Ubbink

## **Jaar van uitgave**

april 2023

## **Vormgeving en lay-out**

Stephanie van den Akker (She Creates ontwerpstudio)

## **Dankwoord**

Graag danken wij de zorgverleners en patiënten van het Amsterdam UMC, UMC Utrecht en Isala Zwolle voor hun tijd en deelname aan dit onderzoek.

Daarnaast danken wij Nynke Tjeerdsma voor de hulp bij de dataverzameling

## Literatuurlijst

1. Alsulamy N, Lee A, Thokala P, Alessa T. What Influences the Implementation of Shared Decision Making: An Umbrella Review. *Patiënt Educ Couns*. 2020 Aug 11;S0738-3991(20)30436-5. doi: 10.1016/j.pec.2020.08.009. Epub ahead of print. PMID: 32839047.
2. Austin, C. A., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K., & Hanson, L. C. (2015). Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. *JAMA internal medicine*, 175(7), 1213–1221. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1679>.
3. Bos-van den Hoek DW, Thodé M, Jongerden IP, Van Laarhoven HWM, Smets EMA, Tange D, Henselmans I, Pasman HR. The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. *J Adv Nurs*. 2021 Jan;77(1):296-307. doi: 10.1111/jan.14549. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33078865; PMCID: PMC7756397.
4. Curtis JR, Tonelli MR. Shared decision-making in the ICU: value, challenges, and limitations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Apr 1;183(7):840-1. doi: 10.1164/rccm.201011-1836ED. PMID: 21474424.
5. DeKeyser Ganz F, Engelberg R, Torres N, Curtis JR. Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU: A Mixed-Methods Study. *Crit Care Med*. 2016 Apr;44(4):680-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000001467. PMID: 26565629.
6. Deniz S, Akbolat, M, Çimen, M, & Ünal, Ö (2021). The mediating role of shared decision-making in the effect of the patient–physician relationship on compliance with treatment. *Journal of patient experience*, 8, 23743735211018066.
7. Dijkstra AM, Bakker A, Boland GM, van Hooft SM, Pel R, van Straalen AM, Vreugdenhil CJ, van de Wetering H. Scholing en opleiding in samen beslissen | Onderdeel van lijn 2 ‘Meer samen beslissen’ / ‘Scholing en opleiding’. “Rapportage activiteiten deelproject 1 Doelstelling: Vaststellen competentieset(s) Samen Beslissen voor verschillende doelgroepen van zorgprofessionals”. Programma uitkomstgerichte zorg. NFU, 2021.
8. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Shared decision making: Physicians’ preferred role, usual role and their perception of its key components. *Patiënt Educ Couns*. 2020 Jan;103(1):77-82. doi: 10.1016/j.pec.2019.08.004. Epub 2019 Aug 12. PMID: 31431308.
9. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process. *BMJ Open*. 2022 Jan 5;12(1):e056471. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056471. PMID: 34987047; PMCID: PMC8734018.
10. Driever EM, Tolhuizen IM, Duvivier RJ, Stiggelbout AM, Brand PLP. Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. *BMC Med Educ*. 2022 Mar 8;22(1):155. doi: 10.1186/s12909-022-03203-2. PMID: 35260146; PMCID: PMC8903731.
11. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010 Oct 14;341:c5146. doi: 10.1136/bmj.c5146. PMID: 20947577.
12. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a ‘talk’ model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patiënt Educ Couns*. 2013 Nov;93(2):265-71. doi: 10.1016/j.pec.2013.08.005. Epub 2013 Aug 27. PMID: 24029581.
13. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, Cochran N, Frosch D, Galasiński D, Gulbrandsen P, Han PKJ, Härter M, Kinnersley P, Lloyd A, Mishra M, Perestelo-Perez L, Scholl I, Tomori K, Trevena L, Witteman HO, Van der Weijden T. A three-talk model for shared decision

- making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017 Nov 6;359:j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891. PMID: 29109079; PMCID: PMC5683042.
14. Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Samen Beslissen. Utrecht, 2019.
  15. Hahlweg P, Härter M, Nestoriuc Y, Scholl I. How are decisions made in cancer care? A qualitative study using participant observation of current practice. *BMJ Open*. 2017 Sep 27;7(9):e016360. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016360. PMID: 28963286; PMCID: PMC5623495.
  16. Hsiao, C. Y., Wu, J. C., Lin, P. C., Yang, P. Y., Liao, F., Guo, S. L., & Hou, W. H. (2022). Effectiveness of interprofessional shared decision-making training: A mixed-method study. *Patient education and counseling*, 105(11), 3287–3297. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.010>.
  17. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, Dodd C, Brain K, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 2017 Apr 18;357:j1744. doi: 10.1136/bmj.j1744. Erratum in: *BMJ*. 2017 Apr 24;357:j2005. PMID: 28420639; PMCID: PMC6284240.
  18. Kelly, S., Smyth, E., Murphy, P., & Pawlikowska, T. (2022). A scoping review: virtual patients for communication skills in medical undergraduates. *BMC medical education*, 22(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03474-9>.
  19. Korthagen, F. (1998). 'Leren reflecteren: naar systematiek in het leren van je werk als docent'. In: L. Fonderie & J. Hendriksen (red.), *Begeiden van docenten, reflectie als basis voor de professionele ontwikkeling in het onderwijs* (pp. 43-56). Baarn: H. Nelissen B.V..
  20. Korthagen, F. & Vasalos, A. (2002). Niveaus in reflectie: Naar maatwerk in begeleiding. *VELON-Tijdschrift voor lerarenopleiders*, 23(1), 29-38.
  21. Lee, J., Kim, H., Kim, K. H., Jung, D., Jowsey, T., & Webster, C. S. (2020). Effective virtual patient simulators for medical communication training: A systematic review. *Medical education*, 54(9), 786–795. <https://doi.org/10.1111/medu.14152>
  22. Légaré F, Stacey D, Pouliot S, Gauvin FP, Desroches S, Kryworuchko J, Dunn S, Elwyn G, Frosch D, Gagnon MP, Harrison MB, Pluye P, Graham ID. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *J Interprof Care*. 2011 Jan;25(1):18-25. doi: 10.3109/13561820.2010.490502. Epub 2010 Aug 26. PMID: 20795835; PMCID: PMC3018136.
  23. Mulder N. Value-based project management. Scherpste en focus aanbrengen in complexe projecten. Boom, 2013.
  24. Nonaka I en Takeuchi N. The SECI model. Principles of knowledge management.2008.
  25. NVZ (2022). [Stroomversneller Tijdsinvestering Samen beslissen.pdf \(nvz-ziekenhuizen.nl\)](#).
  26. Pecanac KE, LeSage E, Stephens E. How Hospitalized Older Adults and Physicians Negotiate Plan-of-care Decisions during Daily Rounds. *Health Commun*. 2021 Aug 25:1-14. doi: 10.1080/10410236.2021.1967549. Epub ahead of print. PMID: 34433342.
  27. Pel-Littel R, Bakker R. [Kadernotitie, Samen Beslissen in het verpleegkundig domein](#). Utrecht, 2022.
  28. Programma uitkomstgericht zorg. E-learning: De Kern van Samen Beslissen. [E-learning: De Kern van Samen Beslissen | Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg](#). Geraadpleegd op 14-03-2023.
  29. Programma uitkomstgericht zorg. Zorgprofessionals, Opleiden in Samen Beslissen. [handler-downloadfiles.ashx \(platformuitkomstgerichtezorg.nl\)](#). Geraadpleegd op 14-03-2023.
  30. Programma uitkomstgerichte zorg. Competentieset Samen Beslissen voor de medisch specialist 2022. [handlerdownloadfiles.ashx \(platformuitkomstgerichtezorg.nl\)](#). Geraadpleegd op 14-03-2023.
  31. Programma uitkomstgerichte zorg. Competentieset Samen Beslissen voor de verpleegkundig

- specialist 2022. [handlerdownloadfiles.ashx \(platformuitkomstgerichte zorg.nl\)](#). Geraadpleegd op 14-03-2023.
32. Programma uitkomstgerichte zorg. Competentieset Samen Beslissen voor de verpleegkundige 2022. [HandlerDownloadFiles.ashx \(platformuitkomstgerichte zorg.nl\)](#). Geraadpleegd op 14-03-2023.
  33. Real, F. J., DeBlasio, D., Ollberding, N. J., Davis, D., Cruse, B., Mclinden, D., & Klein, M. D. (2017). Resident perspectives on communication training that utilizes immersive virtual reality. *Education for health (Abingdon, England)*, 30(3), 228–231. [https://doi.org/10.4103/efh.EfH\\_9\\_17](https://doi.org/10.4103/efh.EfH_9_17).
  34. Regioplan / Nivel, in opdracht van Uitkomstgerichte Zorg, deelproject Samen Beslissen, Scholing en Opleiding. Bestaande uit FMS, NFU, Patiëntenfederatie en V&VN, 2021.
  35. Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>.
  36. Steffensen KH, Vinter M, Crüger D, Dankl K, Coulter A, Stuart B, Berry LL. *Journal of Oncology Practice* 2018 14:4, 229-235. DOI: 10.1200/JOP.18.00019
  37. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patiënt Educ Couns*. 2015 Oct;98(10):1172-9. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022. Epub 2015 Jul 15. PMID: 26215573.
  38. Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N. et al. Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. *BMC Med Educ* 15, 188 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0477-0>.
  39. van Veenendaal H, Voogdt-Pruis HR, Ubbink DT, van Weele E, Koco L, Schuurman M, Oskam J, Visserman E, Hilders CGJM. Evaluation of a multilevel implementation program for timeout and shared decision making in breast cancer care: a mixed methods study among 11 hospital teams. *Patiënt Educ Couns*. 2022 Jan;105(1):114-127. doi: 10.1016/j.pec.2021.05.005. Epub 2021 May 11. PMID: 34016497.
  40. van Veenendaal H, Chernova G, Bouman CMB, van Etten – Jamaludin FS, van Dieren S, Ubbink DT, Shared decision-making and the duration of medical consultations: A systematic review and meta-analysis, *Patiënt Educ Couns*, Volume 107, 2023, 107561, ISSN 0738-3991. Doi: 10.1016/j.pec.2022.11.003.
  41. Virginia Braun & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
  42. Waddell A, Lennox A, Spassova G, Bragge P. Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implement Sci*. 2021 Jul 31;16(1):74. doi: 10.1186/s13012-021-01142-y. PMID: 34332601; PMCID: PMC8325317.
  43. van der Weijden T, van der Kraan J, Brand PLP, van Veenendaal H, Drenthen T, Schoon Y, Tuyn E, van der Weele G, Stalmeier P, Damman OC, Stiggelbout A. Shared decision-making in the Netherlands: Progress is made, but not for all. Time to become inclusive to patiënts. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2022 Jun;171:98-104. doi: 10.1016/j.zefq.2022.04.029. Epub 2022 May 23. PMID: 35613990.
  44. Wubben, N.; van den Boogaard, M.; van der Hoeven, J.G.; Zegers, M. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2021, 11, e050134, doi:10.1136/bmjopen-2021-050134.

## Bijlage 1 Generieke competentieset samen beslissen

1.	De zorgprofessional onderkent dat 'samen beslissen' leidt tot hogere kwaliteit van zorg.	Patiënt centraal Maatschappelijke verantwoordelijkheid
2.	De zorgprofessional begeleidt het proces van 'samen beslissen'.	Regie voeren/ leiderschap
3.	De zorgprofessional beschikt over gesprekstechnieken en vaardigheden om het proces van 'samen beslissen' te faciliteren.	Communiceren
4.	De zorgprofessional gaat uit van de persoonlijke voorkeuren en de context van de patiënt.	Empathie/ inleven Patiënt centraal
5.	De zorgprofessional ondersteunt en moedigt de patiënt actief aan te participeren in het proces van 'samen beslissen' (empowerment).	Patiënt centraal In kracht zetten (empoweren)
6.	De zorgprofessional draagt zorg voor begrijpelijke kennisoverdracht en informatie-uitwisseling, en maakt gebruik van tools die 'samen beslissen' ondersteunen.	Kennisoverdracht Voorlichting
7.	De zorgprofessional is een betrouwbare en professionele gesprekspartner.	Professionaliteit
8.	De zorgprofessional onderkent het belang van samenwerking en communicatie met andere zorgprofessionals en (sociale) actoren uit het netwerk van de patiënt en weet wanneer deze te betrekken.	Samenwerking Maatschappelijke verantwoordelijkheid

## Bijlage 2 Topiclijsten

### Topiclijst patiënt

Onderwerp	Sub-onderwerp	Verdere toelichting/Voorbeeld vraag
Begrip samen beslissen (SB)	Bekendheid met SB	<p>Heeft u wel eens gehoord van samen beslissen?</p> <p>Indien <b>nee</b>: Weet u dat u samen met uw zorgverlener mag/kan beslissen over keuzes met betrekking tot uw zorgtraject?</p> <p>Indien <b>nee</b>: Uitleg geven. Samen beslissen' betekent dat u samen met uw arts beslist over welke zorg het beste bij u past. Uw arts geeft u informatie over de mogelijkheden. En wat de voor- en nadelen hiervan zijn. U bespreekt samen wat dit betekent voor uw eigen situatie en wat uw persoonlijke voorkeur is. Uiteindelijk beslist u samen wat het best bij u past.</p> <p>Heeft iemand u wel eens uitgelegd dat u mee kan beslissen?</p>
	Definitie SB	<p>Indien <b>ja</b>: Wat verstaat u onder het samen beslissen met de zorgverlener? (kijkend naar de beslissing over uw behandelkeuze, maar ook keuzes tijdens het opname gesprek, het wassen, mobiliseren etc.)</p> <p>Hoe bent u aan deze informatie m.b.t. uw rol dat u mee mag beslissen tijdens het maken van keuzes voor de behandeling/wassen/mobiliseren/ Hoe komt u aan die informatie?</p> <p>Indien <b>nee</b>: Kunt u een voorbeeld geven van samen beslissen tijdens uw opname?</p>



<b>Toepassen SB</b>	Hoe wordt SB nu toegepast? Positieve en negatieve ervaringen van de patiënt	<p>Heeft u samen met de zorgverlener gesproken over uw mogelijke behandelopties en dat u een keuze heeft? Hoe is dat gesprek voor u gevoel gegaan?</p> <p>Op een schaal van 0-10, in hoeverre kon u meedenken over de beslissingen die genomen moesten worden?</p> <p>0 – ik word nooit betrokken bij een beslissing 10 – ik word bij alle beslissingen betrokken</p>
	Motivatie voor toepassen SB	<p>Vindt u het belangrijk om als patiënt mee te kunnen beslissen? Waarom wel/niet?</p> <p>Waarover wilt u meebeslissen? In welke situatie wilt u meebeslissen?</p>
	Rol SB in kwaliteit van zorg	Denkt u dat uw zorg er beter van wordt? Kunt u dat uitleggen?
<b>Uitvoering SB/ Vaardigheden zorgverlener</b>	Vaardigheden zorgverlener	<p>Hoe betrok(ken) de zorgverlener(s) u bij het gesprek aan het bed? Wat vindt u daarvan? Hoe voelde dat voor u? Welke vragen vond u belangrijk?</p> <p>Was het voor u duidelijk dat er een beslissing genomen moest worden? Hoe werd de informatie gegeven (<i>ad gebruik gemaakt van kaarten, informatiemateriaal etc.</i>)?</p> <p>Was er volgens u sprake van een keuze/ kreeg u meerdere opties voorgelegd?</p> <p>Heeft de zorgverlener goed zijn best gedaan om u goed te leren kennen voor het nemen van de beslissing (zodat de beslissing goed bij u past)?</p>

		<p>Werd uw partner/familie betrokken bij gesprek?</p> <p>Wat voor houding nam de zorgverlener aan? Merkt u verschil tussen de verschillende zorgverleners? Kunt u benoemen wat dit verschil is?</p>
	<p>Bevorderende/ Belemmerende factoren SB aan bed.</p>	<p>Wat hielp u om mee te kunnen beslissen over keuzes in uw eigen zorgproces?</p> <p>Wat hield u tegen in het meebeslissen over keuzes in uw eigen zorgproces?</p> <p>Wanneer vindt u het lastig (wilt u niet) om samen met de zorgverlener een besluit te nemen?</p> <p>Was er voor u gevoel voldoende tijd voor gesprek? En/of kreeg u voor uw gevoel voldoende tijd om na te denken en/of te overleggen.</p>
	<p>Behoeften</p>	<p>Wat heeft u nodig om (nog) beter betrokken te worden bij de keuzes die gemaakt worden tijdens uw zorgtraject?</p> <p>Denk aan: extra informatie, tools (keuze hulpmiddelen), bedenktijd?</p>
<p><b>Interprofessionele zorg</b></p> <p><b>Wanneer er meerdere disciplines betrokken zijn</b></p>	<p>Samenwerking tussen behandelaars/afdelingen in SB</p>	<p>Wie zijn er bij behandeling allemaal betrokken geweest bij het nemen van een beslissingen?</p> <p>Had u het idee dat alle zorgprofessionals op de afdeling zelf betrokken/op de hoogte waren bij/van het besluit rondom uw behandelingen?</p>
<p><b>Demografische gegevens</b></p>	<p>Leeftijd, gender en reden van opname (+ tijd in behandeling op deze afdeling), opleidingsniveau</p>	<p>-</p>

## Topiclijst zorgverlener

Onderwerp	Sub-onderwerp	Verdere toelichting/Voorbeeld vraag
Demografische gegevens	Leeftijd, gender en huidige functie (+ jaren aan ervaring zorg en huidige functie)	-
Begrip samen beslissen (SB)	Bekendheid met SB	Bent u bekend met samen beslissen?
	Definitie SB	Hoe zou u samen beslissen definiëren/ beschrijven?
Toepassen SB	Hoe wordt SB nu toegepast	Wat doet u (al) aan samen beslissen? <i>Eventueel koppeling maken met observaties</i>
	Motivatie voor toepassen SB	Waarom past u samen beslissen toe? En wanneer doet u dat niet?
	Rol SB in kwaliteit van zorg	Hoe ziet u de waarde van SB in relatie tot de kwaliteit van zorg?  Voegt het waarde toe, en voor wie voegt het waarde toe?  Voegt het in deze vorm de waarde toe die je zou willen?
Uitvoering SB/ Vaardigheden zorgverlener	Ervaringen uit opleiding	Welke opleiding(en) heeft u gevolgd?  Welke ervaringen heeft u met scholings-/opleidingsmateriaal en -trajecten als het gaat om SB?  In hoeverre was uw opleiding toereikend als het gaat om kennis en het uitvoeren van SB? Wat mist er? Hoe zou u graag geschoold willen worden in SB? En welke aanbevelingen richting opleiding?  Op welke manier heeft u SB eigen gemaakt? (Informeel leren; bijvoorbeeld rolmodellen, zelfstudie)
		Hoe ze weten dat ze SB goed uitvoeren?

		<p>Hoe toets u voor uzelf of u samen beslissen goed toepast in de praktijk? Aan wie vraagt u of zou u feedback vragen (collega's, patiënten, rolmodel)?</p> <p><i>Eventueel koppeling maken met observaties.</i></p> <p>Heeft u voldoende inzicht in de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt om samen een goede keuze te kunnen maken?</p>
	<p>Bevorderende/ Belemmerende factoren SB</p>	<p>In welke situatie past u geen SB toe in contact met patiënt?</p> <p>Wanneer vindt u het lastig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Arts/VPK -patiënt niveau (of dat toepassing afhangt van gezondheidsvaardigheden etc.)</i></li> <li>• <i>Organisatie- en systeemniveau</i></li> <li>• <i>Concept-niveau (Gerelateerd aan het concept SDM. Bijv. men kan vinden dat de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt, of dat de innovatie in deze vorm niet toepasbaar is etc.)</i></li> </ul>
	<p>Behoeften voor toepassen SB</p>	<p>Hoe wordt samen beslissen op dit moment voor jou gefaciliteerd?</p> <p>Wat heeft u nodig om (nog meer) SB toe te passen in de praktijk? (Bijv.: erkenning door leidinggevende, meer vrijheid op de werkvloer, extra middelen)</p> <p>Wat zou er volgens u op uw afdeling/ zorginstellingen verbeterd kunnen/ moeten worden?</p>

<p><b>Interprofessionele zorg</b></p>	<p>Speelt SB een rol in de (interprofessionele) samenwerking met collega's? / Welke rol speelt SB in de (interprofessionele) samenwerking met collega's?</p>	<p>Hoe vindt er samenwerking plaats tussen de verschillende behandelaars/ afdelingen wat betreft SB?</p> <p>Zo ja, op welke manier? Wie is er in de lead bij dit proces van samen beslissen/ bij de overleggen?</p> <p>Wat vindt u van de informatieoverdracht in kader van samen beslissen? Bent u bijvoorbeeld na de overdracht/ het inlezen voldoende op de hoogte/ van de persoonlijke situatie onderliggende verwachtingen van de patiënt?</p> <p><i>Eventueel koppeling maken met observaties</i></p>
---------------------------------------	--	---

## Bijlage 3 Codeboom

Code	Respondenten	Referenties
<b>1. Bekendheid samen beslissen</b>	<b>36</b>	<b>86</b>
<i>Patiënt</i>	13	24
Definitie SB door patiënt	7	7
Patiënt is niet (bewust) geïnformeerd	3	3
Patiënt is NIET bekend met SB	9	10
Patiënt is WEL bekend met SB	3	4
<i>Zorgverlener</i>	23	62
<i>Arts &amp; PA</i>	9	23
Definitie door Arts & PA	9	12
Een proces dat de gehele dag door gaat	1	1
SB kan op meerdere beslisniveaus	1	1
Zorgverlener is NIET bekend met SB	2	2
Zorgverlener is WEL bekend met SB	6	7
<i>Verpleegkundige</i>	14	39
Definitie door Verpleegkundige	13	19
Een proces dat de gehele dag door gaat	3	6
SB kan op meerdere beslisniveaus	2	2
Zorgverlener is NIET bekend met SB	2	2
Zorgverlener is WEL bekend met SB	9	10
<b>2. Samen beslissen in de praktijk</b>	<b>36</b>	<b>506</b>
<i>Interprofessioneel</i>	32	103
Rol paramedici	7	9
Rolverdeling bij samen beslissen	21	57
Arts in de lead	3	4
Arts meer gericht op doorbehandelen (dan verpleegkundige)	1	1
Artsen staan open voor inbreng verpleegkundigen	4	4
Er is meer mogelijk qua samen beslissen voor verpleegkundigen	2	3
Functie beïnvloedt SB momenten	1	1
Klinische blik verpleegkundigen; kunnen inschatten hoe het met de patiënt gaat	4	4
Rol verpleegkundige- Informatievestrekken aan arts	3	4
Verpleegkundige als brug tussen patiënt en arts	9	13
Verpleegkundige als coach	2	2
Verpleegkundige heeft weinig inbreng bij grote visite	3	4
Verpleegkundige in de lead	5	7
Verpleegkundige ziet rol in SB bij zorgbeslissingen	2	2
Verpleegkundigen overleggen goed met patiënt	5	7
Zorgverlener die patiënt het langst kent in de lead	1	1

Samenwerking	21	37
Geen goede samenwerking wat betreft SB	10	13
Goede samenwerking is voorwaarde voor SB	6	8
Samenwerking buiten afdeling-specialisme minder goed	3	3
Wel goede samenwerking wat betreft SB	11	13
<i>Patiënt</i>	13	90
Patiënt geeft aan dat er WEL SB aan bed plaats vindt	12	62
Familie betrokken bij zorgproces	2	2
Patiënt heeft keuze in ADL	3	3
PT betrokken bij medische beslissing	4	6
PT draagt zelf opties aan, neemt initiatief	3	3
PT ervaart meebeslissen over wassen als prettig	1	1
PT ervaart meer SB bij zorgbeslissing dan bij behandelbeslissing	3	3
PT geeft aan dat er SB aan bed plaats vindt	8	10
PT geeft SB een dikke voldoende	10	13
PT geeft voorbeeld van SB (ongeacht of dit klopt)	10	15
PT krijgt keuzes voorgelegd voor medische behandeling	3	3
ZV doet zijn best PT te leren kennen	1	2
Patiënt geeft aan dat GEEN SB aan bed plaats vindt	7	16
Patiënt beslist uiteindelijk	2	2
Patiënt geeft aan geen keuze gehad te hebben	3	6
Zorgverlener beslist uiteindelijk	4	6
Zorgverlener geeft voorkeur aan voor optie	2	2
SB verschilt NIET per zorgverlener	2	2
SB verschilt WEL per zorgverlener	6	10
<i>Setting</i>	26	75
Afdeling-ziekenhuis	4	7
Verschillen tussen afdelingen, patiënten als geheel vs patiënten met probleem	4	6
Verschilt per ziekenhuis	1	1
Situaties die zich goed lenen voor samen Beslissen	17	39
Moment voor interprofessioneel SB	11	24
SB bij ADL	8	13
SB bij MDO	2	2
Uitdagende situaties voor samen beslissen	17	29
Acute situatie	10	16
Geprotocolairde handelingen en behandelingen	10	13
<i>Zorgverlener</i>	23	238
<i>Arts &amp; PA</i>	10	80
Ervaren competenties in SB	7	7
ZV voelt zichzelf vaardig in SB	6	6
ZV ziet collega's als onbewust bekwaam	1	1

SB verschilt WEL per zorgverlener	4	4
Toepassen niet in lijn met gedachtegoed samen beslissen	5	17
Past niet (genoeg) toe	2	5
Patiënt beslist uiteindelijk	1	1
SB alleen toepassen als alle opties gelijkwaardig zijn	2	3
Zorgverlener beslist uiteindelijk	2	2
Zorgverlener geeft voorkeur aan voor optie	5	6
Toepassen volgens gedachtegoed samen beslissen	10	52
Bespreekt meerdere opties met patiënt	4	4
Bespreekt voor- en nadelen opties met patiënt	3	3
Bewust naasten betrekken	4	4
Past onderdelen van het proces van SB toe	6	11
Patiënt betrokken bij medische beslissing	4	6
Patiënt goed informeren over behandeling of beslissing	5	5
SB is geen doel op zich	2	3
Situatie patiënt wordt meegenomen	7	13
Zorgverlener probeert geen vooroordelen te hebben	1	1
ZV stelt open vraag aan PT	1	2
<i>Verpleegkundige</i>	17	158
Ervaren competenties in SB	13	18
Zorgverlener voelt zichzelf vaardig in SB	13	16
Zorgverlener ziet collega's als onbewust bekwaam	2	2
SB verschilt WEL per zorgverlener	8	9
Toepassen niet in lijn met gedachtegoed samen beslissen	12	31
Familie beslist uiteindelijk	1	1
Past niet (genoeg) toe	7	16
Patiënt beslist uiteindelijk	2	3
Zorgverlener beslist uiteindelijk	3	5
Zorgverlener geeft voorkeur aan voor optie	4	4
ZV vraagt niet naar angsten of zorgen PT	2	2
Toepassen volgens gedachtegoed samen beslissen	17	100
Bespreekt meerdere opties met patiënt	6	12
Bespreekt voor- en nadelen opties met patiënt	5	10
Bewust naasten betrekken	7	10
Past onderdelen van het proces van SB toe	9	21
Patiënt betrokken bij medische beslissing	3	3
Patiënt goed informeren over behandeling of beslissing	10	19
Situatie patiënt wordt meegenomen	11	16
Zorgverlener probeert geen vooroordelen te hebben	2	3
Zorgverlener stelt open vraag aan patiënt	3	6



<b>3. Beweegredenen</b>	<b>32</b>	<b>115</b>
<i>Patiënt</i>	<b>12</b>	<b>34</b>
Patiënt heeft vertrouwen in zorgverlener	2	2
Patiënt laat behandelbeslissing liever over aan zorgverlener	3	3
Patiënt vindt het belangrijker om mee te beslissen bij zorgkeuzes dan behandelkeuzes	2	2
Patiënt vindt SB belangrijk	4	6
Persoonsgerichte zorg	5	7
Beleid op maat	3	4
Patiënt hoort centraal te staan	1	1
Patiënt in de regie	2	2
samen beslissen verhoogt kwaliteit zorg	6	8
Relateert SB aan kwaliteit van leven	1	1
Verhoogt therapietrouw	2	2
Zorgverlener en patiënt hebben elkaar nodig om goede zorg te verlenen	2	4
SB heeft geen prioriteit	2	3
SB voegt waarde toe aan zorg	3	3
<i>Zorgverlener</i>	<b>21</b>	<b>81</b>
<i>Arts &amp; PA</i>	<b>9</b>	<b>32</b>
Kwaliteit van zorg	6	7
samen beslissen verhoogt kwaliteit van zorg	4	5
Verhoogt therapietrouw	2	2
Patiënt vindt het belangrijker om mee te beslissen bij zorgkeuzes dan behandelkeuzes	2	2
Persoonsgerichte zorg	8	10
Patiënt hoort centraal te staan	5	5
Patiënt in de regie	5	5
Zorgverlener vindt SB belangrijk	4	8
Zorgverlener vindt SB belangrijker bij behandelplan dan bij zorgbeslissingen	3	5
<i>Verpleegkundige</i>	<b>15</b>	<b>49</b>
Kwaliteit van zorg	14	25
Positieve patiënt ervaring – goede zorg belangrijk	6	8
samen beslissen verhoogt kwaliteit van zorg	4	4
Verhoogt therapietrouw	7	11
Zorgverlener en patiënt hebben elkaar nodig om goede zorg te verlenen	2	2
Open staan voor nieuwe inzichten houdt het werk leuk	1	1
Persoonsgerichte zorg	9	15
Patiënt hoort centraal te staan	6	8
Patiënt in de regie	5	7

Vermindert zorgkosten	1	1
Waardering voor vak groeit	1	1
Zorgverlener vindt SB belangrijk	3	5
SB wordt steeds belangrijker, omdat er steeds meer mogelijk is in de zorg	1	1
Zorgverlener vindt SB belangrijker bij behandelplan dan bij zorgbeslissingen	1	1
<b>4. Belemmerende factoren</b>	<b>35</b>	<b>260</b>
Beleid-Visie	10	16
Beleid SB is niet gericht op dagelijks praktijk van verpleegkundige	2	2
Gebrek aan beleid op afdeling	5	7
Gebrek aan beleid vanuit ziekenhuis	4	4
SB heeft geen prioriteit	3	3
Communicatie	23	64
Bepaalde gezondheidsvaardigheden patient	14	24
Cultuurverschil	4	5
Patiënt ervaart gebrek aan (specialistische) medische kennis	8	11
Taalbarrière	7	7
Verschil visie	9	17
Patiënt - Familie	3	3
Patiënt - Zorgverlener	8	13
Zorgverlener - Zorgverlener	1	1
Ervaring	11	20
Gebrek aan ervaring-kennis zorgverlener	8	13
Patiënt geen ervaring met ziekenhuiszoek- wereld van de zorg	4	7
Familie betrekken	5	5
Informatievoorziening	19	29
Informatievoorziening-communicatie schiet te kort	9	13
Te veel informatie werkt soms juist verwarrend	3	3
Opties zijn moeilijk hard te onderbouwen	1	1
Patiënt ervaart gebrek aan kennis	4	7
Tools niet geschikt	2	2
Zorgverlener niet op de hoogte van situatie patiënt	5	6
Relatie zorgverlener-patiënt	10	15
Gebrek aan continuïteit van zorg	5	7
Generatieverschil in hoe zorgverlener gezien wordt	3	3
Kort contact zorgverlener-patiënt	2	3
Patiënt wil niet moeilijk doen (geen heisa schoppen of discussie aangaan)	1	2
Rolverdeling bij samen beslissen	17	23

Patiënt laat behandelbeslissing liever over aan zorgverlener	1	2
Patiënt niet bekend met rol in SB	2	2
Rolverdeling is onduidelijk	6	8
Sterke voorkeur zorgverlener, geen ruimte mening patiënt	3	4
Zorgverlener ervaart geen rol bij uiteindelijke behandelbeslissing	6	7
<b>Setting</b>	<b>13</b>	<b>17</b>
Acute setting	3	3
Gesprekken op zaal (privacy patiënt)	4	4
Logistiek-bureaucratie ziekenhuis	4	6
Structuur visites-MDO	4	4
Arsenvisite; eerst voorbespreken, dan pas met patiënt	2	2
Arts gaat gesprek aan met patiënt zonder aanwezigheid verpleegkundige	1	1
MDO zonder patiënt	1	1
<b>Tijd</b>	<b>26</b>	<b>44</b>
Patiënt is erg ziek, tijdsdruk	8	8
SB kost zorgverlener extra tijd	4	4
Werkdruk zorgverleners, tijd tekort	20	32
<b>Toestand patiënt</b>	<b>17</b>	<b>27</b>
Leeftijd patiënt	2	3
Patient is erg ziek	4	6
Patiënt is verward of geïntoxiceerd of buiten bewustzijn	11	15
Patient is van slag of getraumatiseert	2	3
Patiënt staat niet open voor SB	3	3
<b>5. Bevorderende factoren</b>	<b>34</b>	<b>192</b>
<b>Beleid-Visie</b>	<b>11</b>	<b>16</b>
Afdeling kan continuïteit van zorg bevorderen	1	1
Campagne SB	1	1
Gestimuleerd op de afdeling	9	13
Leidinggevende betrekken in implementatie	1	1
<b>Communicatie</b>	<b>13</b>	<b>40</b>
Mondigheid patiënt	4	9
Open communicatie	8	19
Patiënt staat er voor open	4	5
Soms helpt het een keuze voor te stellen om SB op gang te helpen	2	2
Zorgverlener staat er voor open	3	4
Duidelijke rolverdeling	2	2
Ervaring	9	14

Ervaring patiënt (komt vaker in het ziekenhuis)	3	5
Kennis en ervaring zorgverlener	7	9
Familie	11	12
Familie betrekken alleen bij complexe patiënten	2	2
Familieparticipatie	9	10
Informatievoorziening	20	35
Goede informatievoorziening	13	17
Hoge gezondheidsvaardigheden patiënt	2	2
Informatie laten geven door meerdere soorten zorgverleners	3	3
Informatie later terug kunnen lezen	2	2
Patiënt is bekend met SB	2	2
Tools	6	9
Relatie zorgverlener-patiënt	20	46
Goede continuïteit van zorg	11	12
Investeren in relatie tot patiënt	16	28
Vertrouwensband verbetert zorg	6	6
Setting	6	8
Structuur visites-MDO	6	8
MDO waarbij overleg tussen de zorgverleners plaats kan vinden	1	1
Overdracht-Visite aan bed	6	7
Tijd	12	19
Extra tijd door een student die taken uit handen neemt	1	1
Tijd (nemen voor de patiënt)	10	14
Zorgverlener kan tijd zelf indelen en dus ruimte maken voor SB	4	4
<b>6. Mate van scholing</b>	<b>24</b>	<b>205</b>
Behoeften (gewenste wijze van scholing)	17	42
Er zouden collega verpleegkundigen moeten zijn met SB als aandachtspunt	1	1
Gewenste wijze van scholing	10	18
Goed om SB even kort onder de aandacht te brengen (bijvoorbeeld presentatie-klinische les)	5	5
Inzicht in kansen voor SB	2	3
Scholing nodig meer gericht op praktijk	3	5
Wens voor bijscholing in specifieke situaties	1	2
Zorgverlener had SB graag in opleiding gezien	2	4
Zorgverlener staat open voor nascholing in SB	4	4
Opleiding	24	58
SB niet in opleiding	13	18
Bij specialisaties geen SB in curriculum	1	1
SB niet in opleiding	10	14

Zorgverlener kan niet concreet benoemen hoe SB aan bod kwam in opleiding	3	3
<b>SB wel in opleiding</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
Door opleiding bekend met SB	16	33
Het onderwerp komt in losse korte stukjes naar voren in het onderwijs	2	2
Scholing was toereikend om het toe te kunnen passen in de praktijk	5	5
<b>Praktijk</b>	<b>21</b>	<b>65</b>
Contrast met praktijk	6	6
<b>Nascholing</b>	<b>10</b>	<b>12</b>
Nascholing	7	8
Practica van SB	3	4
<b>Zelfstudie</b>	<b>20</b>	<b>47</b>
Leren van collega	16	22
SB eigen gemaakt door praktijkervaring	9	14
SB past in werkstijl- gaat natuurlijk	4	6
Zelfstudie	2	5
<b>Toetsing</b>	<b>20</b>	<b>40</b>
a.d.h.v. hoe zou ik zelf behandeld willen worden	2	4
Manieren om te toetsen ontbreken	3	3
Minder toetsing vanwege gebrek aan continuïteit van collega's	1	1
Tijdens het proces evalueren over SB	3	3
Toetsing kwam aan bod tijdens opleiding	4	4
Via anderen (collega's, patiënten)	14	21
Zelfreflectie	3	4





**Samen beslissen aan bed**  
Een exploratief kwalitatief onderzoek

april 2023