

Ervaringen en wensen van zorgprofessionals bij samen beslissen

Een vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden,
begeleiders en praktijkondersteuners

Anke de Veer
Anne Zagt
Kim de Groot



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

April 2023

ISBN 978-94-6122-793-5

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Samen met de cliënt beslissen wordt in de praktijk van de zorgverlening al lange tijd belangrijk gevonden en krijgt de laatste jaren steeds meer expliciete aandacht in beleidsdocumenten. In het Programma Uitkomstgerichte Zorg is samen beslissen het proces waarin zorgprofessional en cliënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de cliënt past. Uitgangspunt is dat de zorg zoveel mogelijk aansluit bij de situatie en behoeftes van de cliënt. Volgens het Integraal Zorgakkoord 2022 moet samen beslissen in 2025 ingebed zijn in de gehele zorg, en dus alle domeinen. Dit rapport richt zich op de zorg die valt binnen het domein van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Wat betekent samen beslissen voor het handelen van deze zorgprofessionals? De resultaten laten zien dat zorgprofessionals tevreden zijn over hoe zij samen met de cliënt beslissingen over de zorg nemen en dat er ruimte is om het vaker te doen. Het laat ook zien dat de context mede bepaalt in hoeverre samen beslissen mogelijk is.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel en onderzoeksvragen	8
1.3 Over het onderzoek	9
2 Samen beslissen in de praktijk	11
3 Gewenste rol bij samen beslissen	14
4 Voorwaarden om cliënten te ondersteunen bij samen beslissen	16
4.1 Gewenste hulpmiddelen voor samen beslissen	16
4.2 Aanwezige hulpmiddelen voor samen beslissen	18
5 Gewenste scholing	20
6 Reflectie en conclusie	21
Literatuur	24
Bijlage A Vragenlijst	26
Bijlage B Respondenten en analyses	27
Bijlage C Samen beslissen per zorgsector	29
Bijlage D Panel Verpleging & Verzorging	35

Samenvatting

In het gezondheidszorgbeleid wordt het belangrijk gevonden dat zorgprofessionals en zorgvragers samen beslissen over de zorg. Zo vereist het Zorginstituut dat elke nieuwe kwaliteitsstandaard aandacht besteedt aan de manier waarop invulling wordt gegeven aan samen beslissen. In dit rapport gaat het over de zorg die verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners geven. Deze zorgprofessionals beantwoorden vragen over hun ervaringen met en wensen ten aanzien van samen beslissen over de zorg die binnen hun professionele domein ligt. Bijvoorbeeld samen beslissen over de manier waarop de cliënt gewassen wordt of over een extra spoeling van de blaas bij klachten gerelateerd aan een verblijfskatheter. Samen beslissen is binnen dit onderzoek een proces waarin de zorgprofessional en cliënt samen bespreken welke zorg het beste bij de cliënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de cliënt meegenomen.

Ervaren mate van samen beslissen

Veel zorgprofessionals dragen bij aan het proces van samen beslissen. Meest gebruikelijk zijn het inventariseren van wensen en doelen van cliënten ten aanzien van de zorg (74% doet dit vaak of altijd) en het voor cliënten begrijpelijk maken van de informatie (73% doet dit vaak of altijd). De zorgprofessionals besteden minder aandacht aan andere aspecten in het proces van samen beslissen. Minst vaak benoemen zorgprofessionals expliciet dat er een keuze gemaakt moet worden, bespreken zij de verschillende mogelijkheden voor zorg met de cliënt en maken zij samen met de cliënt een keuze (ongeveer één vijfde doet dit soms of nooit). Er is vaker aandacht voor samen beslissen in de geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenzorg en de wijkverpleging dan in de ziekenhuizen, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en intramurale ouderenzorg. De meeste zorgprofessionals (84%) zijn tevreden over de ondersteuning die ze geven bij samen beslissen. De overige zorgprofessionals (16%) zijn daar niet tevreden over. De zorgprofessionals in de verschillende zorgsectoren zijn even tevreden over de geboden ondersteuning bij samen beslissen.

Samen beslissen in de toekomst

De zorgprofessionals willen vaker samen beslissen. Bij elk aspect van samen beslissen dat we hen voorlegden geeft een derde (31-42%) van de zorgprofessionals aan dat ze dit graag vaker willen doen. Om dit in de toekomst te kunnen realiseren is vooral tijd nodig om met de cliënt het gesprek te voeren, aldus de helft (52%) van de zorgprofessionals. Een goede verslaglegging in het elektronisch cliëntendossier, gelegenheid voor intercollegiaal overleg en een gezamenlijke visie op samen beslissen vindt ruim een derde (36-40%) ook belangrijk. Deze aspecten worden tot nu toe ook als meest ondersteunend ervaren, maar zijn nog niet in elke zorgsector even sterk aanwezig. De mogelijkheden voor samen beslissen worden ook bepaald door contextuele factoren. Daarbij wordt vooral gewezen op de wet- en regelgeving en het functioneren van het zorgstelsel en de arbeidsmarkt. Ook de houding van de cliënten (of naasten) ten aanzien van samen beslissen speelt een rol.

Scholing

Zeven van de acht zorgprofessionals heeft behoefte aan verdere scholing in samen beslissen. Het gaat dan in het bijzonder om gesprekstechnieken om samen met de cliënt te beslissen: een derde wil deze competentie graag verbeteren. Aandacht voor het gesprek met mensen met lagere gezondheidsvaardigheden zou daarvan onderdeel moeten uitmaken. Er zijn geen verschillen tussen de zorgsectoren in scholingsbehoeften.

Conclusie

Uit de resultaten komt een beeld naar voren dat verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners een belangrijke rol spelen bij samen beslissen. Zij besteden aandacht aan de wensen en voorkeuren van de cliënt en zorgen dat ervoor dat de cliënt de informatie begrijpt. Dit zijn essentiële bouwstenen voor een goede gezamenlijke besluitvorming. Deze zorgprofessionals geven ook aan dat ze een grotere rol wensen bij samen beslissen. Verder onderzocht kan worden hoe de aandacht voor ieder aspect in het proces van samen beslissen vergroot kan worden. Tegelijkertijd is het wenselijk na te gaan hoe de randvoorwaarden voor samen beslissen kunnen verbeteren.

Over het onderzoek

De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op een vragenlijst ingevuld door 740 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners werkzaam in ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking, de wijkverpleging, intramurale ouderenzorg en huisartsenzorg. Zij geven allemaal verpleging, verzorging, ondersteuning of behandeling aan cliënten. Vrijwel alle respondenten zijn deelnemer van het landelijke [Nivel Panel Verpleging & Verzorging](#).

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De inzet van het Integraal Zorgakkoord, gepubliceerd in september 2022, is onder meer het realiseren van passende zorg. Passende zorg is waarde gedreven, de juiste zorg op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte (Zorginstituut, 2022) en zorg komt samen met de zorgvragers tot stand. Samen beslissen is daarbij een kernbegrip. Samen beslissen wordt omschreven als: *“Samen Beslissen is geen eenmalige actie, maar een proces. Het is een proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen”* (Programma Uitkomstgerichte Zorg, 2023). In elke nieuwe kwaliteitsstandaard moet aandacht zijn voor de manier waarop invulling wordt gegeven aan samen beslissen en het gebruik van eventuele bijbehorende instrumenten zoals keuzehulpen (Zorginstituut, 2021). In dit rapport gaat het over de rol van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (POHs)¹ bij samen met de cliënt² beslissen over de zorg, ondersteuning en/of behandeling die zij zélf verlenen. Voorbeelden van dergelijke beslissingen zijn:

- Samen met cliënt beslissen over de plaats van injectie, bijvoorbeeld bil of been.
- Samen met cliënt beslissen over spoeling van wond, bijvoorbeeld onder de douche of met een spuit.
- Samen met cliënt beslissen over een extra spoeling van de blaas bij klachten gerelateerd aan een verblijfskatheter.
- Samen met cliënt beslissen over hoe vaak douchen in een week.
- Samen met cliënt beslissen over toedienen van ‘zo nodig’ medicatie, bijvoorbeeld medicatie tegen obstipatie of met naasten over extra pijnstilling in palliatieve fase.

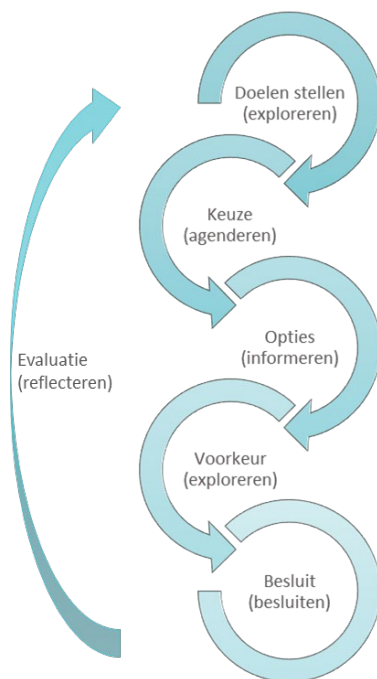
In het proces van samen beslissen, zoals weergegeven in figuur 1.1, worden verschillende stappen onderscheiden:

- Doelen stellen (exploreren): bespreken wat de cliënt wil bereiken met de zorg.
- Keuze (agenderen): bewustwording van de keuzemogelijkheid waarbij de mening van zowel de zorgprofessional als de cliënt belangrijk is bij het maken van een beslissing.
- Opties (informerend): voorleggen en bespreken van de verschillende mogelijkheden voor zorg, ondersteuning of behandeling en de voor- en nadelen ervan.
- Voorkeur (exploreren): de cliënt vertelt over specifieke voorkeuren, behoeften en omstandigheden.
- Besluit (besluiten): nemen van de uiteindelijke beslissing, na het afwegen van de waarden en voorkeuren van de cliënt.

¹ Vanwege de leesbaarheid duiden we deze groepen kortheidshalve aan als ‘zorgprofessionals’.

² Afhankelijk van de context is het meer gebruikelijk te spreken van cliënt, patiënt of bewoner. Vanwege de leesbaarheid hanteren we in dit rapport één term, namelijk cliënt.

Figuur 1.1 Samen beslissen in vijf stappen (naar Stiggelbout e.a., 2012)



Zorgprofessionals in de zorg, ondersteuning en/of behandeling geven regelmatig over een langer durende periode zorg aan een cliënt. Gedurende die tijd kunnen behoeften, wensen en voorkeuren van de cliënt veranderen, bijvoorbeeld wanneer een cliënt zieker wordt of wanneer er iets in de leefomgeving van de cliënt verandert. Hierdoor moeten eerder gemaakte keuzes heroverwogen worden. De figuur laat zien dat samen beslissen over zorg een continu proces is en dat de zorg regelmatig geëvalueerd moet worden. Dit bleek ook eerder uit een kwalitatief onderzoek onder verpleegkundigen (Zagt e.a., 2022) en komt overeen met het circulaire karakter van het verpleegkundig proces (Harder, 2020).

Samen beslissen betekent niet alleen samen met de cliënt (en naasten), maar soms ook samen beslissen met andere professionals rond de cliënt om zo de bij de cliënt best passende zorg te realiseren. In de brief aan de Tweede Kamer (Kuipers e.a., 2022) wordt daarbij expliciet het belang van samenwerking met het sociale domein genoemd, iets wat veel verpleegkundigen in het verleden nog lastig vonden (de Veer e.a., 2017). Ook bij medische beslissingen kunnen zorgprofessionals een rol hebben. Zij kunnen voorkeuren van de cliënt ook inbrengen in overleggen met behandelend artsen. Verschillende onderzoeken laten zien dat verpleegkundigen van toegevoegde waarde zijn bij samen beslissen in over medische behandelingen (Albers, 2014; Arends e.a., 2022; Francke e.a., 2016; Zagt e.a., 2022).

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Welke aspecten van samen beslissen zorgprofessionals in de verpleging, verzorging en ondersteuning in praktijk brengen en of zij daarmee tevreden zijn is grotendeels onderbelicht. Doel van dit vragenlijstonderzoek is inzicht krijgen in wat zorgprofessionals in de verpleging, verzorging en ondersteuning in het kader van samen beslissen doen en wat zij dit liever anders zouden willen hebben. De rol van de zorgprofessionals bij medische beslissingen waarvoor een arts de eindverantwoordelijkheid draagt valt buiten het domein van dit onderzoek.

De volgende vragen worden beantwoord:

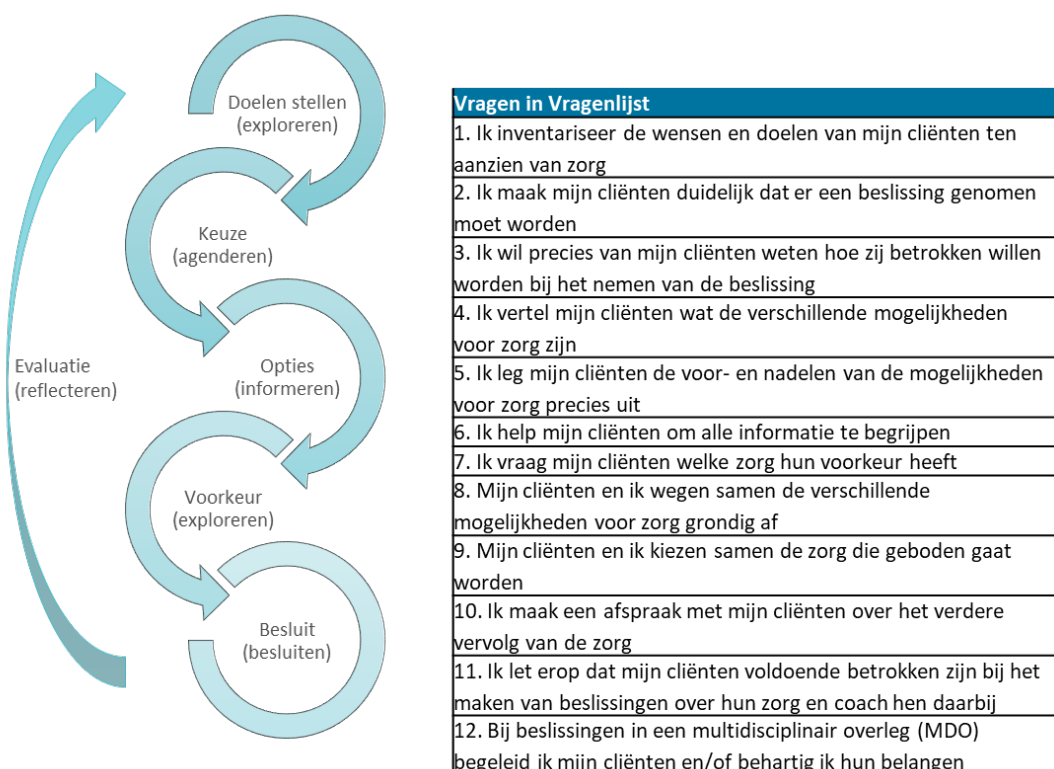
1. Wat doen zorgprofessionals in het kader van het samen met de cliënt beslissen over de best passende zorg, ondersteuning en behandeling binnen het eigen professionele domein?
2. Willen zorgprofessionals méér doen in het kader van samen beslissen met cliënten over de best passende zorg, ondersteuning en behandeling?
3. Wat hebben zorgprofessionals nodig om hun gewenste rol bij samen beslissen te kunnen vervullen?
4. Welke scholingsbehoeften hebben zorgprofessionals ter ondersteuning van samen beslissen?

Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen kijken we ook naar verschillen tussen zorgprofessionals werkzaam in ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, wijkverpleging, intramurale ouderenzorg en in de huisartsenzorg.

1.3 Over het onderzoek

De resultaten zijn gebaseerd op een online gestructureerde vragenlijst. Kern van deze vragenlijst zijn vragen over de ervaren mate van samen beslissen en hun wensen. Figuur 1.2 laat zien hoe de verschillende stappen van samen beslissen zijn gemeten door de vragen in de vragenlijst. In de toelichting van de vragen staat dat de cliënt bij samen beslissen ook vervangen of bijgestaan kan worden door naasten of een wettelijke vertegenwoordiger. Bij elk item wordt gevraagd hoe vaak de zorgprofessional dit doet, waarbij geantwoord werd op een vijfpuntsschaal van nooit naar altijd. Als de zorgprofessional het niet altijd deed werd gevraagd of men dit vaker zou willen doen (ja/nee).

Figuur 1.2 Samen Beslissen in vijf stappen en de daarover in de vragenlijst gestelde vragen



Een tweede blok vragen betrof de voorwaarden om samen beslissen in praktijk te brengen. Uit een lijst van mogelijke voorwaarden kon de professional de zes voorwaarden aangeven die het meest helpend waren om samen te beslissen en de voorwaarden die nodig waren om in de toekomst de

cliënten beter te ondersteunen bij samen beslissen. Ten slotte werd gevraagd naar specifieke scholingsbehoeften om cliënten beter te kunnen ondersteunen bij samen beslissen. De vragenlijst bevatte op verschillende plekken mogelijkheden om aanvullende opmerkingen neer te zetten. Meer informatie over de vragenlijst staat in bijlage A van dit rapport.

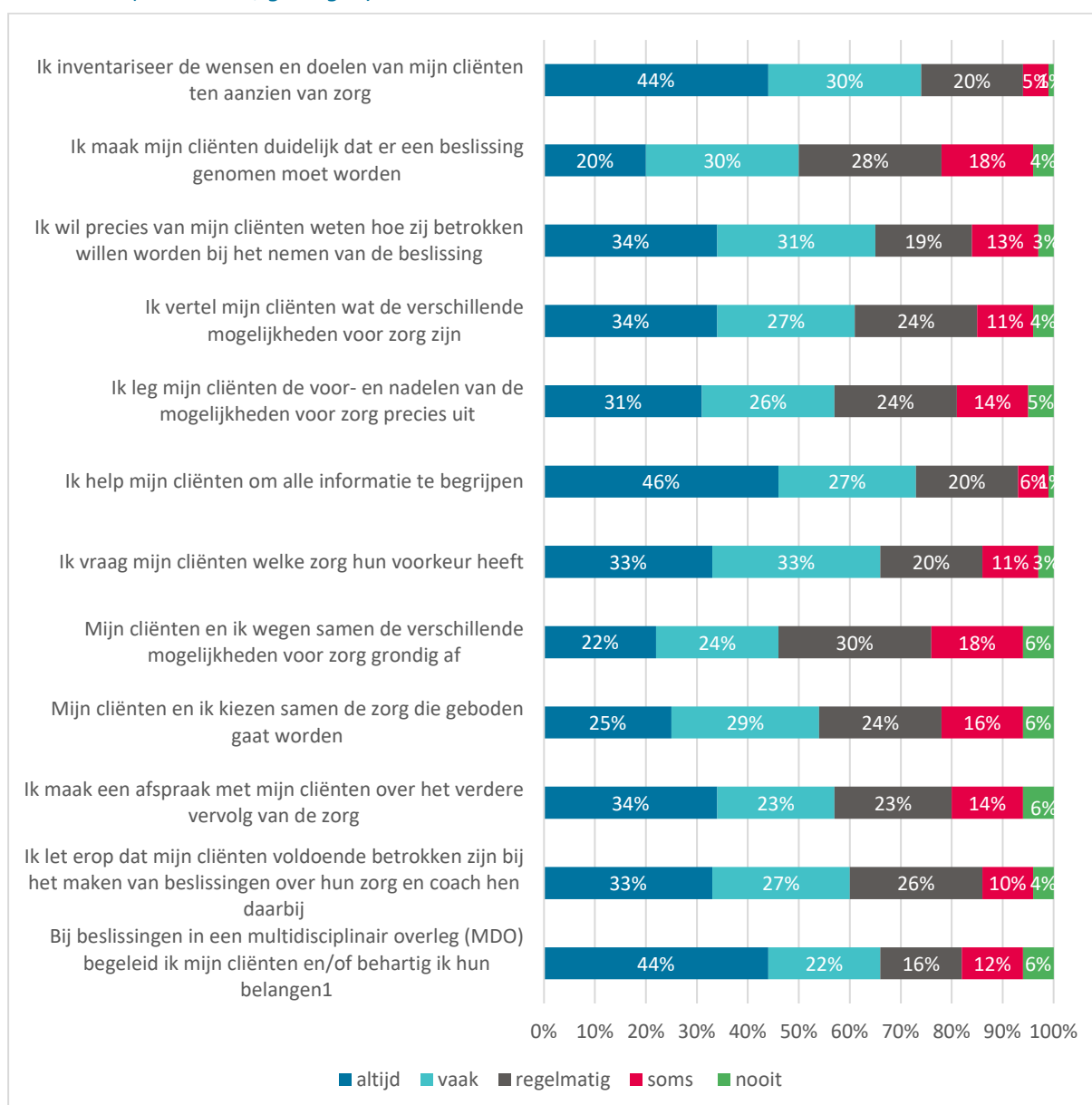
De vragenlijst is in november 2022 ingevuld door 740 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en POHs. Zij werken verspreid over Nederland in ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, de wijkverpleging, de intramurale ouderenzorg en de huisartsenzorg. De meeste professionals (n=723) zijn deelnemer van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging. Via sociale media werd een open link verspreid die 17 zorgprofessionals invulden. Bijlage B van dit rapport bevat informatie over de zorgprofessionals en de statistische analysemethode. De opmerkingen die zorgprofessionals in de vragenlijst maakten zijn in dit rapport verwerkt als illustraties en aanvullingen.

2 Samen beslissen in de praktijk

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag wat zorgprofessionals momenteel doen in het kader van samen met de cliënt en/of diens naasten beslissen over de zorg, ondersteuning en/of behandeling die de zorgprofessional zelf verleent.

Figuur 2.1 laat zien in hoeverre de zorgprofessionals de verschillende aspecten van samen beslissen in de praktijk brengen. Minimaal de helft van de zorgprofessionals doet twaalf van de dertien handelingen vaak of altijd.

Figuur 2.1 Wijze waarop zorgprofessionals samen met de cliënt beslissen over de zorg (n=700-740, gewogen)



¹ n=130 zorgprofessionals namen niet deel aan een MDO, n=570 wel. Deze percentages zijn berekend over de 570 zorgprofessionals die participeren in een MDO (ongewogen).

Zorgprofessionals inventariseren vooral de wensen en doelen van cliënten ten aanzien van de zorg (74% doet dit vaak of altijd) en maken informatie begrijpelijk voor de cliënt (73% doet dit vaak of altijd).

Minder vaak besteden zij aandacht aan de volgende aspecten van samen beslissen (minimaal 20% doet dit soms of nooit):

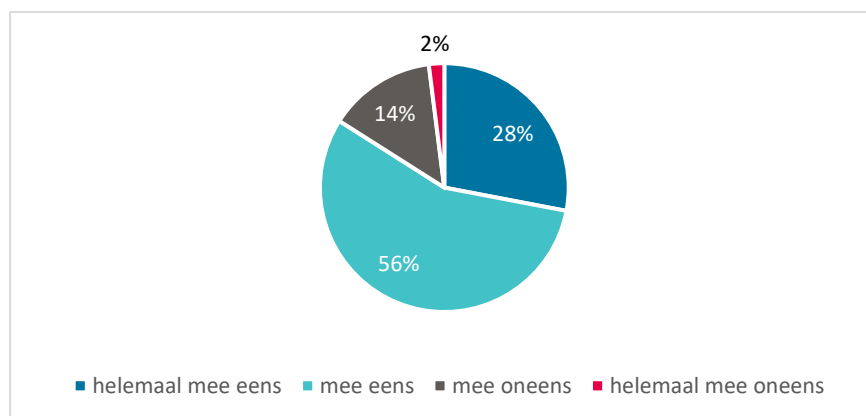
- Ik maak mijn cliënten duidelijk dat er een beslissing genomen moet worden (22% soms of nooit).
- Mijn cliënten en ik wegen samen de verschillende mogelijkheden voor zorg grondig af (24% soms of nooit).
- Mijn cliënten en ik kiezen samen de zorg die geboden gaat worden (22% soms of nooit).
- Ik maak een afspraak met mijn cliënten over het verdere vervolg van de zorg (20% soms of nooit).

Samen beslissen gebeurt vaker in de geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenpraktijk en de wijkverpleging dan in de ziekenhuizen, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en intramurale ouderenzorg³. Bijlage C beschrijft de mate waarin zorgprofessionals in de onderscheiden zorgsectoren de aspecten van samen beslissen toepassen.

Sommige zorgprofessionals maken opmerkingen over de haalbaarheid van samen beslissen met een cliënt die ernstig ziek of (te) cognitief beperkt is. Zoals een verpleegkundige in de GGZ opmerkt: *“Vaak lukt het niet vanwege ernst beeld van cliënt”*. Soortgelijke opmerkingen zijn *“Het kan niet altijd omdat de patiënt te ziek / terminaal is”* (verpleegkundige in de wijkverpleging). In deze gevallen worden beslissingen genomen met de familie of wettelijk vertegenwoordiger. *“Cliënten waar ik op dit moment voor werk zijn niet in staat hun eigen beslissingen te maken. Beslissingen worden genomen in overleg met wettelijk vertegenwoordiger”* (begeleider in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking).

Het bevorderen van samen beslissen is niet voor elke cliënt gewenst, merkt een verpleegkundige in de GGZ op: *“Mijn groep patiënten moet juist beschermd worden om zelf teveel te gaan nadenken wat ze willen qua zorg vanwege overbelasting. Het is aan ons om te 'lezen' wat ze zouden willen en dit ook in samenspraak met naasten van patiënt”*.

Figuur 2.2 Percentage zorgprofessionals dat de stelling onderschrijft: *“Ik ben tevreden over mijn ondersteuning van cliënten bij het samen beslissen over de zorg”* (n=696, gewogen)



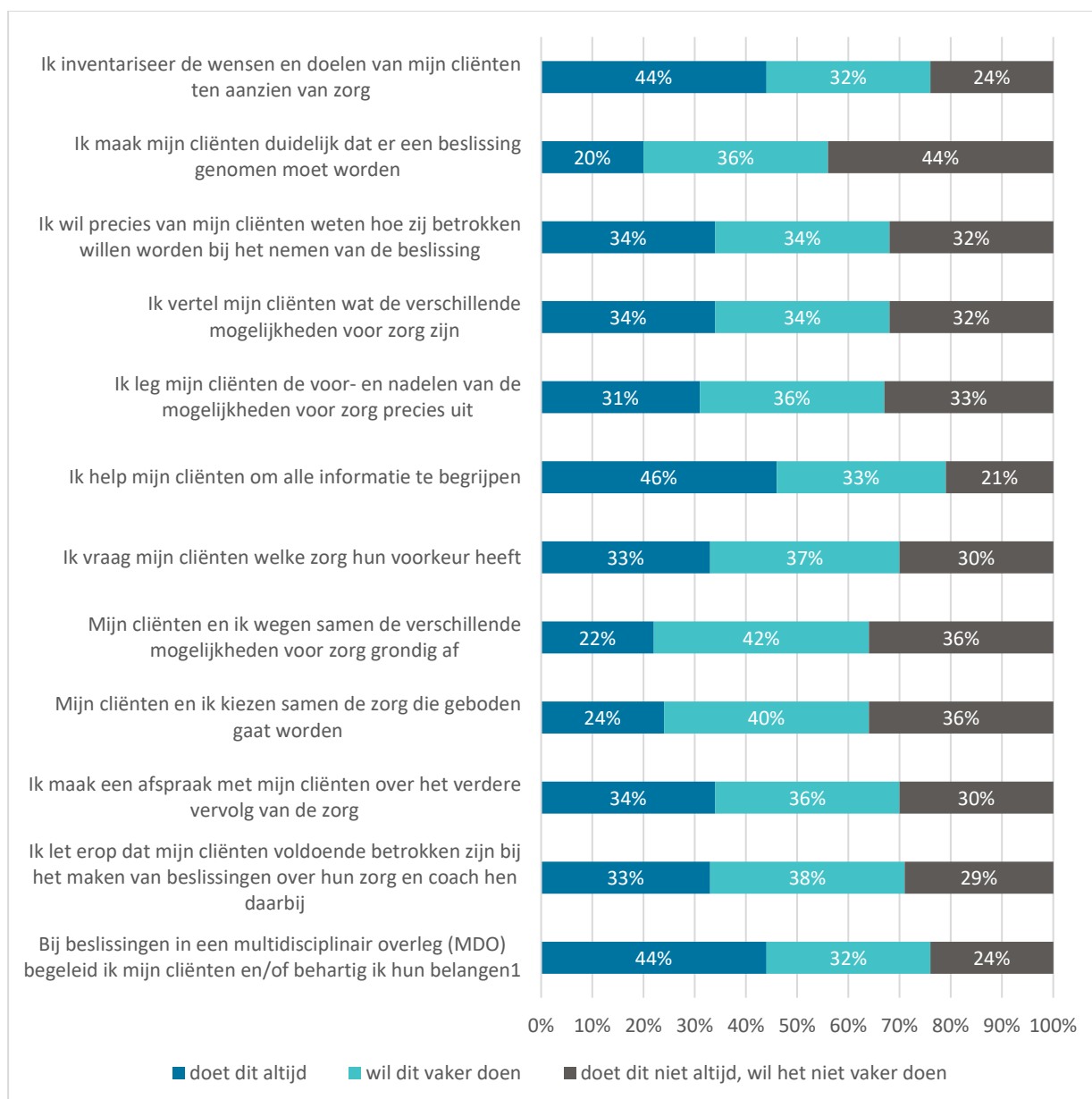
³ De antwoorden reflecteren een vijfpuntschaal lopend van 1 (nooit) tot 5 (altijd). De eerste elf vragen representeren een schaal (zie bijlage B). Gemiddelde schaalcores zijn geestelijke gezondheidszorg 4,04; huisartsenzorg 4,12, wijkverpleging 3,99, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking 3,53, ziekenhuizen 3,70, intramurale ouderenzorg 3,70. $F(5,710) = 8,36$, $p < 0,001$.

De meeste zorgprofessionals (84%) zijn tevreden over de ondersteuning die ze geven bij samen beslissen. De rest (16%) is daar niet tevreden over (figuur 2.2). Professionals in de verschillende zorgsectoren zijn even tevreden over hun rol bij samen beslissen.

3 Gewenste rol bij samen beslissen

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag of zorgprofessionals vinden dat ze cliënten vaker zouden moeten ondersteunen bij samen beslissen. Als een zorgprofessional een aspect van samen beslissen niet altijd deed vroegen we of de zorgprofessionals dit aspect vaker zouden willen doen. De antwoorden staan weergegeven in figuur 3.1. Hieruit blijkt dat de zorgprofessionals een bredere taakopvatting hebben dan dat ze momenteel in praktijk doen: bij elk aspecten van samen beslissen wil ongeveer een derde (31-42%) van de zorgprofessionals dit vaker doen.

Figuur 3.1 Percentages zorgprofessionals die samen beslissen vaker wil toepassen (n=713-740, gewogen¹)



¹ Deze percentages zijn berekend over de 570 zorgprofessionals die participeren in een MDO (ongewogen).

Aspecten die de zorgprofessionals het meest willen uitbreiden zijn het samen met de cliënt afwegen van de verschillende mogelijkheden (42% wil dit vaker doen) en het samen kiezen van de zorg (40% wil dit vaker doen).

De cliënt vertellen dat er een beslissing genomen moet worden zien zorgprofessionals het minst vaak hun taak: 44% doet dit niet altijd en wil dit ook niet vaker doen.

De wens om vaker samen met de cliënt te beslissen is in alle sectoren even groot.⁴

⁴ Om een schaalscore te berekenen zijn de antwoorden op elk item zijn gehercodeerd als 0 (de zorgprofessional wil dit niet vaker doen of doet het altijd) of 1 (wil het vaker doen). De eerste elf vragen representeren een schaal (zie bijlage B). Gemiddelde schaalscores (ofwel het gemiddeld aantal aspecten van samen beslissen dat de zorgprofessionals vaker willen doen) is 3,7. Er is geen verschil tussen de zorgsectoren ($p > 0,01$).

4 Voorwaarden om cliënten te ondersteunen bij samen beslissen

4.1 Gewenste hulpmiddelen voor samen beslissen

Zorgprofessionals gaven aan wat zij het meest nodig hebben om in de toekomst beter samen te kunnen beslissen. Tabel 4.1 laat zien dat het vooral tijd is voor het gesprek met de cliënt (genoemd door 52%). De volgende opmerking van een verpleegkundige in de wijkverpleging sluit hierop aan: *“Er is weinig ruimte om samen te beslissen. Blij als we iedereen kunnen bedienen. Mijn ervaring dat cliënten en mantelzorg vooral eist.”*

Ten tweede, genoemd door 40% van de zorgprofessionals, is goede verslaglegging in het elektronisch cliëntendossier belangrijk. Zoals een POH opmerkt: *“Betere samenwerking tussen alle betrokken hulpverleners, disciplines en diens elektronisch dossiers!”*

Tabel 4.1 Gewenste hulpmiddelen om cliënten in de toekomst beter te kunnen ondersteunen bij samen beslissen over de zorg (n=665, gewogen, maximaal zes hulpmiddelen invullen)

Gewenst hulpmiddel ¹	Percentage
Tijd om gesprekken met cliënten aan te gaan over beslissingen	52%
Goede verslaglegging in elektronisch cliëntendossier	40%
Ruimte om te overleggen met collega's over de beste werkwijze	38%
Gezamenlijke visie in mijn team of organisatie over samen beslissen ¹	36%
Heldere informatieoverdracht over de cliënt van mijn directe collega's ¹	30%
Heldere informatieoverdracht over de cliënt van de arts	29%
Georganiseerde momenten om van ervaringen van collega's te leren	25%
Bevoegdheid om mijn werk anders in te vullen als dat beter aansluit bij de wensen van de cliënt	24%
Ruimte om te leren van elkaar ¹	24%
Training of scholing over samen beslissen	21%
Mogelijkheden om multidisciplinaire overleggen bij te wonen	20%
Erkenning van mijn rol bij beslissingen door overige disciplines	19%
Zeggenschap over de zorg die ik geef	18%
Duidelijkheid over mijn rol bij samen beslissen	17%
Erkenning van mijn rol bij beslissingen door artsen	17%
Beslissingsondersteunende digitale tools, invullijsten, namelijk..... ²	6%
Informatiefolders / keuze informatie, namelijk ³	3%
Niets	3%
Anders, namelijk..... ⁴	5%

¹ Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren (chi-kwadraat, p<0,01).

² Onder andere voor cliënten begrijpelijke voorlichtingsfilmpjes, gesprekswijzer, spinnenweb positieve gezondheid.

³ Onder andere uitleg over inzet van wijkverpleging zvw/wlz en het belang van inzet sociaal netwerk, informatie die cliënten vertelt over de veranderingen van zorgen voor naar zorgen met de cliënt, info voor cliënt over geadviseerde behandeling zodat deze gefundeerd besluit kan nemen.

⁴ Onder andere een tool om onbegrepen gedrag beter te duiden.

Ruim een derde vindt dat er een gezamenlijke visie op samen beslissen moet komen en ruimte om daarover met collega's te overleggen. Dat het begrip samen beslissen niet altijd duidelijk is illustreert de opmerking van een verpleegkundige in de wijkverpleging: *“Begripsvorming over zelfmanagement is niet duidelijk. Bij gemeenten is dit vooral zelf doen en in de zorg zelf bepalen en beslissingen nemen bij de meest beschikbare zorg. ...Ziekenhuizen hebben richting thuis nog niet de juiste gesprekken betreft passende zorg. Het is complex en niet zomaar op te lossen met alleen gesprekken.”* (verpleegkundige in wijkverpleging)

In de open tekstvelden waar, verspreid over de vragenlijst, aanvullingen en opmerkingen gezet werden kwamen nog aanvullende hulpmiddelen of voorwaarden naar voren.

De eerste groep opmerkingen betreft de inrichting van de zorg, zoals de organisatie van het zorgaanbod, wet- en regelgeving en de wachtlijsten. Deze kunnen de keuzemogelijkheden beperken en daarmee het samen beslissen beïnvloeden. Voorbeelden van dergelijke opmerkingen zijn:

- *“Adequate informatie over wachtlijsten, behandelaanbod gekoppeld aan verzekering vanuit de GGZ.”* (verpleegkundige in de GGZ)
- *“Einde aan wachtlijsten die de gewenste/nodige zorg dwarsbomen.”* (POH)
- *“Samen beslissen binnen de wijkverpleging is lang niet altijd mogelijk. Er is een kader waarin er geïndiceerd mag worden, regels die we moeten volgen. Als een zorgvrager bijvoorbeeld zorg wil maar dat kan ook met een hulpmiddel of het lukt zelf (al dan niet verantwoord) dan mag er niet geïndiceerd worden. Daarom lukt samen beslissen niet altijd omdat zorgvragers een ander beeld hebben. Ze denken vaak dat wat ze vragen ook geleverd wordt maar de zorg is erg verschaald de laatste jaren. We moeten ons houden niet alleen aan wettelijke kaders maar ook eisen van het zorgkantoor/zorgverzekering.”* (verpleegkundige in de wijkverpleging)
- *“... dat er lange wachttijden zijn voor bepaalde zorg. Of dat ZVW zorg en WLZ zorg naar elkaar blijven wijzen en het daardoor organisatorisch niet meer haalbaar is.”* (verpleegkundige in wijkverpleging)

Een tweede groep opmerkingen betreft het samen kunnen beslissen in relatie tot de personele bezetting. Gebrek aan personeel en veel personele wisselingen bemoeilijken samen beslissen.

Voorbeelden van opmerkingen over de personele bezetting zijn:

- *“Gebrek aan behandelaren maakt dat er een pappen nathouden cultuur bestaat, waar geen beslissingen qua zorg worden genomen. Ook de stagnatie in doorstroom van cliënten maakt weinig mogelijk.”* (Verpleegkundige in GGZ)
- *“Genoeg VAST personeel om tot een gezamenlijke visie te komen en deze in te zetten in de begeleiding van cliënten.”* (begeleider in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking)
- *“Meer tijd en meer collega's om tijd te besteden met de cliënt, waardoor deze veiligheid voelt en meer ruimte krijgt om iets aan te geven.”* (begeleider in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking)

Ten derde groep opmerkingen betreft de rol van de cliënt. Samen beslissen vraagt medewerking van de cliënt en/of naasten en wettelijk vertegenwoordiger. Voorbeelden van opmerkingen over de verwachtingen en houding van de cliënt zijn:

- *“...Er blijft een groep cliënten bestaan die claimend gedrag vertonen in wat zij willen qua zorg, maar niet meer kan.”* (verpleegkundige in wijkverpleging)
- *“Medewerking familie (bij cognitieve problemen).”* (verpleegkundige in de wijkverpleging)
- *“Laatste jaren komt cliënt je vertellen hoe je zorg moet verlenen. Vaak niet bereid tot enige concessie. Door al die uitzonderingen haast niet meer normaal je werk kunnen doen. Zorg is complexer.”* (verpleegkundige in wijkverpleging)

- “Dat de patiënt zich meer bewust is van de waarde en kans van eigen inbreng. Jij bent toch de dokter of verpleegkundige.” (POH)

Over het algemeen zijn er geen statistisch significante verschillen tussen de zorgsectoren; bij twee aspecten zijn er wel verschillen. Verpleegkundigen in ziekenhuizen benadrukken minder vaak de ruimte om van elkaar te leren. De POHs benadrukken minder vaak het belang van heldere informatieoverdracht tussen collega’s en een gezamenlijk gedragen visie op samen beslissen.

4.2 Aanwezige hulpmiddelen voor samen beslissen

Daarnaast gaven de zorgprofessionals aan waarmee ze tot nu toe het meest geholpen waren om samen beslissen in de praktijk te brengen. Uit tabel 4.2 blijkt dat zorgprofessionals het vaakst (59%) helpend vinden om tijd te hebben om het gesprek met cliënten aan te gaan. Andere door minimaal 40% van de zorgprofessionals genoemde hulpmiddelen zijn eveneens gerelateerd aan (intercollegiale) afstemming: goede verslaglegging in het elektronisch cliëntendossier, tijd voor intercollegiaal overleg en heldere informatieoverdracht tussen betrokken collega’s. Ruim een derde (36%) voelt zich ondersteund door een gezamenlijke visie op samen beslissen.

Tabel 4.2 Beschikbare als ondersteunend ervaren hulpmiddelen bij samen beslissen over de zorg (n=677, gewogen, maximaal zes hulpmiddelen invullen)

Als ondersteunend ervaren hulpmiddel	Percentage
Tijd om gesprekken met cliënten aan te gaan over beslissingen ¹	59%
Goede verslaglegging in elektronisch cliëntendossier ¹	52%
Ruimte om te overleggen met collega’s over de beste werkwijze ¹	47%
Heldere informatieoverdracht over de cliënt van mijn directe collega’s ¹	40%
Gezamenlijke visie in mijn team of organisatie over samen beslissen ¹	36%
Heldere informatieoverdracht over de cliënt van de arts ¹	34%
Mogelijkheden om multidisciplinaire overleggen bij te wonen ¹	32%
Ruimte om te leren van elkaar	32%
Bevoegdheid om mijn werk anders in te vullen als dat beter aansluit bij de wensen van de cliënt	29%
Zeggenschap over de zorg die ik geef	23%
Erkenning van mijn rol bij beslissingen door overige disciplines	22%
Erkenning van mijn rol bij beslissingen door artsen	21%
Duidelijkheid over mijn rol bij samen beslissen	20%
Georganiseerde momenten om van ervaringen van collega’s te leren	20%
Training of scholing over samen beslissen	12%
Beslissingsondersteunende digitale tools, invullijsten, namelijk..... ^{1,2}	5%
Informatiefolders / keuze informatie, namelijk ^{1,3}	5%
Niets	1%
Anders, namelijk.....	5%

¹ Statistisch significant verschil tussen de zorgsectoren (chi-kwadraat, p<0,01).

² Onder andere Spinnenweb positieve gezondheid, thuisarts.nl.

³ Onder andere een folder over dementie, het levenstestament, rechten en plichten van de cliënt, en informatie in andere talen.

Vijf procent noemt andere vormen van ervaren ondersteuning, zoals:

- *“Goed overleg tussen 1ste en 2de lijn.”* (verpleegkundige in ziekenhuis)
- *“Genoeg personeel om de tijd te nemen voor dergelijke beslissingen en gesprekken.”* (begeleider in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking)
- *“Overleg met de wettelijk vertegenwoordiger van mijn cliënten.”* (begeleider in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking)
- *“Casemanagers hebben een grote rol. Echter, als de casemanager via de gemeente komt, werkt het niet. Een casemanager moet uit onze zorg komen.”* (verzorgende in de wijkverpleging)
- *“Mijn cliënten hebben diverse vormen van dementie, daarbij kun je veelal niet meer bespreken hoe de zorg moet, maar non-verbaal kun je heel veel opmerken.”* (verzorgende in de intramurale ouderenzorg)
- *“Het kunnen samenwerken en altijd beschikbaar zijn van tolken.”* (POH)

Zorgprofessionals in de verschillende zorgsectoren geven soms andere middelen aan die zij tot nu toe als ondersteunend ervaren bij het samen met de cliënt kunnen beslissen.

De zorgprofessionals in ziekenhuizen geven minder vaak aan dat zij tijd hebben om met een cliënt het gesprek aan te gaan in het kader van een te nemen beslissing. Ze geven ook minder vaak aan dat ze ruimte hebben om met collega's de beste werkwijze bij samen beslissen te bespreken. In ziekenhuizen ervaren de verpleegkundigen vaker ondersteuning van informatiefolders.

Verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg noemen vaker de heldere informatieoverdracht door hun directe collega's als helpend bij samen beslissen, evenals de ruimte die er is om met collega's te overleggen over de beste aanpak bij samen beslissen.

Begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geven minder vaak aan dat ze ondersteund worden door goede verslaglegging in het elektronisch cliëntendossier en vaker door de informatieoverdracht van directe collega's. Zij ervaren vaker steun van een gezamenlijke visie op samen beslissen en ervaren vaker ruimte om met collega's daarover te overleggen.

In de wijkverpleging zijn geen opvallende afwijkingen van de in tabel 4.2 gerapporteerde percentages gevonden.

De zorgprofessionals in de intramurale ouderenzorg ervaren de goede verslaglegging in het elektronisch cliëntendossier en de heldere informatieoverdracht van directe collega's en arts vaker als ondersteunend bij samen beslissen.

POHs ervaren minder ondersteuning van multidisciplinaire overleggen, de informatieoverdracht over de cliënt van directe collega's en de arts en is er minder vaak een gezamenlijke visie op samen beslissen en ruimte om met collega's te overleggen over de beste werkwijze. POHs geven vaker dan andere zorgprofessionals aan dat ze tijd hebben om met de cliënt te spreken over de te nemen beslissingen. Ook gebruiken ze vaker beslissingsondersteunende tools en informatiefolders.

5 Gewenste scholing

De beroepsverenigingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en medisch specialisten hebben competenties geformuleerd om samen met de cliënt de beslissen over de zorg, zie tabel 5.1 (FMS, NFU, V&VN, 2021). De zorgprofessionals gaven aan in welke competenties zij verdere scholing wilden om cliënten beter te ondersteunen bij samen beslissen. Eén van de acht zorgprofessionals heeft geen behoefte aan verdere scholing. De rest wil wel extra scholing. De competenties waarin ze geschoold willen worden zijn divers. De meeste behoefte is er aan gesprekstechnieken om samen met de cliënt te beslissen: een derde wil deze competentie graag verbeteren. Uit de opmerkingen blijkt dat daarbij speciale aandacht nodig is voor mensen met minder vaardigheden:

- *“SES, beperkte gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid zijn van invloed. Hier moet ook kennis over zijn. Herken de valkuilen. De vraag heeft u nog vragen lijkt heel erg samenwerkend maar geeft laaggeletterden geen ruimte voor samen beslissen.”* (verpleegkundige in de wijkverpleging)
- *“Vaardigheden en gesprekstechnieken om samen beslissen bij laaggeletterden, lage SES of anderstaligen te begeleiden.”* (POH)

Tabel 5.1 Gewenste scholing om cliënten beter te kunnen ondersteunen bij samen beslissen over de zorg (n=654, gewogen, maximaal drie competenties invullen)

Gewenste scholing in... ¹	Percentage
Gesprekstechnieken en vaardigheden om het proces van samen beslissen te ondersteunen	32%
Vaardigheden in het ondersteunen en aanmoedigen van de cliënt om te participeren in samen beslissen	29%
Vaardigheden in het begeleiden van het proces van samen beslissen	25%
Begrijpelijke overdracht van kennis en kennis van tools die samen beslissen ondersteunen	24%
Inzicht in het belang van samenwerking en communicatie met andere zorgprofessionals en mensen uit het netwerk van de cliënt	24%
Inzicht in de relatie tussen samen beslissen en kwaliteit van zorg	23%
Vaardigheden in hoe ik een betrouwbare en professionele gesprekspartner ben	18%
Vaardigheden in het centraal stellen van de persoonlijke voorkeuren en context van de cliënt	16%
Niets	16%
Anders, namelijk..... ²	4%

1 Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen de zorgsectoren (chi-kwadraat, p>0,01).

2 Voorbeelden zijn "Beleidsmatige scholing", "Weten wat er allemaal kan in een gemeente over het gehele pakket"

Opgemerkt wordt dat samen beslissen niet zo zeer beperkt wordt door suboptimale vaardigheden van de zorgprofessionals en dat andere factoren een rol spelen. Deze factoren kwamen in het vorige hoofdstuk ook naar voren:

- *“Het zit hem niet in de vaardigheden maar het gemis zit vooral in wat ik wel en niet kan en mag bieden vanuit de wet- en regelgeving.”* (verpleegkundige in wijkverpleging)
- *“Minder invloed van de zorgverzekeraar die opleggen wat je mag/kan.”* (POH)
- *“Voorlichting richting patiënten over samen beslissen. Sommige patiënten verwachten nog steeds dat de zorgprofessional de keuze maakt voor hem/haar.”* (POH)

6 Reflectie en conclusie

In dit slothoofdstuk vatten we de antwoorden op de onderzoeksvragen samen en eindigen we met een conclusie.

Wat doen zorgprofessionals in het kader van samen beslissen met cliënten over de best passende zorg, ondersteuning en behandeling binnen het eigen professionele domein?

Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners besteden aandacht aan het samen met de cliënt beslissen over de zorg die de cliënt van hen kan ontvangen. Zij hebben daarbij vooral oog voor het exploreren van de wensen, doelen en voorkeuren van cliënten en zorgen ervoor dat cliënten de informatie begrijpen. Minder expliciet is de aandacht voor het proces van samen beslissen op zichzelf: het agenderen van de te maken beslissing, het samen met cliënten afwegen van de verschillende keuzen, het maken van de uiteindelijke beslissing en een afspraak over het vervolg. De meeste zorgprofessionals zijn tevreden over hun bijdrage aan het proces van samen beslissen.

Willen zorgprofessionals vaker samen beslissen met cliënten over de best passende zorg, ondersteuning en behandeling?

Ruim een derde van de zorgprofessionals wil vaker samen met cliënten beslissen. Dit geldt voor alle aspecten van het proces van samen beslissen en het sterkst voor het samen met cliënten afwegen van de verschillende mogelijkheden voor zorg en het samen kiezen van de zorg. De cliënt informeren dat er een beslissing genomen moet worden zien de zorgprofessionals minder vaak hun taak.

Wat hebben zorgprofessionals nodig om hun rol bij samen beslissen te kunnen vervullen?

Zorgprofessionals zeggen dat ze tijd nodig hebben om samen beslissen in praktijk te brengen. Een eerdere overzichtsstudie naar tijd voor samen beslissen liet zien dat samen beslissen mogelijk meer tijd kost, maar ook vraagt om een andere attitude van zorgprofessionals (van Dulmen e.a., 2020). Tijd is immers, zo wordt geconcludeerd, ook prioriteit en gaat daarbij ook om andere wijze van handelen door zorgprofessionals en het anders organiseren van zorg rondom samen beslissen. Zo wijzen de zorgprofessionals uit ons onderzoek ook op goede verslaglegging in het elektronische cliëntendossier en ruimte om met collega's te overleggen als randvoorwaarden. Ook pleiten zij voor een gezamenlijke visie op samen beslissen. Deze wensen komen overeen met wat zorgprofessionals tot nu toe in de praktijk van samen beslissen als het meest ondersteunend ervaren.

Uit de opmerkingen in de vrije tekst worden ook nog andere voorwaarden genoemd om samen beslissen te kunnen realiseren, waaronder het belang van genoeg vast personeel. Ook komt naar voren dat cliënten voorgelicht moeten worden over de veranderende rol die zij krijgen. Er is een groep cliënten die vertrouwd op de beslissing van de zorgprofessional en (nog) niet weet dat er een actievere rol van hen (of diens vertegenwoordigers) verwacht wordt bij het kiezen van de zorg. Ten slotte komt uit de opmerkingen naar voren dat wetten en regels vanuit o.a. zorgverzekeraars het samen beslissen kunnen beperken, bijvoorbeeld doordat wensen van cliënten niet gehonoreerd kunnen worden binnen de bestaande wet- en regelgeving of omdat er wachtlijsten zijn.

Welke scholingsbehoeften hebben zorgprofessionals ter ondersteuning van samen beslissen?

Een vijfde van de zorgprofessionals heeft behoefte aan scholing over samen beslissen in het algemeen. Vragen we naar de verschillende competenties die nodig zijn voor samen beslissen dan is de scholingsbehoefte vier keer groter. De meest gevoelde scholingsbehoefte betreft gesprekstechnieken en vaardigheden om samen te beslissen. Daarbij zou in het bijzonder aandacht

moeten zijn voor samen beslissen met cliënten met lagere gezondheidsvaardigheden en cliënten die graag vertrouwen op de keuze van de zorgprofessional.

Zijn er verschillen tussen zorgsectoren?

Er zijn verschillen tussen de zorgsectoren in de mate waarin samen beslissen plaatsvindt. Samen beslissen gebeurt het vaakst door verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg, de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk, en de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging. Ondanks de verschillen in de mate waarin zorgprofessionals samen beslissen toepassen, zijn de zorgprofessionals in gelijke mate tevreden over hun ondersteuning van cliënten bij samen beslissen.

Er is veelal geen verschil tussen de zorgsectoren in ervaren behoefte aan scholing en gewenste hulpmiddelen. Kijken we echter naar de mate waarin de verschillende hulpmiddelen tot nu toe het proces van samen beslissen hebben ondersteund, dan zien we wél verschillen tussen de zorgsectoren. Zo zijn er verschillen in de ervaren ondersteuning van multidisciplinair overleg, de kwaliteit van de verslaglegging in het elektronisch cliëntendossier, de informatieoverdracht tussen collega's en met de arts, de beschikbare tijd voor samen beslissen, de aanwezige gezamenlijke visie op samen beslissen, de ruimte om met collega's te overleggen, en de beschikbaarheid van digitale tools en informatiefolders.

Implicaties voor praktijk, beleid en onderzoek

Het Integraal Zorgakkoord stelt passende zorg en ondersteuning samen met cliënten, op de juiste plek en met nadruk op gezondheid centraal. Passende zorg samen met cliënten moet in alle zorgsectoren plaatsvinden. Dit onderzoek is uniek doordat het de grootste groep zorgprofessionals die werkzaam is in diverse zorgsectoren vraagt naar hun ervaringen en wensen met samen beslissen. Het biedt waardevolle informatie over wat verpleegkundigen, verzorgenden, praktijkondersteuners en begeleiders aan het begin van de implementatie van het Integraal Zorgakkoord doen in het kader van samen beslissen en wat zij nodig hebben om dit in de toekomst vaker te doen. De resultaten uit dit onderzoek kunnen dienen als een beginmeting bij de evaluatie van de implementatie van het Integraal Zorgakkoord. Daarnaast kunnen de resultaten handvatten bieden om samen beslissen te versterken.

In de relatie tussen cliënt en zorgprofessional blijkt dat sommige aspecten van samen beslissen, zoals vragen naar wensen en doelen van de cliënt en het begrijpelijk maken van informatie, meer aandacht krijgen dan andere aspecten. Aspecten die minder aandacht krijgen betreffen het samen beslissen als circulair proces. Voorbeelden zijn het expliciet benoemen dat er een keuze gemaakt moet worden en het samen maken, vastleggen en evalueren van de keuze. Als zorgprofessionals meer expliciete aandacht geven aan alle aspecten van samen beslissen in het contact met de cliënt dan kan dit bijdragen tot meer regie voor cliënten. Vanaf het begin van het zorgproces wordt de inbreng van de cliënt bevorderd. Tegelijkertijd geven zorgprofessionals aan dat er grenzen zijn aan samen beslissen, bijvoorbeeld bij cliënten met lagere gezondheidsvaardigheden. Vervolgonderzoek kan uitwijzen wat er nodig is om samen beslissen met cliënten met minder gezondheidsvaardigheden te optimaliseren en waar de grenzen van samen beslissen liggen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat zorgprofessionals lage gezondheidsvaardigheden niet altijd herkennen en deze cliënten niet altijd open staan voor samen beslissen (Roodbeen e.a., 2020).

Om zorgprofessionals beter te ondersteunen bij het samen beslissen kan aandacht besteed worden aan scholing, zo laten de resultaten zien. Dergelijke scholing past zowel in de basisopleidingen en als in bij- en nascholing via de werkgevers. Dit onderzoek laat echter ook zien dat scholing alleen niet volstaat. Zorgprofessionals vinden aanpassingen op meso- of macroniveau belangrijker voor het bevorderen van samen beslissen, zoals voldoende tijd, goede verslaglegging over de zorg en een gezamenlijke visie op samen beslissen. Scholing en deze aanpassingen gaan hand in hand, zo blijkt

ook uit ander onderzoek (Moleman e.a., 2021; Scholl e.a., 2021). Een voorbeeld is een scholing van POHs in samen beslissen van Lenzen e.a. (2017). Het bleek dat POHs moeite hadden om het geleerde in praktijk te brengen, omdat het niet paste in het gebruikelijke protocollair werken. Lenzen e.a. concludeerden dat samen beslissen een andere organisatiecultuur vereist waarin van elkaar leren en professionele ontwikkeling en een gezamenlijke rolopvatting centraal staat.

Ten slotte is het ook belangrijk dat cliënten weten wat er van hen verwacht wordt in het kader van samen beslissen. Hoe cliënten tegenover deze ontwikkeling staan valt buiten het bestek van dit onderzoek en zou nader onderzocht moeten worden.

Conclusie

De resultaten laten zien dat zorgprofessionals over het algemeen tevreden zijn over hoe zij samen met de cliënten beslissen over de nodige zorg, ondersteuning en/of behandeling, en dit samen beslissen verder willen versterken. Ook blijkt dat elementen van het proces van samen beslissen explicieter aandacht kunnen krijgen zodat het hele proces van samen beslissen volledig doorlopen wordt. Zo zou de zorgprofessionals meer aandacht kunnen geven aan het duidelijk maken dat er een beslissing genomen kan worden en zou de zorgprofessionals een actievere rol kunnen nemen in het samen met de cliënt afwegen van de verschillende keuzemogelijkheden. Ook het explicieter maken van de keuze en het maken van een vervolgspraak kunnen het samen beslissen verder versterken. Tenslotte zien we dat samen beslissen niet uitsluitend gerealiseerd wordt binnen de interactie tussen cliënt en zorgprofessional en dat contextuele factoren een invloed hebben. De basis voor samen beslissen is, naast voldoende tijd en een gezamenlijke visie op samen beslissen, een goede verslaglegging en onderlinge communicatie. Ook de mogelijkheden die wet- en regelgeving bieden, de mogelijkheden en wensen van de cliënt, en de beschikbare zorgmogelijkheden (inclusief wachtlijsten) beïnvloeden het samen beslissen.

Literatuur

- Albers, G, AL Francke, AJE de Veer, J Bilsen J, BD Onwuteaka-Philipsen. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: a national survey study. *Patient Education and Counseling*, vol 94 nr 1 2014.
- Arends SAM, Thodé M, de Veer, AJE, Pasman HRW, Francke AL, Jongerden IP. Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments a quantitative survey study *Journal of Advanced Nursing*, 2022, <https://doi.org/10.1111/jan.15223>
- Dulmen, S. van, Roodbeen, R., Noordman, J. *Tijd voor samen beslissen: perspectieven van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars* Utrecht: Nivel, 2020.
- FMS, NFU, V&VN (2021). *Rapportage activiteiten deelproject 1. Scholing en opleiding in Samen Beslissen*.
- Francke AL, Albers G, Bilsen J, Veer AJE de, Onwuteaka-Philipsen BD. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Education and Counseling*: 2016, 99(5), 783-789.
- Harder C (2020). *Handreiking Verpleegkundig Proces bij indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving*. Utrecht: V&VN. <https://www.venvn.nl/media/x3enwye5/handreiking-verpleegkundig-proces-jan-2020-def.pdf>
- Kuipers E., Helder C. *Visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen*. Brief aan Tweede Kamer dd 29 juni 2022. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Lenzen, S.A., Daniëls, R., van Bokhoven, M.A. et al. Development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plans with primary care patients. *BMC Health Serv Res* 18, 891 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3734-1>
- Moleman M, Regeer BJ, Schuitmaker-Warnaar TJ. Shared decision-making and the nuances of clinical work: Concepts, barriers and opportunities for a dynamic model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 47(4): 926-934 (2021). DOI: 10.1111/jep.13507
- Pel-Littel R, A Bakker (2022). *Kadernotitie. Samen Beslissen in het verpleegkundig domein*. Utrecht: Vilans, V&VN.
- Programma Uitkomstgerichte Zorg. https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/themas/samen-beslissen/definitie-samen-beslissen_geraadpleegd_2-2-2023.
- Rodenburg-Vandenbussche S, Pieterse AH, Kroonenberg PM, Scholl I, van der Weijden T, Luyten GP, Kruitwagen RF, den Ouden H, Carlier IV, van Vliet IM, Zitman FG, Stiggelbout AM. Dutch Translation and Psychometric Testing of the 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) and Shared Decision Making Questionnaire-Physician Version (SDM-Q-Doc) in Primary and Secondary Care. *PLoS One*. 2015 Jul 7;10(7): e0132158. doi: 10.1371/journal.pone.0132158. PMID: 26151946; PMCID: PMC4494856.
- Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., Muijsenberg, M. van den, Noordman, J., Dulmen, S. van. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLoS One*: 2020, 15(6), e0234926

- Scholl, I., Hahlweg, P., Lindig, A. et al. Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: results of a stepped wedge cluster randomized trial. *Implementation Sci* 16, 106 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01174-4>
- Springvloet, L., Bos, N., Rolink, M., Jong, J. de, Friele, R., Boer, D. de. Infographic. *De Transparantiemonitor 2019-2020. Patiënten en artsen ervaren niet dezelfde mate van samen beslissen*. Utrecht: Nivel, 2020.
- Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., De Wit, M.P.T. Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., Trevena, L., Elwyn, G. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare *BMJ* 2012;344: e256 doi: 10.1136/bmj.e256
- Veer A de, Dieteren C, de Groot K (2017). Cliëntgebonden samenwerking over organisatiegrenzen heen: verpleegkundige voelt zich onvoldoende competent. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 127:4, p. 32-33.
- Zagt A., Bos N. e.a. (2022). Verpleegkundigen werkzaam in de ziekenhuiszorg spelen belangrijke rol bij transparantie van zorg. *De Transparantiemonitor 2021/2022. Het verpleegkundig perspectief op transparantie van zorg*. Utrecht: Nivel.
- Zorginstituut (2022). *Kader Passende zorg*. Diemen: Zorginstituut. Geraadpleegd van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/28/kader-passende-zorg>
- Zorginstituut (2021). *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Versie 3.0*. Diemen: Zorginstituut. [toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-en-meetinstrumenten-versie-3.0.pdf](#) (zorginzicht.nl) Geraadpleegd 16-2-2023.

Bijlage A Vragenlijst

De door zorgprofessionals ervaren mate van samen beslissen werd bevestigd met behulp van twaalf items. Het gaat om samen beslissen “over de zorg, ondersteuning, en/of behandeling die u zelf verleent”. Samen beslissen bij medische beslissingen onder eindverantwoordelijkheid van een arts valt buiten de scope van dit onderzoek. Negen van de twaalf items zijn gebaseerd op een vragenlijst over Shared Decision Making voor artsen, de SDM-9 DOC en eerder beschreven door Lenzen e.a. (2018). De SDM-9 DOC is een internationaal veel gebruikte vragenlijst die ook gebruikt wordt in de Transparantiemonitor (zie o.a. Rodenburg-VandenBussche e.a., 2015; Springvloed e.a. 2020). De items van de SDM-9 DOC zijn geformuleerd voor artsen en door ons aangepast voor de zorg, ondersteuning en/of behandeling geboden door verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en POHs. Zo is de term ‘behandeling’ in de items vervangen door ‘zorg’.

Er zijn drie items toegevoegd aan de lijst. Het eerste toegevoegde item reflecteert de eerste stap van Samen Beslissen: bespreken wat cliënt wil bereiken. Items 11 en 12 zijn toegevoegd vanwege rol van zorgprofessionals als besliscoach en als belangenbehartiger van cliënt bij multidisciplinair overleg. Deze twee rollen worden genoemd in de Kadernotitie van V&VN over samen beslissen (Pel-Littel R, A Bakker, 2022).

Bij elk item is gevraagd hoe vaak de respondent de beschreven handeling doet (5 puntsschaal: 1=nooit, 2=soms, 3=regelmatig, 4=vaak, 5=altijd). Indien de respondent het niet altijd doet wat de vervolgvraag of ze deze handeling vaker willen doen (0=nee, 1=ja). Vervolgens is gevraagd wat het meest helpt bij samen beslissen, nu én om het in de toekomst beter te doen. Daarbij kon gekozen worden voor maximaal zes, uit een lijst vijftien, ondersteuningsvormen. De lijst met ondersteuningsmogelijkheden is gebaseerd op eerder onderzoek naar samen beslissen in ziekenhuizen (Arends e.a., 2022).

Het laatste blok vragen heeft betrekking op de gewenste bijscholing in competenties. Hierbij werden acht competenties genoemd, gebaseerd op de acht competenties die verpleegkundigen moeten hebben voor samen beslissen zoals opgesteld door FMS, NFU en V&VN (2021).

De vragenlijst is opvraagbaar bij de auteurs.

Bijlage B Respondenten en analyses

Dit rapport is gebaseerd op een online vragenlijst verspreid in november 2022 via oproepen op sociale media en onder deelnemers van het landelijke Nivel Panel Verpleging & Verzorging. In het totaal vulden 740 zorgprofessionals de vragenlijst in; 17 via de open link en 723 via het Panel Verpleging & Verzorging (respons 28%). De respondenten zijn verpleegkundigen in ziekenhuizen, verpleegkundigen uit de GGZ, begeleiders en verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging en de intramurale ouderenzorg, en praktijkondersteuners huisartsenzorg (POHs). Sommige sectoren zijn oververtegenwoordigd in de responsgroep, terwijl andere sectoren ondervertegenwoordigd zijn. Daarom zijn de gemiddelden gewogen (zie tabel B1). Het gewogen gemiddelde is de beste benadering van het populatiegemiddelde.

Factoranalyse op de twaalf items laat één onderliggende dimensie zien (eigenwaarde >1, alle item-restcorrelaties >.63 behalve voor item 12 met item-rest correlatie =.33). De elf overige items hebben een interne consistentie Cronbach's alpha van 0,94. De schaal score Samen Beslissen is de gemiddelde score op deze elf items. Daarnaast is van dezelfde items een schaal gemaakt die het aantal items representeert dat de respondenten in de toekomst vaker willen doen. Deze schaal bestaat uit dichotome items (0=nee of doet het al altijd, 1=wil het vaker doen). De Kuder Richardson coëfficiënt is 0,92.

Verschillen tussen zorgsectoren zijn statistisch getoetst met Stata 16.1, waarbij een significantieniveau van $p < 0,01$ is gehanteerd.

Tabel B1 Aantal ingevulde vragenlijsten door deelnemers van het Panel Verpleging & Verzorging en door de open link, uitgesplitst naar werkomgeving (aantallen, percentages)

Werkomgeving	Panel n	Open link n	Totaal n	Totaal %	Weefactor ¹
Ziekenhuis (ZKH)	119	4	123	16,6	0,90
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	64	-	64	8,7	0,51
Zorg voor mensen met verst. beperking (GZ)	81	1	82	11,1	2,11
Wijkverpleging (WIJK)	203	1	204	27,6	0,65
Intramurale ouderenzorg (IO)	129	1	130	17,6	2,07
Huisartsenzorg (HA)	127	5	132	17,8	0,13
Onbekend	-	5	5	0,7	-
Totaal	723	17	740	100	

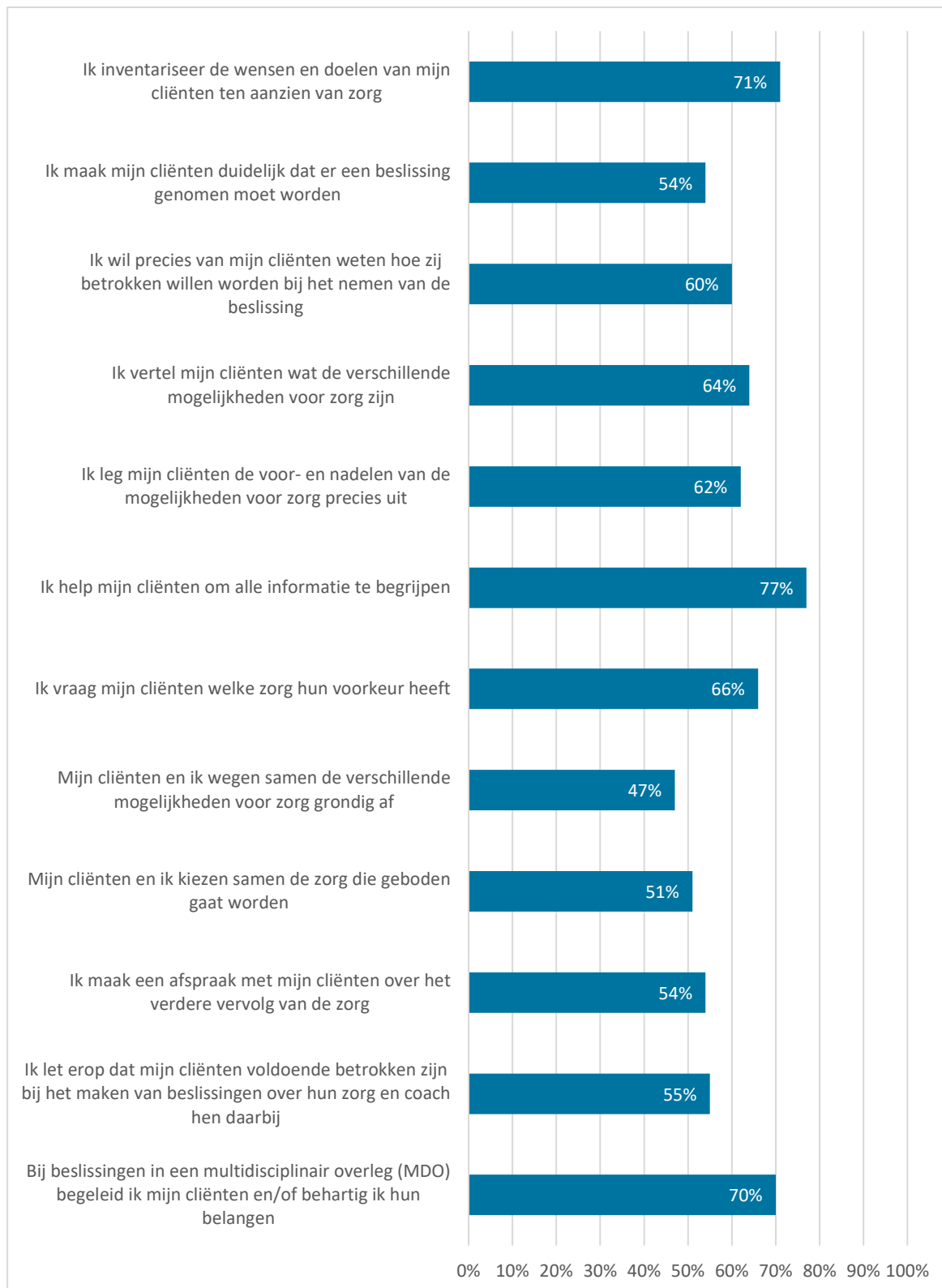
¹ Bron populatiecijfers: Prognosemodel voor 2021. <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--smal-/> (dd. 10 oktober 2022)

Tabel B2 Algemene kenmerken van de respondenten (n=740)

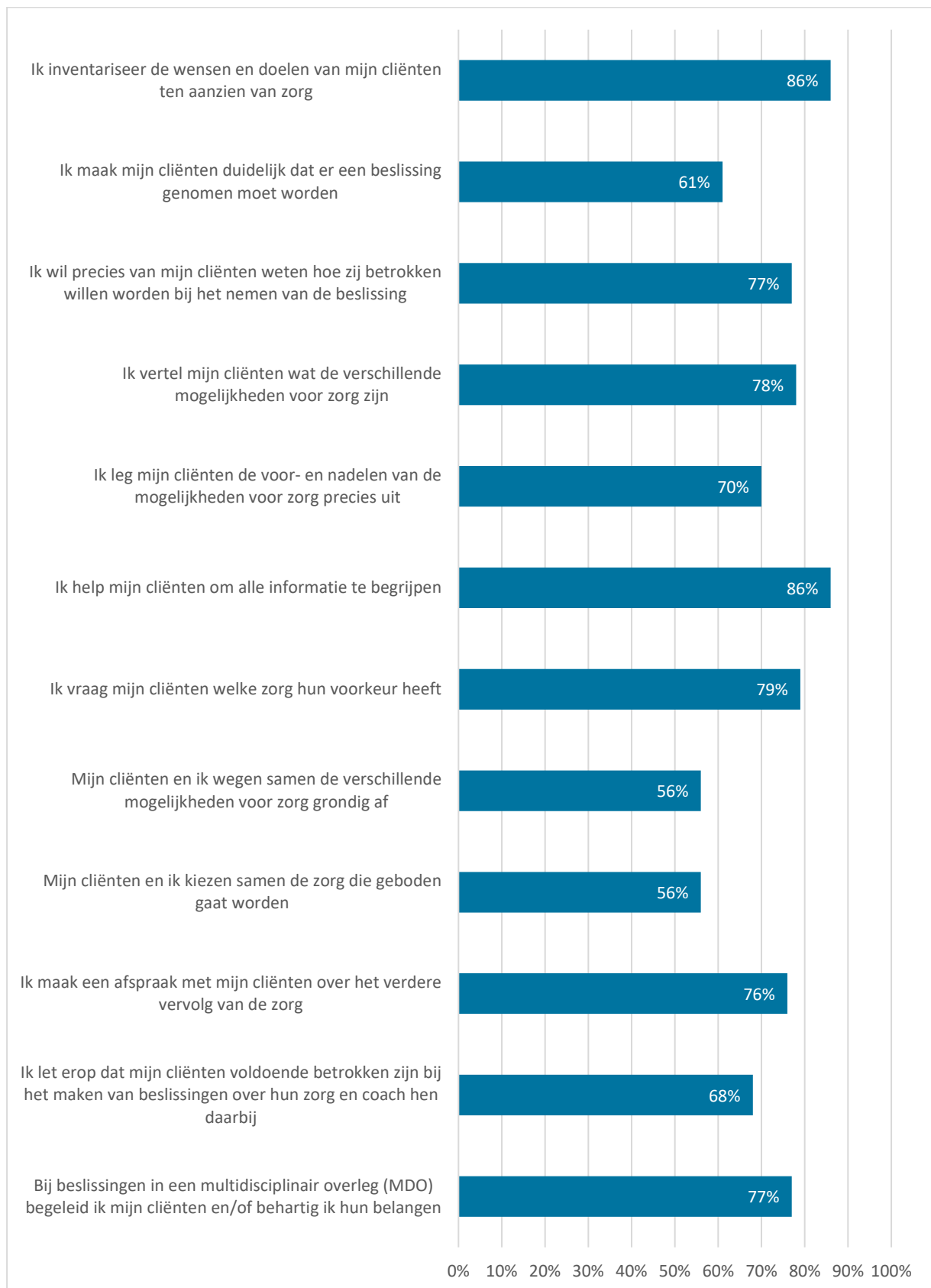
Algemene kenmerken	Percentage
Leeftijd	
35 jaar en jonger	7,4
36-45 jaar	14,3
46-55 jaar	29,1
56-65 jaar	46,8
Onbekend	2,4
Aard werk	
Directe cliëntenzorg	84,7
Directe cliëntenzorg + leidinggevenden taken	15,3
Beroep	
Verzorgende	15,1
Verpleegkundige	53,2
Verpleegkundig specialist	6,1
Begeleider	9,5
Praktijkondersteuner huisartsenzorg (inclusief praktijkverpleegkundigen)	15,4
Onbekend	0,7

Bijlage C Samen beslissen per zorgsector

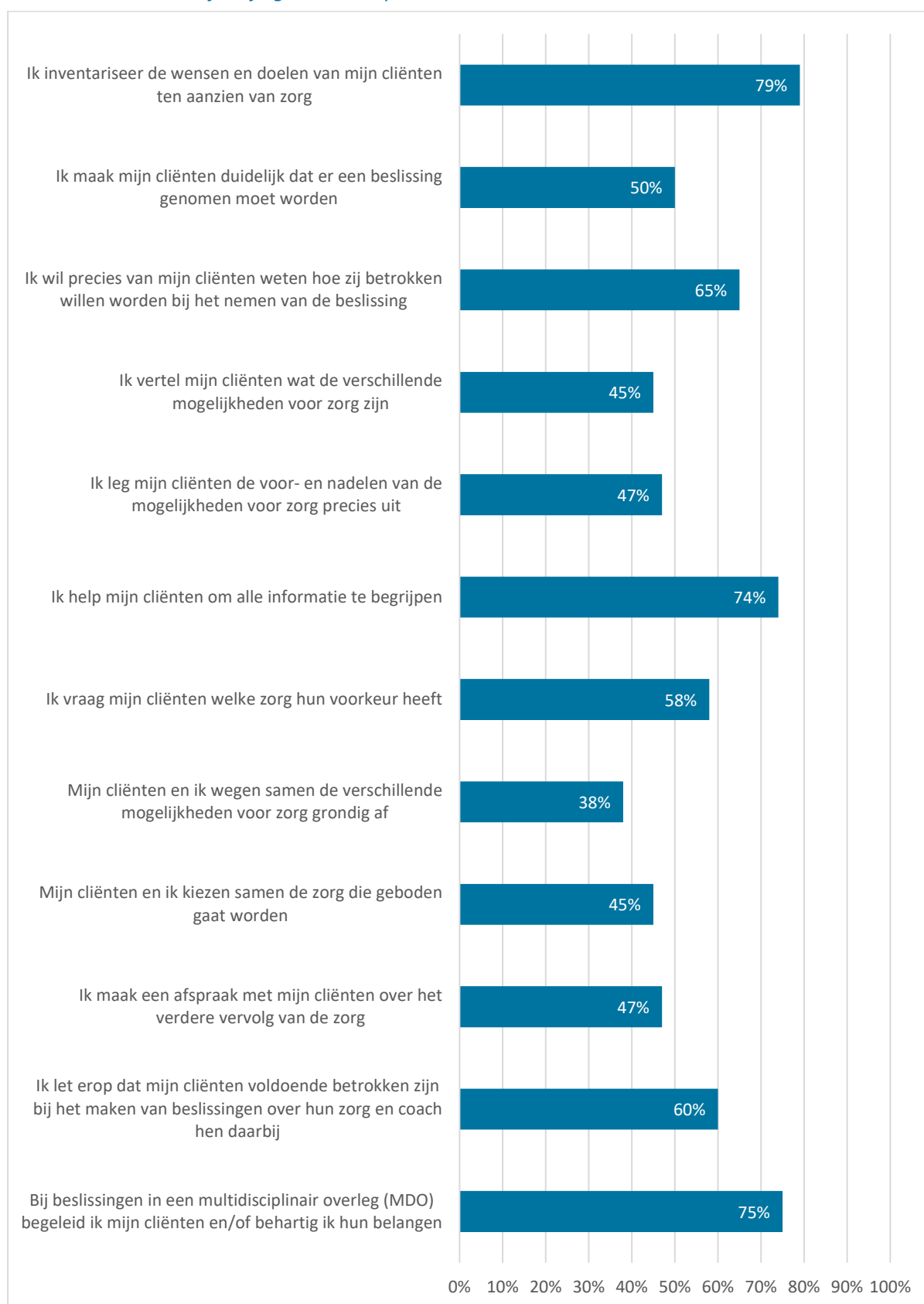
Figuur C.1 Percentage zorgprofessionals in ziekenhuizen dat vaak of altijd genoemd aspect van samen beslissen doet



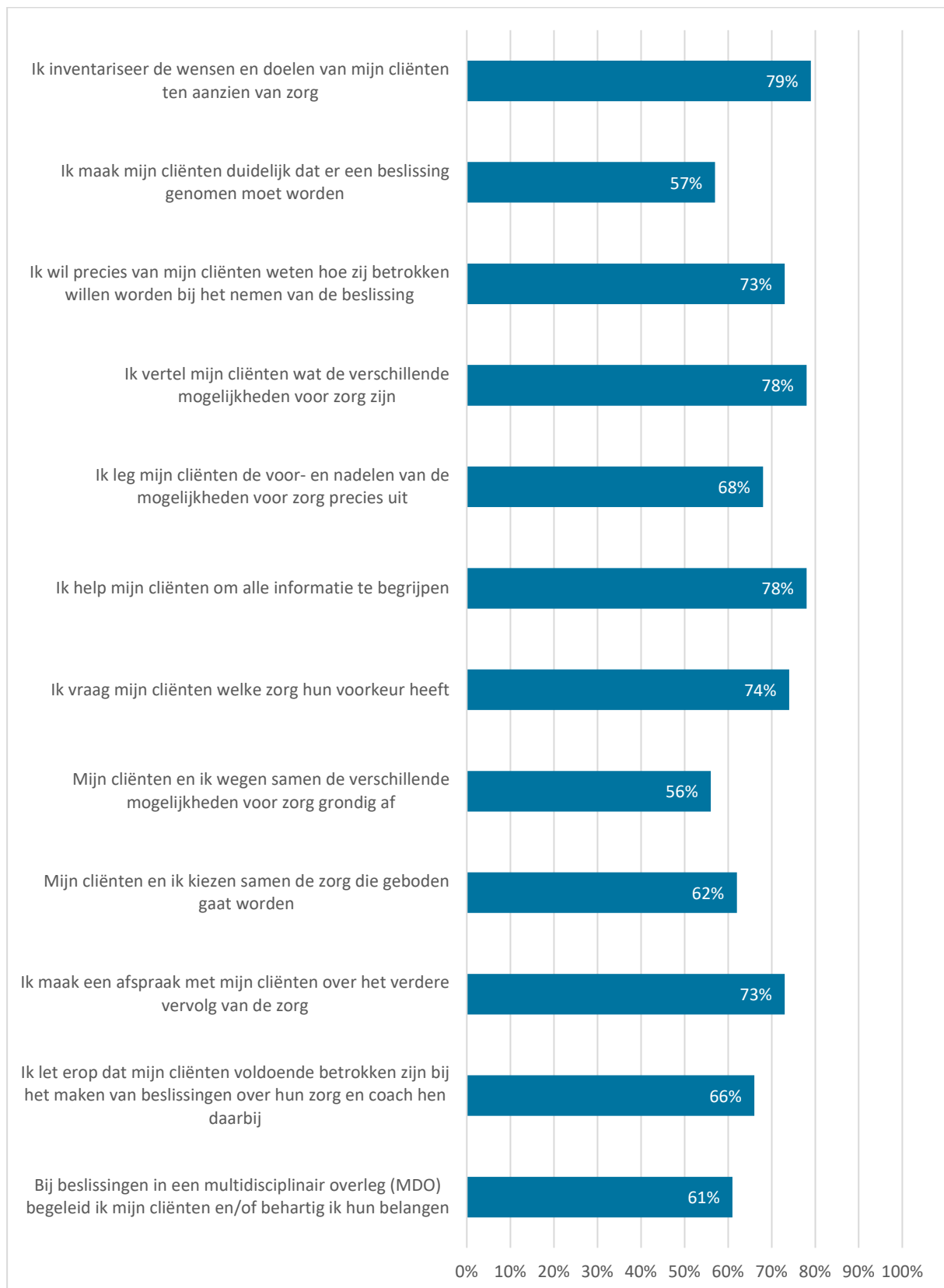
Figuur C.2 Percentage zorgprofessionals in de GGZ dat vaak of altijd genoemd aspect van samen beslissen doet



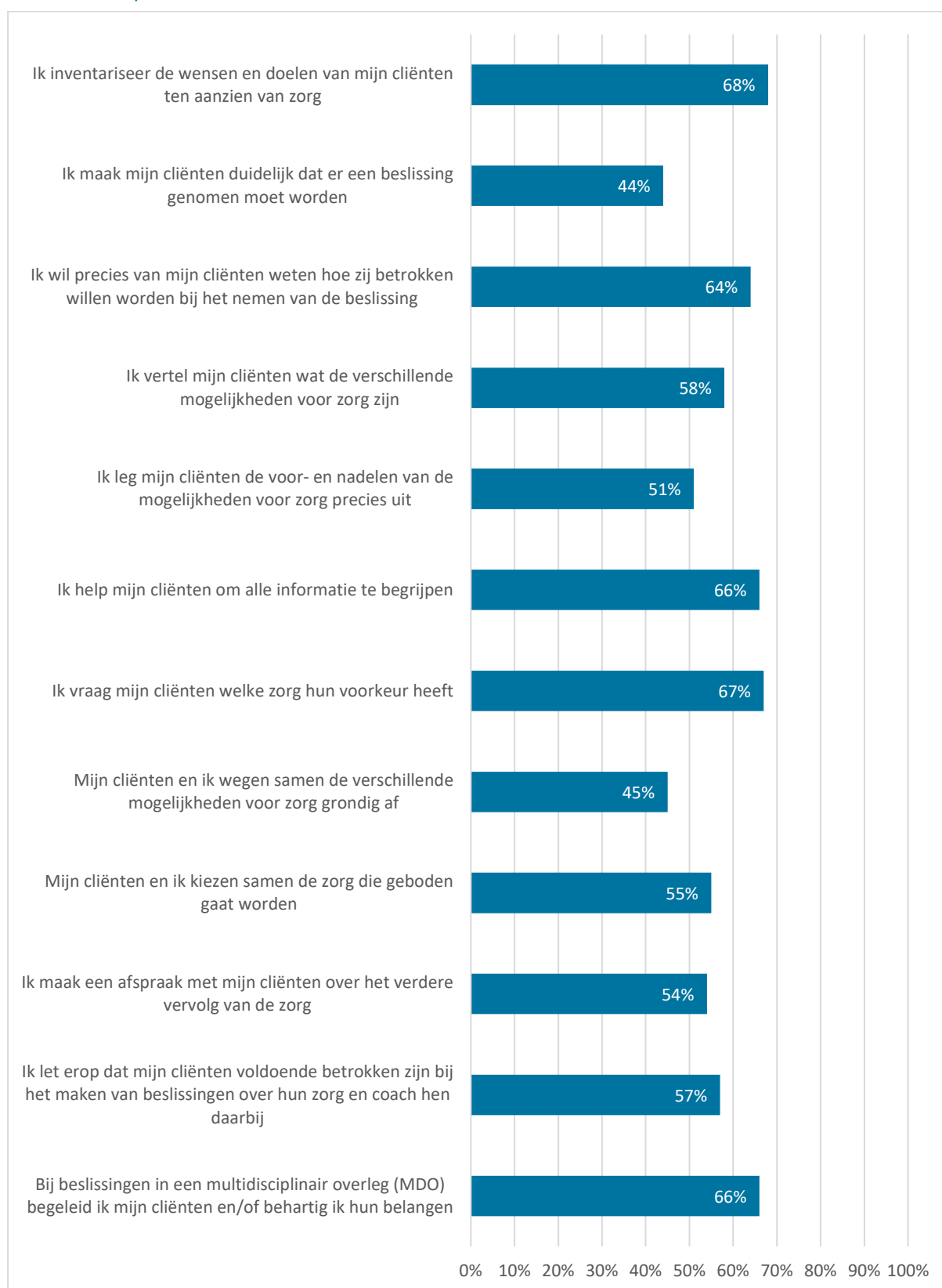
Figuur C.3 Percentage zorgprofessionals in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking dat vaak of altijd genoemd aspect van samen beslissen doet



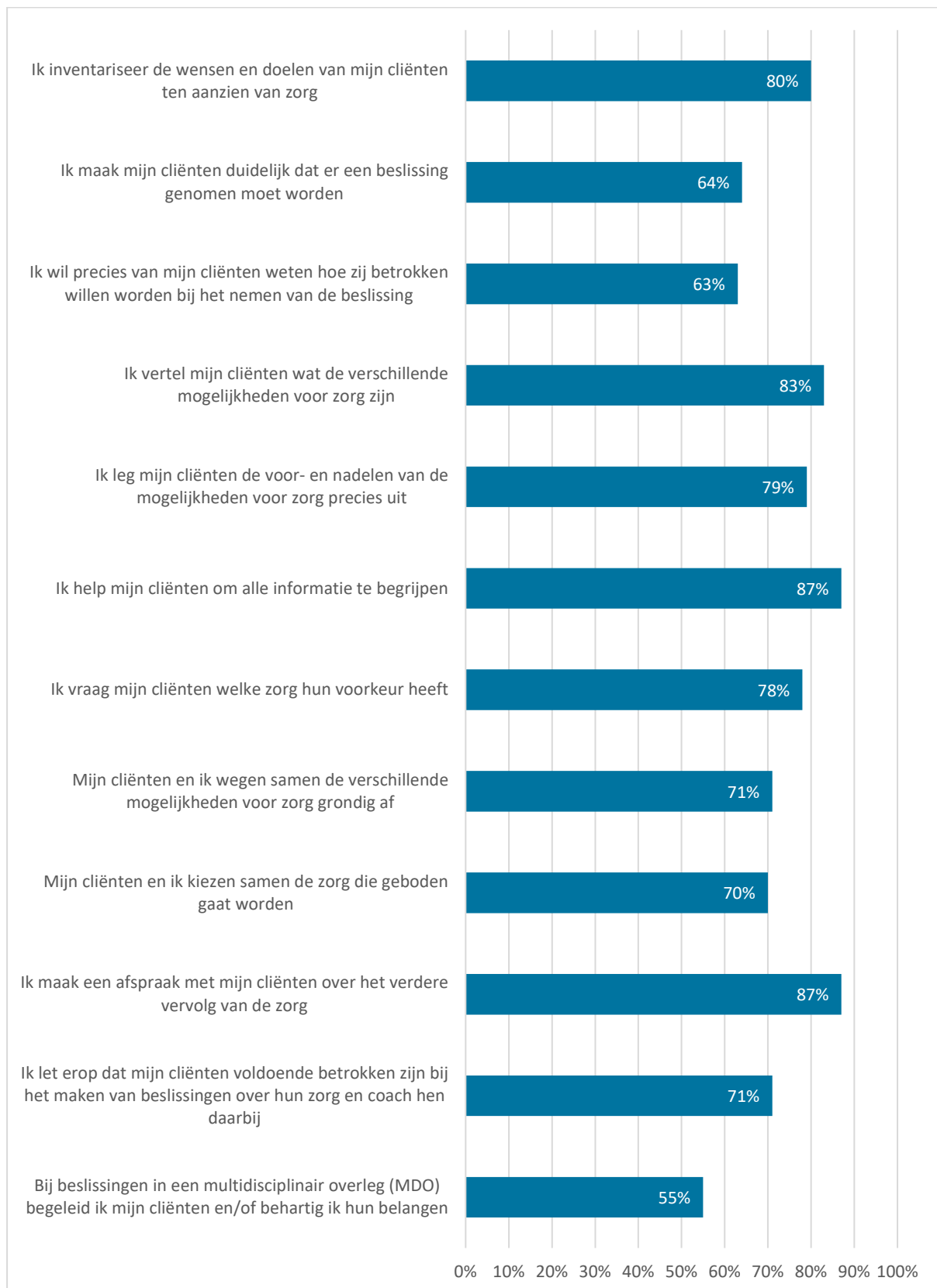
Figuur C.4 Percentage zorgprofessionals in de wijkverpleging dat vaak of altijd genoemd aspect van samen beslissen doet



Figuur C.5 Percentage zorgprofessionals in de intramurale ouderenzorg dat vaak of altijd genoemd aspect van samen beslissen doet



Figuur C.6 Percentage zorgprofessionals in de huisartsenzorg dat vaak of altijd genoemd aspect van samen beslissen doet



Bijlage D Panel Verpleging & Verzorging

Nivel Panel Verpleging & Verzorging

Het landelijke Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit enkele duizenden verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners, allen werkzaam in uiteenlopende sectoren (wijkverpleging, ziekenhuizen, GGZ, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, intramurale ouderenzorg of huisartsenzorg). Zij werken allen in de directe zorg aan cliënten en zijn bereid regelmatig vragen te beantwoorden over hun werk. Het Nivel Panel Verpleging & Verzorging ontvangt subsidie van het Ministerie van VWS.

Meedoen aan het Panel?

Wil je als verpleegkundige, verzorgende, begeleider of POH ook je ervaringen delen? Kijk dan op www.nivel.nl/panelenv voor meer informatie.

Meer weten over het Nivel

Het Nivel levert de kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.