IMPLEMENTATIE
VAN
SAMEN BESLISSEN IN DE CVA REVALIDATIE

WELKE FACTOREN SPELEN MEE BIJ DE IMPLEMENTATIE EN WELKE AANBEVELINGEN ZIJN ER VOOR VERDERE BORGING?

EINDRAPPORT PROJECT "SAMEN BESLISSEN IN DE CVA REVALIDATIE"

UTRECHT, 29 NOVEMBER 2018

Projectgroep

Helene Voogdt, projectleider voor KNCN
Suus Benjaminsen, programmamanager KNCN
Gijs Boss, projectmedewerker voor KNCN
Ilse Raats, projectmedewerker voor KNCN
Liesbeth van Hoef, projectmedewerker KNCN
Dirjanne Vermeer, projectmedewerker KNCN
Michiel Lindhout, projectmedewerker Hersenletsel.nl

Karttrekkers 5 CVA-zorgketens

Eline van Wijk, Stroke service Almere
Thieu Berkhout, Netwerk CVA Zuid-Holland Noord
Miranda Lansbergen, Rotterdam Stroke Service
Anita Veldt, CVA keten regio Alkmaar/Den Helder
Angelique Snelder, Transmurale Stroke Service Zwolle e.o.

Trainers Samen beslissen

Vincent Kortleve, fysiotherapeut
Barbara Oosterhof, ergotherapeut
Ariëtte Sanders, huisarts/NHG
Helene Voogdt, Ilse Raats, Gijs Boss, trainers voor KNCN

Betrokkenen bij de keuzeinstrumenten

Inge van den Broek, projectmedewerker Harteraad
Rianne Brinkmann, logopedist (NVLF)

Evaluatiestudie

Helene Voogdt, projectleider KNCN
Thirza Ras, projectmedewerker voor KNCN
Bert Vrijhoef, onderzoeker voor KNCN

Borging

Helene Voogdt en Monique Bergsma, KNCN
Luikje van der Dussen, VRA
Paulien Goossens en Karin Braspenning, Revalidatie Nederland
Barbara Oosterhof, ergotherapeut

Stuurgroep

Luikje van der Dussen, revalidatiearts Merem/VRA
Monique Lindhout, directeur hersenletsel.nl
Monique Tjon-ad-Sien, kaderarts HVZ
Paulien Goossens, revalidatiearts RRC/Revalidatie Nederland

Tevens dank aan de regionale teamleden, de experts betrokken bij het model voor samen beslissen bij CVA, betrokkenen bij de focusgroepen en betrokkenen bij de exposure van de projectresultaten.

INHOUD

Aanleiding 4

Adviezen voor verdere borging van samen beslissen 7

Het verbeterprogramma 10

Deelproject 1. Leernetwerk van vijf CVA-zorgketens: activiteiten en resultaten 10

Regionale werkkaarten ter ondersteuning van het besluitvormingsproces 12

Model van samen beslissen bij CVA/NAH 12

Animatie voor zorgverleners 13

E-learning, basis- en vervolgtrainingen (werkboek) 15

Deelproject 2. Ontwikkeling van een CVA zorgzoeker 16

Deelproject 3. CVA-proof maken van keuze-instrumenten 18

Persoonlijke keuzehulp 18

Keuzehulp: Zorg na een CVA 18

Brochure 'Goede zorg na een CVA' 18

'Wat er toe doet' 18

Tips voor het maken van informatie 18

Evaluatieonderzoek 19

Conclusies en aanbevelingen 28

Bijlagen 32

Bijlage 1. Score formulier OPTION5 ter beoordeling van gesprekken 32

Bijlage 2. Voorbeeld van één werkkaart "LOGOPEDIE" 35

Bijlage 3. Uitwerking van stappen in model van samen beslissen bij cva/nah 37

Bijlage 4. Persoonlijke keuzehulp: cvaproof 40

Bijlage 5. Keuzehulp: Welke zorg na een CVA? 49

Bijlage 6. Tips voor het maken voorlichting en informatie 62

Bijlage 7. Suggesties van zorgverleners om implementatie te bevorderen (op korte/lange termijn) 65

AANLEIDING

Samen beslissen in de CVA-zorg is door betrokken beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen aangemerkt als een belangrijk verbeterpunt voor de zorg[1]. In 2015 verscheen een rapport[2] van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) over de medisch-specialistische revalidatie waarbij stakeholders wordt geadviseerd om de informatie over de revalidatiezorg én de organisatie van de (transmurale) revalidatiezorg te verbeteren. Goede samenwerkingsafspraken en reguliere afstemming tussen de specialistische revalidatie en de eerstelijns disciplines in een regio zijn nodig om patiënten de best passende zorg te kunnen bieden. Een goed toegankelijk overzicht van mogelijke vormen van (revalidatie)zorg en ondersteuning in een regio is hierbij een essentiële voorwaarde. Ook patiënten en hun naasten hebben behoefte aan goede en begrijpelijke patiënten informatie om op basis van de, samen met de (centrale) zorgverlener, geformuleerde behandeldoelen een keuze te kunnen maken tussen behandelingen en behandelaars. Hiervoor is ook een professional in het transmuraal zorgproces nodig die als aanspreekpunt kan dienen voor het samen zoeken naar een passende behandeling. In de CVA-zorg rijst nogal eens de vraag of patiënten wel voldoende in staat zijn om alle informatie te verwerken en te onthouden én om te participeren in de besluitvorming over de beste passende zorg. Deze vraag houdt verband met de gevolgen die bij patiënten na een CVA voorkomen, zoals cognitieve stoornissen, een gestoord oordeelsvermogen of communicatieproblemen. Het risico bestaat dat zorgverleners bij deze groep patiënten te snel voor patiënten de te maken beslissingen gaan invullen, omdat deze CVA-patiënten meer moeite hebben om hun wensen en vragen te verwoorden. Het vormgeven van een goed proces van besluitvorming over de best passende behandeling vergt bij sommige CVA-patiënten een andere aanpak (een aanpak waarbij nog explicieter samen met de patiënt en naasten de wensen en behoeften van patiënt ten aanzien van de zorg in kaart worden gebracht).
In 2016 is door het Kennisnetwerk CVA NL (KNCN), Hersenletsel.nl en andere partijen gewerkt aan twee keuze-instrumenten (www.keuzehulpen.thuisarts.nl) om een goed besluitvormingsproces te ondersteunen. Naast instrumenten is het nodig om de implementatie van gedeelde besluitvorming én de informatieverstrekking over de mogelijke behandelvormen en behandelaars in de CVA-ketens te borgen. Om deze reden is in 2016 gestart met het twee jaar durende verbeter- en implementatieprogramma “Verankeren van samen beslissen in de CVA-zorgketen; van revalidatie tot de zorg in de eerste lijn”.
Het verbeterprogramma richtte zich op drie doelen:

1. Het implementeren van gedeelde besluitvorming in het zorgproces van revalidatie en CVA-zorg thuis, waarbij de patiënt (en naaste) samen met de zorgverlener het behandelplan vaststelt;
2. Het verbeteren van de informatieverstrekking over de opties in zorgvormen in de regionale CVA-zorgketens (tweede en eerste lijn); over (kenmerken van) behandelingen en over behandelaren;
3. Het ‘CVA-*proof*’ maken van generieke keuze-instrumenten en het inbedden van samen beslissen in nascholingsprogramma’s voor professionals in de CVA-zorgketen. Daarbij zal specifiek aandacht zijn voor samen beslissen in relatie tot de specifieke gevolgen van de CVA, die vragen om een andere dan een reguliere aanpak bij het vormgeven van het keuze-, optie-, voorkeuren- & beslissingsgesprek.

[1] Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda VWS, kwaliteitscyclus CVA zorg, mei 2016
[2] Medisch-specialistische revalidatie (Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden), juni 2015

Mogelijk kan door het bereiken van deze doelen ook substitutie van zorg (tweede naar eerste lijn) optreden en meer/beter passende zorg (met juiste zorgzwaarte) in het behandelplan opgenomen worden.

In het verbeterprogramma heeft het Kennisnetwerk CVA Nederland samengewerkt met meerdere organisaties, waaronder de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), de brancheorganisatie van instellingen voor medisch-specialistische revalidatie Revalidatie Nederland, de patiëntenverenigingen Hersenletsel.nl en Harteraad en Kaderartsen HVZ. Het verbeterprogramma bestaat uit drie deelprojecten (voor ieder doel een deelproject). Deelproject 1 omvat een leernetwerk waaraan vijf revalidatiecentra met ketenpartners meedoen (RC: Vogellanden Zwolle, Rijndam Rotterdam, Merem Almere, Rijnlands Revalidatie Centrum Leiden en Heliomare Wijk aan Zee). In het leernetwerk hebben vijf regio's gedurende een jaar in regionale multidisciplinaire projectteams gewerkt aan de implementatie van samen beslissen in de eigen regio. In deelproject 2 is een format voor een informatietool (cvazorgzoeker.nl) opgesteld. In deelproject 3 zijn een aantal instrumenten CVA-*proof* gemaakt. Overstijgend aan het verbeterprogramma is een evaluatiestudie uitgevoerd.

Dit rapport geeft inzicht in uitvoering en bereikte resultaten van de deelprojecten (zie tabel 1). Daarnaast geeft het een advies over de implementatie van samen beslissen in de CVA-revalidatie en wat nodig is voor de verdere borging van samen beslissen in de revalidatie- en chronische fase van de CVA/NAH zorg. Het rapport begint met de adviezen voor verdere borging en vervolgens een uitgebreide beschrijving van de activiteiten en de bereikte resultaten van het project.

Tabel 1. Overzicht van beoogde resultaten uit de projectaanvraag en de realisatie van deze resultaten.

Beoogde resultaten per deelproject	Gerealiseerde resultaten
Deelproject 1. Implementeren van samen beslissen in revalidatie en CVA zorg thuis.	
Implementatiehandboek met adviezen voor zorgverleners en zorgorganisaties om gedeelde besluitvorming in het zorgproces van revalidatie en zorg thuis te kunnen toepassen, deels is dit CVA zorg specifiek, maar vooral ook generiek voor het transmuraal zorgproces van revalidatie naar de zorg thuis.	- Dit rapport - Zie handboek voor de teams op het leerplein
Werkboek afgeleid uit het implementatiehandboek t.b.v. (na)scholing van zorgverleners in de 2e/1e lijn (deels CVA specifiek). Hierin staat bijv. de uitwerking van de activiteiten van de teams in de implementatiefase.	- Dit rapport - Zie werkboek Trainingen
Profilering van de in 2016 ontwikkelde keuze-instrumenten en andere instrumenten die benut kunnen worden in het CVA transmuraal zorgproces.	- Benut in het leernetwerk - Zichtbaar op leerplein
Training over samen beslissen voor zorgverleners betrokken in het transmuraal zorgproces van revalidatie naar zorg thuis (specifieke uitwerking voor de CVA zorg én toepasbaar voor aandoeningen met eenzelfde problematiek).	- Zie animatie - Zie werkboek Trainingen
Overzicht van voorkeursgevoelige situaties in het transmuraal CVA zorgproces die door teams zijn gesignaleerd (vermelding van onderdelen die generiek van toepassing kunnen zijn)	- Overzicht uit 2016 is benut voor selectie van 3 keuzedilemma's in de regio's. Deze zijn uitgewerkt in werkkaarten
Overzicht van belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van gedeelde besluitvorming in het transmuraal CVA zorgproces.	- Dit rapport

Beoogde resultaten per deelproject	Gerealiseerde resultaten
Deelproject 2: Ontwerp van een digitale informatietool over opties voor behandeling/behandelaar	
Innovatieve informatietool waarin helder omschreven staat welke zorgvraag van patiënten en naasten door welke behandelaars, organisaties, zorgvormen tegemoet gekomen kan worden (voor 4 regio's ingevuld, format beschikbaar voor andere CVA zorgketens en eventuele andere netwerkorganisaties) (eigenaarschap in de regio over de tool moet hierbij geregeld zijn).	Het format is beschikbaar: www.cvazorgzoeker.nl Helaas is het format voor de 5 regio's nog niet verrijkt met een databestand. Afspraken hierover met zorgverzekeraars werden niet voldaan vanwege de complicaties n.a.v. de nieuwe AVG.[3]
Praktische handleiding om de informatieve tool te benutten in het gesprek tussen (centrale) zorgverleners uit de 2e en de 1e lijn én de patiënt/naaste over de keuze tussen behandelvormen en behandelaars. Deze handleiding kan ook benut worden in (na)scholingsprogramma's.	Vanwege het voorgaande: deze moet ook nog nader ontwikkeld worden.
Deelproject 3: Het beschikbaar stellen van 'CVA-proof' materialen voor patiënten en zorgverleners	
Instrumenten die geschikt zijn voor CVA-patiënten, waarbij het proces van samen beslissen over behandeling en behandelaar wordt gefaciliteerd. Er worden ten minste 3 instrumenten doorontwikkeld en maximaal 6 instrumenten (bijv. persoonlijke keuzekaart, brochure goede zorg na een CVA).	De volgende producten zijn doorontwikkeld, met inbreng van professionals en patiënten/naasten: - Persoonlijke keuzehulp (Radboud) - Tool "Zorg na een CVA" – patientenreis - Brochure "Goede zorg na een CVA" - patientenversie zorgstandaard CVA/TIA - Webtool "Wat er toe doet" (Harteraad) - Tips om informatie over zorg CVA-proof te maken (o.a. voor ketencoördinatoren) - Regionale werkkaarten/consultkaarten
Trainingsboek voor (na)scholing van zorgverleners uit de 2e en 1e lijn waarbij een uitwerking plaatsvindt van de theorie rondom samen beslissen bij CVA. Een brochure met tips voor zorgverleners zou ook kunnen helpen om de implementatie in de CVA-ketens of een (generiek) transmuraal zorgproces te versnellen.	- Zie werkboek/trainingsboek - Dit rapport - Animatie
Overall:	
Landelijke profilering van de producten op websites van betrokken organisaties/stakeholders, met vraag om deze producten actief onder de aandacht van hun leden/deelnemers te brengen. En landelijke profilering in (na)scholingsprogramma's voor zorgverleners.	- SDM in Academie Ergotherapie (2019) - Via Revalidatie Nederland naar alle centra: ook '3 goede vragen'. - Via de VRA, nascholing - Via KNCN, ketencoördinatoren en knowledge broker netwerk
Communicatie richting stakeholders: vermeerderen van kennis over het project en de projectresultaten; vergroten/bestendigen van een attitude die het belang van toegankelijke informatie en samen beslissen onderkent; bevorderen van participatie in het project of het verspreiden/benutten van de projectresultaten.	Via diverse kanalen is er over het project gecommuniceerd. O.a. workshops congressen (congressen van hersenletsel.nl, VRA, NVLF, KNCN, SDM), nieuwsbrieven, sociale media (vooral ook door betrokken ketens), via websites van betrokken partijen. Wetenschappelijke artikelen volgen.

[3] *Andere bijkomstigheid is dat taken overgenomen moesten worden van een ernstig zieke medeprojectleider.*

ADVIEZEN VOOR VERDERE BORGING VAN SAMEN BESLISSEN

Vanuit de evaluatie van het project onder betrokken teamleden in het leernetwerk zijn een aantal adviezen voor verdere borging gegeven. De geformuleerde adviezen zijn in drie categorieën onder te verdelen (waarom, wat en hoe?) om in de verschillende fases van het implementatieproces - in een organisatie of groep zorgprofessionals - in te zetten.

I. WAAROM?

ADVIES 1: LANCEER EEN BEWUSTWORDINGSCAMPAGNE

In de CVA/NAH-revalidatie wordt al veel gedaan aan samen beslissen, maar verbetering is zeker mogelijk. In de acute fase lijkt samen beslissen wat minder vaak van toepassing. Om vooral de zorgverleners, die werkzaam zijn in de revalidatie of chronische fase én die 'onbewust onbekwaam' zijn, te bereiken, én ook CVA/NAH patiënten en hun naasten is het wenselijk om in te zetten op:

- Verspreiden van promotiemateriaal, zoals bijvoorbeeld de wachtkamerfilm over samen beslissen van Patiëntenfederatie Nederland door Revalidatie Nederland. En samen beslissen opnemen in het strategisch plan van centra en de beroepsverenigingen;
- Verspreiden van artikelen, met aandacht voor concrete keuzedilemma's en ervaringsverhalen van (bekende) zorgverleners die een verbetering bij zichzelf hebben bemerkt, bijvoorbeeld in Revalidatie Magazine;
- Verspreiden van nieuwsberichten over positieve effecten van samen beslissen, bijvoorbeeld door het tonen van concrete verhalen over meer therapietrouw, voorkomen van onnodige of overbodige zorg;
- Bewustwording van dominantie van 'oude' paternalistische methode door bereidheid tot zelfreflectie;
- Samen beslissen vraagt om een andere manier van denken in de gezondheidszorg. Uitgangspunt van de zorgverlener moet hierbij zijn: Het willen toevoegen van waarde aan iemands bestaan (i.p.v. oplossen van stoornissen en beperkingen).

II. WAT?

ADVIES 2: STEL AMBASSADEURS AAN VOOR SAMEN BESLISSEN

Een advies specifiek aan managers is om in de (keten)organisatie een ambassadeur, aandachtsfunctionaris of knowledge broker voor samen beslissen aan te stellen, die het een en ander in een verbetertraject op gang kan brengen, zodat samen beslissen regulier wordt. Zorgprofessionals zien expliciet een rol voor het management in het kader van de implementatie van samen beslissen. Voor de implementatie van samen beslissen, is ook het van belang dat het personeel op de hoogte gebracht worden van de meerwaarde van samen beslissen. En dat het management hen de tijd geeft om samen beslissen in de dagelijkse praktijk te oefenen.

ADVIES 3: NEEM SAMEN BESLISSEN OP IN REGULIERE OPLEIDNG EN NASCHOLING

Het verdient de aanbeveling samen beslissen als module op te nemen in de basiscursussen voor artsassistenten en andere (para)medici. Op diverse plekken in Nederland worden momenteel onderwijs-

modules ontwikkeld[4]. Wat betreft de revalidatieartsen, zou dit via de scholingscommissie van de vereniging van revalidatieartsen kunnen gaan. De WCN van de VRA zal hiertoe initiatief nemen. Bij de Academie Ergotherapie wordt vanaf 2019 een nascholings-module samen beslissen aangeboden. Een trainer-fysiotherapeut die betrokken is geweest bij het project, is actief binnen een aantal hbo's met scholing in 'samen beslissen' voor fysiotherapeuten in opleiding.

III. HOE?

ADVIES 4: TRAIN ZORGVERLENERS IN SAMEN BESLISSEN

E-learnings helpen zorgverleners individueel en op het moment dat het hun uitkomt, kennis te laten maken met samen beslissen, of hun kennis op te frissen en/of uit te breiden. Met een *in company* training in instellingen of in een regionaal netwerk krijgen zorgverleners de mogelijkheid om vaardigheden te oefenen en te ontwikkelen. Het is wenselijk in trainingen te oefenen met het werken met keuze-instrumenten en aan te leren op welke wijze keuze-informatie beschikbaar gemaakt kan worden. De verwachting is dat door het oefenen op een paar concrete keuzedilemma's samen beslissen ook bij andere keuzes meer naar voren zal komen. Het is goed als deze training met lokale trainers kan worden vormgegeven. Thema's die in de trainingen geadresseerd kunnen worden, zijn:

- Relationele communicatie: luisteren, doorvragen, samenvatten, begrijpelijke taal en '*teach back*';
- Informatieverstrekking opties: neutrale presentatie, risicocommunicatie;
- Besluitvorming: 'onlogische' keuze van de patiënt; inbreng en rolverdeling patiënt-naaste-zorgverlener;
- Keuzedilemma's: verzamelen casuïstiek, gebruik en ontwerp van keuze-instrumenten, werkkaarten;
- Reflecteren: op eigen gespreksvoering aan de hand van geluidsopnamen, intervisie, '*coaching on the job*'.

ADVIES 5: ZORG DAT DE WENSEN VAN DE PATIËNT EEN STRUCTUREEL UITGANGSPUNT ZIJN

In de revalidatiesector staan de doelen van de patiënt centraal bij het bepalen van het behandelplan. Om binnen de gangbare structuur van het multidisciplinaire overleg (MDO) te faciliteren dat de 'voorkeuren, wensen en zorgen' van de patiënt (en naasten) als uitgangspunt genomen worden, zou patienten een soort persoonlijk dossier (ICT/APP) gegeven kunnen worden. Daarin kunnen zij in zelf vermelden/worden zij geholpen te vermelden wat zij belangrijk vinden in hun leven. Dit kunnen zij vervolgens ook meenemen in bezoeken bij de diverse zorgverleners. Ook kan – vanwege beperkt ziekte-inzicht – een naaste bijvoorbeeld in dat document aangeven in welke mate er in het dagelijks leven belemmeringen optreden en welke wensen er zijn voor verbetering van het dagelijks leven. Een patient zelf beheerder maken voorkomt privacy issues. Een ander belangrijk punt is dat een zorgverlener, door het proces van samen beslissen goed te documenteren in het EPD, tevens kan onderbouwen waarom er eventueel afgeweken wordt van een zorgprotocol. Dan kunnen ook de redenen van deze beslissing die de patiënt en zorgverlener genomen hebben, genoteerd worden.

[4] Scholing van artsen wordt o.a. ontwikkeld door AMC (Prof D. Ubbink), MUMC (Prof T. van der Weijden), LUMC (Prof. A. Stiggelbout)

ADVIES 6. BETREK DE NAASTE

De naaste speelt een essentiële rol bij samen beslissen in de CVA/NAH-zorg. Dit heeft deels te maken met de cognitieve en communicatieve problemen die kunnen optreden na een CVA/NAH. In de bovengenoemde borgingsacties zal men met name het proces van samen beslissen in de driehoek van zorgverlener – patiënt en naaste verder uitgekristalliseerd moeten worden. Bijvoorbeeld, hoe wordt er omgegaan met verschillen in voorkeuren tussen patiënt en naaste, op welke wijze wordt het gesprek gevoerd met een patiënt en een naaste? Het advies is om de naaste altijd te betrekken en op mantelzorgavonden aandacht te besteden aan de rol van de naaste in het proces van samen beslissen.

ADVIES 7. IMPLEMENTEER SAMEN BESLISSEN VIA CVA/NAH-NETWERKEN EN HUN OVERLEGGEN

In bijeenkomsten van het team of van een keten kan met elkaar nagedacht worden op welke wijze samen beslissen in bestaande processen ingebed kan worden (bijv. bij 'leren revalideren', RAPP). Dit geldt ook voor de afstemming met zorgverleners van buiten de eigen instelling. In regionale trainingen kan men daar verder op ingaan. Verder zou men voor bepaalde, veel voorkomende keuzedilemma's met elkaar kunnen afstemmen wie welke bijdrage in het proces van samen beslissen kan leveren (rolduiding). Er is bij zorgverleners ook vraag naar een ontmoetingsplek en -moment gezien het belang van 'elkaar' kennen om beter transmuraal te kunnen samenwerken. Samen beslissen dient ook in de ketenoverleggen op bestuurlijk niveau aan de orde te komen. Patiënten noemen de samenwerking tussen zorgverleners en organisaties als het voornaamste verbeterpunt (Harteraad, 2018). Er is winst te behalen door de 'overdrachtsmomenten' goed uit te werken; wat is het aanbod van zorg en welke kenmerken (voor/nadelen) hebben de opties? Hiervoor kunnen 'overdrachtskaarten' gemaakt worden. Een dergelijke actie geeft ook een impuls aan het ketenoverleg om transmurale afspraken te maken over welke instanties en zorgverleners betrokken worden bij de CVA/NAH-zorg en welke criteria daarvoor gehanteerd worden.

ADVIES 8. CREËER EEN OVERZICHT VAN DESKUNDIGE (EERSTELIJNS)ZORG EN STEUN

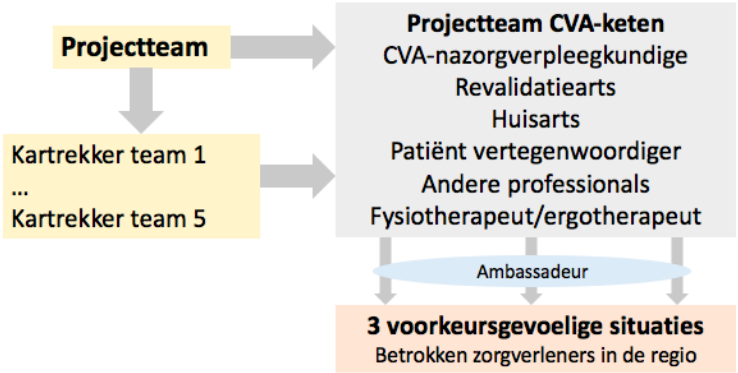
In de regionale zorg is een formele ketensamenwerking met eerstelijns partners, die kennis en affiniteit hebben met de doelgroep, een must voor een goede samenwerking in de CVA/NAH-netwerken. Een informatief overzicht van betrokken zorgverleners met expertise op CVA/NAH is noodzakelijk om patiënten en naasten goed te kunnen helpen in het proces van samen beslissen rondom zorg. In sommige regio's ontbreekt een dergelijk overzicht. In het project is om die reden het format www.cvazorgzoeker.nl ontwikkeld. Dit format vergt regulier onderhoud door het regionale netwerk met betrokkenheid van bijvoorbeeld een revalidatie instelling (revalidatiearts) en ketencoördinator. Dit biedt de zorgaanbieders van gespecialiseerde revalidatiezorg tegelijk ook de mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan het monitoren en verbeteren van de deskundigheid in de eerstelijn. Het is van belang met de landelijke stakeholders afspraken te maken over de belangrijkste criteria voor de eerstelijns CVA/NAH-zorg wat betreft bijvoorbeeld volumenormen en vereiste expertise/scholing.

HET VERBETERPROGRAMMA

DEELPROJECT 1. LEERNETWERK VAN VIJF CVA-ZORGKETENS: ACTIVITEITEN EN RESULTATEN

In het leernetwerk is samen beslissen op een gelaagde manier geïmplementeerd. Dit houdt in dat de vijf regionale teams die participeren in het leernetwerk (Zwolle, Almere, Alkmaar, Rotterdam en Leiden) de opgedane kennis en ervaringen rondom de implementatie van samen beslissen verder verspreiden in de eigen regionale CVA-zorgketen. Ieder regionaal projectteam bestaat uit een kartrekker, een patiëntvertegenwoordiger en twee tot vier zorgverleners. De karttrekker is de contactpersoon voor de projectgroep. De vijf kartrekkers en de regionale teams zijn door het projectteam gedurende het verbeterprogramma geïnformeerd, getraind en geadviseerd over samen beslissen en geholpen bij de verdere toepassing hiervan in hun zorgpraktijk (– in eigen consultvoering, organisatie en/of keten). Het regionale team vervult een 'ambassadeursfunctie' naar de rest van de keten. Figuur 1 toont een schematische weergave van de projectorganisatie.

Figuur 1 Projectorganisatie



Bij de start van het leernetwerk hebben de vijf CVA-zorgketens een projectplan ingevuld. De karttrekkers van de regio's hebben in juli 2017 een voorlopig projectplan opgesteld en in september 2017 is het projectplan in afstemming met zorgverleners uit de regio definitief gemaakt. Op 18 september 2017 was de eerste landelijke bijeenkomst met alle regio's. De teams zijn in die bijeenkomst geïnformeerd over het project, over de theorie van samen beslissen en er is onderling uitwisseling geweest over de regionale projectplannen. Ieder team heeft als onderdeel daarvan drie keuzeonderwerpen geselecteerd waarop zij samen beslissen in de praktijk gaan implementeren. De leden van de regionale teams en andere geïnteresseerden uit de regio's hebben direct na de landelijke bijeenkomst toegang gekregen tot een *e-learning* module over samen beslissen. In oktober en november 2017 vonden er op locatie trainingen over samen beslissen plaats. De nadruk lag hierbij op het trainen van vaardigheden, omdat de deelnemers de *e-learning* over de theorie van samen beslissen voor aanvang van de training doorgenomen hadden. In maart en april 2018 zijn in de regio's vervolgtrainingen gehouden. De regionale teams konden specifieke wensen ten aanzien van de inhoud van de vervolgtrainingen aanleveren. Tot en met juni 2018 zijn de vijf regionale teams bezig geweest met het uitwerken van de

werkkaarten voor de drie keuzeonderwerpen[5], met het toepassen van samen beslissen in de praktijk en het reflecteren hierop door middel van geluidsopnames en het OPTION5-scoreformulier (zie bijlage 1). Hiertoe kwam het projectteam maandelijks bij elkaar voor gezamenlijk overleg en tussendoor had men contact via mail, telefoon of face-to-face. In de periode juni-november 2018 zijn in de vijf regio's slotbijeenkomsten gehouden, waarbij de regionale teams de eigen regio hebben getoond:

- Wat het belang van samen beslissen is voor de CVA/NAH-zorg,
- Welke lessen geleerd zijn en
- Welke toekomstige activiteiten op het gebied van samen beslissen worden ontplooid.

Een overzicht van alle activiteiten die zijn uitgevoerd in de regio is te zien in tabel 2.

Tabel 2. Samenvattend de activiteiten per regio

	Alkmaar	Almere	Leiden	Rotterdam	Zwolle
Startgesprek	April '17	April '17	April '17	April '17	Juni '17
Bijeenkomst - karttrekkers	Juni '17	Juni '17	Juni '17	Juni '17	Aug '17
Bespreking projectplan met projectteam – op locatie	Juli-Aug '17	Juli-Aug '17	Juli-Aug '17	Juli-Aug '17	Aug-Sept '17
1e Bijeenkomst met teams	18 sept '17	18 sept '17	18 sept '17	18 sept '17	18 sept '17
Feedback geluidsopnames	Sept'17	Sept'17	Sept'17	Sept'17	Okt '17
E-learning volgen	Sept'17	Sept'17	Sept'17	Sept'17	Sept'17
Basistraining (regionaal team + anderen uit de keten)	Okt '17	Okt '17	Nov '17	Okt '17	Nov '17
Voortgangsgesprekken	Sept-Dec '17	Sept-Dec '17	Sept-Dec '17	Sept-Dec '17	Sept-Dec '17
Bijeenkomst - karttrekkers (werkkaarten, opnames)	Dec '17	Dec '17	Dec '17	Dec '17	Dec '17
2e Bijeenkomst met teams (rollenspel, werkkaarten, informatieve tool)	Jan '18	Jan '18	Jan '18	Jan '18	Jan '18
Voortgangsgesprekken – werkaarten/opnames	Febr-Apr '18	Febr-Apr '18	Febr-Apr '18	Febr-Apr '18	Febr-Apr '18
Vervolg- en basistraining in keten	Mrt '18	Apr '18	Mrt '18	Apr '18	Mrt '18
Slotbijeenkomsten in eigen keten (borging)	Juni '18	Juni '18	Juni '18	Nov '18	Okt '18

Ter compensatie van de benodigde investering voor implementeren hebben de regionale teams vanuit de projectfinanciering van het Zorginstituut een vergoeding van 20 duizend euro per team ontvangen. Hiermee konden de teams een deel van de projectdoelen met externe financiering uitvoeren.

[5] Zie na tabel 3, de uitleg over deze werkkaarten.

Regionale werkkaarten ter ondersteuning van het besluitvormingsproces

Iedere regio is aan de slag gegaan met het uitwerken van 3 keuzedilemma's. Om meer grip te krijgen op de implementatie van samen beslissen rondom deze keuzedilemma's hebben de regionale project-teams een format voor een werkkaart[6] gekregen om deze keuzedilemma's nader te omschrijven voor:

- welke (behandel)opties er allemaal zijn;
- het moment waarop dit keuzedilemma speelt;
- welke professionals betrokken zijn;
- wat de kenmerken, mogelijke uitkomsten (voor- en nadelen) en criteria zijn voor de opties;
- wat vaak geuite waarden/wensen zijn rondom deze kenmerken.

Voor de volgende keuzedilemma's zijn regionale werkkaarten uitgewerkt, (zie voor één voorbeeld van een werkkaart, bijlage 2):

Tabel 3. Thema's van ontwikkelde werkkaarten regio

	Alkmaar	Almere	Leiden	Rotterdam	Zwolle
1	Zorg (type/locatie) 6wkn tot 3 mnd na CVA	Weer bewegen	Zorg (type/locatie) 6wkn tot 3 mnd na CVA	Zorg (type/locatie) 6wkn tot 3 mnd na CVA	Zorg (type/locatie) 6wkn tot 3 mnd na CVA
2	Lopen	Vervoer buitenshuis	Dagbesteding	Arm-hand functie	Logopedie
3	Cognitieve functie	Weer aan het werk	Depressie	x	

Model van samen beslissen bij CVA/NAH

Voordat het leernetwerk aan de slag ging, is met experts nagegaan wat de gevolgen van een CVA/NAH kan betekenen voor het proces van samen beslissen. Na een CVA/NAH kunnen diverse gezondheids-problemen ontstaan, die van invloed kunnen zijn op het proces van samen beslissen. Deze problemen kunnen onder andere te maken hebben met:[7]

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

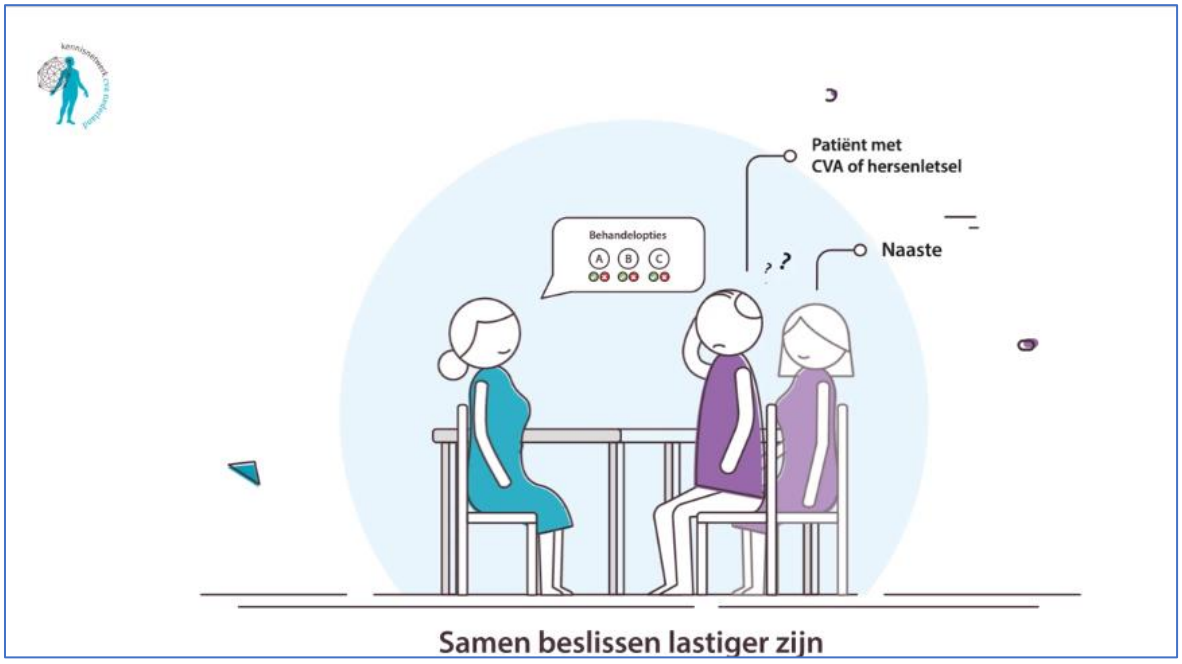
[6] De regionale werkkaarten hebben de vorm van een keuzekaart/consultkaart. Het regionale team heeft dit ontwikkeld voor de eigen regio. Deze werkkaarten kunnen een opmaat zijn voor de ontwikkeling van een landelijke consultkaart vanuit de betreffende beroeps- en patiëntenverenigingen en/of koepels.

[7] Kennisnetwerk CVA Nederland. Zorgstandaard CVA/TIA. Kennisnetwerk CVA Nederland, Maastricht, 2012.

Cognitieve stoornissen bij CVA-patiënten, zoals geheugenstoornissen of ontbrekend ziekte-inzicht, kunnen een goed proces van samen beslissen in de weg staan. Ook een gestoord oordeelsvermogen kan belemmerend zijn.
De vraag kan dan zijn in welke mate patiënten met een CVA in staat zijn om een afweging te maken tussen de verschillende behandelopties en behandelaars in relatie tot persoonlijke waarden en opvattingen die van belang zijn. Ook communicatieproblemen als gevolg van een CVA kunnen het proces van samen beslissen remmen. Het risico bestaat dan dat zorgverleners te snel voor patiënten gaan invullen, als patiënten meer moeite hebben om hun wensen en vragen te verwoorden en/of dat patienten de vragen en uitleg van de zorgverlener niet hebben begrepen. In de revalidatie wordt dan ook vaak de naaste van de patiënt betrokken bij de besluitvorming over het behandelplan. Er ligt in de revalidatiezorg een extra uitdaging om het proces van samen beslissen vorm te geven en iedere patient de ruimte te bieden om zijn persoonlijke wensen kenbaar te maken (Voogdt 2016). Daarom wordt voorgesteld om voor samen beslissen met CVA-patiënten het model voor samen beslissen (Stiggelbout 2015) uit te breiden met twee extra stappen, waarmee nog explicieter de wensen en behoeften van patiënt ten aanzien van de zorg en het besluitvormingsproces in kaart kunnen worden gebracht (Figuur 2; aangepast naar Stiggelbout 2015, Van de Pol 2017, Groen-Van de Ven 2017). De uitwerking van de stappen staan vermeld in het trainingsboek dat ontwikkeld is (zie bijlage 3).

Animatie voor zorgverleners

Om de stappen van samen beslissen en de bijzonderheden bij de doelgroep nader bekend te maken is voor de start van het leernetwerk in september 2017 een animatie ontwikkeld. In de animatie wordt verteld wat samen beslissen inhoudt en hoe dit in de praktijk toe gepast kan worden. Dit filmpje is voor een ieder te gebruiken en openbaar toegankelijk via: https://vimeo.com/234801453



Figuur 2. Het model van Samen beslissen na een CVA/NAH

Samen beslissen met CVA-patiënten en/of hun naasten

Stappen en aandachtspunten

0. Voorbereiding

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

Uitkomst: Duidelijkheid over uitgangssituatie en betrokkenen

1. Keuze

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

Uitkomst: Duidelijkheid over keuze-dilemma en wijze van besluitvorming

2. Opties en voor- en nadelen

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

Uitkomst: Overzicht van opties en voor- en nadelen

3. Voorkeuren

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

Uitkomst: Duidelijkheid over voorkeuren van patiënt en/of naaste

4. Beslissing

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

Uitkomst: Overeenstemming over besluit en registratie in patiëntendossier

5. Terugkijken

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

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

Algemene principes

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

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

E-learning, basis- en vervolgtrainingen (werkboek)

Voordat het leernetwerk van start ging is een e-learning ontwikkeld met experts. Deze *e-learning* staat digitaal weergegeven op het leerplein www.samenbeslissen.kennisnetwerkcva.nl en is vrij toegankelijk voor iedere zorgprofessional. Het volgen van de *e-learning* neemt ongeveer drie uur tijd in beslag. Aan de hand van de *e-learning* krijgen deelnemers op een interactieve manier informatie over samen beslissen. De *e-learning* is onderverdeeld in drie onderdelen (theorie, praktijk en reflectie). In deze onderdelen wordt geschreven theorie afgewisseld met interviewfragmenten, verschillende vragen, een animatie en een model over Samen beslissen. Afhankelijk van de leerstijl kan de deelnemer zelf bepalen waar hij/zij wil starten. De inhoud van de e-learning zijn ook uitgeschreven in een werkboek en de bijbehorende video's zijn ook zichtbaar op het vimeokanaal van het Kennisnetwerk CVA Nederland https://vimeo.com/user71498979.

Na het afronden van de *e-learning* hebben de regionale projectteams (en anderen uit de keten) meegedaan aan een basistraining voor samen beslissen. In een vier uur durende training hebben de deelnemers voornamelijk praktische opdrachten uitgevoerd om de theorie van samen beslissen ook in de praktijk toe te gaan passen. Ook is er tijdens de training aandacht gegeven voor bewustwording en reflectie op het eigen handelen. Deelnemers die de basistraining hadden afgerond, konden het voorjaar van 2018 een vervolgtraining volgen; een verdieping op de basistraining. In deze training is dieper ingegaan op het proces van samen beslissen en zijn de oefeningen uitdagender gemaakt.

Daarnaast konden deelnemers aan het leernetwerk op ieder gewenst moment reflecteren op het eigen handelen door het scoren van een (geluidsopnames van) een (eigen) consult aan de hand van het zakkaartje (zie hierna) of de OPTION5 (zie bijlage 1). Hierdoor konden zij inzicht krijgen in de mate waarin zij samen beslissen al dan niet toepasten in het consult. Zo kreeg men inzicht in wat goed gaat en welke stappen in het proces nog verbeterd kunnen worden. De teams hebben met elkaar ook 'inspirerende zinnen' bedacht die kunnen helpen om de verschillende stappen in 'taal' wat beter te benadrukken. Deze inspirerende zinnen staan vermeld in het werkboek over de trainingen.

SAMEN BESLISSEN MET PATIËNTEN MET CVA/NAH EN HUN NAASTEN	
STAP 0 - VOORBEREIDING	
Breng de wensen, beperkingen en gezondheidsdoelen in kaart	• **Schat cognitieve en communicatieve vaardigheden in** • **Ga na wie betrokken is bij beslissing: patiënt en/of naasten**
STAP 1 - KEUZE	
Vestig de aandacht op een keuze met meerdere opties. Help de patiënt om geïnformeerd de opties af te wegen.	• **Benoem de opties neutraal en de gelijkwaardigheid ervan** • **Benoem dat de opties samenhangen met voorkeuren** • **Benoem dat het gaat om gezamenlijk besluit waarbij 'ik' 'u' steun ongeacht de keuze die 'u' maakt**
STAP 2 - OPTIES	
Geef informatie over en toets begrip van de voor- en nadelen.	• **Geef uitleg over de opties en de voor- en nadelen** • **Toets het begrip en vraag de informatie te herhalen**
STAP 3 - VOORKEUREN	
Breng de voorkeuren m.b.t. de opties boven tafel.	• **Vraag (door) naar voorkeuren, zorgen en verwachtingen** • **Relateer dit aan de opties met de voor- en nadelen** • **Vat samen en peil reactie van de patiënt**
STAP 4 - BESLISSING	
Integreer de voorkeuren in een beslissing.	• **Ga na of de patiënt het eens met het besluit** • **Vermeld dat de patiënt op het besluit kan terugkomen**
STAP 5 - TERUGKIJKEN	
Kijk terug op uitkomst en proces van samen beslissen	• **Ga na of patiënt tevreden is met de uitkomst, het gewenste resultaat bereikt wordt en of de voorkeuren veranderd zijn**

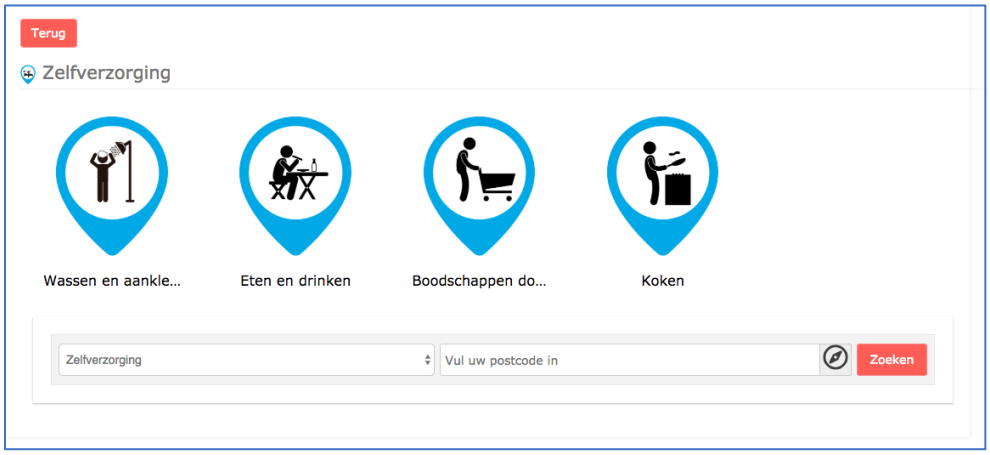
Deelproject 2. Ontwikkeling van een CVA zorgzoeker

In nauwe samenwerking met de patiëntenvereniging Hersenletsel.nl is een format voor een digitale zorgzoeker opgesteld. Het doel van de digitale CVA zorgzoeker is om patiënten, naasten en ook zorgverleners te voorzien in een digitale tool waarmee in een bepaalde regio, voor bepaalde gezondheids- of behandeldoelen, een bepaald type behandelaar gevonden kan worden. De digitale informatietool is zodanig opgesteld dat deze leesbaar/toegankelijk is voor patiënten met een CVA/NAH. Er is gebruik gemaakt van pictogrammen, korte woorden en een eenvoudig beeldweergave. Ook is de tool tijdens een bijeenkomst met ervaringsdeskundigen en naasten getest.

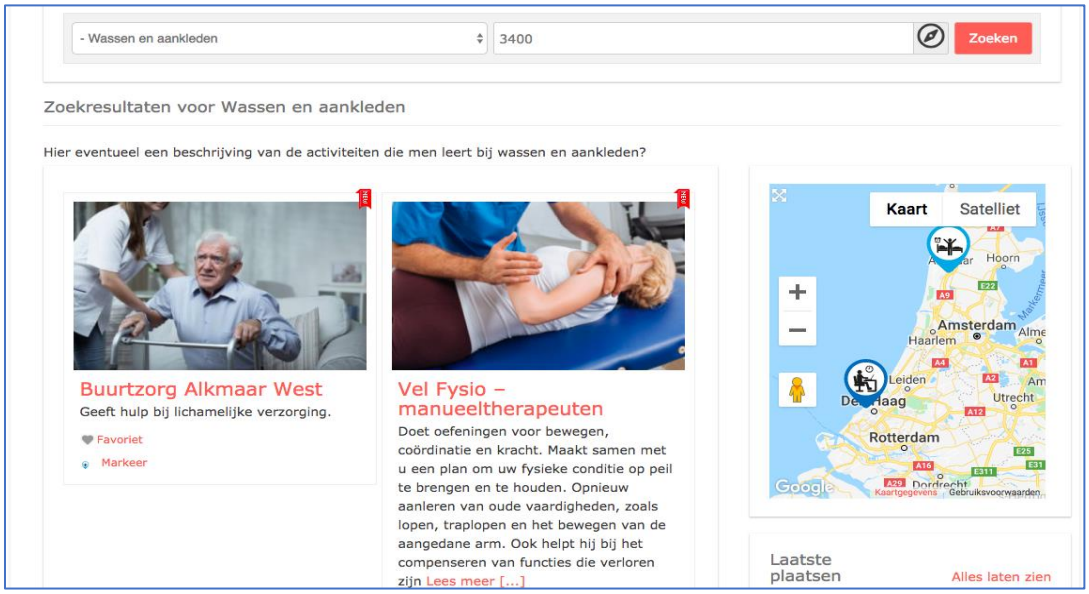
Wat betreft de inhoud van het format is uitgegaan van de volgende stappen:

Stap 1. Aangeven aan welk doel iemand wilt werken. Er kan geselecteerd worden uit een aantal hoofdcategorieën, waarna er diverse subcategorieën verschijnen. Deze (sub)doelen komen uit de zorgstandaard CVA/TIA.

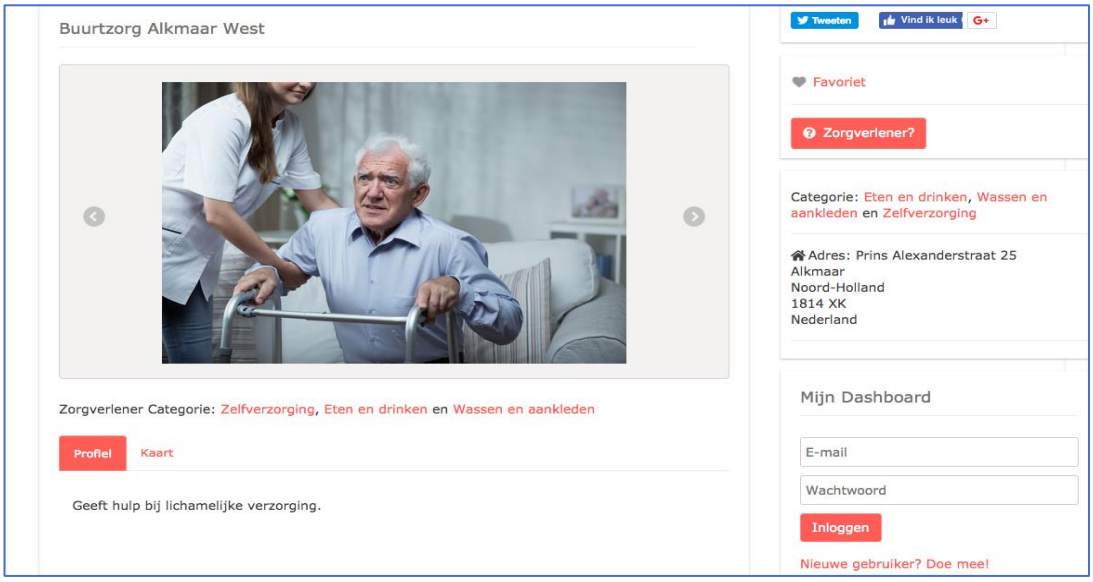
Stap 2. Selecteren van de postcode en straal waarin gezocht moet worden naar zorgverleners die kunnen helpen bij het realiseren van het bij stap 1 gekozen doel.



Stap 3. Er kan een zorgverlener geselecteerd worden. Hierbij verschijnt informatie over de zorgverlener, waar de zorgverlener bij kan helpen en wat de contactgegevens zijn



Als een zorgverlener geselecteerd is, verschijnt er meer informatie waaronder de contact-gegevens. (NB onderstaande screenshots zijn volledig fictief).



Het onderliggende databestand voor deze *cvazorgzoeker* is nog niet gereed. Om dit databestand te maken is eerst een databestand vanuit de Vektis database nodig waarin alle paramedici staan die - in het laatste jaar waarover data beschikbaar is - ten minste 5 CVA patiënten behandeld hebben (conform KNGF richtlijn). Dit is nodig om de registratielast voor zorgprofessionals te verminderen. Vanwege de nieuwe regels in het kader van de AVG was het niet mogelijk om voor de sluiting van het project nog een databestand uit Vektis te verkrijgen. Het Kennisnetwerk CVA Nederland zal hier nog contact over hebben met de zorgverzekeraars. Dit databestand kan daarna - door bijvoorbeeld de ketencoordinator - verrijkt worden met informatie over gevolgde opleidingen of andere kwaliteitscriteria. Het is van belang dat de beroeps- en patiëntenverenigingen gezamenlijk optrekken bij het vaststellen van de kwaliteitscriteria. In de praktijk blijkt dat laatste nog niet makkelijk te organiseren te zijn. Dit verdient nog aandacht vanuit het beleid.

DEELPROJECT 3. CVA-PROOF MAKEN VAN KEUZE-INSTRUMENTEN

Van enkele reeds bestaande keuze-instrumenten is nagegaan in hoeverre deze aangepast moeten worden om deze 'CVA-proof' te maken. Hierbij is o.a. gelet op het gebruik van beeldtaal, korte zinnen, lettertype, woorden op B1 niveau. Alle tools zijn in een focusgroep voorgelegd en getest door patiënten en naasten. De volgende tools zijn (door)ontwikkeld:

PERSOONLIJKE KEUZEHULP

De persoonlijke keuzehulp kan worden gebruikt bij iedere beslissing over zorg of begeleiding. Voor patiënten die geen problemen hebben met spreken, lezen en schrijven is de originele versie van de keuzehulp te downloaden via http://www.net-kanker.nl/pdf/keuzehulp_NETgroep.pdf. In bijlage 4 staat de versie vermeld die CVA proof is.

KEUZEHULP: ZORG NA EEN CVA

De keuzehulp 'Zorg na een CVA' is gebaseerd op de persoonlijke keuzehulp en op de informatie uit de zorgstandaard CVA/TIA. De keuzehulp geeft een overzicht van mogelijke gezondheids- en behandeldoelen voor een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis. Het geeft een beeld van de patiëntenreis, de betrokken organisaties en zorgverleners. De keuzehulp ondersteunt de patiënt bij het prioriteren van de behandeldoelen en het maken van een weloverwogen keuze voor behandeling en plaats van behandeling. Zie bijlage 5.

BROCHURE 'GOEDE ZORG NA EEN CVA'

De patiëntenversie van de Zorgstandaard CVA/TIA, de brochure "Goede zorg na een CVA/TIA" is verrijkt met informatie en tips over samen beslissen en keuze-instrumenten. Deze brochure is te downloaden en te bestellen via https://www.kennisnetwerkcva.nl/kennisbank/brochures/

'WAT ER TOE DOET'

De tool 'wat er toe doet' van de patiëntenvereniging Harteraad is doorontwikkeld en geschikt gemaakt voor mensen met afasie en lage gezondheidsvaardigheden. De tool is te vinden via https://watertoedoet.info/

TIPS VOOR HET MAKEN VAN INFORMATIE

Voor de ketencoördinatoren is een overzicht gemaakt met tips voor het maken van een informatiemap over behandelingen en zorgtrajecten waarbij rekening gehouden wordt met lage gezondheidsvaardigheden. Zie bijlage 6.

EVALUATIEONDERZOEK

Het doel van het evaluatieonderzoek is de werkbare en niet-werkbare ingrediënten van het implementatieprogramma zichtbaar te maken en adviezen te geven voor een verdere borging van samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie. De adviezen zijn gericht aan alle betrokken bij de CVA/NAH-zorg, te weten: zorgprofessionals, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, opleiders en beleidsmakers.
De volgende vragen zijn leidraad geweest voor het evaluatieonderzoek:

- Welke factoren hebben een positieve of negatieve invloed op de implementatie van samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie?
- Wat betekent dit voor verdere borging van samen beslissen in de CVA-revalidatie?

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen is gekozen om zowel kwalitatieve als kwantitatieve data te verzamelen. Alle professionals die in de vijf regionale teams participeren (deelproject 1), zijn benaderd voor deelname aan het evaluatieonderzoek. Patiëntvertegenwoordigers in deze teams zijn ook benaderd, maar zagen af van deelname vanwege te geringe betrokkenheid bij de toepassing van samen beslissen.
De dataverzameling heeft plaatsgevonden op twee momenten gedurende de looptijd van dit project: er is een beginmeting gehouden bij de start van implementatie in de regio's (januari 2018) en na zeven maanden bij het einde het project (juni 2018). Hieronder staan de methoden en analyses per meetmoment beschreven. Het evaluatieonderzoek is niet WMO-plichtig (verklaring van METC in AMC). Alle data worden op anonieme wijze gerapporteerd.

Beginmeting

Eind 2017 zijn alle regionale teams in het leernetwerk van het project getraind in samen beslissen. Ook hebben ze op dat moment een plan van aanpak voor de implementatie rondom drie keuzedilemma's gereed. Daarnaast is gestart met het voeren van een andere vorm van consultvoering, gericht op samen beslissen en hebben de deelnemers in hun eigen organisaties en (werk)praktijk hun eerste ervaringen opgedaan met factoren die meespelen bij de implementatie van samen beslissen (van theorie naar praktijk). Eind 2017 (12/12) is de beginmeting van het evaluatieonderzoek aangekondigd bij de regionale teams. Bij de beginmeting zijn twee methoden voor dataverzameling gehanteerd. Ten eerste is een schriftelijke vragenlijst uitgezet onder alle teamleden met vijf open vragen (zie tabel 4), gebaseerd op de hoofdcategorieën van de MIDI (Fleuren, 2012). Het doel van de schriftelijke vragenlijst is om zicht te krijgen op de factoren die teamleden persoonlijk ervaren bij de implementatie van samen beslissen.

Tabel 4. Vragenlijst beginmeting

1. Geef in uw eigen woorden aan wat u zelf vindt van samen beslissen? Denk aan zaken als de theorie, de meerwaarde van samen beslissen, complexheid, aansluiting bij praktijk…
2. Hoe ervaren en reageren CVA-patiënten op samen beslissen? Wat zijn uw ideeën hierover? Welke mooie ervaringen of belemmeringen ziet u?
3. Wat betekent de toepassing van samen beslissen voor u als zorgverlener? (bijv. uw rol t.o.v. de patiënt, uw verantwoordelijkheid, uw vaardigheden, de consultvoering, botsen met uw opvattingen)
4. Welke gevolgen heeft samen beslissen voor het zorgproces en de samenwerking? (bijv. de rolverdeling tussen collega's, behandelplanbespreking, transmurale samenwerking, consulten, consulttijd….)
5. Welke aspecten in de organisatie of in de randvoorwaarden hebben invloed op de toepassing van samen beslissen in de CVA-ZORGKETEN? (bijv. protocollen, transmurale samenwerkingsafspraken, productienormen, financiering zorg, wetgeving, deskundigheid zorg eerste/tweede lijn, ….)

Als tweede methode zijn verdiepende interviews gevoerd met in totaal twaalf zorgprofessionals. Deze werden geselecteerd door de onderzoekers op basis van hun specialisme (alle betrokken disciplines worden bevraagd) en op basis van de regio (maximaal twee per team) waarin zij werkzaam zijn, om een zo'n goed mogelijke spreiding te krijgen. Het gaat om leden met de volgende professie: CVA-nazorgverpleegkundige, Ergotherapeut, Fysiotherapeut, Logopedist, Psycholoog, Revalidatiearts en Zorgmanager. De huisarts is niet geïnterviewd, omdat deze in december 2017 nog niet bij het regionale team betrokken was. De diepte-interviews zijn gehouden door een onafhankelijke interviewer (TR), die niet bij het leernetwerk betrokken is[8]. De onafhankelijke interviewer heeft van ieder team twee leden geïnterviewd. Voor de interviews is een '*topic* lijst' gebruikt, die opgesteld is vanuit de schriftelijke vragenlijsten. De interviews zijn in januari 2018 gehouden onder alle voorkomende disciplines in de vijf regio's. De interviews duurden circa 45 minuten. Het doel van de interviews was 'het verhaal' achter de factoren (uit ronde 1) te vernemen. Er is nader ingegaan op de antwoorden van de schriftelijke vragenlijst en waar mogelijk is verdieping gezocht en zijn onduidelijkheden of discrepanties tussen zorgprofessionals van dezelfde discipline verhelderd. Er zijn, met toestemming van de geïnterviewden, geluidsopnames van de interviews gemaakt. Deze zijn vervolgens verbatim uitgetypt. Tot slot zijn de transcripten gecodeerd door drie onderzoekers (HV, TR, BV), met twee codeurs per interview. De thema's uit de *topic*lijst zijn hierbij richtinggevend geweest. Voor codering is uitgegaan van de vier hoofdcategorieën van het MIDI-model (Fleuren, 2012): innovatie, patiënt, zorgverlener, randvoorwaarden, en van het implementatiemodel van Scholl, 2018 voor de nadere onderverdeling bij 'randvoorwaarden': systeem (scholing, cultuur, beleid, richtlijnen, incentives) & organisatie (cultuur, team, leiderschap, prioritering, bronnen, *workflows*).

[8] De interviewer heeft aansluitend op het eerste interview – op basis van de geluidsopname – een telefonische evaluatie gehad met de projectleider om de interviewstijl, focus van het interview en resultaten te bespreken.

Eindmeting

In juni 2018 zijn de zorgverleners van de regionale teams nogmaals benaderd voor het evaluatieonderzoek. Op dat moment zijn zij ruim een half jaar bezig geweest met de implementatie van samen beslissen in de eigen praktijk. Voor de eindmeting is door de onderzoekers (HV, TR, BV) een vragenlijst opgesteld die bestond uit 51 stellingen; een destillatie van de belangrijke factoren vanuit de beginmeting (zie tabel 5). Om inzicht te krijgen in de mate van overeenstemming met de stellingen is een vijfpunts-schaal (helemaal mee oneens – helemaal mee eens) antwoordcategorie gebruikt. Hiermee was het mogelijk om uitspraken en factoren uit de interviews te verifiëren en te kwantificeren. Per stelling konden zorgprofessionals aangeven in hoeverre deze van 'essentieel belang is voor de implementatie van 'samen beslissen'. Indien een stelling van essentieel belang was voor de implementatie, konden zij aangeven welke acties (kansen/oplossingen) nodig zijn om de betreffende factor aan te pakken.

Tabel 5. Vragenlijst eindmeting

1. In welke mate bent u het eens met deze stelling? (lijst van 51 stellingen)
2. In hoeverre is deze stelling van essentieel belang voor de implementatie van samen beslissen?
3. Wat is nodig om deze factor aan te pakken? Welke kansen of oplossingen ziet u (op korte of lange termijn)?

Een concept van de stellingenvragenlijst is ingevuld en geverifieerd door leden van het projectteam (GB, IR) en door leden van de stuurgroep (LvD, PG). Tot slot is de lijst ge*reviewed* door de andere onderzoeker (BV). De vragenlijst is via Google Forms op 29 juni 2018 verstuurd naar 28 individuele projectteamleden met het verzoek deze uiterlijk 9 juli 2018 ingevuld te retourneren. Op 6 juli is hiervoor een reminder verstuurd. Op 12 juli ging een tweede reminder naar alle projectleden van wie nog geen reactie ontvangen was. Drie leden konden de vragenlijst niet invullen, omdat zij als patiëntenvertegenwoordigers niet bij de implementatie op de werkvloer betrokken zijn geweest. Tien leden hebben de vragenlijst niet ingevuld, vooral vanwege vakantie. Uiteindelijk hebben vijftien leden de vragenlijst ingevuld. De resultaten van de vragenlijsten met stellingen behorende bij de eindmeting, zijn verwerkt en geanalyseerd in SPSS 17.0.

Resultaten

Alle opgenomen stellingen in de vragenlijst van de eindmeting beschrijven factoren die door de teamleden bij de start van het project van (mogelijk) belang geacht werden voor de implementatie van samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie. Voor de eindmeting – nadat de teamleden ervaring hebben opgedaan met de implementatie – zijn deze factoren geordend naar: 1) de mate waarin respondenten het het meest eens zijn met de betreffende stelling; en 2) de mate waarin het genoemde in de stelling van essentieel belang gevonden wordt voor de implementatie van 'samen beslissen' (zie tabel 6). In deze paragraaf wordt vooral ingegaan op de belangrijkste factoren voor implementatie (hoge mate (≥4,0) van overeenstemming met zorgverleners), die ook een vertaling naar de borging van samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie moeten krijgen (hoog percentage (≥75%) essentieel voor implementatie). Daarnaast is aandacht voor stellingen waar zorgprofessionals het juist niet mee eens waren (≤2,0) en/of voor factoren die niet essentieel geacht worden voor verdere implementatie (≤25%). Deze factoren lijken geen aandacht te hoeven krijgen bij de verdere borging van samen beslissen. Bij de factoren is soms een quote toegevoegd uit de beginmeting, om die factor meer 'zichtbaar'

te maken. Deze staan cursief vermeld. Dat geldt ook voor aanvullende resultaten of suggesties uit ander onderzoek waarmee verbinding gelegd wordt. Deze zijn voorzien van een referentie of bronvermelding. De antwoorden op de vraag welke aanpak men voorzag voor een essentiële factor, staan in bijlage 7. Deze zijn geordend en met de onderzoekers en de twee leden van de stuurgroep (LvD, PG) nader onderzocht en omgeschreven naar concrete aanbevelingen ten aanzien van de verdere borging van samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie.

Factoren die invloed hebben op de implementatie van samen beslissen in de CVA/NAH-revalidatie

Factoren omtrent de zorgverlener en de organisatie

De meeste zorgverleners vinden dat "het nodig is dat alle betrokken zorgverleners getraind worden in samen beslissen" (stelling 8) en men vindt dit ook essentieel voor de implementatie. *"Sommige collega's hebben zoiets van: dat doe ik al … maar samen beslissen gaat juist dieper … en training helpt je om je daar meer bewust van te maken". "In theorie is samen beslissen eenvoudig, maar in de praktijk is het lastiger dan je denkt".* Voor het trainen van vaardigheid in samen beslissen, helpt het om als zorgverlener te reflecteren op de eigen gespreksvoering door middel van een geluidsopname (stelling 12) van een consult. Dit kan aan de hand van de OPTION5 checklist (bijlage 1). *"Je moet gewoon oefenen met een opname erbij en je ervan bewust worden dat het ook op een andere manier nog beter kan"*, dus "om van "bewust onbekwaam" naar "bewust bekwaam" te gaan" (stelling 40).
Daarnaast noemen zorgverleners dat er regelmatig met collega's gereflecteerd kan worden op consultvoering (stelling 13). Maar hierover is ook enige aarzeling *"Het zou natuurlijk mooi zijn als je die gezamenlijke reflectie meer zou doen op de werkvloer en dan de opnames gaat terugluisteren. Maar dat is ook nog wel een drempel hoor".* Zorgverleners vinden het essentieel dat hun collega's overtuigd worden dat samen beslissen meerwaarde heeft (stellingen 2,3), maar lijken zich hier niet persoonlijk verantwoordelijk voor te voelen. "*Laat zien aan de met name wat snellere dokters en revalidatieartsen zien dat samen beslissen wel uitkan … dat het meerwaarde heeft en dat het niet meer kost…*".

Een andere factor om de implementatie van 'Samen beslissen' te bevorderen, is het inbedden van samen beslissen in het multidisciplinair overleg (MDO). In het MDO, met name in het revalidatiecentrum, is het van belang dat bij het bespreken van de vervolgbehandeling de 'voorkeuren, wensen en zorgen' van de patiënt aan de orde komen (stelling 5). *"Een casemanager zou de voorkeuren en wensen van tevoren kunnen doornemen met de patiënt en die zou dit expliciet kunnen inbrengen in het MDO".* Zorgverleners vinden het belangrijk dat collega's met elkaar afstemmen wie welke bijdrage levert in het proces van samen beslissen (stelling 1). In het project hebben zorgverleners met elkaar voorbeelden van drie keuzedilemma's besproken en de mogelijke opties met voor- en nadelen uitgewerkt in 'werkkaarten'. Dit heeft hen geholpen bij de implementatie in hun organisatie. Afstemmen met collega's lijkt vooral van belang voor veel voorkomende keuzedilemma's gedurende de gehele patiëntenreis: "*Ik voeg de uitkomst van het proces van samen beslissen nu toe aan het patiëntendossier en als ik dan een overdracht heb, dan ga ik dat meesturen".* Essentieel in een goed proces van samen beslissen bij 'doorverwijzing naar de eerste lijn' is dat zorgverleners in de tweede lijn goed zicht hebben op de kwaliteit en inhoud van het aanbod voor CVA-patiënten in de eerste lijn. Wie zijn er deskundig? Welke zorg wordt er precies geboden? Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen voor de patiënt? (stelling 6).

Opvallend is dat de meeste zorgverleners bij de eindmeting niet aangeven dat 'tijd' een belemmerende factor voor de implementatie is, terwijl bij de beginmeting dit meermaals genoemd werd. *Als ik samen beslissen toepas, kost het me inderdaad meer tijd en vaak meer tijd dan ik heb. … als je met een CVA-patiënt een probleem gaat bespreken, dan gaat alles wel vertraagd … ook het verwerken van informatie over de opties … "*. Ook in de literatuur wordt 'tijd' door zorgverleners als belangrijkste barrière genoemd voor de start van de implementatie - een 'mythe' (Legaré, 2014). Bij de eindmeting zeggen zorgverleners hierover: "*Wanneer je aan het begin goed aan samen beslissen doet, heb je veel helderder waar je naar toe wilt en dan ben je misschien ook sneller klaar"*. *"Eerlijk gezegd verwacht ik geen langere behandeltijd. Tot nu toe is het ook niet zo geweest dat we nou meer adviesgesprekken nodig hadden om tot een gezamenlijk besluit te komen."* (Stelling 36)

Factoren van voorwaardelijke randvoorwaarden

Zorgverleners vinden het essentieel dat zij zelf tijd vrijmaken om vaardigheden in samen beslissen te trainen en om samen beslissen toe te passen (stelling 19). "*Het kost wel even wat tijd in het begin. Om jezelf iets nieuws aan te leren*." Het management moet faciliteren dat het personeel kan trainen en oefenen in samen beslissen (stelling 26). "*Als het door de manager gedragen wordt, dan kan je dat ook goed uitrollen in de organisatie."* en "*.. je hebt wel het management nodig, natuurlijk. Die moeten wel de mensen betalen en vrijstellen."* De nieuwe privacywet, het financieringssysteem, de cultuur in de organisatie en veel wisselingen van collega's (stellingen 21,24,22,25) zijn factoren die bij aanvang van het project wel genoemd zijn, maar uiteindelijk als minder essentieel aangegeven worden voor verdere implementatie van samen beslissen. *"In mei 2018 is de privacywet ingewikkelder geworden, waardoor je nog minder in de systemen mag en dergelijke ... het zou kunnen dat dat op termijn wel belemmerend kan zijn, maar op dit moment ervaren we dat nog niet."*

Factoren die te maken hebben met 'Samen beslissen'

Zorgverleners zijn het ermee eens dat door samen te beslissen het leven van de patiënt meer centraal komt te staan en dat de zorg meer aansluit op de patiënt (stelling 28) "*Wanneer je helder hebt wat een patiënt wil, weet je beter welke behandelingen tot de mogelijkheden behoren"*. Ook wordt de intrinsieke motivatie van de patiënt er helder door (stelling 38). *"Ik vind het toch altijd wel leuk om toch ook een soort intrinsieke motivatie te geven om ook op tafel te leggen als mensen niet gemotiveerd zijn".* Door samen beslissen wordt de therapietrouw beter (stelling 37). "*Als die patiënt de juiste keuze heeft gemaakt, is hij veel eerder therapietrouw. Dus hebben we minder no-show …". "Gaan patiënten op die manier een schoentraject in, dan gaan ze die schoenen ook dragen".* Zorgverleners onderstrepen dat het essentieel is voor de verdere borging om hier aandacht aan te geven "*Deze meerwaarde zal ervoor zorgen dat zorgverleners samen beslissen zullen omarmen".*

Voor een goede toepassing van samen beslissen, is het nodig in begrijpelijke taal te communiceren en ook '*teachback*'-methodiek toe te passen (stellingen 33/34). Ze vinden het niet ingewikkeld om uitleg over de mogelijkheden van behandeling neutraal te presenteren en onderkennen dit als een belangrijk aandachtspunt voor implementatie. Op stelling 39 ("Samen beslissen is geen nieuwe methode; we deden het impliciet al. Alleen is er nu een theoretisch raamwerk voor") wordt ambivalent gereageerd. Waarschijnlijk komt dit, omdat deze stelling niet helder geformuleerd is en meerdere aspecten bevat waarop gereageerd kan worden.

Factoren die te maken hebben met de patiënt en naaste

Zorgverleners vinden dat patiënten met een CVA/NAH, ondanks mogelijke cognitieve of communicatieve belemmeringen, wel degelijk betrokken kunnen worden in een proces van samen beslissen (stellingen 45,47). Maar eenvoudig is het niet: *"Hoe zijn iemands cognitieve vaardigheden nu? Ik vind het best moeilijk… ik weet gewoon niet wat de punten zijn om op te letten".* Dit vinden zij echter geen uitgesproken rol spelen in de implementatie van samen beslissen (29%). Wel is het essentieel dat de naaste een grote rol heeft bij samen beslissen (stelling 49). De implementatie van samen beslissen zou ook via de patiënten en naasten (patiëntenverenigingen) gestimuleerd moeten worden (stelling 43). Het accent zou dan vooral liggen op de revalidatie fase en op de chronische fase (stellingen 41,48).

Tabel 6 Mate waarin zorgverleners het eens zijn met de stelling en het aandeel zorgverleners dat de betreffende factor van essentieel belang vindt

Per domein zijn de factoren als volgt gerangschikt: In het groen die factoren waar de meeste zorgverleners het het meest mee eens zijn (≥4,0) en die zij ook essentieel vinden voor implementatie (≥75%). Vervolgens de factoren in het geel waar zorgverleners het minder mee eens zijn (<4,0) maar die wél essentieel worden geacht voor de implementatie (≥75%). In het blauw die factoren waar de meeste zorgverleners het het meest mee eens zijn (≥4,0), maar die ze minder essentieel vinden voor de implementatie (<75%). In oranje de factoren die er volgens zorgverleners niet toe doen (≤2,0 en/of ≤25%).

	(1) % Helemaal mee oneens	(2) % Mee oneens	(3) % Mee oneens/ mee eens	(4) % Mee eens	(5) % Helemaal mee eens	Gemiddelde		% Essentiele factor
Over zorgverlener en de organisatie								
8. Om 'Samen beslissen' goed te implementeren, is het nodig dat alle betrokken zorgverleners getraind worden in 'Samen beslissen'.	0	7	13	53	27	4,0		80
5. Om de implementatie van 'Samen beslissen te bevorderen, is het nodig dat in het MDO over vervolgbehandeling altijd de 'voorkeuren, wensen en zorgen' van de patiënt aan de orde komen.	0	0	33	20	47	4,1		80
2. Ik moet mijn collega's er van overtuigen dat 'Samen beslissen' meerwaarde heeft. Quote: "Als je wat voorbeelden kan laten zien dan helpt dat om mijn collega's daarin mee te krijgen."	0	7	13	73	7	3,8		80
6. Zorgverleners in de 2e lijn vinden het moeilijk om goed zicht te hebben op de kwaliteit en inhoud van het aanbod voor CVA-patiënten in de 1e lijn. Wie zijn er deskundig? Welke zorg wordt er precies geboden? Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen voor de patient?	7	27	27	33	7	3,1		80
12. Door een geluidsopname van een consult terug te luisteren, kan ik reflecteren op mijn eigen gespreksvoering in 'Samen beslissen' en mezelf verbeteren.	0	0	13	53	33	4,2		60
1. Ik moet met mijn collega's afstemmen wie welke bijdrage levert in het proces van 'Samen beslissen'.	0	7	20	40	33	4,0		67
7. Bij 'Samen beslissen' moet in de overdracht naar een andere zorgverlener ook gecommuniceerd wor-	0	7	13	60	20	3,9		73

	(1) % Hele-le-maal mee on-eens	(2) % Mee on-eens	(3) % Mee on-eens/ mee eens	(4) % Mee eens	(5) % Hele-le-maal mee eens	Gemiddelde		% Essentiele factor
den over het doorlopen van het proces van 'Samen beslissen' en de uitkomsten daarvan.								
9. Door 'Samen beslissen' lever je als zorgorganisatie minder onnodige of overbodige zorg. Quote: "Als die patiënt de juiste keuze heeft gemaakt, is hij veel therapietrouwer, dus hebben we minder no show."	0	0	33	47	20	3,9		60
4. Om 'Samen beslissen' tijdens de patiëntenreis goed te implementeren, is het nodig dat alle betrokken zorgverleners 'Samen beslissen' toepassen.	0	0	27	67	7	3,8		73
16. Als de patiënt kiest voor een in mijn ogen mindere optie, dan bied ik toch steun. Ik vind het belangrijk om patiënten de ruimte te geven. Quote: "Een mens mag ook in mijn ogen 'verkeerde' beslissingen nemen en daar heel gelukkig mee zijn."	7	7	20	33	33	3,8		73
13. Voor de implementatie van 'Samen beslissen' heb ik het nodig om regelmatig samen met mijn collega's te reflecteren op onze consultvoering.	0	7	33	47	13	3,7		60
11. Een interne ambassadeur is nodig om 'Samen beslissen' in mijn organisatie te implementeren.	7	13	20	40	20	3,5		53
10. Voor 'Samen beslissen' in de CVA-zorgketen, is het nodig dat zorgverleners elkaar persoonlijk kennen. Quote: "Als je weet naar wie je doorstuurt, dan is dat allemaal veel makkelijker."	0	13	40	40	7	3,4		40
3. Mijn collega's gaan er onterecht van uit dat ze 'Samen beslissen' al toepassen: ze zijn onbewust onbekwaam.	7	13	47	33	0	3,1		53
14. Het kost mij meer tijd dan ik verwachtte om 'Samen beslissen' in de praktijk toe te passen.	7	13	47	27	7	3,1		47
17. CVA-patiënten hebben soms beperkt ziekteinzicht. Als zij een 'verkeerde' keuze maken, steek ik daar een stokje voor. Dat is mijn verantwoordelijkheid als zorgverlener.	13	20	33	33	0	2,9		73
18. Mijn collega's hebben te weinig tijd om 'Samen beslissen' in hun praktijk goed vorm te geven.	13	20	40	20	7	2,9		40
15. Ik vind dat ik te weinig tijd heb om 'Samen beslissen' in mijn praktijk goed vorm te geven.	27	20	33	13	7	2,5		27
Over de randvoorwaarden								
19. Voor het verder implementeren van 'Samen beslissen', is het nodig dat zorgverleners enige tijd vrij maken om 'Samen beslissen' te oefenen en toe te passen.	0	0	20	60	20	4,0		80
26. Het management moet voorwaarden scheppen voor het personeel om 'Samen beslissen' te leren en breder te implementeren.	0	7	14	57	21	3,9		86
21. De nieuwe privacyregels belemmeren 'Samen beslissen', omdat zij de mogelijkheden van informatieuitwisseling beperken.	21	50	29	0	0	2,1		14
24. Het financieringsmodel van de zorg werkt in de hand dat zorgverleners zich gedwongen voelen crea-	21	21	36	14	7	2,6		14

	(1) % Hele-le-maal mee on-eens	(2) % Mee on-eens	(3) % Mee on-eens/ mee eens	(4) % Mee eens	(5) % Hele-le-maal mee eens	Gemiddelde		% Essentiele factor
tief om te gaan met de vergoedingsregels bij 'Samen beslissen'. Bijv. een extra doel formuleren, omdat anders een behandeling in het revalidatiecentrum gestopt moet worden. Of indicatie taxivervoer iets anders formuleren zodat deze wel vergoed wordt.								
22. De cultuur in mijn organisatie belemmert de implementatie van 'Samen beslissen'. Quote: "…omdat er toch wel een cultuur is van 'mijn manier is beter'."	21	43	36	0	0	2,1		21
25. Een groot verloop van zorgverleners met wie ik samenwerk, belemmert mij in de toepassing van 'Samen beslissen'.	21	43	36	0	0	2,1		21
20. Door het proces van 'Samen beslissen' goed te documenteren in het EPD, onderbouw je waarom je eventueel afwijkt van een zorgprotocol.	0	7	27	33	33	3,9		53
23. Zorgverzekeraars moeten ook hun verantwoordelijkheid nemen voor de implementatie van 'Samen beslissen'. Ze kunnen bv. in hun inkoopproces kijken welke factoren belemmerend en bevorderend werken voor 'Samen beslissen' in de CVA-keten.	7	21	21	29	21	3,4		36
27. De patiënt die uit het revalidatiecentrum ontslagen wordt naar de eerste lijn, is in zijn keuzevrijheid voor 'zorgdichtbijhuis' onterecht belemmerd door het financieringssysteem.	14	0	64	14	7	3,0		29
Over 'Samen beslissen' zelf								
33. Om 'Samen beslissen' te kunnen toepassen, is het noodzakelijk dat ik begrijpelijke taal gebruik.	7	0	7	29	57	4,3		79
34. Om 'Samen beslissen' te kunnen toepassen, is het noodzakelijk *teach back* toe te passen.	0	7	7	57	29	4,1		79
38. Door 'Samen beslissen' wordt helder wat de intrinsieke motivatie van de patiënt is.	0	7	7	57	29	4,1		86
31. Ik vind het ingewikkeld om de uitleg over mogelijkheden van behandeling neutraal te presenteren, als ik deze niet geheel gelijkwaardig vind.	7	36	43	7	7	2,7		86
28. De kern van 'Samen beslissen' is om de behandeling meer gericht te laten zijn op de doelen van de patiënt. Quote: "Wanneer je helder hebt wat een patiënt wil, weet je beter welke behandelingen tot de mogelijkheden behoren"	0	0	14	64	21	4,1		64
30. Ik vind het lastig om met de patiënt te bespreken welke rol zij/hij kan innemen bij het proces van 'Samen beslissen'. Quote: "Ik weet nog niet goed hoe ik met de patiënt kan bespreken welke rol zij wil of kan innemen."	43	36	21	0	0	1,8		50
39. 'Samen beslissen' is geen nieuwe methode; we deden het impliciet al. Alleen is er nu een theoretisch raamwerk voor.	0	14	57	21	7	3,2		21
37. 'Samen beslissen' leidt tot betere therapietrouw. "Ga je op die manier een schoentraject in, dan gaan	0	7	36	36	21	3,7		57

	(1) % Hele-le-maal mee on-eens	(2) % Mee on-eens	(3) % Mee on-eens/ mee eens	(4) % Mee eens	(5) % Hele-le-maal mee eens	Gemiddelde		% Essentiele factor
ze die schoenen ook echt dragen."								
35. 'Samen beslissen' levert leukere gesprekken op.	0	0	50	29	21	3,7		57
40. Toepassen van 'Samen beslissen' blijkt toch lastiger dan ik in eerste instantie dacht. Nu ik er bewust mee omga, merk ik toch dat ik niet altijd alle vijf stappen goed toepas. Ik ben bewust onbekwaam geworden.	0	14	43	29	14	3,4		57
36. Samen beslissen lijkt wat meer tijd te kosten, maar ik heb geen extra gesprekken nodig gehad om samen met de patiënt een beslissing te nemen.	14	21	29	21	14	3,0		50
32. 'Samen beslissen' kost mij te veel tijd. Quote: "Je moet er met een patiënt echt goed voor gaan zitten. Het kost veel tijd."	21	21	43	7	7	2,6		57
29. Je moet leren herkennen op welk moment in het zorgproces van een individuele patiënt je 'Samen beslissen' moet toepassen. Quote: "In de praktijk is samen beslissen toch lastig; in welke situatie is er sprake van een voorkeursgevoelige beslissing?"	14	29	43	7	7	2,6		57
Over de patiënt en de naaste								
49. De naaste van een CVA-patiënt speelt bij 'Samen beslissen' een grote rol	0	7	21	36	36	4,0		79
45. CVA-patiënten willen niet meebeslissen, omdat ze geen verantwoordelijkheid willen dragen.	64	0	29	7	0	1,8		29
41. De acute fase van de CVA zorg leent zich niet voor 'Samen beslissen'.	14	36	21	21	7	2,7		21
43. Implementatie van 'Samen beslissen' moet je juist ook via patiënten en naasten op gang brengen (bottom-up). Dat zij bij zorgverleners om 'Samen beslissen' vragen. Bijv. dat patiënt/naaste uit zichzelf de zorgverlener vraagt naar andere opties, naar voor- en nadelen van de opties, of dat ze zelf hun waarden vertellen om een goede keuze te kunnen maken.	0	7	21	50	21	3,9		57
50. Door 'Samen beslissen' komt het leven van patienten meer centraal te staan.	0	0	36	36	29	3,9		50
48. In de chronische fase kunnen bijna alle CVA-patiënten meebeslissen over de zorg.	7	0	36	21	36	3,8		50
42. 'Samen beslissen' is lastig wanneer ik twijfel over de wilsbekwaamheid van een patiënt.	7	14	21	29	29	3,6		43
51. Implementatie van 'Samen beslissen' moet je juist ook via patiënten en naasten op gang brengen. Zij moeten expliciet gaan kiezen voor een zorgorganisatie of zorgprofessional waar ruimte is voor samen beslissen.	0	14	43	29	14	3,4		43
44. Ik vind het makkelijk in te schatten welke rol een patiënt kan innemen bij 'Samen beslissen' gedurende het herstelproces. Quote: "Soms begint het met hele kleine keuzes, wil je frambozenlimonade of citroenlimonade…je kan de patiënt weer laten wennen aan het nemen van beslissingen."	14	7	29	29	21	3,4		36

	(1) % Hele-le-maal mee on-eens	(2) % Mee on-eens	(3) % Mee on-eens/ mee eens	(4) % Mee eens	(5) % Hele-le-maal mee eens	Gemiddelde		% Essentiele factor
47. CVA-patiënten worden belemmerd door het hersenletsel: door cognitieve problemen kunnen ze niet meebeslissen.	29	14	50	7	0	2,4		57
46. CVA-patiënten willen niet meebeslissen, omdat ze vinden dat ik als zorgverlener weet wat de beste beslissing is.	43	14	29	14	0	2,1		36

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In bijlage 7 staan alle suggesties van de zorgverleners die reageerden op de stellingenlijst weergeven per genoemde factor. Op basis van deze tabel zijn adviezen geformuleerd die vervolgens ter verificatie zijn voorgelegd in een werkgroep van revalidatieartsen. De geformuleerde adviezen zijn in drie categorieën onder te verdelen (waarom, wat en hoe?) om in verschillende fases van het implementatieproces in een organisatie of groep zorgprofessionals in te zetten.

I. WAAROM?

ADVIES 1: LANCEER EEN BEWUSTWORDINGSCAMPAGNE

In de CVA/NAH-revalidatie wordt al veel gedaan aan samen beslissen, maar verbetering is zeker mogelijk. In de acute fase lijkt samen beslissen wat minder vaak van toepassing. Om vooral de zorgverleners, die werkzaam zijn in de revalidatie of chronische fase én die 'onbewust onbekwaam' zijn, én om CVA patiënten en hun naasten te bereiken, is het wenselijk om in te zetten op:

- Verspreiden van promotiemateriaal, zoals bijvoorbeeld de wachtkamerfilm over samen beslissen van Patiëntenfederatie Nederland door Revalidatie Nederland. En samen beslissen opnemen in het strategisch plan van centra en de beroepsverenigingen;
- Verspreiden van artikelen, met aandacht voor concrete keuzedilemma's en ervaringsverhalen van (bekende) zorgverleners die een verbetering bij zichzelf hebben bemerkt, bijvoorbeeld in Revalidatie Magazine;
- Verspreiden van nieuwsberichten over positieve effecten van samen beslissen, bijvoorbeeld door het tonen van concrete verhalen over meer therapietrouw, voorkomen van onnodige of overbodige zorg;
- Bewustwording van dominantie van 'oude' paternalistische methode door bereidheid tot zelfreflectie;
- Samen beslissen vraagt om een andere manier van denken in de gezondheidszorg. Uitgangspunt van de zorgverlener moet hierbij zijn: Het willen toevoegen van waarde aan iemands bestaan (i.p.v. oplossen van stoornissen en beperkingen).

II. WAT?

ADVIES 2: STEL AMBASSADEURS AAN VOOR SAMEN BESLISSEN

Een advies specifiek aan managers is om in de organisatie een ambassadeur of aandacht functionaris voor samen beslissen aan te stellen, die het een en ander in een verbetertraject op gang kan brengen, zodat samen beslissen regulier wordt. Zorgprofessionals zien expliciet een rol voor het management in het kader van de implementatie van samen beslissen. Voor de implementatie van samen beslissen, is ook het van belang dat het personeel op de hoogte gebracht worden van de meerwaarde van samen beslissen. En dat het management hen de tijd geeft om samen beslissen in de dagelijkse praktijk te oefenen.

ADVIES 3: NEEM SAMEN BESLISSEN OP IN REGULIERE OPLEIDNG EN NASCHOLING

Het verdient de aanbeveling samen beslissen als module op te nemen in de basiscursussen voor arts-assistenten en andere (para)medici. Wat betreft de revalidatieartsen, zou dit via de scholingscommissie van de vereniging van revalidatieartsen kunnen gaan. De WCN van de VRA zal hiertoe initiatief nemen. Bij de Academie Ergotherapie wordt vanaf 2019 een nascholings-module samen beslissen aangeboden. Een trainer-fysiotherapeut die betrokken is geweest bij het project, is actief binnen een aantal hbo's met scholing in 'samen beslissen' voor fysiotherapeuten in opleiding.

III. HOE?

ADVIES 4: TRAIN ZORGVERLENERS IN SAMEN BESLISSEN

E-learnings helpen zorgverleners individueel en op het moment dat het hun uitkomt, kennis te laten maken met samen beslissen, of hun kennis op te frissen en/of uit te breiden. Met een *in company* training in instellingen of in een regionaal netwerk krijgen zorgverleners de mogelijkheid om vaardigheden te oefenen en te ontwikkelen. Het is wenselijk in trainingen te oefenen met het werken met keuze-instrumenten en aan te leren op welke wijze keuze-informatie beschikbaar gemaakt kan worden. De verwachting is dat door het oefenen op een paar concrete keuzedilemma's samen beslissen ook bij andere keuzes meer naar voren zal komen. Het is goed als deze training met lokale trainers kan worden vormgegeven. Thema's die in de trainingen geadresseerd kunnen worden, zijn:

- Relationele communicatie: luisteren, doorvragen, samenvatten, begrijpelijke taal en '*teach back*';
- Informatieverstrekking opties: neutrale presentatie, risicocommunicatie;
- Besluitvorming: 'onlogische' keuze van de patiënt; inbreng en rolverdeling patiënt-naaste-zorgverlener;
- Keuzedilemma's: verzamelen casuïstiek, gebruik en ontwerp van keuze-instrumenten, werkkaarten;
- Reflecteren: op eigen gespreksvoering aan de hand van geluidsopnamen, intervisie, '*coaching on the job*'.

ADVIES 5: ZORG DAT DE WENSEN VAN DE PATIËNT EEN STRUCTUREEL UITGANGSPUNT ZIJN

In de revalidatiesector staan de doelen van de patiënt centraal bij het bepalen van het behandelplan. Om binnen de gangbare structuur van het multidisciplinaire overleg (MDO) te faciliteren dat de 'voorkeuren, wensen en zorgen' van de patiënt (en naasten) als uitgangspunt genomen worden, zou pati-

enten een soort persoonlijk dossier (ICT/APP) gegeven kunnen worden. Daarin kunnen zij in zelf vermelden/worden zij geholpen te vermelden wat zij belangrijk vinden in hun leven. Dit kunnen zij vervolgens ook meenemen in bezoeken bij de diverse zorgverleners. Ook kan – vanwege beperkt ziekteinzicht – een naaste bijvoorbeeld in dat document aangeven in welke mate er in het dagelijks leven belemmeringen optreden en welke wensen er zijn voor verbetering van het dagelijks leven. Een patient zelf beheerder maken voorkomt privacy issues. Een ander belangrijk punt is dat een zorgverlener, door het proces van samen beslissen goed te documenteren in het EPD, tevens kan onderbouwen waarom er eventueel afgeweken wordt van een zorgprotocol. Dan kunnen ook de redenen van deze beslissing die de patiënt en zorgverlener genomen hebben, genoteerd worden.

ADVIES 6. BETREK DE NAASTE

De naaste speelt een essentiële rol bij samen beslissen in de CVA/NAH-zorg. Dit heeft deels te maken met de cognitieve en communicatieve problemen die kunnen optreden na een CVA/NAH. In de bovengenoemde borgingsacties zal men met name het proces van samen beslissen in de driehoek van zorgverlener – patiënt en naaste verder uitgekristalliseerd moeten worden. Bijvoorbeeld, hoe wordt er omgegaan met verschillen in voorkeuren tussen patiënt en naaste, op welke wijze wordt het gesprek gevoerd met een patiënt en een naaste? Het advies is om de naaste altijd te betrekken en op mantelzorgavonden aandacht te besteden aan de rol van de naaste in het proces van samen beslissen.

ADVIES 7. IMPLEMENTEER SAMEN BESLISSEN VIA CVA/NAH-NETWERKEN EN HUN OVERLEGGEN

In bijeenkomsten van het team of van een keten kan met elkaar nagedacht worden op welke wijze samen beslissen in bestaande processen ingebed kan worden (bijv. bij 'leren revalideren', RAPP). Dit geldt ook voor de afstemming met zorgverleners van buiten de eigen instelling. In regionale trainingen kan men daar verder op ingaan. Verder zou men voor bepaalde, veel voorkomende keuzedilemma's met elkaar kunnen afstemmen wie welke bijdrage in het proces van samen beslissen kan leveren (rolduiding). Er is bij zorgverleners ook vraag naar een ontmoetingsplek en -moment gezien het belang van 'elkaar' kennen om beter transmuraal te kunnen samenwerken. Samen beslissen dient ook in de ketenoverleggen op bestuurlijk niveau aan de orde te komen. Patiënten noemen de samenwerking tussen zorgverleners en organisaties als het voornaamste verbeterpunt (Harteraad, 2018). Er is winst te behalen door de 'overdrachtsmomenten' goed uit te werken; wat is het aanbod van zorg en welke kenmerken (voor/nadelen) hebben de opties? Hiervoor kunnen 'overdrachtskaarten' gemaakt worden. Een dergelijke actie geeft ook een impuls aan het ketenoverleg om transmurale afspraken te maken over welke instanties en zorgverleners betrokken worden bij de CVA/NAH-zorg en welke criteria daarvoor gehanteerd worden.

ADVIES 8. CREËER EEN OVERZICHT VAN DESKUNDIGE EERSTELIJNSZORG

In de regionale zorg is een formele ketensamenwerking met eerstelijns partners, die kennis en affiniteit hebben met de doelgroep, een must voor een goede samenwerking in de CVA/NAH-netwerken. Een informatief overzicht van betrokken zorgverleners met expertise op CVA/NAH is noodzakelijk om patiënten en naasten goed te kunnen helpen in het proces van samen beslissen rondom zorg. In sommige regio's ontbreekt een dergelijk overzicht. In het project is om die reden het format www.cvazorgzoeker.nl ontwikkeld. Dit format vergt regulier onderhoud door het regionale netwerk met betrokkenheid van bijvoorbeeld een revalidatie instelling (revalidatiearts) en ketencoördinator.

Dit biedt de zorgaanbieders van gespecialiseerde revalidatiezorg tegelijk ook de mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan het monitoren en verbeteren van de deskundigheid in de eerstelijn. Het is van belang met de landelijke stakeholders afspraken te maken over de belangrijkste criteria voor de eerstelijns CVA/NAH-zorg wat betreft bijvoorbeeld volumenormen en vereiste expertise/scholing.

Bijlagen

Bijlage 1. Score formulier OPTION5 ter beoordeling van gesprekken

OPTION5 score formulier

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

De OPTION5 bestaat uit 5 stellingen:

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

Bij iedere stelling zijn er 5 antwoordcategorieën: 0 (niet waargenomen) tot 4 (alles is goed uitgevoerd en er is afstemming met de patiënt). Op de volgende pagina staat het scoringsschema van de OPTION5.

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

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

ZORGPROFESSIONAL:

PATIENT:

DATUM:

KEUZEDILEMMA:

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

STAP 1:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 2:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 3:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 4:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

STAP 5:

- GEEF AAN DAT
- GA DOOR MET

ALGEMEEN: GEEF AAN DAT/GA DOOR MET

Bijlage 2. Voorbeeld van één werkkaart "LOGOPEDIE"

- **KEUZEDILEMMA: Waar wordt logopedie gegeven bij mensen die een afasie hebben bij een goed motorisch herstel die na de klinische fase naar huis gaan?**

1. Polikliniek van het revalidatiecentrum
2. Ambulante GRZ
3. In de 1e lijn in een GRZ
4. In de 1e lijn
5. Afasiecentrum

- **Welke doelen heeft de patiënt op het gebied van communicatie?**

1. Spreken
2. Begrijpen
3. Lezen
4. Schrijven

- **Welke voorkeuren, zorgen en verwachten heeft de patiënt/naaste die meewegen bij de keuze voor een behandeling?**

1. Vertrouwdheid/klik hebben met zorgverlener
2. Continuering van een behandelprogramma
3. Beschikbare expertise
4. Behoud van sociale contacten in een centrum
5. Lotgenotencontact.
6. Begeleiding van naasten is ook mogelijk
7. Duur en intensiteit van de behandeling
8. Reistijd en –afstand
9. (vergoeding) Reiskosten (vervoer, taxi)
10. Zelfstandigheid

- **Wat zijn de kenmerken van de opties?** (zie volgende pagina)

- Wat zijn de kenmerken van de opties?[9]

	Poli Revalidatiecentrum	Ambulante GRZ	1e lijn GRZ	1e lijn	Afasiecentrum
1. Intensiteit	2-3 uur per week, verdeeld over 2-3 dagen	2 uur per week Verdeeld over 2 dagen.	1 uur per week	2 keer ½-1 uur per week verdeeld over 1-2 dagen	Meerdere dagen per week
2. Soort therapie	Stoornisgerichte en functionele therapie gericht op activiteiten- en participatieniveau	Stoornisgerichte en functionele therapie gericht op activiteiten- en participatieniveau	Stoornisgerichte en functionele therapie gericht op activiteiten- en participatieniveau	Vooral stoornisgerichte therapie.	Functionele therapie gericht op activiteiten – en participatieniveau.
3. Expertise in CVA/Afasie	Ja	Ja	Ja	Minder expertise dan in instellingen. Minder aanbod van CVA / afasie en behandelen vaak meerdere doelgroepen.	Ja
4. Aanwezigheid afasieteam	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
5. Locatie	Instelling	Instelling of aan huis	Instelling of aan huis.	Praktijk of aan huis	In centrum en/of thuis
6. Diverse methodieken, instrumenten en materialen	Ja	Ja	Ja	Minder tot weinig materialen en instrumenten specifiek voor afasie	Ja
7. Optie voor groepsbehandeling	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja; afasiegroep - 2x in de week 2 uur waar strategieën en gebruik communicatiehulpmiddelen worden getraind. Optie voor cognitieve groepen, beweeggroepen, dagbesteding
8. Optie voor SMTA	Ja	In sommige GRZ zorginstellingen	In sommige GRZ zorginstellingen	Nee	Nee
9. Duur behandeling	Behandeling loopt in principe door totdat doelen bereikt zijn.	Behandeling loopt in principe door totdat doelen bereikt zijn.	Behandeling loopt in principe door totdat doelen bereikt zijn.	Behandeling loopt in principe door totdat doelen bereikt zijn.	Meestal wordt behandeling voor 2 jaar aangevraagd. Soms wordt er een aanvraag gedaan voor meer behandeling met een goede onderbouwing.. CIZ bepaald.
10. Vergoeding	DBC, mogelijk moet eerst een eigen risico worden betaald	DBC, mogelijk moet eerst een eigen risico worden betaald	Ziektekostenverzekering, wel eigen risico	Ziektekostenverzekering, wel eigen risico	Ziektekosten, geen eigen risico

[9] De kenmerken kunnen per instelling verschillen. Checken bij instelling waar mogelijk behandeld gaat worden.

Bijlage 3. Uitwerking van stappen in model van samen beslissen bij CVA/NAH

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

Algemene principes

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

Stap 0. Voorbereiding

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

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

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

Stap 3. Voorkeuren
- Meestal heeft de patiënt en/of naasten aan het begin van het proces van samen beslissen nog geen duidelijke voorkeuren, maar worden deze gevormd tijdens het wikken en wegen. Maar het kan ook zijn dat patiënt en naasten al duidelijke voorkeuren hebben bij aanvang van het proces van samen beslissen. De zorgprofessional ondersteunt de patiënt en/of naasten bij het verwoorden van voorkeuren, verwachtingen en zorgen in relatie tot de opties. Gezamenlijk worden de voordelen van de verschillende opties afgewogen tegen de nadelen ervan.
- Voor een CVA-patiënt kan het lastig zijn om zich een voorstelling te maken wat de voor- en nadelen van de opties voor hem/haar persoonlijk of voor hun naaste zou kunnen betekenen ("zich kunnen verplaatsen in de toekomst" en "zich kunnen inleven in de ander"). Mogelijke oplossingen hiervoor zijn een concrete opdracht geven, de voor- en nadelen zo veel mogelijk in het hier en nu vertellen, met hulp van de

naaste aanhaken op voorbeelden van vroeger en anders de naaste een grotere rol geven in de besluitvorming.
- De zorgprofessional of de naaste ondersteunt de CVA-patiënt bij een eventuele invulopdracht van het keuze instrument (bijvoorbeeld de waardenvragenlijst)
- Keuzemogelijkheden uitproberen kan helpen om voor- en nadelen te ontdekken.
- De uitkomst van deze stap is duidelijkheid over de voorkeuren van de patiënt en/of naaste.

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

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

Voor zorgverleners:

Toelichting bij gebruik van de keuzehulp

Samen beslissen: behandeling of zorg na een CVA

Op de volgende pagina's staat de keuzehulp **Samen beslissen: behandeling of zorg na een CVA**. Deze is bedoeld voor patiënten die een CVA hebben gehad. Het doel van de keuzehulp is om een CVA-patiënt en zijn/haar naasten te ondersteunen bij samen beslissen over zijn/haar behandeling (of begeleiding) of de plaats waar zij de zorg willen ontvangen. Samen beslissen betekent dat de patiënt en eventueel de naaste samen met de zorgverlener kiest voor de optie die het beste bij de patiënt past.

De keuzehulp kan worden gebruikt bij iedere beslissing over zorg of begeleiding. Het is daarbij van belang dat de zorgverlener de CVA-patiënt en zijn/haar naasten ondersteunt bij het doorlopen van deze keuzehulp en bij samen beslissen.

- Vraag de patiënt om een naaste mee te nemen naar het consult.
- Leg de keuzehulp rustig en duidelijk uit.
- Help de patiënt om de antwoorden op de vragen te verwoorden.
- Vul de antwoorden op de vragen in, als de patiënt dat niet zelf kan.
- Stimuleer de patiënt om de keuzehulp na afloop van het consult met zijn/haar naasten te bespreken.

Voor patiënten die geen problemen hebben met spreken, lezen en schrijven kan ook de originele versie van deze keuzehulp worden gebruikt. Deze is te downloaden via http://www.net-kanker.nl/pdf/keuzehulp_NETgroep.pdf

Naast deze algemene keuzehulp, worden er ook keuzehulpen voor specifieke beslissingen geschikt gemaakt voor CVA-patiënten.

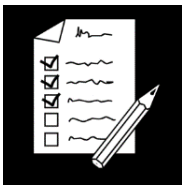
Samen beslissen: behandeling of zorg na een CVA

Als u een **CVA** (**beroerte**) heeft gehad, moet u allerlei **keuzes maken**.

Bijvoorbeeld keuzes over **behandeling of zorg** na een CVA.

U kiest **samen** met uw dokter of therapeut.
En meestal ook met uw **naasten**.

Deze folder helpt u te **kiezen** welke **behandeling of zorg** u wilt.



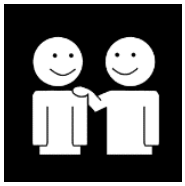
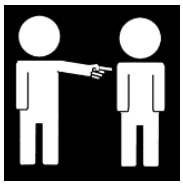
Deze folder bestaat uit **6 stappen**.
Beantwoord de vragen op de volgende pagina's.

Bespreek de vragen eventueel met uw **naasten**.

Hierdoor bent u **beter voorbereid** op de keuze.
En kunt u **beter kiezen**.

1. Wie kiest?

Kruis aan:

	☐ Ik wil kiezen **samen** met: ☐ Dokter / therapeut, nl. …… ☐ Man / vrouw / vriend / vriendin ☐ Zoon / dochter ☐ Iemand anders, nl. ……
	☐ **Ik** wil zelf kiezen
	☐ Ik wil dat **iemand anders** kiest, namelijk: ☐ Dokter / therapeut, nl. …… ☐ Man /vrouw / vriend / vriendin ☐ Zoon / dochter ☐ Iemand anders, nl. ……

2. Keuze

Vul in:

	Welke beslissing moet u nemen? ....
	Wanneer moet u kiezen? ....

3. Keuze mogelijkheden

Wat zijn de mogelijkheden voor:

- **behandeling** of **zorg**
- de **plek** waar u behandeld wilt worden

Vul in:

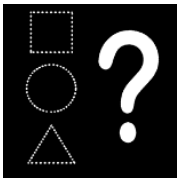
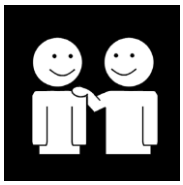
Mogelijkheid 1 ....
Mogelijkheid 2 ....
Mogelijkheid 3 ....

4. Voordelen en nadelen van keuze mogelijkheden

	Voordelen	Nadelen
Mogelijkheid 1	....	....
Mogelijkheid 2	....	....
Mogelijkheid 3	....	....

5. Wat heeft u nog nodig om te kunnen kiezen?

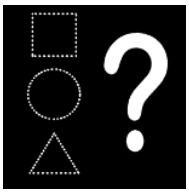
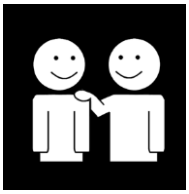
Vul in:

	Weet u genoeg over de **mogelijkheden**? ❑ Ja ❑ Nee ❑ Toelichting: .....
	Weet u welke **voordelen** en **nadelen** u het belangrijkst vindt? ❑ Ja ❑ Nee ❑ Toelichting: .....
	Heeft u genoeg **hulp** van anderen? ❑ Ja ❑ Nee ❑ Toelichting: .....
	Bent u **zeker** van uw keuze? ❑ Ja ❑ Nee ❑ Toelichting: .....

6. Wat is de volgende stap?

Kunt u nog **niet kiezen**?

Plan de volgende stappen.

Stap 1		Wilt u **meer weten** over de **mogelijkheden**? • Schrijf uw **vragen** op. • Stel uw vragen aan uw **dokter of therapeut**.
Stap 2		**Twijfelt** u welke **voordelen** en **nadelen** u het belangrijkst vindt? • **Praat** met anderen over wat u **belangrijk** vindt.
Stap 3		Wilt u **hulp** van anderen? • **Praat over** de mogelijkheden met uw **naasten**, uw **huisarts**.
Stap 4		**Twijfelt** u nog? • **Wacht met kiezen**, als dat kan.

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

De pictogrammen die gebruikt zijn in deze keuzehulp zijn afkomstig van Sclera vzw www.sclera.be

Juni 2018

Deze keuzehulp is een bewerking van de Nederlandse vertaling van de Ottawa Personal Decision Guide.
Ottawa Personal Decision Guide © 2012 O'Connor, Stacey, Jacobsen. Ottawa Hospital Research Institute & University of Ottawa, Canada.
Persoonlijke keuzehulp bij beslissingen © 2013 Carmen Kleinegris, Stichting NET-groep www.net-kanker.nl & Peep Stalmeier, Radboud UMC, Nijmegen.
beschikbaar via http://www.net-kanker.nl/pdf/keuzehulp_NETgroep.pdf

BIJLAGE 5. KEUZEHULP: WELKE ZORG NA EEN CVA?

Voor zorgverleners:

Toelichting bij gebruik van de Keuzehulp: Welke zorg na een CVA?

De Keuzehulp: Welke zorg na een CVA? is bedoeld voor patiënten die een CVA hebben gehad en thuis (gaan) wonen. Het doel van de keuzehulp is om een CVA-patiënt en zijn naasten te ondersteunen bij samen beslissen over zijn behandeling en/of de plaats waar hij[10] de zorg wil ontvangen. Samen beslissen betekent dat de patiënt en eventueel de naaste samen met de zorgverlener kiest voor de optie die het beste bij de patiënt past.

Patiënten kunnen mogelijk zorg ontvangen aan huis, bij hen in de buurt (eerste lijn, wijkteam), of poliklinisch in het revalidatiecentrum, verpleeghuis (geriatrische revalidatie) of ziekenhuis. Een combinatie hiervan is eventueel ook mogelijk.

Deze keuzehulp wordt gebruikt voordat de patiënt met ontslag gaat uit het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis en weer thuis gaat wonen. De keuzehulp kan ook worden gebruikt op andere momenten wanneer er een keuze over vorm van behandeling of plaats van de zorg aan de orde is.

Tijdens het consult neemt de zorgverlener de keuzehulp met de patiënt en eventueel zijn naasten door met als doel te beslissen over welke vorm van behandeling past bij de doelen of wensen van de patiënt en/of waar de patiënt deze wil ontvangen.

- Eerst gaan de zorgverlener en de patiënt na welke wensen doelen voor gezondheid en dagelijks functioneren de patiënt heeft en welke vormen van behandeling daarbij mogelijk zijn[11]. (Achterin de keuzehulp staat een overzicht van wat verschillende typen zorgverleners doen.)
- Daarna helpt de zorgverlener de patiënt om na te denken over aspecten die hij belangrijk vindt bij deze keuze (zoals expertise zorgverleners, vervoer naar behandellocatie, vergoeding zorgverzekeraar).
- Tenslotte wordt een vergelijking gemaakt tussen behandeling aan huis, in de buurt/wijk en poliklinische behandeling in een revalidatiecentrum, verpleeghuis of ziekenhuis.

Het is van belang dat de zorgverlener de CVA-patiënt ondersteunt bij het doorlopen van deze keuzehulp en bij samen beslissen.

- Leg de keuzehulp rustig en duidelijk uit.
- Help de patiënt om de antwoorden op de vragen te verwoorden.
- Vul de antwoorden op de vragen in, als de patiënt dat niet zelf kan.

Zie voor meer tips en voorbeeld-formuleringen het ‘zakkaartje Samen beslissen met CVA-patiënten’.

[10] Voor de leesbaarheid van de tekst wordt overal ‘hij’ gebruikt. Daar waar in dit document ‘hij’ of ‘zijn’ staat, kan ook ‘zij’ of ‘haar’ worden gelezen.

[11] In een volgende ontwikkelfase wordt een koppeling gemaakt met de digitale tool (sociale kaart), waarmee bij de patiënt in de buurt gezocht kan worden naar zorgverleners en organisaties met ervaring op het gebied van CVA. [t.z.t. link toevoegen]

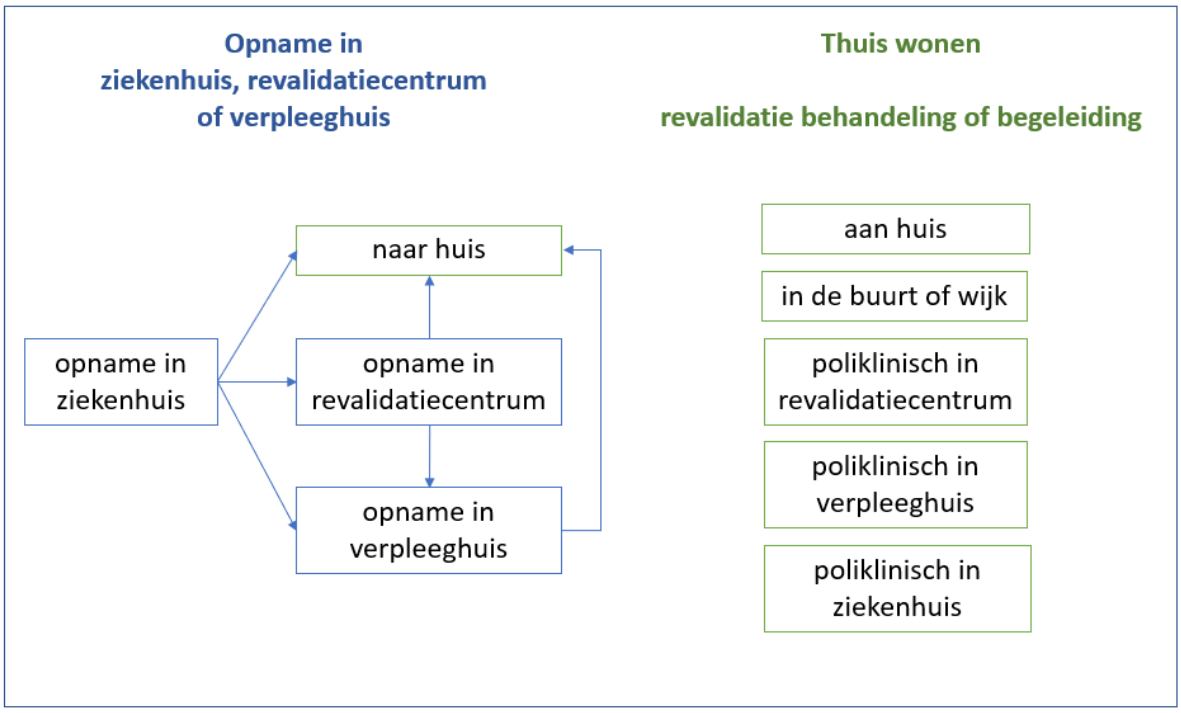
Keuzehulp: Welke zorg na een CVA?

1. Vormen van behandeling na een CVA

U heeft een **CVA**[12] gehad. U bent voor de behandeling opgenomen (geweest) in het ziekenhuis, revalidatiecentrum en/of verpleeghuis[13]. Soms heeft u nog **behandeling** nodig als u weer **thuis** bent na ontslag. Er zijn veel verschillende **vormen** van behandeling mogelijk.

De volgende mogelijkheden heeft u:

1. Behandeling bij u thuis
2. Behandeling bij u in de buurt of in de wijk
3. Poliklinische behandeling in het revalidatiecentrum, verpleeghuis of ziekenhuis



[12] CVA is de afkorting van Cerebro Vasculair Accident. Een CVA wordt ook wel beroerte genoemd. Dit kan een herseninfarct, TIA of een hersenbloeding zijn.

[13] In deze keuzehulp wordt met 'u' zowel de patiënt als de naaste bedoeld.

Welke **vorm** van behandeling **past het beste bij u**? En **waar** kunt en wilt u deze krijgen? Dit hangt af van:

- De beschadiging in uw hersenen door het CVA
- De beperkingen in uw activiteiten door het CVA
- Uw doelen of wensen voor gezondheid

Deze keuzehulp helpt u om daar over te **beslissen**. Samen met uw zorgverlener en uw naasten.

Ga eerst (samen) na **welke doelen** u heeft. De vragen op de volgende bladzijde helpen u daarbij.

2. Welke doelen heeft u na uw CVA?

Geef antwoord op onderstaande **vragen** en **bespreek uw antwoorden** met uw **naasten** en uw **zorgverlener**.

- Welke wensen heeft u voor uw gezondheid en uw functioneren in het dagelijks leven?
- Welke doelen wilt u bereiken?
- Wat wilt u kunnen na de revalidatiebehandeling?

……

……

……

Vervolgens bespreekt u met uw zorgverlener welke **vormen van behandeling** passen bij uw doelen. Zie het overzicht op de volgende bladzijde.

3. Welke vormen van behandeling passen bij uw doelen?

(zie ook Toelichting: Wat doen de verschillende zorgverleners?)

U heeft hierboven uw **doelen en wensen voor uw gezondheid en functioneren in het dagelijks leven** ingevuld. Kruis deze aan in het overzicht hieronder.

Uw zorgverlener vertelt u **welke vormen van behandeling** hierbij passen. Hij/zij kruist deze in het overzicht aan.

Uw zorgverlener vertelt u ook wat de behandeling kan **opleveren**.

Uw doelen of wensen voor gezondheid en dagelijks functioneren	Vormen van behandeling[14] In te vullen door zorgverlener
☐ **Zelfverzorging en huishouden, bijv.** ○ Wassen, aankleden ○ Koken ○ Boodschappen doen ○ Eten, drinken	☐ Ergotherapie ☐ Fysiotherapie ☐ Maatschappelijk werk ☐ Thuiszorg ☐ Logopedie
☐ **Activiteiten, bijv.** ○ Contact met familie en vrienden ○ Hobby's ○ Werk ○ Sport ○ Zingeving	☐ Ergotherapie ☐ Fysiotherapie ☐ Activiteitenbegeleiding ☐ Bewegingsagogie / sport ☐ Revalidatie ☐ Psychologische begeleiding / coaching ☐ Bedrijfsarts
☐ **Motoriek en mobiliteit, bijv.** ○ Lopen ○ Arm-hand-functie ○ Mobiliteit binnen en buitenshuis ○ Conditie ○ Autorijden	☐ Fysiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Bewegingsagogie (fitness, zwemmen, enz.) ☐ Revalidatie ☐ Autorijschool
☐ **Gezonde leefstijl, bijv.** ○ Niet roken ○ Voldoende bewegen ○ Gezonde voeding ○ Gezond gewicht ○ Normale bloeddruk ○ Normaal cholesterol	☐ Praktijkondersteuner huisarts ☐ Huisarts / revalidatiearts ☐ Fysiotherapie ☐ Maatschappelijk werk ☐ Logopedie ☐ Diëtist ☐ Leefstijlcoaching
☐ **Vermoeidheid**	☐ Ergotherapie ☐ Psychologische begeleiding ☐ Maatschappelijk werk
☐ **Veranderingen in aandacht, concentratie, geheugen, planning (cognitie)**	☐ CVA-nazorgverpleegkundige ☐ Psychologische begeleiding ☐ Cognitieve training ☐ Ergotherapie
☐ **Veranderingen in emotie** ☐ **Depressie**	☐ CVA-nazorgverpleegkundige ☐ Psychologische begeleiding

[14] In een volgende ontwikkelfase wordt een koppeling gemaakt met de digitale tool (sociale kaart), waarmee bij de patiënt in de buurt gezocht kan worden naar zorgverleners en organisaties met ervaring op het gebied van CVA.

	☐ Maatschappelijk werk ☐ Huisarts / revalidatiearts
☐ **Communicatie, bijv.** ○ Problemen met praten ○ Problemen met begrijpen van taal ○ Problemen met lezen / schrijven	☐ Logopedie (individueel en/of in groep)
☐ **Intimiteit en seksualiteit**	☐ Praktijkondersteuner huisarts ☐ Psychologische begeleiding ☐ Maatschappelijk werk ☐ Seksuologie
☐ **Pijn**	☐ Huisarts / revalidatiearts ☐ Fysiotherapie
☐ **Andere doelen of wensen, nl. …**	☐ …… ☐ ……

U weet nu welke vormen van behandeling mogelijk zijn bij uw doelen.

Waar wilt u deze zorg **ontvangen**? De vragen op de volgende bladzijde helpen u om daar over na te denken.

4. Welke kenmerken van de zorg vindt u belangrijk?

Hieronder staan **kenmerken** van de **zorg**. Bespreek deze met uw zorgverlener en naaste. Geef per kenmerk aan hoe **belangrijk** u dit vindt.

Hoe belangrijk vindt u de volgende kenmerken van de zorg?	Hoe belangrijk is dit voor u? Erg belangrijk Belangrijk Beetje belangrijk Onbelangrijk Erg onbelangrijk
Kennis van zorgverleners over CVA	
Bekende zorgverleners	
Alle behandelingen op één plaats	
Alleen of in een groep oefenen	
Zorg voor de naaste mogelijk	
Zelfstandig reizen naar de plaats van behandeling of hulp nodig	
Reistijd naar de plaats van behandeling	
Reiskosten	
Vergoeding van de behandeling door de zorgverzekeraar	
Anders, nl. …	

5. Kenmerken van de plaats waar u de zorg kunt ontvangen

Hieronder staan de **kenmerken** van de **plaatsen waar u zorg kunt ontvangen**. Bespreek deze met uw zorgverlener en naaste. Geef per kenmerk aan of u dit een **voordeel** of een **nadeel** vindt.

Plaats van behandeling	Kenmerken	Vindt u dit een voordeel of een nadeel?
Aan huis	- Behandeling bij u thuis - Zorgverleners soms kennis van CVA - Soms bekende behandelaren - Geen reistijd - Zelf afspraken maken - Vaardigheden leren op de plek waar u ze nodig heeft - ……	
Bij u in de buurt of wijk - Huisarts - Fysiotherapeut - Andere zorgverleners	- Behandeling in de buurt of wijk - Zorgverleners soms kennis van CVA - Soms bekende behandelaren - Weinig reistijd - Zelf afspraken maken - Vaardigheden leren op de plek waar u ze nodig heeft - ……	
Revalidatieafdeling van een verpleeghuis polikli-nisch	- Poliklinische behandeling op de revalidatieafdeling van een ver-pleeghuis - Zorgverleners soms kennis van CVA - Verschillende zorgverleners werken met elkaar samen - Reistijd - Behandelingen op dezelfde dag	

	- Vaardigheden leren in een nieuwe situatie en zelf thuis toepassen - ……	
Revalidatiecentrum poliklinisch	- Poliklinische behandeling in het revalidatiecentrum - Zorgverleners kennis van CVA - Verschillende zorgverleners werken met elkaar samen - Bekende behandelaren - Reistijd - Behandelingen op dezelfde dag - Vaardigheden leren in een nieuwe situatie en zelf thuis toepassen - ……	
Ziekenhuis poliklinisch	- Poliklinische behandeling in het ziekenhuis - Zorgverleners soms kennis van CVA - Bekende behandelaren - Reistijd - Behandelingen op dezelfde dag - Vaardigheden leren in een nieuwe situatie en zelf thuis toepassen - ……	
Afasiecentrum	- Zorgverleners kennis van CVA - Reistijd - Behandelingen op dezelfde dag - ……	

6. Welke vorm van behandeling past bij u? En waar wilt u deze ontvangen?

- U heeft hierboven **uw doelen en wensen** voor gezondheid en dagelijks functioneren ingevuld (zie 2).
- Uw zorgverlener heeft u verteld **welke vormen van behandeling** daarbij passen (zie 3).
- Ook weet u **wat u belangrijk vindt** over de plaats waar u de zorg kunt ontvangen (zie 4).
- U heeft aangegeven wat de **voordelen en nadelen** zijn van de verschillende mogelijkheden waar u zorg kunt ontvangen (zie 5).

Kies de mogelijkheid met de **voordelen** die u het **belangrijkst** vindt.

Vermijd de mogelijkheid met de **nadelen** die u het **belangrijkst** vindt.

7. Toelichting: Wat doen de verschillende zorgverleners?

Neuroloog - Behandelt ziekten van de hersenen, het ruggenmerg en de zenuwen	**CVA-nazorgverpleegkundige** - Geeft informatie over de gevolgen van het CVA - Bespreekt mogelijkheden voor behandeling - Helpt u bij het regelen van de zorg - Vaak aanspreekpunt voor patiënt/naaste - Houdt contact met andere zorgverleners
Revalidatiearts - Behandelt mensen met beperkingen in het functioneren ten gevolge van een aandoening of ongeluk - Behandelt verhoogde spanning of stijfheid van spieren	
Specialist ouderengeneeskunde - Geeft zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen	**Huisarts / Praktijkondersteuner** - Geeft zorg om risico op hart- en vaatziekten te verlagen - Helpt u omgaan met uw ziekte en/of beperkingen - Vaak aanspreekpunt voor patiënt/naaste - Signaleert erger worden van klachten of problemen
Oefentherapeut / Fysiotherapeut - Doet oefeningen om beter te kunnen staan, lopen, opstaan, traplopen of om uw arm beter te gebruiken - Maakt samen met u een plan om uw conditie te verbeteren - Helpt bij leren lopen met een hulpmiddel - Helpt bij aanleren van handige vaardigheden	**Ergotherapeut** - Meet hulpmiddelen aan (bijv. spalk, rolstoel) - Geeft advies voor bewegen en aanpassingen in huis - Leert hoe u kunt omgaan met vermoeidheid, planningsproblemen en prikkelverwerking - Maakt eventueel samen met u een plan om weer te gaan werken
Logopedist - Doet oefeningen voor spreken, begrijpen van taal, lezen, schrijven - Geeft advies aan naasten over communicatie - Doet oefeningen om veilig te kunnen eten en drinken	**Wijkverpleegkundige** - Helpt bij lichamelijke verzorging
Psycholoog - Praat over gevoelens, ervaringen, gedachten, gedrag - Geeft adviezen voor aandacht, geheugen, initiatief nemen, planning	**Maatschappelijk werker** - Geeft advies over praktische hulp, bijv. welke hulp nodig is, verwijzing naar juiste instantie - Helpt u omgaan met uw ziekte en/of beperkingen - Helpt uw naasten omgaan met de veranderde situatie

Colofon

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

© Kennisnetwerk CVA Nederland, 2018

Bijlage 6. Tips voor het maken voorlichting en informatie

TIPS voor het maken voorlichting en informatie voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid en/of afasie

⇨ TAALNIVEAU B1

Sommige patiënten hebben moeite met het begrijpen van informatie; bijvoorbeeld laaggeletterden, mensen met lage gezondheidsvaardigheden en/of mensen met afasie. Informatie voor patiënten moet om die reden geschreven worden op **taalniveau B1 of lager**. Laaggeletterden zitten vaak op niveau A2 (korte zinnen, geen moeilijke woorden).Taalniveau B1 is het niveau dat mensen halen wanneer ze een inburgeringscursus voltooien. Het is eenvoudig Nederlands dat door ongeveer 80 procent van de Nederlanders begrepen wordt. Taalniveau B1 kenmerkt zich door het gebruik van veel voorkomende woorden en korte, eenvoudige en actieve zinnen. Er zijn 6 taalniveaus: niveau A1 is het laagste niveau en taalniveau C2 is het hoogste. Overheden, bedrijven en organisaties schrijven hun teksten meestal op taalniveau C1. Maar voor veel mensen zijn die teksten niet goed te begrijpen. Taalniveau B1, eenvoudig Nederlands, is niet alleen geschikt voor mensen met een lager opleidingsniveau. Ook hoger opgeleiden, professionals en ouderen lezen vaak liever teksten op taalniveau B1 dan op taalniveau C1. Een tekst op taalniveau B1 leest namelijk gemakkelijker en sneller.

<u>De belangrijkste kenmerken van teksten op taalniveau B1 zijn:</u>

- Duidelijke titel en tussenkoppen;
- Actieve schrijfstijl met voorbeelden;
- Eenvoudige woorden die iedereen kent;
- Korte en duidelijke zinnen.

Voorbeelden zijn:

- C1-niveau: Betreffende => B1-niveau: Over.
- C1-niveau: Creëren => B1-niveau: Ontwerpen, vormen, vormgeven, maken.
- C1-niveau: Prioriteit => B1-niveau: Voorrang, voorkeur.
- C1-niveau: Relevant => B1-niveau: Belangrijk.
- C1-niveau: Verstrekken => B1-niveau: Geven.

Twee tools om te checken of een tekst op B1 niveau is:
Accessibility Leesniveau Tool : https://www.accessibility.nl/kennisbank/tools/leesniveau-tool
Is het B1? (woordenchecker): http://www.ishetb1.nl/

⇨ DE INFORMATIE(MAP) VOOR PATIËNTEN

Samenstelling/structuur van de map

Helder structuren van informatie is een vereiste voor toegankelijke informatie voor laaggeletterden!

- ☐ Baseer de keuzes van de onderwerpen in de map op grond van de meest voorkomende vragen van patiënten/naasten en eventueel een behoeftepeiling.
- ☐ Maak een duidelijke indeling van de map met tabbladen en plaats op de verschillende tabbladen een korte, eenvoudige beschrijving van het onderwerp. Voorbeeld: (1) Revalidatie; wat is dat? (2) Wat kan u zelf doen? (3) Wie helpt u? Misschien een onderverdeling bij elk tabblad met onderwerpen als huishouden, bewegen, sociale contacten etc.
- ☐ Maak gebruik van herkenbare kleuren voor de verschillende onderwerpen.
- ☐ Biedt informatie stapsgewijs aan.
- ☐ Kies duidelijke titels die aangeven waar de tekst overgaat.

Vormgeving

- ☐ Zet de belangrijkste boodschap vooraan (laaggeletterden komen soms niet verder dan de 1e regels/alinea. (Concentratie voor tekstbegrip is snel op).
- ☐ Zorg voor een rustige, overzichtelijke lay-out (bladspiegel). Zorg voor voldoende witruimte om tekstblokken heen. Informatie moet makkelijk te vinden zijn.
- ☐ Plaats tekst eventueel in kolommen om te structuren.
- ☐ Gebruik bullets bij opsommingen.
- ☐ Gebruik goed contrasterende kleuren. Witte letters op een gekleurde achtergrond zijn vaak moeilijk leesbaar. Zwarte letters op een witte/lichte achtergrond zijn vaak het duidelijkst.
- ☐ Maak belangrijke tekst, telefoonnummers en tijden duidelijk herkenbaar in de tekst (groot en vetgedrukt).
- ☐ Vul teksten aan met duidelijke afbeeldingen. Test de afbeeldingen altijd met de doelgroep. Duidelijke foto's werken vaak beter dan tekeningen (abstractieniveau van tekeningen zorgt vaker voor verwarring juist bij laaggeletterden).
- ☐ Zorg dat beeldmateriaal aansluit bij de leefwereld van de doelgroep en niet multi-interpretabel is.
- ☐ Gebruik een duidelijk lettertype zoals Verdana of Arial, liefst 12 pts.
- ☐ Houd een gemiddelde zinslengte van liefst 10 woorden aan. Houd de zinnen zo eenvoudig mogelijk.
- ☐ Alinea's bestaan uit maximaal 5-10 zinnen. Gebruik duidelijke kopjes.
- ☐ Gebruik witregels tussen de alinea's.
- ☐ Lijn tekst links uit.
- ☐ Maak ook gebruik van pictogrammen, iconen en verwijs naar korte eenvoudige instructiefilmpjes (als die er zijn over CVA-revalidatie), die toegankelijk zijn voor de doelgroep laaggeletterden/lage gezondheidsvaardigheden of laat ze vooraf testen.

Inhoud

- ☐ Houd de inhoud kort en bondig. Zorg voor concrete, eenduidige heldere boodschappen.
- ☐ Gebruik actieve taal, dus 'de revalidatiearts onderzoekt u' in plaats van 'U wordt door de arts onderzocht'.
- ☐ Belangrijkste boodschap eerst (laaggeletterden lezen vaak niet alles en komen soms niet verder dan de 1e alinea).
- ☐ Probeer uit te gaan van de vraag/vragen van de lezer.
- ☐ Geef duidelijke <u>instructies,</u> puntsgewijs en in heldere taal. Bijvoorbeeld:

  Waarom moet ik meer bewegen?

  Bewegen is goed voor:

  - Spierversterking
  - Etc.

- ☐ Let op het abstractieniveau van de tekst/boodschap. Laaggeletterdheid gaat vaak hand in hand met een laag abstractieniveau. Met andere woorden: het is belangrijk om concrete voorbeelden te noemen. Heb het dus niet over een containerbegrip als 'de (revalidatie)zorg', maar wel over een veel gerichter woord als 'uw behandeling'.
- ☐ Moet je toch bepaalde moeilijke termen (vaktaal) gebruiken? Voeg dan een begrippenlijst toe. Hierin kun je een korte omschrijving/uitleg geven van moeilijke begrippen, die je echt in de tekst moet gebruiken (bijvoorbeeld: Cholesterol, bloeddruk, chronische ziekte etc.). De lezer kan deze lijst dan gebruiken als hij/zij moeilijke woorden tegenkomt.
- ☐ Sluit elk onderdeel af met een korte samenvatting (**vetgedrukt**), waarin ook een opsomming is opgenomen wat de patiënt/naaste nu kan doen (instructie) en wie hem/haar daarbij kan helpen.
- ☐ Voeg indien nodig een lijst met meest voorkomende vragen en antwoorden toe.
- ☐ Voeg indien nodig duidelijke, eenvoudige invullijsten/kalender toe als de patiënt/naaste dingen bij moet houden gedurende de dag (bijvoorbeeld activiteiten of vermoeidheid etc.).

Taalgebruik

- ☐ Gebruik alleen woorden die veel voorkomen, niet te lang zijn en een letterlijke betekenis hebben. **Zoekeenvoudigewoorden.nl** kan uitkomst bieden.
- ☐ Leg afkortingen altijd uit.
- ☐ Vermijd moeilijke woorden of leg ze uit (tussen haakjes).
- ☐ Kies ook in inhoudsopgave voor heldere taal voor de zoektermen. Zodat duidelijk is waar welke informatie te vinden is.
- ☐ Schrijf getallen in cijfers, niet in letters.
- ☐ Gebruik zo weinig mogelijk voegwoorden (omdat, want, maar).
- ☐ Gebruik geen lange, samengestelde zinnen met veel komma's. Kies dan voor losse zinnen.
- ☐ Gebruik geen woorden met een dubbele betekenis zoals beurs of kop of synoniemen.
- ☐ Vermijd abstracte woorden zoals globaal of niveau.
- ☐ Breek woorden niet af aan het einde van een zin, maar plaats ze op een nieuwe zin.
- ☐ Vermijd het gebruik van spreekwoorden.
- ☐ Licht onderwerpen die te moeilijk zijn om in eenvoudige taal in de informatiemap uit te leggen liever mondeling toe aan laaggeletterden.

Bijlage 7. Suggesties van zorgverleners om implementatie te bevorderen (op korte/lange termijn)

Per domein zijn de suggesties als volgt gerangschikt: De suggesties in het groen horen bij die factoren waar de meeste zorgverleners het het meest mee eens zijn (≥4,0) en die zij ook essentieel vinden voor implementatie (≥75%). Vervolgens de suggesties in het geel, horende bij factoren waar zorgverleners het minder mee eens zijn (<4,0), maar die wél essentieel zijn voor de implementatie (≥75%). In het blauw die suggesties bij factoren waar de meeste zorgverleners het het meest mee eens zijn (≥4,0), maar die ze minder essentieel vinden voor de implementatie (<75%). In oranje suggesties bij factoren die er niet toe doen (≤2,0, en/of≤25%).

Over zorgverlener en de organisatie	
Stelling #	• **Suggesties van zorgprofessionals**
8. Om 'Samen beslissen' goed te implementeren, is het nodig dat alle betrokken zorgverleners getraind worden in 'Samen beslissen'.	• *E-learning* • *In company* training • Regionale training (ontmoetingsplek) • Toepassing keuze-instrumenten
5. Om de implementatie van 'Samen beslissen te bevorderen, is het nodig dat in het MDO over vervolgbehandeling altijd de 'voorkeuren, wensen en zorgen' van de patiënt aan de orde komen.	• Brede aanpak, niet alleen CVA. • Goede voorbereiding op MDO: uitvraag voorkeuren door vast aanspreekpunt. • In een Knowledge brokers project
2. Ik moet mijn collega's er van overtuigen dat 'Samen beslissen' meerwaarde heeft. Quote: "Als je wat voorbeelden kan laten zien dan helpt dat om mijn collega's daarin mee te krijgen."	• Voorbeelden/casuïstiek verzamelen. • *Incompany* training • In elektronisch patiëntendossier
6. Zorgverleners in de 2e lijn vinden het moeilijk om goed zicht te hebben op de kwaliteit en inhoud van het aanbod voor CVA-patiënten in de 1e lijn. Wie zijn er deskundig? Welke zorg wordt er precies geboden? Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen voor de patiënt?	• Werkkaarten met opties van zorg • Overzicht van beschikbare expertise in de keten (sociale kaart)
12. Door een geluidsopname van een consult terug te luisteren, kan ik reflecteren op mijn eigen gespreksvoering in 'Samen beslissen' en mezelf verbeteren.	• In scholing.
1. Ik moet met mijn collega's afstemmen wie welke bijdrage levert in het proces van 'Samen beslissen'.	• Rolduiding samen beslissen bespreken • In (keten)overleg werkkaarten maken • Verslaglegging • Intervisie
7. Bij 'Samen beslissen' moet in de overdracht naar een andere zorgverlener ook gecommuniceerd worden over het doorlopen van het proces van 'Samen beslissen' en de uitkomsten daarvan.	• Digitale keuze-instrumenten
9. Door 'Samen beslissen' lever je als zorgorganisatie minder onnodige of overbodige zorg. Quote: "Als die patiënt de juiste keuze heeft gemaakt, is hij veel therapietrouwer, dus hebben we minder no show."	• Meerwaarde samen beslissen in media • In kwaliteitsstandaarden • Uitleg over 'tijdsinvestering' • Stimulans via zorgverzekeraars
4. Om 'Samen beslissen' tijdens de patiëntenreis goed te implementeren, is het nodig dat alle betrokken zorgverleners 'Samen beslissen' toepassen.	• Reflectie met zorgverleners • Opstellen keuze-instrumenten • Via professionals
16. Als de patiënt kiest voor een in mijn ogen mindere optie, dan bied ik toch steun. Ik vind het belangrijk om patiënten de ruimte	• Vermelden in elektronisch patiëntendossier

te geven. Quote: “Een mens mag ook in mijn ogen ‘verkeerde’ beslissingen nemen en daar heel gelukkig mee zijn.”	
13. Voor de implementatie van ‘Samen beslissen’ heb ik het nodig om regelmatig samen met mijn collega’s te reflecteren op onze consultvoering.	• In intervisie
11. Een interne ambassadeur is nodig om ‘Samen beslissen’ in mijn organisatie te implementeren.	• Projectmatig implementeren
10. Voor ‘Samen beslissen’ in de CVA-zorgketen, is het nodig dat zorgverleners elkaar persoonlijk kennen. Quote: “Als je weet naar wie je doorstuurt, dan is dat allemaal veel makkelijker.”	• Gezamenlijke scholing of bijeenkomsten • Afspraken in regionale netwerk
3. Mijn collega’s gaan er onterecht van uit dat ze ‘Samen beslissen’ al toepassen: ze zijn onbewust onbekwaam.	• In media agenderen • Gebruik maken van rolmodellen • Samen reflecteren op casussen
14. Het kost mij meer tijd dan ik verwachtte om ‘Samen beslissen’ in de praktijk toe te passen.	• Uitleg over tijd
17. CVA-patiënten hebben soms beperkt ziekte-inzicht. Als zij een ‘verkeerde’ keuze maken, steek ik daar een stokje voor. Dat is mijn verantwoordelijkheid als zorgverlener.	• Beter communiceren • Goede uitleg voor patiënt en naaste • Betrekken naaste
18. Mijn collega’s hebben te weinig tijd om ‘Samen beslissen’ in hun praktijk goed vorm te geven.	• Eventueel aankaarten bij zorgverzekeraars
15. Ik vind dat ik te weinig tijd heb om ‘Samen beslissen’ in mijn praktijk goed vorm te geven.	• Goede planning • Rolduiding
Over andere factoren	
19. Voor het verder implementeren van ‘Samen beslissen’, is het nodig dat zorgverleners enige tijd vrij maken om ‘Samen beslissen’ te oefenen en toe te passen.	• Intern verbeterproject starten • Organisatiebreed regelen • *Coaching on the job*
26. Het management moet voorwaarden scheppen voor het personeel om ‘Samen beslissen’ te leren en breder te implementeren.	• In missie organisatie • In regulier overleg • Aanstellen ambassadeur • Faciliteren scholing en oefentijd • Meerwaarde tonen aan personeel
21. De nieuwe privacyregels belemmeren ‘Samen beslissen’, omdat zij de mogelijkheden van informatieuitwisseling beperken.	• De patiënt/ naaste is beheerder
22. De cultuur in mijn organisatie belemmert de implementatie van ‘Samen beslissen’. Quote: “…omdat er toch wel een cultuur is van ‘mijn manier is beter’.”	• Training
25. Een groot verloop van zorgverleners met wie ik samenwerk, belemmert mij in de toepassing van ‘Samen beslissen’.	• Goede afstemming • Werken volgens dezelfde methode
24. Het financieringsmodel van de zorg werkt in de hand dat zorgverleners zich gedwongen voelen creatief om te gaan met de vergoedingsregels bij ‘Samen beslissen’. Bijv. een extra doel formuleren, omdat anders een behandeling in het revalidatiecentrum gestopt moet worden. Of indicatie taxivervoer iets anders formuleren zodat deze wel vergoed wordt.	• N.v.t.
20. Door het proces van ‘Samen beslissen’ goed te documenteren in het EPD, onderbouw je waarom je eventueel afwijkt van een	• Afspraken maken

zorgprotocol.	
23. Zorgverzekeraars moeten ook hun verantwoordelijkheid nemen voor de implementatie van 'Samen beslissen'. Ze kunnen bv. in hun inkoopproces kijken welke factoren belemmerend en bevorderend werken voor 'Samen beslissen' in de CVA-keten.	• In gesprek met zorgverzekeraars
27. De patiënt die uit het revalidatiecentrum ontslagen wordt naar de eerste lijn, is in zijn keuzevrijheid voor 'zorgdichtbijhuis' onterecht belemmerd door het financieringssysteem.	• Sociale kaarten/werkkaarten • Voorkom verkeerde bedbezetting
Over 'Samen beslissen' zelf	
Stelling #	**• Suggesties van zorgprofessionals**
33. Om 'Samen beslissen' te kunnen toepassen, is het noodzakelijk dat ik begrijpelijke taal gebruik.	• Bewust worden van jargon • Inzicht in gezondheidsvaardigheden. • Behandelplan en keuze-instrumenten in begrijpelijke taal voor patiënt/naaste • Leren communiceren en oefenen • Toepassen *teachback*
34. Om 'Samen beslissen' te kunnen toepassen, is het noodzakelijk *teach back* toe te passen.	• Bewustwording • In training
38. Door 'Samen beslissen' wordt helder wat de intrinsieke motivatie van de patiënt is.	• Tijd nemen
31. Ik vind het ingewikkeld om de uitleg over mogelijkheden van behandeling neutraal te presenteren, als ik deze niet geheel gelijkwaardig vind.	• Kracht van de eigen expertise • Acceptatie van andere keuze • Transparantie over evidentie • Eenduidige werkkaarten met kenmerken i.p.v. voor- en nadelen • Oefenen, feedback krijgen, gesprekken terugluisteren en reflecteren
28. De kern van 'Samen beslissen' is om de behandeling meer gericht te laten zijn op de doelen van de patiënt. Quote: "Wanneer je helder hebt wat een patiënt wil, weet je beter welke behandelingen tot de mogelijkheden behoren"	• Inbedden in RAPP-methodiek • In training: leren doelen stellen • Goed luisteren naar de patiënt
30. Ik vind het lastig om met de patiënt te bespreken welke rol zij/hij kan innemen bij het proces van 'Samen beslissen'. Quote: "Ik weet nog niet goed hoe ik met de patiënt kan bespreken welke rol zij wil of kan innemen."	• Training (*on the job*) • Open houding naar patiënt
39. 'Samen beslissen' is geen nieuwe methode; we deden het impliciet al. Alleen is er nu een theoretisch raamwerk voor.	• Bewust zijn paternalistische methode • Zelfreflectie • Kwaliteit van leven als uitgangspunt i.p.v. beperkingen
37. 'Samen beslissen' leidt tot betere therapietrouw. "Ga je op die manier een schoentraject in, dan gaan ze die schoenen ook echt dragen."	• Boodschap uitdragen (toename therapietrouw én uitleg over alternatieven) • Oog hebben voor de veranderingen die de patiënt laat zien daarvoor zelf meer actie ondernemen in uitproberen opties etc.
35. 'Samen beslissen' levert leukere gesprekken op.	
40. Toepassen van 'Samen beslissen' blijkt toch lastiger dan ik in	• In training

eerste instantie dacht. Nu ik er bewust mee omga, merk ik toch dat ik niet altijd alle vijf stappen goed toepas. Ik ben bewust onbekwaam geworden.	
36. Samen beslissen lijkt wat meer tijd te kosten, maar ik heb geen extra gesprekken nodig gehad om samen met de patiënt een beslissing te nemen.	• Boodschap uitdragen • Binnen team afspreken wie opties uitwerkt. Voorwerk door aanspreekpunt
32. 'Samen beslissen' kost mij te veel tijd. Quote: "Je moet er met een patiënt echt goed voor gaan zitten. Het kost veel tijd."	• Uitleg over tijd (therapietrouw) • Management biedt ruimte
29. Je moet leren herkennen op welk moment in het zorgproces van een individuele patiënt je 'Samen beslissen' moet toepassen. Quote: "In de praktijk is samen beslissen toch lastig; in welke situatie is er sprake van een voorkeursgevoelige beslissing?"	• Bewustwording • Scholing en reflectie
Over de patiënt en de naaste	
Stelling #	**• Suggesties van zorgprofessionals**
49. De naaste van een CVA-patiënt speelt bij 'Samen beslissen' een grote rol	• Betrek altijd de naaste • Mantelzorgavonden
45. CVA-patiënten willen niet meebeslissen, omdat ze geen verantwoordelijkheid willen dragen.	• Uitgangspunt voor zorg
41. De acute fase van de CVA zorg leent zich niet voor 'Samen beslissen'.	• Per situatie bekijken wat mogelijk is
43. Implementatie van 'Samen beslissen' moet je juist ook via patiënten en naasten op gang brengen (bottom-up). Dat zij bij zorgverleners om 'Samen beslissen' vragen. Bijv. dat patiënt/naaste uit zichzelf de zorgverlener vraagt naar andere opties, naar voor- en nadelen van de opties, of dat ze zelf hun waarden vertellen om een goede keuze te kunnen maken.	• Via patiëntenorganisaties • Gebruik keuze-instrumenten • Voorlichting over samen beslissen
50. Door 'Samen beslissen' komt het leven van patiënten meer centraal te staan.	• Kwaliteit van leven centraal zetten
48. In de chronische fase kunnen bijna alle CVA-patiënten meebeslissen over de zorg.	• Mantelzorg kan altijd
42. 'Samen beslissen' is lastig wanneer ik twijfel over de wilsbekwaamheid van een patiënt.	• Betrekken van een naaste • Intervisie
51. Implementatie van 'Samen beslissen' moet je juist ook via patiënten en naasten op gang brengen. Zij moeten expliciet gaan kiezen voor een zorgorganisatie of zorgprofessional waar ruimte is voor samen beslissen.	• In media aandacht geven
44. Ik vind het makkelijk in te schatten welke rol een patiënt kan innemen bij 'Samen beslissen' gedurende het herstelproces. Quote: "Soms begint het met hele kleine keuzes, wil je frambozenlimonade of citroenlimonade…je kan de patiënt weer laten wennen aan het nemen van beslissingen."	• Bewust zijn dat patiënt een steeds andere rol kan hebben bij samen beslissen • Geef iemand zo veel mogelijk de regie
47. CVA-patiënten worden belemmerd door het hersenletsel: door cognitieve problemen kunnen ze niet meebeslissen.	• Blijf per patiënt zoeken naar wat kan • Betrek de naaste
46. CVA-patiënten willen niet meebeslissen, omdat ze vinden dat ik als zorgverlener weet wat de beste beslissing is.	• Een zorgverlener moet de patiënt ondersteunen hierin