

KADERNOTITIE

Samen Beslissen in het verpleegkundig domein

Versie 2 • Datum: 01-07-2022

Ruth Pel-Littel, senior adviseur en onderzoeker, Vilans
Alice Bakker, onderwijsadviseur Scholing en Opleiding, Samen Beslissen, V&VN

In opdracht van V&VN, gefinancierd vanuit het programma Uitkomstgerichte Zorg, deelproject Samen Beslissen, Scholing en Opleiding. Deelnemende organisaties zijn FMS, NFU, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN.



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Inleiding.....	4
2 Samen Beslissen.....	7
3 Samen Beslissen in het verpleegkundig domein	13
4 Samen Beslissen in relatie tot andere belangrijke thema's in de verpleegkunde.....	16
Literatuur algemeen	20
Bijlage 1 Competentieset Samen Beslissen.....	22
Bijlage 2 Toelichting modellen Samen Beslissen.....	23

Voorwoord

Deze notitie heeft als doel opleiders in het verpleegkundig domein (werkveld en schoolse omgeving) te informeren over de wijze waarop Samen Beslissen kan worden geïntegreerd in het initieel onderwijs en in vervolgopleidingen (mbo, hbo en wo). Dit doen we door modellen en processtappen te vergelijken met actuele concepten in het verpleegkundig domein. Het is de wens dat de toelichting opleiders in het werkveld en de onderwijsinstelling ondersteunt in het integreren van Samen Beslissen in curricula en begeleidingsvormen.

De notitie is tot stand gekomen op basis van een korte websearch en feedback van een brede klankbordgroep afkomstig uit wetenschap en onderwijs, bestaande uit experts in de verschillende concepten en modellen. Uit deze brede inventarisatie met de hulp van experts blijkt dat het thema Samen Beslissen door velen wordt omarmd. Het wordt als passend binnen het verpleegkundig en verzorgend beroep beschouwd, maar het roept nog wel discussie op over definiëring en over de relatie met bestaande concepten.

De inhoud van deze notitie is tot stand gekomen op basis van keuzes met betrekking tot het programma Uitkomstgerichte Zorg en soms op basis van de meerderheid van stemmen binnen de klankbordgroep. We nodigen collega's uit het gesprek over Samen Beslissen aan de verschillende tafels in het onderwijs, de wetenschap en het werkveld te blijven voeren en met nieuwe uitkomsten deze notitie te blijven aanvullen op inhoud en uiteraard met passende onderwijsmaterialen. Deze notitie richt zich voornamelijk op de verpleegkundigen beroepsgroep met daarbij de aanvulling dat Samen Beslissen samenspel is van de verschillende zorgverleners, artsen én verpleegkundigen. Het is niet alleen de verpleegkundige die dit moet leren.

Graag willen wij de vele collega's bedanken die aan de inhoud van deze notitie hebben bijgedragen. Uit hun reacties, die voortkomen uit verschillende deskundigheidsgebieden van het werkveld, de wetenschap en het onderwijs, blijkt dat Samen Beslissen van belang is voor het verpleegkundig en verzorgend beroep. Dat geldt voor zowel leiderschap, ondersteuning van de patiënt als interdisciplinaire samenwerking.

Ruth Pel-Littel en Alice Bakker

Utrecht, april 2022

1 Inleiding

Samen Beslissen is niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg van vandaag. In landelijke campagnes, op websites van ziekenhuizen en patiëntorganisaties: overal kom je het begrip 'Samen Beslissen' tegen. En iedereen doet het, alhoewel, dat zeggen zorgverleners vaak. De werkelijkheid is echter weerbarstiger, want patiënten¹ en hun naasten ervaren lang niet altijd dat zij betrokken worden bij het nemen van besluiten over zorg en behandeling. Dat blijkt ook uit het doelgroepenonderzoek naar Samen Beslissen onder zorgverleners en zorggebruikers (2) en uit de ledenpeiling over Samen Beslissen onder verpleegkundigen (3). Tegelijkertijd wordt gezien dat bijna alle zorgverleners en bijna alle patiënten wel graag willen dat samen beslist wordt (4). Echter, een passende wijze van Samen Beslissen vinden, is vaak nog een uitdaging. Omdat Samen Beslissen niet vanzelf gaat, is het van belang om kennis van en vaardigheden voor Samen Beslissen expliciet in het onderwijs te verankeren.

Persoonsgerichte zorg vraagt om Samen Beslissen

Beslissingen over gezondheid zijn in de loop der jaren steeds complexer geworden. Er zijn steeds vaker meerdere behandelmogelijkheden, soms met een grotere behandellast. Daarnaast wordt de zorg steeds persoonsgerichter, wat betekent dat de context en voorkeuren van de individuele patiënt een grotere rol zijn gaan spelen bij het nemen van beslissingen. Met andere woorden, ook van patiënten wordt veel verwacht als het gaat om Samen Beslissen. Echter, adequate ondersteuning van patiënten bij Samen Beslissen is essentieel. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het bewaken van de kwaliteit van de besluitvorming en dienen erop toe te zien dat de patiënt betrokken wordt bij Samen Beslissen (5).

Bij de omslag van een ziektegerichte benadering naar een persoonsgerichte benadering staan niet langer ziektespecifieke uitkomsten zoals bloeddruk, ontstekingswaarden en uitkomst van een scan centraal, maar juist persoonsgerichte uitkomsten, zoals een goede kwaliteit van leven, sociale contacten kunnen onderhouden en behoud van zelfstandigheid. Professionals in de gezondheidszorg richten zich dus steeds meer op de zieke in plaats van de ziekte en juist verpleegkundigen vormen de beroepsgroep bij uitstek om hieraan invulling te geven. Ook in *evidence-based practice* (EBP), de hoeksteen van verpleegkundig handelen, hebben de voorkeuren van de patiënt een duidelijke plek naast ervaring en resultaten van onderzoek. Samen Beslissen biedt handvatten om persoonsgerichte zorg in de praktijk vorm te geven.

Daarom is het de hoogste tijd om te verkennen hoe Samen Beslissen in het verpleegkundig domein vorm krijgt. Het uiteindelijke doel van deze notitie is om handvatten aan te reiken voor de implementatie van Samen Beslissen in de verpleegkundige beroepspraktijk en in het initieel en postinitieel onderwijs. In het kader hiervan wordt deze notitie meegenomen in de uitwerking van het programma Uitkomstgerichte Zorg met betrekking tot het onderwijs.

¹ Daar waar 'patiënt' staat kan ook 'cliënt' worden gelezen.

Unieke rol van verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in Samen Beslissen

Samen Beslissen vindt niet alleen in de spreekkamer plaats, maar op vele momenten in het zorgtraject en met vele soorten professionals. Verpleegkundigen hebben verschillende rollen in Samen Beslissen. Veel beslissingen hebben te maken met de dagelijkse zorg en ondersteuning waarover verpleegkundigen samen met hun patiënten beslissen. Aanvullend hierop hebben met name verpleegkundig specialisten ook een behandelrelatie met hun patiënten en zij beslissen samen met de patiënt en diens naasten over bepaalde medische behandelingen. Ook wanneer sprake is van complexe behandelbeslissingen, waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, hebben verpleegkundigen een unieke en belangrijke rol in het gehele proces van Samen Beslissen. Verpleegkundigen hebben op basis van hun rol en taken intensief contact met patiënten en diens naasten, zijn laagdrempelig benaderbaar, bouwen veelal een vertrouwensrelatie met de patiënt op en hebben aandacht voor alle aspecten van het leven van de patiënt. Dit maakt verpleegkundigen bij uitstek geschikt om samen met de patiënt te achterhalen wat belangrijke doelen en waarden voor de patiënt zijn. Daarnaast signaleren verpleegkundigen door hun intensieve contact met de patiënt vroegtijdig mogelijke veranderingen of problemen waarover een beslissing moet worden genomen, hebben zij een rol in het informeren van patiënten over voorgestelde behandelopties en bijwerkingen, en faciliteren zij activiteiten die nodig of gewenst zijn om tot de best passende beslissing te komen, bijvoorbeeld een extra gesprek als blijkt dat de patiënt daar behoefte aan heeft. Ten slotte hebben verpleegkundigen vaak een belangrijke rol in de communicatie met andere disciplines en het afstemmen van de zorg. In bijlage 1 staan de competenties vermeld die passen bij Samen Beslissen.

Samen Beslissen in verpleegkundig onderwijs

Voor het programma Uitkomstgerichte Zorg is recent onderzocht in hoeverre Samen Beslissen is opgenomen in het curriculum van Nederlandse opleidingen. Het blijkt dat Samen Beslissen in 24% van de opleidingsplannen van de medische en verpleegkundige vervolgoopleidingen expliciet wordt benoemd. In de opleidingsplannen voor de initiële opleiding komt Samen Beslissen niet (12%), algemeen (38%) of onduidelijk (26%) terug. Samen Beslissen is vaak verweven in andere vakken als communicatie, beroepshouding en ethiek. De conclusie is dat in zowel de basis- als de vervolgoopleidingen nog veel kansen liggen om het lesaanbod voor verpleegkundigen beter toe te spitsen op de expliciete rol van verpleegkundigen in Samen Beslissen, zowel in het verpleegkundig domein als in het interprofessionele team; in het [Onderzoek RegioPlan/Nivel](#) wordt dit nader toegelicht.

Doel van deze notitie

Het doel van deze notitie is om opleiders handvatten te bieden om Samen Beslissen in te bedden in het curriculum. Daartoe is het van belang eerst stil te staan bij het begrip Samen Beslissen en de processtappen om tot Samen Beslissen te komen (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt beschreven welke verschillende rollen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten met betrekking tot Samen Beslissen in het zorgproces hebben (hoofdstuk 3). Daarna wordt ingegaan op de samenhang tussen Samen Beslissen en andere belangrijke begrippen die in het verpleegkundig onderwijs centraal staan, zoals persoonsgerichte zorg, zelfmanagement, EBP, *advance care planning*, het concept Positieve Gezondheid en verpleegkundige classificatiesystemen (hoofdstuk 4). Het uiteindelijke doel is opleiders te inspireren om Samen Beslissen een plek te geven in het huidige en het toekomstige curriculum. Hiermee wordt beoogd Samen Beslissen explicieter zichtbaar te maken en te positioneren in het verpleegkundig onderwijs.

2 Samen Beslissen

Wat is Samen Beslissen?

Elwyn, een van de internationale grondleggers van Samen Beslissen, ook wel *shared decision-making*, gezamenlijke besluitvorming of gedeelde besluitvorming genoemd, definieerde Samen Beslissen als "een proces waarin beslissingen gezamenlijk worden genomen, waarbij betrouwbare informatie over verschillende opties op een toegankelijke manier wordt gedeeld, met name in situaties waarin persoonlijke omstandigheden en overwegingen van patiënten en hun families een belangrijke rol spelen bij beslissingen" (6).

Waarom is Samen Beslissen belangrijk?

Als zorgverleners samen met hun patiënten beslissingen nemen, leidt dat tot:

- ✓ beslissingen die aansluiten bij wat patiënten belangrijk vinden;
- ✓ beter geïnformeerde patiënten;
- ✓ beter begrip van eventuele risico's bij de patiënten;
- ✓ patiënten die zich zekerder over de genomen besluiten voelen;
- ✓ patiënten die meer gemotiveerd zijn om de behandeling, therapie of interventie te volgen.

(7, 8)

Daarnaast ervaren zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen:

- ✓ dat de relaties met patiënten en hun naasten betekenisvoller zijn;
- ✓ dat ze zorg verlenen die gericht is op kwaliteit van leven;
- ✓ dat ze meer van betekenis zijn in hun werk;
- ✓ dat ze meer werkplezier hebben (9);
- ✓ dat ze meer tevredenheid van hun werk ondervinden.

Wat maakt Samen Beslissen soms ingewikkeld?

Iedere patiënt is anders, heeft andere wensen en doelen in het leven en ervaart ziekte en/of behandeling op een andere manier. De persoonlijke omstandigheden en overwegingen van patiënten en hun families zijn van belang bij het nemen van besluiten, maar ook de professionele kennis van de zorgverleners speelt een belangrijke rol. De zorgverlener dient bijvoorbeeld uit te leggen welke reële behandelopties er in een specifieke situatie zijn. Daarbij is het soms zoeken naar de balans tussen de gezondheidssituatie en behandelmogelijkheden en de wensen en voorkeuren van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat zorgverleners niet altijd goed inschatten wat de prioriteiten van hun patiënten zijn en er tevens niet expliciet naar vragen en op doorvragen. Zo richten zorgverleners zich vaak op pijnbestrijding, terwijl ouderen bijvoorbeeld zelfstandig kunnen functioneren het allerbelangrijkste vinden (10, 11). Wanneer er meerdere aandoeningen of problemen spelen, is het lastiger om te bepalen waarover beslist moet worden. Het 'stapelen' van vaak ziektespecifieke richtlijnen is onwenselijk, bijvoorbeeld omdat richtlijnen voor verschillende aandoeningen elkaar soms kunnen tegenspreken (12). Bovendien zijn

richtlijnen voornamelijk opgesteld vanuit het perspectief van de ziekte of aandoening en houden deze weinig rekening met individuele waarden en voorkeuren van patiënten. De vertaling van *dé* patiënt naar *déze* patiënt dient nog plaats te vinden. Daarnaast is bij taalbarrières, culturele verschillen en beperkte gezondheidsvaardigheden een extra inspanning vereist om 'samen te begrijpen', voorafgaand aan Samen Beslissen. Persoonsgerichte zorg betekent dat het perspectief van de patiënt centraal staat en dat betekent dat Samen Beslissen in elke situatie anders zal verlopen, omdat niet alleen persoonlijke omstandigheden en overwegingen tussen patiënten verschillen, maar ook beslisvaardigheden van zowel patiënten als zorgverleners verschillen. Bij kwetsbare patiënten zijn naasten vaak betrokken bij de besluitvorming, enerzijds om de patiënt te helpen bij het verwoorden van de klachten en het begrijpen van de verkregen informatie, en anderzijds omdat naasten vaak de belangrijkste informele zorgverlener zijn en hun eigen visie en voorkeuren hebben ten aanzien van de situatie. Dat laatste kan Samen Beslissen extra complex maken (zie figuur 1). Ten slotte kunnen ook in het multidisciplinaire team verschillende (individuele) perspectieven, belangen en rollen voorkomen ten aanzien van de besluitvorming.

Wat maakt samen beslissen ingewikkeld?



Meerdere aandoeningen

→ soms tegenstrijdige richtlijnen



Driehoek cliënt, naaste en zorgverlener

→ 3 perspectieven met eigen mening



Levens einde bespreekbaar maken

→ gevoelig en ingewikkeld



Multiculturele verschillen

→ taal en culturele barrières bemoeilijken gesprekken



Kwaliteit van leven

→ voor iedereen anders



Multidisciplinair team

→ verschillende belangen

Fig. 1. Complexiteit van Samen Beslissen

Gespreksmodel voor Samen Beslissen

Er zijn meerdere modellen voor Samen Beslissen. Veel modellen komen voort uit een ander model en sommige zijn toegespitst op bepaalde doelgroepen, in de bijlage wordt dit nader uitgewerkt (Bijlage 2). In een model voor Samen Beslissen zijn de stappen weergegeven die de zorgverlener met de patiënt doorloopt om samen tot een besluit te komen. De meeste van de huidige modellen die in Nederland gebruikt worden, zijn gebaseerd op het driestappenmodel van Elwyn uit 2012 (herzien in 2017) (6). Vanuit het programma Uitkomstgerichte Zorg is het advies het vier stappen model als basis te gebruiken, zie de toelichting in bijlage 2. Voor patiënten met chronische aandoeningen benadrukt Elwyn nog extra het belang van het bespreken van doelen; dit noemt hij 'Doelgericht Samen Beslissen' (13). Het gespreksmodel voor Samen Beslissen is weergegeven in Figuur 1 en in de tekst eronder worden de drie stappen nader toegelicht.

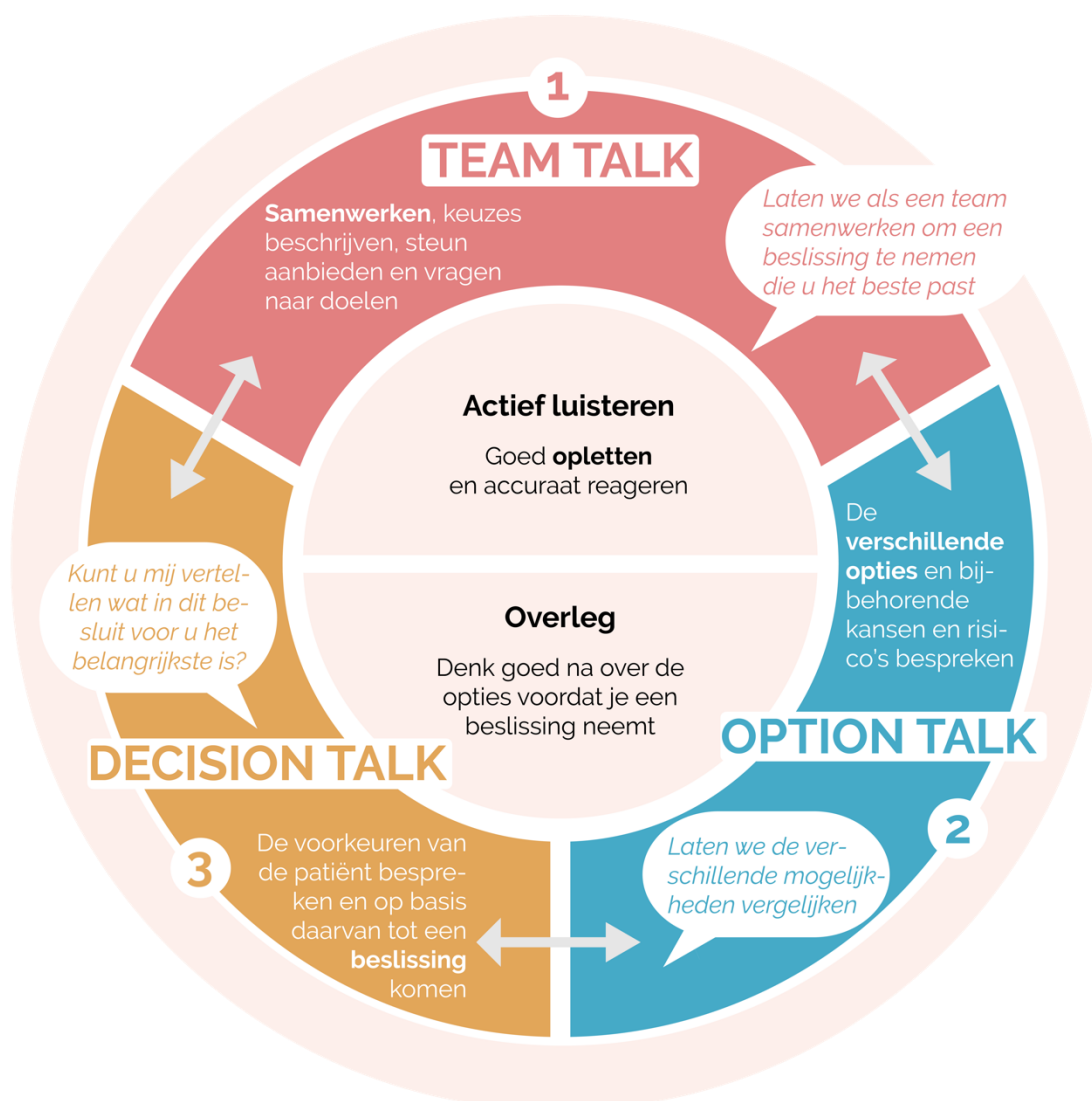


Fig. 2. Gespreksmodel Samen Beslissen

TEAM
TALK

Samenwerken, keuzes beschrijven, steun aanbieden en vragen naar doelen: "Laten we als een team samenwerken om een beslissing te nemen die u het beste past"

De zorgverlener dient met de patiënt te bespreken dat er een gezondheidsprobleem is en dat er meerdere mogelijkheden zijn voor behandeling en zorg. Dat naast de professionele kennis van de zorgverlener besproken wordt wat de patiënt van zijn of haar persoonlijke situatie weet of vindt en wat voor hem of haar belangrijk is. Daarnaast dient te worden uitgelegd dat de zorgverlener samen met de patiënt tracht te komen tot een afgewogen besluit. De zorgverlener dient de patiënt te vragen wat belangrijke waarden voor hem of haar zijn. Denk hierbij aan levensvisie, religie en cultuur. Bij een patiënt in geval van chronische aandoeningen wordt gevraagd naar zijn of haar doelen. Denk hierbij aan vragen als: Waar wilt u minder last van hebben (symptoomdoelen)? Wat wilt u (weer) kunnen doen (functionele doelen)? Waar hoopt u op (levensdoelen)? Vervolgens vat de zorgverlener samen wat tot dan toe besproken is en leg de patiënt uit dat hij of zij een keuze heeft. Het is van belang duidelijk te maken waar de keuze uit bestaat en het belangrijkste behandeldoel te formuleren. Van belang in dit proces om te bepalen of de patiënt in staat is om deel te nemen aan het proces van Samen Beslissen. Zo niet, na te gaan wie kan meebeslissen namens de patiënt? Een mantelzorger? De partner van de patiënt? Wie zou een goede besluitvormingspartner zijn?

Hulpmiddelen om doelen met patiënten te bespreken:

Er zijn verschillende hulpmiddelen om patiënten te helpen voor zichzelf in kaart te brengen hoe zij hun gezondheid ervaren, wat zij daarbij belangrijk vinden en welke doelen zij voor zichzelf voor ogen hebben. Sommige hulpmiddelen dienen door de patiënten zelf ingevuld te worden, voorafgaand aan een Samen Beslissen-gesprek. Andere hulpmiddelen worden samen met de patiënten doorgenomen tijdens een Samen Beslissen-gesprek.

- ✓ Vragenlijst ter voorbereiding voor consult: [Samen Beslissen-vragenlijst TOPICS-SF](#)
- ✓ Gesprekshulp om te ondersteunen bij Samen Beslissen bij complexe zorgsituaties: Doelenschuif / Outcome Prioritization Tool (1)
- ✓ Gespreksinstrument om de eigen gezondheidssituatie te verkennen. [Positieve Gezondheid \(Spinnenweb\)](#)
- ✓ Digitale vragenlijst om te verkennen wat voor een persoon van belang is in zijn of haar leven. <https://watertoedoet.info/>
- ✓ <https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl/>
- ✓ <https://www.thuisarts.nl/keuzehulp/verken-uw-wensen-voor-zorg-en-behandeling>

OPTION
TALK

De verschillende opties en bijbehorende kansen en risico's bespreken: "Laten we de verschillende mogelijkheden naast elkaar leggen en vergelijken"

De zorgverlener dient aan hand van het behandeldoel aan te geven wat de opties zijn en bespreekt de voor- en nadelen van elke optie door de volgende vragen te beantwoorden:

- ✓ Wat is de mogelijke winst?
- ✓ Wat zijn de risico's?
- ✓ Wat betekent de optie voor de belasting en belastbaarheid van de patiënt?

Vervolgens bespreekt de zorgverlener de voorkeuren van de patiënt. Observeert zijn of haar reacties en benoemt deze. Deze fase kan zo nodig een aantal keren worden doorlopen totdat de patiënt klaar is om een beslissing te nemen. Alhoewel deze niet als officiële 'talk' of stap is opgenomen, wordt in de tekst wel over een mogelijk 4^e talk of stap gesproken door Elwyn et al. de stap van choice talk of preference talk, waardoor er ook dan 4 stappen in totaal zijn.

In onderstaande figuur is worden de vier stappen uitgebeeld in relatie tot de talks.



Fig. 3 Vierstappen model.

*Gebaseerd op het 3-talk model van Elwyn (2017)

Keuzehulpen:

Keuzehulpen helpen professionals en patiënten om samen de juiste behandeling te kiezen. Een goede keuzehulp geeft betrouwbare medische informatie over behandelingen en de voor- en nadelen ervan én sluit aan bij de behoeften van de patiënt. Keuzehulpen kunnen onder andere gevonden worden op:

- ✓ <https://www.thuisarts.nl/>
- ✓ <https://consultkaart.nl/>
- ✓ <https://zorgkeuzelab.nl/>
- ✓ <https://patientplus.info/>
- ✓ <https://www.med-decs.org/nl/>



De voorkeuren van de patiënt bespreken en op basis daarvan tot een beslissing komen: “Kunt u mij vertellen wat in dit besluit voor u het belangrijkste is?”

De zorgverlener gaat na of de patiënt al een voorkeur voor een behandeling heeft op basis van de informatie die tot dan toe is gegeven. Het is van belang de patiënt te ondersteunen met het wegen van alle voors en tegens van de verschillende behandelingen. Dit kan door de volgende vragen proberen te beantwoorden: Hoe passen de verschillende behandelingen bij de behandeldoelen die eerder zijn geformuleerd? Wat zijn de effecten van de behandeling op het dagelijks leven van de patiënt? Als een patiënt al een voorkeur heeft, is het bovendien van belang om te checken waar die voorkeur vandaan komt en of de onderliggende aannames kloppen.

Vervolgens dient de zorgverlener te vragen of de patiënt er klaar voor is om een beslissing te nemen. Misschien heeft de patiënt meer tijd nodig of heeft hij of zij nog vragen. Misschien wil de patiënt de beslissing thuis nog met anderen bespreken. Formuleer daarom samen het besluit. Niet elke patiënt wil of kan zelf de beslissing nemen. Het kan zijn dat de patiënt liever heeft dat de zorgverlener het besluit neemt. Benoem deze mogelijkheid dan expliciet en sluit aan bij de waarden en doelen van de patiënt.

Tot slot gaat de zorgverlener na of het voor de patiënt duidelijk is welk besluit genomen is, bijvoorbeeld door de patiënt te vragen om het besluit in eigen woorden te herhalen. Vraag ook of de patiënt tevreden is met het besluit. Staat de patiënt, of de mantelzorger, erachter? Zo niet, ga dan terug naar een eerdere stap. Zo ja, stel dan op basis van het genomen besluit het behandel- of verpleegplan op.

3 Samen Beslissen in het verpleegkundig domein

In het beroepsdomein van verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten kunnen verschillende rollen ten aanzien van Samen Beslissen onderscheiden worden, te weten de rol van primaire zorgverlener, de rol van besliscoach en de rol van zorgverlener in de interprofessionele samenwerking binnen de zorgverlening. Deze rollen worden vaak tegelijkertijd vervuld. Een thema dat hierin niet is opgenomen en dat mogelijk een relatie heeft met Samen Beslissen en de rollen van de verpleegkundige en verpleegkundig specialist, is het thema van zeggenschap en leiderschap. In onderstaande tabel worden de drie rollen nader toegelicht.

<p>Samen Beslissen over verpleegkundige interventies</p>	<p>Hierbij is de verpleegkundige of verpleegkundig specialist de primaire zorgverlener die samen met de patiënt besluit over zorg en/of behandeling binnen het verpleegkundig domein. De verpleegkundige doorloopt samen met de patiënt de verschillende stappen van Samen Beslissen.</p>
<p>Samen Beslissen in het interprofessionele domein</p>	<p>Bij complexe zorgsituaties en in de acute zorg komt het vaker voor dat meerdere disciplines bij een patiënt betrokken zijn en dat de arts of de verpleegkundig specialist degene is die de beslissing samen met de patiënt neemt. De input van elke discipline is van belang wanneer samen met de patiënt beslist wordt.</p> <p>Hierbij is sprake van de volgende aandachtspunten voor de verpleegkundige discipline:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De verpleegkundige en de verpleegkundig specialist zijn de zorgverleners die het meest intensieve contact met de patiënt en zijn of haar familie hebben. Hierdoor signaleren zij vaker dan andere zorgverleners de problemen die patiënten ervaren en met hen delen patiënten ook eerder hun zorgen en problemen dan met andere zorgverleners. Door die informatie in te brengen in het interprofessionele team, wordt de probleemanalyse getoetst en aangevuld (14-16). ○ Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zijn sterk gericht op kwaliteit van leven en zijn ook gewend om het hierover met patiënten te hebben, in het bijzonder als onderdeel van advance care planning (15). Wanneer patiënten al met verpleegkundigen over hun levensdoelen en waarden hebben gesproken, is het eenvoudiger om tot een keuze voor het uiteindelijke behandeldoel te komen.

- Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zijn belangrijke partners in het interprofessionele team om inzicht te krijgen in de personen die vanuit patiëntenperspectief betrokken moeten worden bij de besluitvorming. Vanwege de anamnese en heteroanamnese heeft een verpleegkundige vaak het meeste inzicht in de situatie van de patiënt en de naasten van de patiënt die mogelijk een rol hebben in de besluitvorming.
- Soms hebben patiënten niet precies begrepen wat de arts of verpleegkundig specialist heeft verteld over de voor- en nadelen van de verschillende opties. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten kunnen hierin veel betekenen door de betreffende informatie in begrijpelijke taal te herhalen (14).

De verpleegkundige als besliscoach

Hierbij bewaakt de verpleegkundige of verpleegkundig specialist de kwaliteit van het proces van Samen Beslissen. De verpleegkundige of verpleegkundig specialist verifieert of de patiënt voldoende betrokken is, wie eventueel nog meer erbij betrokken moeten worden en of iedereen hetzelfde beeld heeft van datgene waarover besloten moet worden.

In het Ottawa Decision Support Framework (5) wordt de rol van **besliscoach**, die de verpleegkundige aanneemt om de patiënt voor te bereiden op en te begeleiden bij Samen Beslissen, uitgewerkt in de volgende vier taken:

1. achterhalen wat de patiënt nodig heeft om te kunnen beslissen:
 - a) Welke onzekerheden of twijfels heeft de patiënt?
 - b) Welke kennis heeft de patiënt?
 - c) Wat zijn de waarden van de patiënt?
 - d) Welke ondersteuning heeft de patiënt nodig?
2. de patiënt ondersteunen naar zijn behoefte, bijvoorbeeld door coaching of het aanbieden van keuzehulpen;
3. het proces van Samen Beslissen monitoren en faciliteren;
4. achterhalen wat de implicaties van een beslissing zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van therapietrouw, motivatie, haalbaarheid en belastbaarheid van de patiënt.

De verpleegkundig specialist heeft een vierde rol in de zorgverlening aan de individuele patiënt, dat is de rol van primaire zorgverlener bij het vaststellen van het behandelbeleid.

**Samen Beslissen
binnen een
specifiek medisch
expertisegebied
en een specifieke
werkomgeving**

Hierbij is de verpleegkundig specialist de primaire zorgverlener, die samen met de patiënt besluit over behandeling binnen een specifiek medisch expertisegebied en een specifieke werkomgeving. De verpleegkundig specialist doorloopt samen met de patiënt de verschillende stappen van Samen Beslissen.

4 Samen Beslissen in relatie tot andere belangrijke thema's in de verpleegkunde

Samen Beslissen is veelal verweven met een aantal thema's waarmee de verpleegkundige beroepsgroep dagelijks te maken heeft en maakt als zodanig al deel uit van het onderwijscurriculum. In onderstaande tabellen wordt beschreven hoe Samen Beslissen zich tot deze thema's verhoudt.

Belangrijke thema's in de verpleegkunde	Relatie tot Samen Beslissen
<p>Persoonsgerichte zorg Bij persoonsgerichte zorg gaat het om zorg die aansluit bij de persoonlijke situatie, behoeften en voorkeuren van de patiënt.</p>	<p>Zorg is persoonsgericht wanneer de patiënt actief betrokken wordt bij beslissingen over zijn² gezondheid. Door middel van Samen Beslissen komt besluitvorming tot stand die enerzijds gebaseerd is op de beste bewijsvoering (EBP) en anderzijds op de persoonlijke situatie, voorkeuren en waarden van de patiënt. Daarmee vormt Samen Beslissen een van de belangrijkste pijlers van persoonsgerichte zorg (17).</p>
<p>Zelfmanagement Nu steeds meer mensen met een of meerdere chronische aandoeningen leven, is zelfmanagementondersteuning een kernbegrip geworden in het verpleegkundig domein. Zelfmanagement gaat niet alleen om het managen van medische zaken, maar ook om het behouden of veranderen van levensrollen (sociaal management) en omgaan met de emotionele gevolgen van de ziekte (emotioneel management). Bij zelfmanagementondersteuning helpt de verpleegkundige de patiënt met het stellen van doelen en het plannen van acties om die doelen te bereiken.</p>	<p>Bij zelfmanagementondersteuning kan het proces van Samen Beslissen toegepast worden om in gezamenlijkheid doelen en acties te formuleren. Een uitdaging daarbij is om samen de balans te vinden tussen enerzijds aansluiten bij de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt en anderzijds de kennis vanuit de professie (18).</p> <p><i>"Jacqueline is diabetesverpleegkundige in een huisartsenpraktijk. Met mevrouw Theunissen probeert ze samen te beslissen en zoveel mogelijk aan te sluiten bij de persoonlijke situatie en wensen van mevrouw Theunissen. Maar ze weet ook dat ze het HbA1c-gehalte onder controle moet zien te houden."</i></p>
<p>Evidence-based practice</p>	<p>Bij EBP ligt vaak de nadruk op het toepassen van kennis uit onderzoek.</p>

² Overal waar in deze notitie 'zijn' staat wordt ook 'haar' bedoeld.

<p>EBP is het zorgvuldige, expliciete en oordeelkundige gebruik van het beste bewijsmateriaal (evidence) dat op dat moment beschikbaar is, met als doel om samen met individuele patiënten beslissingen te nemen om zo de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. EBP houdt in dat (verpleegkundige) beslissingen gebaseerd worden op een combinatie van drie zaken: bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek, de eigen klinische vaardigheden en de voorkeuren van de patiënt (19). Friesen-Storms beschreef de volgende vier stappen van het EBP-proces(21):</p> <ul style="list-style-type: none"> • stap 1: de onderzoeksvraag formuleren; • stap 2: de beste bewijsvoering zoeken; • stap 3: de bewijsvoering kritisch beschouwen; • stap 4: de onderzoeksuitkomsten, de klinische expertise en de waarden van de patiënt in de besluitvorming integreren. 	<p>Echter, de essentie van EBP betreft het “wegen van argumenten gebaseerd op kennis, waarden en voorkeuren van patiënten en de meest actuele wetenschappelijke en professionele inzichten”(20). De mate van Samen Beslissen is gerelateerd aan de uitkomsten van stap 3. Is er ten aanzien van een probleem, een sterke bewijsvoering, één optie, geen bijeffecten en een geringe impact op leefstijl dan zal de nadruk minder op Samen Beslissen liggen en zal eerder een adviesgesprek plaatsvinden. Als daarentegen ten aanzien van een probleem weinig bewijsvoering is, meerdere opties mogelijk zijn, er sprake is van veel bijeffecten, een grote impact op de leefstijl valt te verwachten en een grote aanspraak op middelen, dan zal bij uitstek samen beslist moeten worden (21).</p>
<p>Advance care planning Patiënten die zich in de laatste fase van hun leven bevinden, hebben vaak te maken met moeilijke afwegingen. De effecten van behandelingen zijn onzeker en mogelijk beperkt en kunnen een hoge belasting vormen vanwege de bijwerkingen of de gevolgen voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Daarom zijn in deze fase de waarden en voorkeuren van de patiënt vaak leidend bij de keuzes voor de zorg en/of behandeling.</p>	<p>Door middel van Samen Beslissen en met de ervaring en expertise van de zorgverleners kan tot weloverwogen beslissingen gekomen worden. Uit onderzoek blijkt dat een goed proces van Samen Beslissen ertoe kan leiden dat patiënten een minder invasieve behandeling krijgen, wat bijdraagt aan een hogere kwaliteit van leven voor patiënten en hun naasten (15).</p>
<p>Positieve Gezondheid Volgens het gedachtegoed van Positieve Gezondheid omvat gezondheid de volgende zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en het dagelijks leven.</p>	<p>Als beslissingen over de zorg of behandeling genomen moeten worden, kan het spinnenweb de patiënt helpen aan te geven wat hij belangrijk vindt met betrekking tot gezondheid, als opmaat voor het vaststellen van doelen en het bespreken van voorkeuren en prioriteiten</p>

<p>Het Institute for Positive Health formuleert het op hun website als volgt: "Door op deze manier breder naar gezondheid te kijken, wordt bijgedragen aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan én om zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Daarbij gaat het niet om gezondheid als een statisch gegeven of een te bereiken doel, maar om de veerkracht van mensen om zich aan te passen aan dat wat zich in het leven voordoet. Deze meer dynamische benadering doet meer recht aan mensen en aan dat wat voor hen betekenisvol is". Naast een visie op gezondheid is Positieve Gezondheid een methode: de zes dimensies en bijbehorende aspecten zijn weergegeven in een spinnenwebdiagram. Met behulp van het spinnenweb kunnen mensen hun eigen gezondheid in kaart brengen (22).</p>	<p>ten aan zien van de verschillende zorg- of behandelopties.</p>
<p>Verpleegkundige classificatiesystemen Eenheid van taal en ordeningsprincipes zijn de basis voor verpleegkundig werken en dragen bij aan de kwaliteit van zorg. Er zijn verschillende verpleegkundige classificatiesystemen (ICF, NANDA, NIC, NOC, Omaha, DSM-5, RAlview et cetera) met elk een eigen ordeningsprincipe. Door het gebruik van een classificatiesysteem is sprake van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • transparantie over de directe zorgverlening (wat speelt er bij de cliënt, wat doet de zorgverlener en wat bereikt men uiteindelijk gezamenlijk?); • een snellere en betere manier om informatie tussen zorgverleners en organisaties uit te wisselen; 	<p>Verpleegkundige classificatiesystemen helpen om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de patiënt en om samen met de patiënt vast te stellen voor welke problemen een beslissing moet worden genomen. Daarnaast beschrijven sommige verpleegkundige classificatiesystemen interventies. Bij Samen Beslissen kunnen verschillende interventies en de voor- en nadelen ervan met de patiënt besproken worden.</p>

- betere mogelijkheid om gegevens te vergelijken.

De verschillende classificaties ondersteunen allemaal het primaire proces binnen de verpleging. Echter, het aangrijpingspunt vanaf de start is soms verschillend. ICF is breed te gebruiken voor alle fases van het verpleegkundig proces. NANDA richt zich vooral op de beginfase, het verkennen van de situatie en het stellen van de verpleegkundige diagnose. In combinatie met NIC en NOC vormt NANDA één geheel voor het gehele verpleegkundig proces. De samenhang tussen de diagnose, de interventie en het zorgresultaat is onontbeerlijk en is omschreven in de definitie van een verpleegkundige diagnose. Het Omaha-systeem onderbouwt het verpleegkundig proces in alle fases. InterRai als systeem is gestart vanuit het assessmentdeel van het verpleegkundig proces en het monitoren van uitkomsten. Ook hierbij wordt gewerkt aan verbinding met het zorgplan en de interventies (23).

Literatuur algemeen

1. Festen S, Kok M, Hopstaken JS, van der Wal-Huisman H, van der Leest A, Reyners AKL, et al. How to incorporate geriatric assessment in clinical decision-making for older patients with cancer. An implementation study. *Journal of geriatric oncology*. 2019;10(6):951-9.
2. Kramer P, Damhuis E, Verhue D. Samen beslissen. Doelgroepenonderzoek onder zorgverleners en zorggebruikers. Kantar; 2021.
3. V&VN. Ledenpeiling Samen Beslissen 2021 [Available from: <https://www.venvn.nl/media/begfwscx/ledenpeiling-samen-beslissen.pdf>].
4. Harnas S, van der Kraan J, Knops A, de Groot J. Meldactie Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past. Utrecht: Patientenfederatie Nederland; 2017.
5. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews on evidence-based nursing*. 2008;5(1):25-35.
6. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;359:j4891.
7. van Weert JC, van Munster BC, Sanders R, Spijker R, Hoofft L, Jansen J. Decision aids to help older people make health decisions: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical informatics and decision making*. 2016;16:45.
8. Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ (Clinical research ed)*. 2016;353:i2893.
9. Kieft RA, de Brouwer BBJM, Francke AL, Delnoij DMJ. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC health services research*. 2014;14:249-.
10. Hofman CS, Makai P, Blom JW, Boter H, Buurman BM, Olde Rikkert MG, et al. Comparing the health state preferences of older persons, informal caregivers and healthcare professionals: a vignette study. *PloS one*. 2015;10(3):e0119197.
11. van Munster BC, Boot GG, Festen SF, de Rooij SE. Goals and outcomes of hospitalised older people: does the current hospital care match the needs of older people? *Intern Med J*. 2021.
12. van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*. 2006;367(9510):550-1.
13. Elwyn G, Vermunt N. Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model. *Journal of Patient Experience*. 2019:237437351987860.
14. Wubben N, van den Boogaard M, van der Hoeven JG, Zegers M. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. 2021;11(8):e050134.
15. Bos-van den Hoek DW, Thodé M. The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. 2021;77(1):296-307.

16. Clark NM, Nelson BW, Valerio MA, Gong ZM, Taylor-Fishwick JC, Fletcher M. Consideration of shared decision making in nursing: a review of clinicians' perceptions and interventions. *The open nursing journal*. 2009;3:65-75.
17. Lewis KB, Stacey D, Squires JE, Carroll S. Shared Decision-Making Models Acknowledging an Interprofessional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice. *Research and theory for nursing practice*. 2016;30(1):26-43.
18. Lenzen SA, Daniëls R, van Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plans with primary care patients. *BMC health services research*. 2018;18(1):891.
19. Sackett D, Richardson W, Rosenberg W, Haynes bmc. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. *Evidence-Based Medicine*. Churchill Livingstone. 2005;2.
20. Hoegen P, Verhoef J, Munten G, Kuiper C. Evidence-based practice voor verpleegkundigen (5e druk) Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming. Amsterdam: Boom hoger onderwijs; 2020.
21. Friesen-Storms JH, Bours GJ, van der Weijden T, Beurskens AJ. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *International journal of nursing studies*. 2015;52(1):393-402.
22. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ (Clinical research ed)*. 2011;343:d4163.
23. Mast J. Zoeken naar de gouden standaard; Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg. Utrecht: Vilans; 2014.
24. Witheridge A, Ferns G, Scott-Smith W. Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. *Int J Med Educ*. 2019;10:191-2.
25. Tariman JD, Katz P, Bishop-Royse J, Hartle L, Szubski KL, Enecio T, et al. Role competency scale on shared decision-making nurses: Development and psychometric properties. *SAGE open medicine*. 2018;6:2050312118807614.
26. Friesen-Storms JH, Bours GJ, Snijders IC, van der Weijden T, Jie KG, Beurskens AJ. A conversation approach based on shared goal-setting and shared decision-making for nurses in cancer aftercare: A developmental study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2018;35:107-16.
27. Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, et al. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC geriatrics*. 2021;21(1):112.

Bijlage 1 Competentieset Samen Beslissen

Generieke set competentieset 'Samen Beslissen'

Roldefinitie

De **arts** is coach en gesprekspartner in het proces waarin arts en patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past en waarbij alle ter zake doende opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en -omstandigheden worden meegenomen.

De **verpleegkundige** is een gespreks- en samenwerkingspartner van de patiënt in het verpleegkundig zorgproces, waarin de verpleegkundige en de patiënt en diens naasten samen bespreken aan welke (zorg)doelen wordt gewerkt en hoe dit zal gebeuren. Bij gesprekken over het medisch beleid ondersteunt de verpleegkundige de patiënt en diens naasten in de voorbereiding op het gesprek. Daarnaast heeft de verpleegkundige desgewenst de rol van begeleider of belangenbehartiger tijdens het gesprek en na afloop evalueert deze het gespreksproces met de patiënt en/of de arts.

De **verpleegkundig specialist** is gespreks- en samenwerkingspartner in het proces waarin de verpleegkundig specialist en de patiënt en diens naasten bespreken welke medische en verpleegkundige behandelingen en zorgdoelen het beste passen bij de patiënt en waarbij alle ter zake doende opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en -omstandigheden worden meegenomen.

Competenties: de zorgprofessional

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

Bijlage 2 Toelichting modellen Samen Beslissen

Stappenmodellen proces Samen Beslissen

Samen Beslissen is geen eenmalige actie, maar een proces. Het is een proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen.

Er bestaan diverse modellen die het proces van samen beslissen met de patiënt tijdens consulten en gesprekken concreet maken. De kern uit deze modellen kan worden samengevat in 4 essentiële onderdelen of 'stappen':

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

Deze stappen komen voort uit een analyse van de elementen die vaak in verschillende modellen voor Samen Beslissen worden beschreven – en die kernachtig beschreven staan in het model van Stiggelbout. Ook andere stappenmodellen kunnen bruikbaar zijn. Omdat een voorspoedige implementatie van SB gebaat is bij eenduidigheid, is er binnen het programma UZ voor gekozen de 4 essentiële stappen als uitgangspunt te hanteren voor scholing en opleiding van alle betrokken beroepsgroepen.



Achtergrond / toelichting

Deze 4 stappen komen voort uit een analyse, waarin de overeenkomsten tussen internationaal gebruikte modellen zijn beschreven (Roordink, 2019), en die kunnen worden samengevat in 4 stappen (Stiggelbout 2015). Op basis van internationale consensus is een model van 3 'talks' gepubliceerd (Elwyn 2017) in navolging van een eerder model (Elwyn 2012). In feite komt dit internationale model in grote mate overeen met de 4 stappen die in Nederland nu het meest worden gebruikt (Ubbink 2021; Stiggelbout 2015): alhoewel deze niet als officiële 'talk' of stap is opgenomen, wordt in de tekst wel over een mogelijk 4^e talk of stap gesproken door Elwyn et al. (de stap van choice talk of preference talk), waardoor er ook dan 4 stappen in totaal zijn.

De varianten die op deze modellen zijn gemaakt, zijn doorgaans van eerdere datum of hebben specifieke stappen toegevoegd vanwege de specifieke populatie waarvoor de stappenmodellen zijn bedoeld. Een voorbeeld hiervan is het stappen-model van het CVA-ketennetwerk: hier is een stap 0 (voorbereiding) en een stap 5 toegevoegd (terugkijken/evalueren). Speciaal voor (multimorbide en kwetsbare) ouderen is er het 'dynamisch model voor samen beslissen met kwetsbare ouderen' (Van de Pol, 2016). Dit model voegt vooral aan het begin en einde stappen toe, om met name de context en de doelen van de cliënt goed mee te nemen (vooraf) en opvolging/evaluatie goed te adresseren (aan het einde).



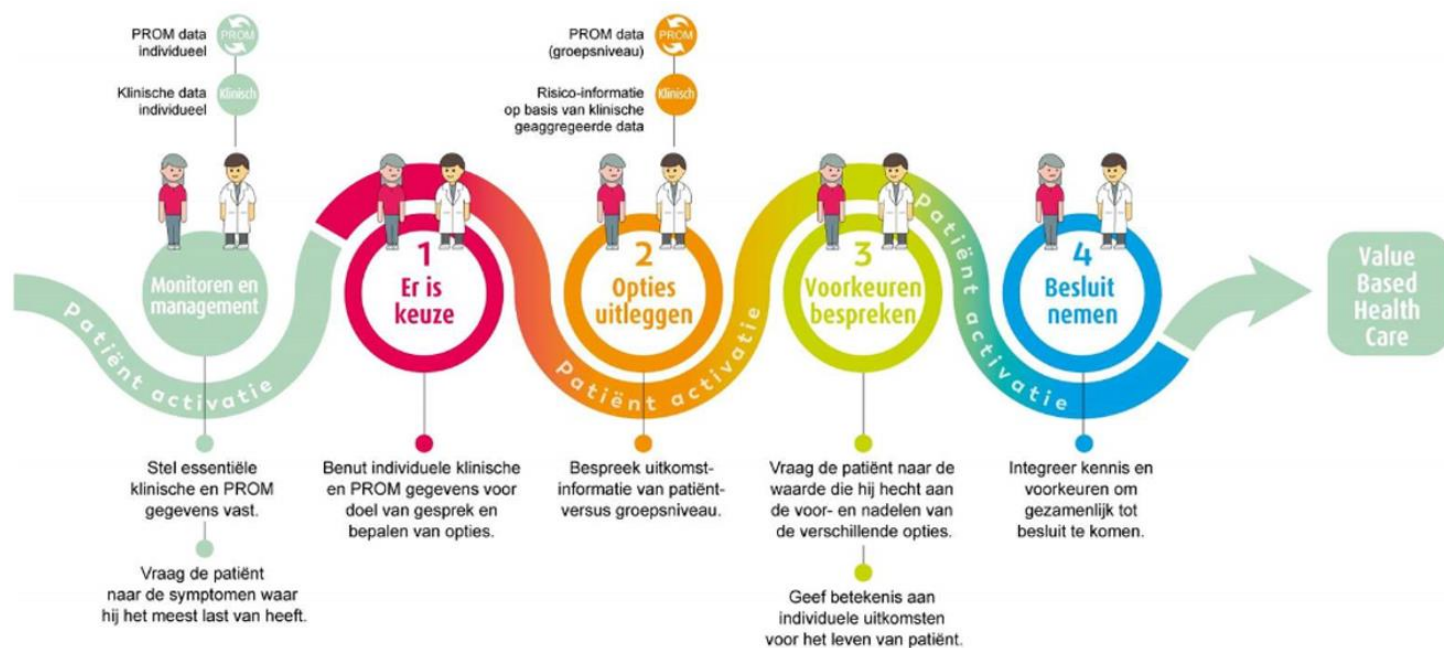
samen beslissen

met kwetsbare ouderen



Eerder werkte het Trimbos Instituut voor de GGZ een stappenmodel samen beslissen uit met 5 stappen. Hierin is de extra stap met name bedoeld om de uitkomsten uit metingen/vragenlijsten (Routine Outcome Measurement) goed mee te kunnen nemen in het samen beslissen (Trimbos 2016).

Eveneens zijn er modellen waarbij de relatie met de *patient-reported outcome measures* (PROM's) is gelegd. De reden hiervan is dat een zorgprofessional geen goede informatie kan geven wanneer deze niet weet welke uitkomsten te verwachten zijn.



Bron: Figuur gebaseerd op Stiggelbout et al. (2015), La Grouw et al. (2019) & Damman et al. (2020)

Literatuurlijst Bijlage

1. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:1-7. doi:10.1136/bmj.j4891.
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.
3. A.M. Stiggelbout, A.H. Pieterse, J.C.J.M. De Haes, Shared decision making: Concepts, evidence, and practice, *Patient Educ. Couns.* 98 (2015) 1172-1179. doi:10.1016/j.pec.2015.06.022.
4. Roordink, H. B.-, Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>
5. Ubbink DT, Geerts PAF, Gosens T, Brand PLP. Meer 'samen beslissen' nodig door aangescherpte Wgbo [Updated Dutch law demands shared decision-making]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2021 Jun 10;165:D5775. Dutch. PMID: 34346637.
6. Kennisnetwerk CVA: <https://www.kennisnetwerkcv.nl/kennisbank/themas/samen-beslissen/>.
7. Van de Pol MH, Fluit CR, Lagro J, Slaats YH, Olde Rikkert MG, Lagro-Janssen AL. Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Educ Couns*. 2016 Jun;99(6):1069-77. doi: 10.1016/j.pec.2015.12.014. Epub 2015 Dec 28. PMID: 26763871.
8. Trimboos 2016; <https://assets-sites.trimboos.nl/docs/792be191-be8b-47e3-888f-181864ab2f40.pdf>.

