



'Samen beslissen' met kwetsbare ouderen

Besluiten over gezondheids- en behandeldoelen voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit moeten in lijn zijn met uitkomsten die voor de ouderen zelf het meest 'er toe doen'. Een goed proces van 'Samen beslissen' door ouderen, hun naasten en de zorgverlener draagt daaraan bij. In de praktijk wordt er minder vaak samen beslist dan ouderen en naasten zouden willen. Door eerder in het proces stil te staan bij wat voor ouderen belangrijk is voor hun kwaliteit van leven, worden vaker besluiten genomen die hieraan bijdragen. Dit vraagt van zorgverleners specifieke vaardigheden en dient te worden ondersteund door het team en de organisatie.

DRS. RUTH PEL-LITTEL, adviseur en onderzoeker, Vilans, Utrecht; AMC, Amsterdam

DR. MARJOLEIN VAN DE POL, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, docent en onderzoeker, Radboudumc, Nijmegen

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet/kunt u:

- uitleggen wat 'Samen beslissen' is;
- wat 'Samen beslissen' bij ouderen ingewikkeld maakt;
- wat helpt om beter samen te beslissen;
- wat SDM-OLD inhoudt;
- welke competenties voor u als zorgverleners nodig zijn om samen te kunnen beslissen.

TREFWOORDEN

kwetsbare ouderen, multimorbiditeit, 'Samen beslissen', naasten

1 STUDIEPUNT

Oudere mensen met multimorbiditeit (meerdere chronische aandoeningen) zijn vaak kwetsbaar. Door deze multimorbiditeit hebben ouderen en hun naasten vaak te maken met ingewikkelde beslissingen als het gaat om hun gezondheid en welzijn.^{1,2} Wel of geen verder onderzoek, wel of geen behandeling en zullen de baten opwegen tegen de lasten? Ook voor zorgverleners is het behandelen van oudere cliënten met multimorbiditeit een uitdaging. Richtlijnen houden niet altijd voldoende geen rekening met multimorbiditeit en kwetsbaarheid en spreken elkaar soms tegen.³ Het hebben van meerdere chronische aandoeningen heeft invloed op zowel de behandelmogelijkheden als behandelwensen; kwaliteit van leven en behoud van zelfstandig functioneren kunnen belangrijker worden dan verlenging van levensjaren of genezing. 'Samen beslissen' helpt om hierbij goede afwegingen te maken.

WAT IS 'SAMEN BESLISSEN'?

'Samen beslissen' staat voor een gelijkwaardig gesprek tussen cliënten en zorgverleners, waarbij verschillende, voorkeursgevoelige opties, met de cliënt besproken worden. Een gesprek waarin voor- en nadelen uitgelegd worden en de voorkeuren van de cliënt belangrijk zijn bij het nemen van de beslissing. Hierdoor neemt de kennis van cliënten toe, is er een beter begrip van risico's en voelen mensen zich zekerder over genomen besluiten.⁴ Het proces van 'Samen beslissen' wordt vaak beschreven in drie stappen:

1. Wat zijn mijn opties?
2. Wat zijn de voor- en nadelen?
3. Wat past het beste bij mijn situatie?

WE DOEN HET TOCH AL?

De aandacht voor 'Samen beslissen' is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Er is veel geïnvesteerd in onderzoek en de ontwikkeling van keuzehulpen, met name vanuit de overheid, de Federatie van Medisch Specialisten en vanuit Patiëntenfederatie Nederland. 'Samen beslissen' leidt tot verstandige keuzes, cliënten zijn vaker tevreden en houden zich beter aan behandelvoorschriften. 'Samen beslissen' draagt bovendien bij aan doelmatig gebruik van zorg.⁵ Cliënten zijn beter geïnformeerd en ervaren minder twijfel en spijt achteraf over de beslissing. Goed informeren en niet-schaden komen bijvoorbeeld in 'Samen beslissen' beter tot uiting dan in andere communicatie- en omgangsvormen met cliënten.⁴

In 2014 constateerde de Patiëntenfederatie Nederland in een meldactie dat, hoewel vrijwel alle cliënten samen



willen beslissen, dit bij 63% niet was gebeurd. De helft van de bevroegde 8000 mensen was ouder dan 60 jaar en 84% van hen had meerdere aandoeningen.⁶ Ook ZonMw constateerde na een uitgebreide veldverkenning dat de implementatie van 'Samen beslissen' versneld moet worden. Veel aandacht is de afgelopen jaren uitgegaan naar de ontwikkeling van keuzehulpen voor enkelvoudige medische aandoeningen, zoals hernia en prostaatkanker. Als er sprake is van multimorbiditeit, is het voor ouderen, zoals eerder beschreven, vaak niet mogelijk deze keuzehulpen toe te passen en zal het gesprek met de zorgverlener des te belangrijker zijn. Besluiten over gezondheids- en behandeldoelen voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit moeten in lijn zijn met uitkomsten die voor de ouderen zelf het meest 'er toe doen'. Een goed proces van 'Samen beslissen' door ouderen met multimorbiditeit, hun naasten en de zorgverlener draagt daaraan bij.

WAT MAAKT HET DAN INGEWIKKELD BIJ KWETSBARE OUDEREN?

Voor kwetsbare oudere cliënten met multimorbiditeit, hun naasten en zorgverleners is er een aantal belemmeringen bij het 'Samen beslissen':

- Het bestaande model van 'Samen beslissen' speelt niet in op de vaak complexe en chronische multimorbiditeit bij ouderen. Het bespreken van 'wat er

toe doet' in het leven van oudere cliënten en wat dat betekent voor hun prioriteiten, behoeften en verwachtingen is belangrijk bij het nemen van een gezamenlijk besluit over onderzoek of behandeling van aandoeningen.

- Ouderen beslissen minder vaak mee dan zij graag zouden willen. Zij ervaren beperkte communicatievaardigheden (bijvoorbeeld te ingewikkeld of medisch taalgebruik) van zorgverleners als een barrière in het 'Samen beslissen'.
- Naasten willen graag meebeslissen, maar voelen zich vaak afhankelijk van de zorgorganisatie. Naasten hebben dikwijls een dubbelrol; enerzijds delen ze informatie over de cliënt die relevant is, anderzijds ervaren zij hun eigen moeilijkheden met en verdriet over de achteruitgang van hun naaste, zoals het omgaan met toenemende afhankelijkheid. Ook kunnen prioriteiten, behoeften en verwachtingen bij naasten anders liggen dan bij cliënten.
- Zorgverleners willen graag 'Samen beslissen' met ouderen en hun naasten. Als ouderen niet willen of kunnen meebeslissen, ervaren zij dit als gecompliceerd, omdat ze dan geacht worden het voor een ander in te vullen. Ondersteuning op teamniveau is nodig om de randvoorwaarden te creëren waarbinnen zorgverleners samen kunnen beslissen.

WAT HELPT?

Ouderen geven aan dat een persoonsgerichte benadering, een expliciete uitnodiging om mee te beslissen, een vertrouwensrelatie met de professional en informatie op maat helpen om beter samen te beslissen. Hoewel acuut ziek-zijn het 'Samen beslissen' vaak belemmert, heeft het hebben van meerdere chronische ziekten juist een positieve invloed op 'Samen beslissen'. De oudere heeft immers al veel ervaring met wat de ziekte(n) voor hem of haar betekent/betekenen en weet vaak goed wat wel of niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Voor zorgverleners is het belangrijk ervaringen rondom 'Samen beslissen' met collega's in het (multidisciplinaire) team te kunnen delen. Vooral als normen en waarden van cliënt en zorgverlener sterk verschillen. De organisatie heeft een rol in het creëren van de randvoorwaarden voor 'Samen beslissen', zoals voldoende tijd, een rustige omgeving en geen productiedruk.

AAN DE SLAG!

Het Radboudumc heeft recent een nieuw model ontwikkeld voor 'Samen beslissen' met kwetsbare ouderen: a dynamic model for Shared-Decision Making in Frail Older Clients (SDM-OLD).⁷ Dit model is gebaseerd op het huidige model voor 'Samen beslissen',⁸ dat uit drie stappen bestaat. In de SDM-OLD worden daar drie stappen aan toegevoegd die voor ouderen van belang zijn:

1. Voorbereiding: wat is de voorgeschiedenis van de cliënt; (nieuw in SDM-OLD)
2. Doelengesprek: wat zijn doelen en verwachtingen van de cliënt, wie zijn de discussie- en beslissingspartner(s)); (nieuw in SDM-OLD)
3. Keuzegesprek: er valt wat samen te kiezen; (bestaand model)
4. Optiesgesprek: wat zijn de opties en wat zijn de voor- en nadelen; (bestaand model)
5. Besluitvormingsgesprek: wat is het besluit dat het best past bij de voorkeur van de cliënt; (bestaand model)
6. Evaluatiegesprek: is het besluitvormingsproces naar tevredenheid verlopen; (nieuw in SDM-OLD)

Stap 1. Voorbereiding op het gesprek

- Eerdere afspraken: heeft de cliënt eerder al iets besproken of vastgelegd over behandeling in het algemeen, of specifiek over bijvoorbeeld reanimatie of ingrijpende behandelingen? Dit kan behulpzaam zijn om het gesprek te openen of als richting-aanwijzer dienen bij cliënten die op dit moment wilsonbekwaam zijn.
- Probleemanalyse: breng de huidige problemen van de cliënt functioneel in kaart. Uitbreidbaarheid van de analyse is afhankelijk van de

situatie, andere hulpverleners kunnen hieraan bijdragen. Voor een probleemanalyse kunt u zo nodig geriatrische analysemethoden gebruiken (bijvoorbeeld Comprehensive Geriatric Assessment of SFMPC-analyse), waarbij u de problemen prioriteert in overleg met de cliënt.

Stap 2. Doelen van het gesprek

Leg de cliënt uit dat er een probleem of ziekte is ontstaan (of dat de bestaande situatie is verergerd) en dat er verschillende mogelijkheden zijn. Leg uit dat elke cliënt uniek is en dat het daarom van belang is om, voordat er keuzes gemaakt kunnen worden, eerst een aantal algemene zaken te bespreken:

- Bepaal partner(s) in het keuze- en besluitvormingsproces:
 - Is deze cliënt in staat om besluiten te nemen (cognitief, emotioneel)? Zo nee, wie is dan (juridisch) aangewezen?
 - Wil deze cliënt zelf de besluiten nemen? Zo nee, wie wijst de cliënt dan aan? Of: wie mag hem helpen bij het besluiten/keuzes maken?
- Identificeer belangrijke waarden en levensdoelen van de cliënt (welke rol spelen uw belangrijke waarden bij het maken van keuzes):
 - Wat zijn belangrijke waarden in uw leven? (rol van levensvisie, beleving, spiritualiteit/religie, cultuur)
 - Wat zijn levensdoelen van de cliënt? (levensverlenging, functionele zelfstandigheid, comfort, etc.)

Stap 3. Keuzegesprek

- Geef een samenvatting van de voorgaande stappen (het actuele probleem en de geïdentificeerde waarden en levensdoelen), en leg de cliënt uit dat er meerdere behandelmogelijkheden zijn en dat de cliënt daarin een keuze heeft.
- Nodig de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) uit om zijn behandelgoal(en) te formuleren en ondersteun hierbij door te benadrukken dat de zorgverlener de medische expert is, maar dat de cliënt expert is op het gebied van zijn behandelgoelen en prioriteiten en dat elke cliënt zijn eigen voorkeuren heeft (genezing, zo hoog mogelijke kwaliteit, géén behandeling, reis naar kleinkinderen maken, comfort, enzovoort).
- Controleer of de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) alles heeft begrepen en vat zo nodig nogmaals samen.

Stap 4. Optiesgesprek

- Stel aan de hand van voorgaande geïdentificeerde waarden/levensdoelen en het behandelgoal een lijst op met behandelopties voor deze specifieke cliënt. Vraag of de cliënt zelf nog andere opties in het hoofd heeft.
- Bespreek de risico's, voordelen en nadelen van elke behandeloptie.

Fase	Inhoud
1. Voorbereidend	Eerdere afspraken: heeft de patiënt al eerder iets vastgelegd
	Probleemanalyse: Is de patiënt functioneel in kaart gebracht?
2. Doelen-gesprek	Leg aan de patiënt uit dat voordat er (medische) keuzes gemaakt kunnen worden eerst een aantal belangrijke algemene zaken moet worden besproken
	Bepaal besluitvormingspartner
	Identificeer belangrijke waarden en levensdoelen van de patiënt
3. Keuze-gesprek	Geef een samenvatting van de voorbereidende fasen en leg uit dat de patiënt keuze heeft
	Nodig de patiënt uit om behandeldoelen te formuleren
	Controleer nogmaals of de patiënt alles heeft begrepen en vat zo nodig nogmaals samen
4. Opties-gesprek	Stel aan de hand van bovenstaande een geïndividualiseerde lijst met behandelopties voor aan de patiënt en bespreek deze
5. Besluitvormings-gesprek	Neem samen met de patiënt een besluit over het te volgen beleid
6. Evaluatie gesprek	Bespreek hoe de besluitvorming is verlopen en stel een zorgplan op

Figuur 1 Praktisch stappenplan SDM.

- Observeer hoe de cliënt reageert en probeer de cliënt waar mogelijk erbij te betrekken (of zijn vertegenwoordiger als de cliënt het niet zelf wil).
- Gebruik indien passend een keuzehulp.

Stap 5. Besluitvormingsgesprek

- Onderzoek of de cliënt (of anders diens vertegenwoordiger) klaar is om een besluit te nemen. Zo niet, ga terug naar de vorige fase (optiesgesprek).
- Focus op de voorkeuren van de cliënt en neem samen met de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) een besluit.
- Als de cliënt wil dat de zorgverlener een besluit neemt, benoem dit dan expliciet en sluit aan bij de levensdoelen, waarden en behandeldoelen die de cliënt heeft geformuleerd.

Stap 6 Evaluatiegesprek

- Bespreek hoe de besluitvorming is verlopen. Staat iedereen achter het genomen besluit? Zo niet, ga terug naar een eerdere fase.
- Zo ja, regel dan follow-up voor het uitvoeren van het genomen besluit. Pas het behandelplan aan het genomen besluit aan.

KEUZEHULPEN

Om patiënten te ondersteunen bij het afwegen van verschillende opties zijn keuzehulpen ontwikkeld. Een keuzehulp is een website of folder met informatie over de voor- en nadelen van verschillende behandel-mogelijkheden. Keuzehulpen kunnen bijdragen aan het gemakkelijker (kunnen) nemen van een besluit. De

keuzehulpen die beschikbaar zijn, gaan vooral over specifieke medische aandoeningen. Dit maakt ze vaak minder geschikt voor de complexe besluitvorming bij ouderen met multimorbiditeit. Er zijn wel hulpmiddelen ontwikkeld om mensen te helpen bij het identificeren van belangrijke waarden en levensdoelen. Een voorbeeld hiervan is de website www.watertoe doet.info ontwikkeld door de Hartenvaatgroep.

KAN IK 'SAMEN BESLISSEN'?

Iedereen kan 'Samen beslissen', maar zeker bij ouderen met multimorbiditeit vraagt dit veel van de vaardigheden van zorgverleners. We lichten hierna twee soorten competenties toe die belangrijk zijn bij 'Samen beslissen': relationele competenties en competenties voor risicocommunicatie.⁹

Relationele competenties vragen van de zorgverlener de volgende vaardigheden:

- Creëer een veilige en prettige gespreksomgeving.
- Zorg voor een goede interactie tijdens het gesprek.
- Luister naar de cliënt en naaste.
- Ondersteun de cliëntparticipatie in de mate die de cliënt wenst.
- Herken een beslismoment en leg dit uit aan de cliënt en naaste.
- Zie en aanvaard de cliënt en naaste als partners in het besluitvormingsgesprek.
- Stem informatie af op de gezondheidsvaardigheden van de cliënt en naaste.
- Spreek altijd begrijpelijke taal.

Competenties voor risicocommunicatie vragen van de zorgverlener de volgende vaardigheden:

- Bespreek (on)zekerheden van de uitkomsten van verschillende opties.
- Bespreek evenwichtig de voor- en nadelen van opties.
- Interpreteer de (medische) onderbouwing van interventies in relatie tot de individuele cliënt.
- Indien van toepassing: leg uit wat een keuzehulp is en hoe deze gebruikt kan worden.
- Wees bewust van culturele verschillen tussen cliënten

ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE BIJ HET 'SAMEN BESLISSEN'

'Samen beslissen' doe je als zorgverlener niet alleen. Juist bij ouderen met multimorbiditeit zijn vaak meerdere disciplines betrokken en is het belangrijk dat zij onderling zorgen voor goede informatie-uitwisseling en het proces van 'Samen beslissen' met elkaar goed vormgeven. Verpleegkundigen hebben vaker en langer

contact met ouderen en hun naasten, wat een goede basis is voor de onderlinge vertrouwensrelatie, die voor ouderen heel belangrijk is bij het 'Samen beslissen'. Bij niet-acute beslissingen is het soms belangrijk dat er tussen verschillende stappen 'denk'tijd kan worden ingebouwd. In deze periode kan de verpleegkundige de ouderen ondersteunen door bijvoorbeeld informatie te herhalen, iets nog eens extra duidelijk uit te leggen of door de oudere te bevragen naar zijn overwegingen. Soms is het voor ouderen en naasten 'laagdrempeliger' om hun zorgen met een verpleegkundige te bespreken dan met 'De Dokter'. Ten slotte zijn belangrijke beslissingen voor ouderen niet altijd medisch van aard, zoals een besluit om meer hulp in te schakelen of een besluit over wel of niet langer thuis te kunnen wonen. Daarbij kan een verpleegkundige bij uitstek een voortrekkersrol vervullen. Als er meerdere disciplines bij een proces van 'Samen beslissen' betrokken zijn, is het heel belangrijk goed vast te leggen wie welke rol op zich neemt en wie uiteindelijk samen met de ouderen en naasten de beslissing neemt.

TIPS: HOE ZEG IK HET?

- *Doelengesprek:*
Weerhouden uw problemen u er op dit moment van om de dingen te doen die u graag doet?
Vindt u het prettig als iemand u ondersteunt bij het nemen van beslissingen? Zo ja, wie zou u erbij willen betrekken?
- *Wat deed u graag voor u ziek werd?*
Hoe ziet een ideale dag voor u eruit? Wanneer vergeet u de tijd?
Kunt u me iets vertellen over welke zaken belangrijk voor u zijn, zodat ik de zorg beter op u kan aanpassen? (geef eventueel voorbeelden: onafhankelijkheid, lichaamsfuncties, behoud cognitie, pijn, levensverlenging)
- *Keuzegesprek:*
Laat me samenvatten wat we tot nu toe hebben...
Kunt u me in uw eigen woorden vertellen wat er nu aan de hand is en wat u zou willen bereiken?
- *Optiesgesprek:*
Op basis van ons gesprek zijn dit de mogelijke opties...
In uw situatie zouden dit de opties zijn die daarbij aansluiten...
- *Besluitvormingsgesprek:*
Bent u er klaar voor om een beslissing te nemen?
Hebt u nog meer tijd nodig?
Hebt u nog aanvullende vragen?
- *Evaluatiegesprek:*
Als u aan uw zoon zou vertellen wat we hebben besproken, wat zou u dan vertellen?
Bent u tevreden met de gemaakte afspraken?

LITERATUUR

1. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Bos GA van den. Causes and consequences of comorbidity: a review. *Journal of clinical epidemiology* 2001;54:661-74.
2. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60:E1-e25.
3. Weel C van, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet* 2006;367:550-1.
4. Legare F, Stacey D, Turcotte S, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;9:Cd006732.
5. Federatie Medisch Specialisten (<http://www.demedischspecialist.nl/samen-beslissen>); 2017.
6. Haastert C, Lekkerkerk T. Meldactie 'Samen beslissen'. Utrecht: NPCF; 2014.
7. Pol MH van de, 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 education and counseling* 2016;99:1069-77.
8. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine* 2012;27:1361-7.
9. Legare F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, et al. Core competencies for shared decision making training programs: insights from an international, interdisciplinary working group. *The Journal of continuing education in the health professions* 2013;33:267-73.