



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Competentieset **Samen Beslissen** voor de medisch specialist

2022

Deze uitgave is tot stand gekomen vanuit het programma Uitkomstgerichte Zorg, Programmalijn 2 'Meer Samen Beslissen', deelproject Scholing en Opleiding.

Inhoud

- 4 1. Waarom Samen Beslissen?
- 5 2. Wat verstaan we onder Samen Beslissen?
- 6 3. Generieke set van 8 basiscompetenties voor zorgprofessionals
- 6 4. Uitwerking competenties verschilt per rol
- 7 5. Bruikbaarheid van de competentiesets voor initieel en post-initieel onderwijs
- 8 6. Competentieset voor de medisch specialist
- 13 Colofon

1. Waarom Samen Beslissen?

Samen Beslissen verhoogt het kennisniveau van patiënten, verbetert het besluitvormingsproces, vergroot de assertiviteit en vergroot de kans op tevredenheid bij patiënten over gemaakte keuzes. Daarnaast kan het de zorgverlener meer plezier en zingeving in het werk bieden.

Samen Beslissen (gedeelde besluitvorming, shared decision making) gaat uit van het principe dat als patiënten goed geïnformeerd worden door zorgprofessionals (zoals artsen en verpleegkundigen), en zelf actief betrokken worden bij de besluitvorming rond hun behandeling, zij samen het best passende beleid kiezen. Het gaat uit van de gedachte dat zorgverleners en patiënten verschillende, maar even belangrijke, expertise in te brengen hebben bij het maken van zorg gerelateerde beslissingen. Samen Beslissen betekent voor zorgverleners dat ze beter kunnen inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Voor de patiënt betekent Samen Beslissen dat er een keuze wordt gemaakt die het beste aansluit bij de eigen situatie, de te behalen doelen en persoonlijke voorkeuren.

De literatuur¹ laat zien dat Samen Beslissen de kennis en risicoperceptie van patiënten vergroot en hen actiever betreft bij het beslisproces. De kwaliteit van het gesprek en de besluitvorming worden beter als de principes van Samen Beslissen worden toegepast, al dan niet met gebruik van keuzehulpen. Samen Beslissen draagt daardoor bij aan een betere kwaliteit van zorg² en hogere patiënttevredenheid met als resultaat een verbeterde kwaliteit van leven³.



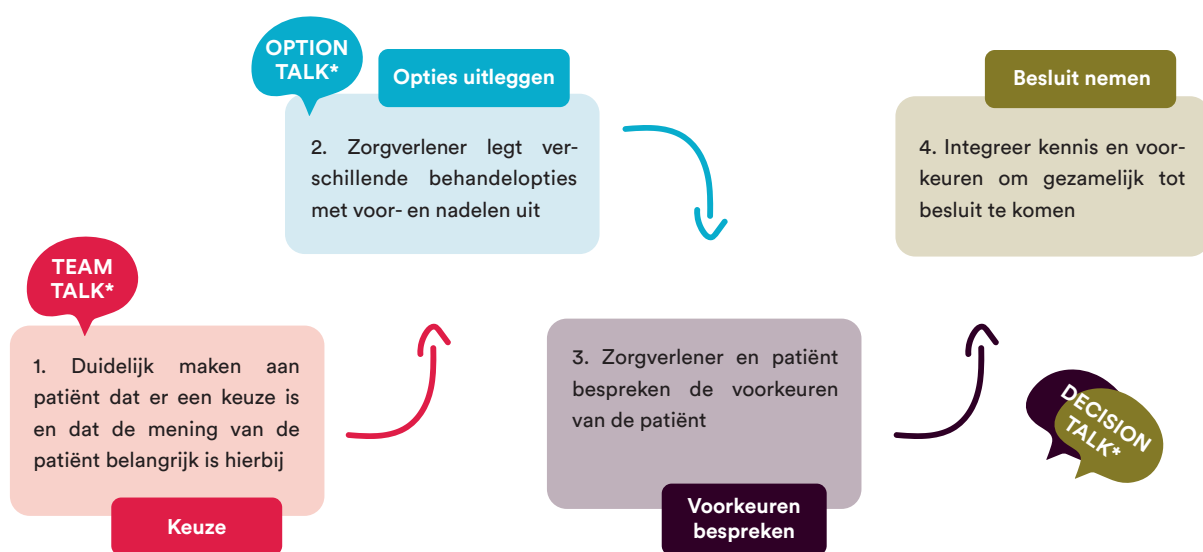
2. Wat verstaan we onder Samen Beslissen?

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).
- 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 Stiggelbout⁴ – mede gebaseerd op het 3-talk model van Elwyn⁵. Ook andere stappenmodellen kunnen bruikbaar zijn. Omdat een voorspoedige implementatie van samen beslissen is gebaat 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.



Figuur 1: 4-stappenmodel samen beslissen van Stiggelbout, gebaseerd op het 3-talkmodel van Elwyn.

3. Generieke set van 8 basiscompetenties voor zorgprofessionals

Voor de ontwikkeling van bewustwording, training en opleiding in Samen Beslissen vormen kennis, vaardigheden en attitude het uitgangspunt. In 2019 beschreef de werkgroep 'Samen Beslissen Geïmplementeerd' de basiscompetenties die artsen nodig hebben om het proces van samen beslissen met de patiënt goed te kunnen begeleiden in een competentieset Samen Beslissen voor medisch specialisten⁶. De veronderstelling was dat de set daarmee ook een goed uitgangspunt zou vormen voor ontwikkeling van leertrajecten of opleidingsmiddelen voor de opleiding geneeskunde.

De competentieset kent 8 (discipline overstijgende) basiscompetenties. Deze basiscompetenties zijn uitgewerkt in onderliggende aspecten (indicatoren). Voor de uitwerking van Samen Beslissen in scholing en opleiding is het van belang te werken met een competentieset die is toegesneden op de doelgroep. De 8 competenties in de competentieset Samen Beslissen zijn generiek geformuleerd. De roldefinitie en criteria per competentie kunnen echter afhankelijk van het type zorgprofessional een andere invulling krijgen.

4. Uitwerking voor de verpleegkundige beroepen

De werkgroep die zich boog over de geschiktheid van de set voor de verpleegkundige beroepen, constateerde dat de generieke set basiscompetenties voor de medisch specialist, ook van toepassing is voor de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. De uitwerking per competentie vanuit de roldefinitie van arts en verpleegkundige zijn echter verschillend, evenals de uitwerking voor de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist werkt op het snijvlak van het medisch en verpleegkundig domein, is veelal meer betrokken bij de besluitvorming over de behandeling en kan in het vervolgtraject zelfstandig medische en verpleegkundige diagnoses stellen.

De werkgroep formuleerde roldefinities voor de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist en formuleerde rolspecifieke indicatoren bij de competenties. De generieke competentieset Samen Beslissen en de roldefinities voor de arts, de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist zijn weergegeven in tabel 1.

Een goede begeleiding van het proces van 'samen beslissen' door de zorgprofessional, doet een beroep op een geïntegreerde toepassing van de competentieset in een specifieke context.

5. Bruikbaarheid van de competentieset voor initieel en post-initieel onderwijs

De 8 competenties zijn uitgewerkt in indicatoren. Dit zijn kenmerken die de beroepsbeoefenaar helpen het proces van Samen Beslissen met de patiënt goed te kunnen ondersteunen. De indicatoren zijn in het kader van de ontwikkeling van opleidings situaties het aanknopingspunt om leerdoelen te formuleren. Als zodanig is de set inzetbaar als ‘eindtermendocument’ voor de ontwikkeling van leertrajecten of opleidingsmiddelen. Tegelijkertijd fungeert de set als referentiekader voor de bekwaamheid in ‘samen beslissen’ en is daarmee inzetbaar in het kader van life long learning.

Generieke set basis competenties ‘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, 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 verpleegkundige en patiënt en naasten samen bespreken aan welke (zorg)doelen er wordt gewerkt en hoe dit zal gebeuren. Bij gesprekken over het medisch beleid ondersteunt de verpleegkundige de patiënt en naasten in de voorbereiding op het gesprek, heeft desgewenst de rol van begeleider of belangenbehartiger tijdens het gesprek en evalueert het gespreksproces achteraf met de patiënt en/of de arts.
- **De verpleegkundig specialist** is gespreks- en samenwerkingspartner in het proces waarin verpleegkundig specialist en patiënt en naasten bespreken welke medische en verpleegkundige behandelingen en zorgdoelen het beste passen, waarbij alle ter zake doende opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en – omstandigheden worden meegenomen.

Competenties: De zorgprofessional		
1.	Onderkent dat ‘samen beslissen’ leidt tot hogere kwaliteit van zorg.	Patiënt 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/ inleving Patiënt centraal
5.	Ondersteunt en moedigt de patiënt actief aan te participeren in het proces van ‘samen beslissen’ (empowerment).	Patiënt centraal In 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 uit het netwerk van de patiënt en weet wanneer deze te betrekken.	Samenwerken Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Tabel 2: Competentieset Samen Beslissen met roldefinities per beroepsgroep

¹ De competentiesets Samen Beslissen voor de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist zijn besproken in een verpleegkundig beraad op 18 februari 2021.

6. Competentieset samen beslissen voor de medisch specialist

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

1. **De arts onderkent dat ‘samen beslissen’ leidt tot hogere kwaliteit van zorg**
 - a. De arts is bereid en gemotiveerd om de patiënt mee te laten beslissen.
 - b. Draagt het principe van ‘samen beslissen’ uit bij (collega-)zorgprofessionals en patiënten.

2. **De arts begeleidt het proces van ‘samen beslissen’**
 - a. Leidt en begeleidt het proces als hoofd van het zorgteam.
 - b. Past het (global based) stappenmodel van Glyn Elwyn toe in het proces van ‘samen beslissen’.
 - c. Geeft het besluitvormingsproces de tijd die nodig is om de patiënt tot een weloverwogen keuze te laten komen.
 - d. Kent, herkent en erkent (dat) eigen overtuigingen, (voor-)oordelen of emoties de regie op het proces kunnen beïnvloeden.
 - e. In bepaalde situaties is ‘samen beslissen’ niet mogelijk, bijvoorbeeld bij levensbedreigende acute zorgsituaties of bewusteloosheid. In deze gevallen kijkt de arts of er naasten zijn met wie de keuzes gemaakt kunnen worden of licht achteraf aan de patiënt toe welke beslissingen waarom zijn genomen.
 - f. Indien de gezondheidsvaardigheden van de patiënt beperkt(er) zijn, kijkt de arts samen met de patiënt en/of naasten op welke wijze invulling gegeven kan worden aan ‘samen beslissen’.

3. **De arts beschikt over gesprekstechnieken en vaardigheden om het proces van ‘samen beslissen’ te faciliteren**
 - a. Beschikt over gesprekstechnieken die ‘samen beslissen’ ondersteunen:
 - Structureert het gesprek;
 - Stimuleert dialoogvorming;
 - Luistert, stelt vragen en brengt samen met de patiënt en naasten in kaart wat voor de patiënt belangrijke overwegingen en doelen in het leven zijn;
 - Kent en kan omgaan met de invloed van non-verbale communicatie.
 - b. Past het perspectief van meerzijdige partijdigheid (arts-patiënt) toe.

² Het begrip ‘meerzijdige partijdigheid’ is afkomstig van Ivan Boszormenyi-Nagy, grondlegger van de contextuele therapie. Meerzijdige partijdigheid is een methodiek om te werken met de existentiële context van de cliënt of patiënt. In het kader van ‘samen beslissen’ te lezen als: ‘meerzijdig perspectief’: de arts verplaatst zich in verschillende referentiekaders (met bijbehorende belangen, leefwereld en motivatie) die betrekking hebben op de situatie van de patiënt. Bron: Boszormenyi - Nagy, I. en Krasner B. (1994). Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie. Haarlem: De Toorts.

- 4. De arts gaat uit van persoonlijke voorkeuren en de context van de patiënt**
 - a. Vormt zich een totaalbeeld van de context/leefsituatie van de patiënt (sociaal, mentaal, cognitief, fysiek).
 - b. Kent en herkent diversiteit in doelgroepen (op basis van bijvoorbeeld leeftijd, kwetsbaarheid, culturele, sociaal-maatschappelijke kenmerken) en stemt de interactie in overleg met de patiënt en/of naasten hierop af.
 - c. Plaatst keuzeopties binnen de specifieke context van de patiënt.
 - d. Vraagt naar voorkeuren, behoeften, omstandigheden en doelen in het leven van de patiënt en neemt deze als uitgangspunt voor de in informatievoorziening en beleidsbeslissingen.
 - e. Handelt vanuit het bewustzijn dat normen en waarden van de arts en patiënt kunnen verschillen en tegelijkertijd gelijkwaardig zijn.
 - f. Nodigt in situaties waarin de patiënt daar zelf niet of minder toe in staat is, de naasten expliciet uit om informatie te delen over wat de patiënt belangrijk vindt en om mee te denken in welke mogelijkheden haalbaar zijn.

- 5. De arts ondersteunt en moedigt de patiënt actief aan te participeren in het proces van ‘samen beslissen’ (empowerment)**
 - a. Stimuleert en faciliteert de patiënt een eigen mening te vormen.
 - b. Stimuleert in het perspectief van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt betrokkenheid vanuit zijn of haar eigen verantwoordelijkheid.
 - c. Geeft aan dat er meerdere opties zijn waarbij ‘niets doen’ of ‘afwachtend beleid’ ook opties kunnen zijn.
 - d. Benadrukt dat het om sámen beslissen gaat: de arts ondersteunt de patiënt bij het afwegen van de opties en het komen tot een keuze; de patiënt staat er niet alleen voor.

- 6. De arts draagt zorg voor begrijpelijke kennisoverdracht en maakt gebruik van tools die ‘samen beslissen’ ondersteunen**
 - a. Informeert de patiënt over alle mogelijke opties.
 - b. Informeert de patiënt over de voor- en nadelen en de impact van (behandel-)opties op het dagelijks leven van de patiënt.
 - c. Stemt de informatie aan de patiënt af op zijn of haar gezondheidsvaardigheden en specifieke situatie.
 - d. Kent tools die ‘samen beslissen’ ondersteunen en zet deze adequaat in.

- 7. De arts is een betrouwbare en professionele gesprekspartner**
 - a. Stelt zich empathisch op.
 - b. Geef de patiënt persoonlijke aandacht.
 - c. Geeft open, eerlijke en transparante informatie.
 - d. Beschikt over communicatieve vaardigheden.
 - e. Is zich bewust dat zijn of haar denken en handelen wordt beïnvloed door een medisch referentiekader.

- 8. De arts onderkent het belang van samenwerking en communicatie met andere zorgprofessionals en (sociale) actoren uit het netwerk van de patiënt en weet wanneer deze te betrekken.**
 - a. Herkent het moment waarop de grenzen van de eigen kennis en vaardigheden om de patiënt inhoudelijk en procesmatig te ondersteunen zijn bereikt en weet wanneer welke andere professionals ingeschakeld moeten worden.
 - b. Beschouwt keuzes en perspectieven mede vanuit het perspectief van het sociale netwerk en zorgnetwerk van de patiënt.
 - c. Betrekt zo nodig het sociale netwerk en zorgnetwerk van de patiënt in het proces van ‘samen beslissen’.

Colofon

Opdrachtgever

Het programma Uitkomstgerichte Zorg is een samenwerking van het ministerie van VWS en koepelorganisaties in het Hoofdlijnenakkoord Medisch specialistische zorg 2019-2022. De koepels zijn: Federatie Medisch Specialisten, Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie Universitaire medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Vormgeving en lay-out

Stephanie van den Akker (She Creates ontwerpstudio)

Beeld

Saskia Zeller en Jan Willem Houweling in opdracht van de Federatie Medisch Specialisten. De Federatie is eigenaar van alle fotografie gebruikt in dit document.

¹ Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Apr 12; 4:[CD001431 p.]. ; Faber MJ, van Dulmen S, Kinnersley P. Using interventions with patients before clinical encounters to encourage their participation: a systematic review. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R, editors. *Shared decision making in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 160-5.; Coulter A, Bertelsmann, Report 'National Strategies for Implementing Shared Decision Making', 2018

² Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(4):219-26. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2015;35(1):114-31.

³ Elf M, Frost P, Lindahl G, Wijk H. Shared decision making in designing new healthcare environments-time to begin improving quality. *BMC-health services research*. 2015; 15:114.

⁴ 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

⁵ 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

⁶ Handreiking en competentieset scholing medisch specialisten 'de kunst van het 'samen beslissen', NVOG e.a. 2019/ SKMS-project.

