

SAMEN BESLISSSEN

SLEUTEL TOT PASSENDE ZORG



Intreerede dr. Ruth Pel-Littel
Bijzonder lector Samen Beslissen met
ouderen met complexe zorgvragen aan het
Lectoraat Wijkverpleging

OPEN UP NEW HORIZONS.

HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

COLOFON

HAN University of Applied Sciences, Academie Gezondheid en Vitaliteit
Lectoraat Wijkverpleging
Bijzonder lector dr. Ruth Pel-Littel
E: Ruth.Pel@han.nl

REALISATIE

HAN Marketing en Communicatie, Academie Gezondheid en Vitaliteit

VORMGEVING

HAN Studio MC, Roswitha Teerink

COVER ILLUSTRATIE

Osage, Utrecht

FOTOGRAFIE

Sjef Prins APA foto

Uitgave HAN University of Applied Sciences Press, Arnhem, maart 2024

© Alles uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm, geluidsband, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur en uitgever, mits er zorgvuldig wordt verwezen naar de auteur en de uitgever.

SAMEN BESLISSEN

Sleutel tot passende zorg

Intreerede bijzonder lector dr. Ruth Pel-Littel

INHOUD

COLOFON	2		
INHOUD	4		
1. INLEIDING	7		
2. EEN KLEINE GESCHIEDENIS VAN SAMEN BESLISSEN	11		
2.1 Ter illustratie: de behandeling van diabetes door de eeuwen heen	12		
2.2 Wie beslist over mijn zorg of behandeling? De opkomst van Samen Beslissen in de gezondheidszorg.	14		
3. WAT IS SAMEN BESLISSEN?	19		
3.1 Het ethisch fundament onder Samen Beslissen	20		
3.2 Van gedachtegoed naar praktische toepassing in de gezondheidszorg	20		
3.3 Implementatie van Samen Beslissen in Nederland; het eerste decennium: 2010 - 2020	22		
4. KANSEN EN UITDAGINGEN VOOR SAMEN BESLISSEN MET OUDEREN MET COMPLEXE ZORGVRAGEN IN NEDERLAND; VANAF 2020	25		
4.1 "It is not the years in your life, but the life in your years that counts"	26		
4.3 Instrumentarium voor Samen Beslissen met ouderen	29		
4.4 Een bredere kijk op oplossingen	31		
4.5 Aan welke knoppen moet gedraaid worden?	32		
4.6 Eén pot nat?	33		
4.7 Rechtvaardige zorg: Samen Beslissen voor iedereen!	33		
4.8 Het wordt tijd om de sleutel om te draaien!	35		
5. LEEROPDRACHT LECTOR SAMEN BESLISSEN MET OUDEREN MET COMPLEXE ZORGVRAGEN	37		
5.1 Hoe kunnen we persoonsgericht Samen Beslissen bij ouderen met complexe zorgvragen verder onderzoeken, ontwikkelen en implementeren?	38		
5.2 Hoe kunnen we de rol van zorgverleners in de wijkverpleging bij persoonsgericht Samen Beslissen verduidelijken, versterken en integreren in onderwijs en praktijk?	39		
5.3 Hoe kunnen ouderen met complexe zorgvragen en beperkte gezondheidsvaardigheden beter ondersteund worden in het persoonsgericht Samen Beslissen?	40		
5.4 Hoe gaan we dit bereiken?	41		
DANKWOORD	45		
LITERATUUR	49		

1. INLEIDING



Nog nooit in de geschiedenis van Nederland heeft de oude dag er zo goed uitgezien als nu. De kans om gezond, welvarend en redelijk gelukkig een hoge leeftijd te bereiken is groter dan in alle voorgaande eeuwen. En dat is iets om ontzettend dankbaar voor te zijn. Tegelijkertijd is er een keerzijde, omdat een groter aandeel ouderen in onze bevolking ook inhoudt dat het aantal ouderen dat een kwetsbare gezondheid heeft, en complexe zorgvragen, ook groter wordt. En dat stelt ons voor grote uitdagingen. We lezen het in de krant, op NOS stories, we zien het op televisie (De Toekomst is Grijs!) en misschien ervaart u het in de dagelijkse praktijk aan den lijve. Ik heb het over die berichten dat er niet genoeg zorgverleners zijn om voor het toenemend aantal ouderen te zorgen. Met 1,4 miljoen mensen in de zorg, wat gelijkstaat aan 1 op de 7 werkenden, kunnen we de kwaliteit van onze ouderenzorg - zoals deze nu georganiseerd is - niet handhaven. Prognoses suggereren dat als we op de huidige manier blijven zorgen, in 2040 1 op de 4 werkenden in de zorg nodig is, en in 2060 zelfs 1 op de 3¹. Dat kan niet, dan kunnen wij ons als land niet staande houden. Want we hebben ook mensen nodig in het onderwijs, de techniek, veiligheid. Mensen die zorgen voor eten, kleding, huisvesting, etc, om de economie draaiende te houden. We gaan toe naar een tijd waarin er veel minder zorgverleners beschikbaar zijn voor veel meer ouderen. Een toekomst waarin misschien pijnlijke keuzes gemaakt moeten worden, omdat niet alles wat een paar jaar geleden nog mogelijk was qua zorg in de toekomst haalbaar is.

Om de houdbaarheid en toegankelijkheid van de zorg ook voor de toekomst te kunnen blijven garanderen, werken we in Nederland steeds meer volgens de principes van passende zorg. Het uitgangspunt bij passende zorg is dat de zorg of behandeling echt toegevoegde waarde moet hebben voor de kwaliteit van leven van een patiënt of cliënt, maar ook haalbaar moet zijn vanuit personele, financiële en maatschappelijke overwegingen². Daarbij worden vier principes toegepast:

1. Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
2. Bij passende zorg beslissen patiënten samen met hun arts over wat voor hen de best mogelijke behandeling is.
3. Passende zorg wordt, waar mogelijk, dicht bij de patiënt georganiseerd.
4. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan.

Figuur 1 Vier principes van passende zorg.



Noot: aangepast overgenomen van Zorginstituut Nederland

In deze rede zoom ik in op het 2e principe van passende zorg, en vooral met betrekking tot wat dit betekent voor ouderen met complexe zorgvragen. Want Samen Beslissen is juist voor deze doelgroep een belangrijke sleutel voor passende zorg. Dit tweede principe wordt mooi verbeeld in figuur 2 (Nederlands Zorginstituut, 2024). Maar om de sleutel om te kunnen draaien in de ouderenzorg is een herbezinning op het begrip Samen Beslissen nodig. Ik noem dat ook wel een verschuiving van ziektegericht naar persoonsgericht Samen Beslissen op basis van Positieve Gezondheid. En met die verschuiving raken we ook het 4e principe van passende zorg. Ik neem u een stukje mee terug in de tijd, naar de ontwikkelingen in de samenleving die hebben geleid tot de opkomst van Samen Beslissen, naar het eerste decennium van Samen Beslissen in Nederland en naar de uitdagingen waar we in dit decennium en de komende decennia voor staan.

Daarna licht ik toe welke vraagstukken ik als bijzonder lector 'Samen Beslissen met ouderen met complexe zorgvragen' zal oppakken, hoe ik dat ga doen, met wie en wat we hopen te bereiken.

2. EEN KLEINE GESCHIEDENIS VAN SAMEN BESLISSEN



Patiënten kunnen tegenwoordig steeds vaker kiezen uit verschillende, wetenschappelijk onderbouwde behandelopties voor hun ziekte. Dit is echter niet altijd zo geweest. Vroeger was het lang niet vanzelfsprekend dat je als patiënt inspraak had in de keuze van de behandeling, en was de onderbouwing van behandelingen vaak twijfelachtig.

2.1 TER ILLUSTRATIE: DE BEHANDELING VAN DIABETES DOOR DE EEUWEN HEEN

In het volgende voorbeeld ga ik in op een bekende en veel voorkomende ziekte: diabetes. Diabetes is al duizenden jaren bekend; artsen in het oude Egypte en India beschreven deze ziekte al. Maar een remedie was er destijds nog niet. In de middeleeuwen kenden artsen over de hele wereld diabetes als ziekte. Zij zochten naar de meest effectieve behandeling. De beschikbare opties in die tijd waren³:

- Paardrijden (om minder te hoeven plassen)
- Aderlatingen (veel bloed weghalen via een bloedvat)
te zien in figuur 2 (Sneyd, 1804)
- Opium gebruiken
- Zo min mogelijk eten
- Zoveel mogelijk eten (tegen het afvallen)

Figuur 2 Middeleeuwse behandelmethoden.



Noot: an ill man who is being bled by his doctor, overgenomen van Wikimedia

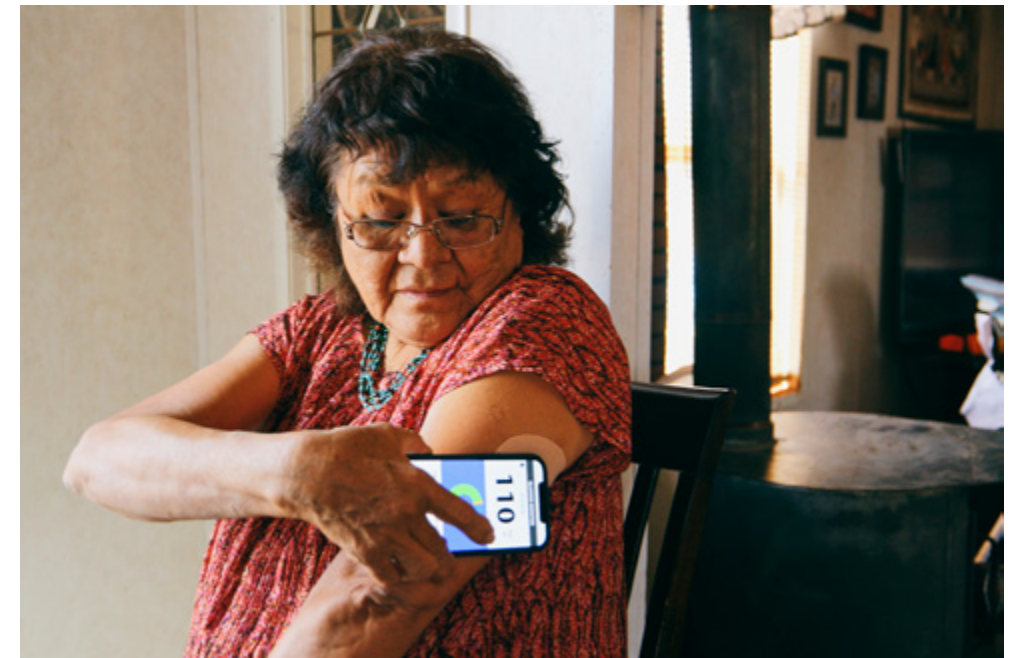
Het zal u niet verbazen dat in deze eeuwen veel mensen aan diabetes overleden. De ontdekking van bloedsuiker rond 1800 en de samenhang van bloedsuiker met voeding leidden tot een medische doorbraak aan het begin van de 20e eeuw. In 1922 kreeg de 14-jarige Leonard Thompson als eerste persoon insuline ingespoten, wat zijn leven

reddde. De bedenker van deze behandeling ontving meteen de Nobelprijs. Dus, in de 20e eeuw was het spuiten van insuline eigenlijk de enige wetenschappelijk onderbouwde behandeloptie voor mensen met diabetes.

Maar dan nu, anno 2024, is de situatie veranderd en is de keuze reuze. Een voorbeeld hiervan is figuur 3 (RichLegg, z.d.). Van klikken en prikken tot slikken, de behandelopties voor iemand met diabetes zijn op dit moment:

- Insuline
- SGLT2-remmers
- GLP1-antagonisten
- DPP4-remmers
- Sulfonylureum
- Metformine
- Leefstijl aanpassen
- Niet behandelen
- (en er komen nog steeds nieuwe mogelijkheden bij!)

Figuur 3 Moderne behandeling van Diabetes



Noot: a senior aged Indigenous Navajo woman, checking her blood glucose, overgenomen van iStock,

Maar welke keuze maak je dan? En waarvan hangt deze keuze af? Wat zijn de overwegingen voor jou als patiënt met diabetes? Hoe wil je je dagelijks leven leiden, wat is je leefstijl en wat wil of kun je daar misschien in aanpassen? En hoe kijkt de zorgverlener, waarmee

ik artsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners en andere zorgverleners bedoel, hier naar? Het proces van wikken en wegen wat nu moet plaatsvinden noemen we Samen Beslissen. Bij Samen Beslissen staat centraal dat zorgverleners in overleg met patiënten kiezen voor wat het beste past bij de patiënt. Wat 'het beste past' wordt bepaald door wat voor de patiënt belangrijk is voor zijn kwaliteit van leven en welke prioriteiten hij daarbij zelf stelt. Tegelijkertijd worden er reële en haalbare opties verkend vanuit de professionele expertise van de zorgverlener en aansluitend bij de gezondheidssituatie van de patiënt. Deze uitwisseling van persoonlijke waarden en professionele expertise tussen patiënt en zorgverlener en het proces van samen overwegen welke mogelijkheden het 'beste passen' vormen de essentie van Samen Beslissen.

Dit is een relatief eenvoudig voorbeeld om Samen Beslissen te introduceren. Het gaat in dit voorbeeld om één enkelvoudige aandoening met duidelijke richtlijnen vanuit de beroepsgroep. Bij ouderen met een kwetsbare gezondheid spelen veelal meerdere aandoeningen tegelijkertijd wat leidt tot complexe zorgvragen. Wat dat betekent voor Samen Beslissen wordt in hoofdstuk 4 nader uitgewerkt. Maar eerst nemen we het ontstaan van Samen Beslissen onder de loep.

2.2 WIE BESLIST OVER MIJN ZORG OF BEHANDELING? DE OPKOMST VAN SAMEN BESLISSEN IN DE GEZONDHEIDSZORG.

Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau is de Nederlandse samenleving sterk individualistisch van karakter geworden⁴. Zowel ten opzichte van waarden en normen in andere landen als in vergelijking met onze verzuilde samenleving van de vorige eeuw. Onze vrijheid beschouwen we als een groot goed met de mogelijkheid om zelf keuzes te maken, ook met betrekking tot onze eigen gezondheid. Maar het was lange tijd niet gebruikelijk dat je als patiënt inspraak had in de zorg of behandeling. Ik neem u even mee terug in de tijd, naar de jaren '60 van de vorige eeuw, een periode gekenmerkt door de opkomst van de verzorgingsstaat. In die tijd was de gemiddelde ligduur in het ziekenhuis 20 dagen (tegenwoordig is dat 5 dagen)^{5,6}. In die tijd waren er natuurlijk ook veel goede dingen in de zorg. Niet alleen maar rust, reinheid en regelmaat, maar ook werkplezier en saamhorigheid onder de verpleegkundigen (zoals ook te zien is in figuur 4).

Figuur 4 Diaconessenhuis in Rotterdam



Noot: Coby van den Oever en Tine Lingen met collega's in het Diaconessenhuis in Rotterdam. Circa 1963.

Maar als het om zeggenschap ging, was er maar één persoon de baas, en dat was de dokter. Het concept van Samen Beslissen, daar had nog niemand van gehoord. Sterker nog, men ging ervan uit dat patiënten niet of slechts heel beperkt in staat waren om mee te denken over hun behandeling. Dat klinkt nu heel betuttelend, maar vergeet niet dat patiëntenvoorlichting, folders (laat staan websites) nog in de kinderschoenen stonden. Alles werd geschaard onder het begrip 'vertrouwensrelatie'. Kortom, als patiënt moest je gewoon vertrouwen op de deskundigheid van de artsen. Dat kwam zelfs in advertenties terug, zoals u kunt zien in figuur 5 (De Soto Division of Chrysler Corporation, 1934). Rechten of plichten voor patiënten waren niet wettelijk vastgelegd. Het was zelfs niet wettelijk vereist dat een patiënt toestemming gaf voor een ingreep of behandeling⁷. We kunnen het ons vandaag de dag bijna niet meer voorstellen.

Figuur 5 Just what the doctor ordered



Noot: Filter Safety Myths, door De Soto Division of Chrysler Corporation.

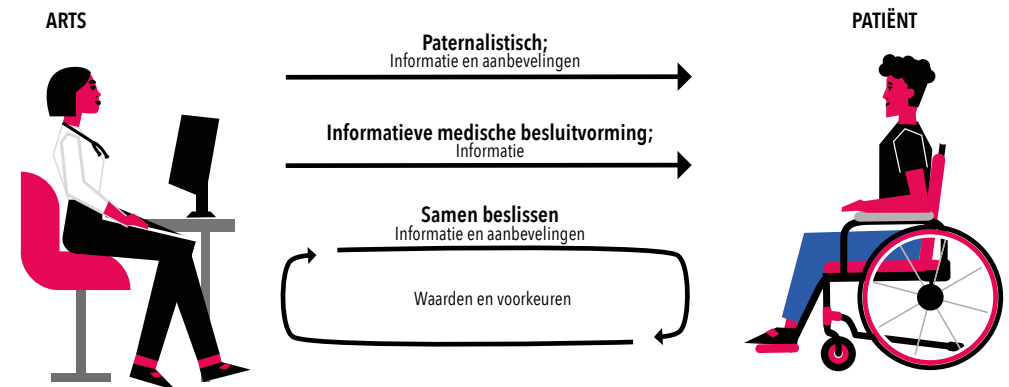
Dus enerzijds merken we op dat de (medische) wetenschap grote vooruitgang boekte met steeds meer verschillende mogelijkheden voor behandeling en zorg. Anderzijds was het betrekken van patiënten bij deze behandelkeuzes nog niet echt gangbaar. Maar toen kwamen de jaren zeventig! Flowerpower, wijde broekspijpen, lange haren en natuurlijk de iconische film One Flew Over the Cuckoo's Nest, waar een nog jonge Jack Nicholson en een jonge Danny DeVito op een Psychiatrie afdeling in opstand komen tegen het strenge regime van hoofdzuster Ratched.

Vanaf de jaren '70 groeide in Europa, inclusief Nederland, de aandacht voor de rechtspositie van de patiënt⁷. Internationale verdragen, zoals de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens uit 1948, maar ook de opkomst van burgerrechten speelden hierbij een rol. In de jaren '70 en '80 wendden patiënten zich steeds vaker tot de burgerlijk rechter, de

medisch tuchtrechter of andere instanties voor klachtenbemiddeling. Als reactie op deze ontwikkelingen, besloot de overheid om de rechtspositie van de patiënt wettelijk vast te gaan leggen. Pas in 1995 werd dat gerealiseerd met de invoering van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, beter bekend als de WGBO. Deze wet regelt de rechten en plichten van zorgverleners en van patiënten, waaronder de informatieplicht en het toestemmingsvereiste.

We zien zo langzaam dat er iets verandert in de relatie dokter - patiënt. Van een zogeheten 'Paternalistisch model' (de term klinkt al bevoogdend, vaderlijk) waarin de rol van de arts vooral gericht was op informeren en aanbevelen, evolueren we naar een 'Informatief model voor besluitvorming', ook wel het 'Consumentenmodel' genoemd. Daarbij informeert de dokter de patiënt over de aandoening en de behandelmogelijkheid of -mogelijkheden, en laat het vervolgens aan de patiënt over om een keuze te maken. Dit model wordt in beeld gebracht in figuur 6. Hoewel dit model veel ruimte lijkt te bieden aan patiënten, ervaren zorgverleners toch dat het model tekortschiet. Want is het eigenlijk wel ethisch verantwoord om complexe beslissingen bij de patiënt neer te leggen? Waar is de ruimte in dit model voor zorgverleners om de patiënt te begeleiden bij het maken van keuzes? Om naast de patiënt te staan en samen te wikken en te wegen⁸. Om aan die behoefte tegemoet te komen, is het principe van Samen Beslissen ontstaan.

Figuur 6 Besluitvormingsmodellen in de zorg



3. WAT IS SAMEN BESLISSEN?



3.1 HET ETHISCH FUNDAMENT ONDER SAMEN BESLISSEN

Laten we het begrip Samen Beslissen eens wat verder ontrafelen. In 1979 verscheen het boek "Principles of Biomedical Ethics", door Beauchamp en Childress. Dit boek wordt vaak aangehaald als onderliggende basis, rechtvaardiging bijna, voor het belang van Samen Beslissen⁹. De vier medisch ethische principes van waaruit zorgverleners zouden moeten werken zijn:

1. Respect voor de **autonomie** van de patiënt: hiermee wordt bedoeld dat mensen in staat moeten worden gesteld om zelf keuzes te maken op basis van informatie over bijvoorbeeld de behandelmogelijkheden.
2. **Weldoen**: actief bijdragen aan het welzijn van een patiënt. In de context van Samen Beslissen betekent dit dat een behandeling altijd meer voordelen dan nadelen moet hebben voor de patiënt.
3. **Niet schaden**: geen handelingen verrichten (bewust of onbewust) die de patiënt schade berokkenen. In de context van Samen Beslissen houdt dit in dat geen behandelingen worden voorgesteld die de patiënt meer schade berokkenen dan voordeel opleveren (het principe 'operatie geslaagd, patiënt overleden').
4. **Rechtvaardigheid**: als mensen bewuster en beter geïnformeerd kiezen voor een behandeling, worden er minder onnodige behandelingen uitgevoerd. Dat draagt bij aan de mogelijkheid om meer mensen te helpen. De middelen worden eerlijker verdeeld. Het is ook rechtvaardiger wanneer zowel minder opgeleide mensen als meer opgeleiden betrokken worden bij keuzes.

3.2 VAN GEDACHTEGOED NAAR PRAKTISCHE TOEPASSING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Deze principes worden tot op de dag van vandaag, 45 jaar later, nog gezien als de hoekstenen van zorgethiek en sluiten naadloos aan bij passende zorg. Maar de vertaling van deze principes naar een model voor communicatie tussen patiënten en hun zorgverleners kwam pas bijna twintig jaar na het verschijnen van het boek. In 1997 werd het artikel 'Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? Or: it takes at least two to tango' van de Amerikaanse auteurs Charles, Gafin en Whelan gepubliceerd¹⁰. In dit artikel beschrijven ze het concept van Samen Beslissen en de belangrijkste kerncomponenten van dit model. Samen Beslissen richt zich in dit artikel op situaties met 'levensbedreigende ziektes', waar belangrijke beslissingen moeten worden genomen.

In Wales, in het Verenigd Koninkrijk, probeerde huisarts en onderzoeker Glyn Elwyn dit gedachtegoed te concretiseren door een praktisch gespreksmodel voor Samen Beslissen te ontwikkelen. Dit model zou zorgverleners in de dagelijkse praktijk handvatten geven voor Samen Beslissen¹¹. Elwyn beschreef hoe zorgverleners patiënten konden ondersteunen bij

het maken van afwegingen. Dit gebeurde door uit te leggen dat er iets te kiezen was met betrekking tot het behandelen van het gezondheidsprobleem (het keuzegesprek), door behandelmogelijkheden voor te leggen met zowel de verwachte voordelen als nadelen (het optiegesprek), en vervolgens samen te besluiten welke mogelijkheid het beste aansloot bij de voorkeuren van de patiënt (het besluitgesprek).

In het MAGIC programma (Making good decisions in collaboration) werd via verschillende strategieën gewerkt aan brede implementatie van Samen Beslissen, vooral bij oncologische aandoeningen. Dit kwam omdat bij deze aandoeningen, door voortschrijdende medische ontwikkelingen steeds meer keuzemogelijkheden ontstonden voor patiënten¹². In lijn met het motto "It takes two to tango", werden ook patiënten aangemoedigd om mee te denken en te praten over keuzes bij hun behandeling.

De ASK 3 Questions-campagne bleek heel succesvol om patiënten te betrekken bij Samen Beslissen, en stimuleerde patiënten om de volgende drie vragen te stellen¹³:

1. Wat zijn mijn opties?
2. Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van die opties?
3. Hoe waarschijnlijk is het dat elk van deze voordelen en nadelen mij overkomen? Inclusief: 'Wat gebeurt er als ik niets doe?'

In essentie transformeerde het concept van Samen Beslissen tussen 2000 en 2010 van een abstract idee naar een concreet gespreksmodel dat gericht is op de medisch specialistische zorg. En al meteen vanaf het begin zag men Samen Beslissen als een hulpmiddel om passende zorg te geven, maar zoals gezegd, vooral met betrekking tot de medisch specialistische zorg.

Figuur 7 Samen Beslissen



Noot: cropped shot of two medical professionals connecting puzzle pieces, overgenomen van iStock

3.3 IMPLEMENTATIE VAN SAMEN BESLISSEN IN NEDERLAND; HET EERSTE DECENNIUM: 2010 - 2020

Maar hoe staan de zaken ervoor in ons eigen land? In Nederland, in Maastricht vindt in 2011 een internationaal congres plaats over Samen Beslissen. Dat geeft in ons land een grote boost aan de praktijk van Samen Beslissen. In eerste instantie nemen drie belangrijke partijen het voortouw in de implementatie van Samen Beslissen: de medische beroepsgroep, de Patiëntenfederatie Nederland en de overheid en overheidsgerelateerde organisaties. De medische beroepsgroep legt aanvankelijk het accent vooral op voorkeursgevoelige beslissingen binnen de medisch-specialistische zorg, met name in het ziekenhuis en met de medisch specialist. Met voorkeursgevoelige beslissingen wordt bedoeld dat er verschillende behandelmogelijkheden zijn die medisch gezien vergelijkbare uitkomsten hebben, maar waarbij verschillen kunnen zijn op het gebied van bijwerkingen of belasting voor de patiënt.

De Patiëntenfederatie zet vooral in op campagnes om mensen bewust te maken van Samen Beslissen, zoals de campagnes 'Bij de dokter? Stel 3 goede vragen' en 'Begin een goed gesprek'. Daarnaast meet de Patiëntenfederatie ook regelmatig in hoeverre patiënten in Nederland ervaren dat er daadwerkelijk met hen samen beslist wordt.

Als derde grote partij zetten ook de overheid en overheidsgerelateerde organisaties in op Samen Beslissen. Vanaf 2015 worden er verschillende kamerbrieven verstuurd waarin het belang van Samen Beslissen met patiënten benadrukt wordt. In 2020 wordt zelfs de wet aangepast: naast informeren en toestemming geven wordt in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vastgelegd dat zorgverleners moeten overleggen met patiënten, dus van gedachten wisselen over de te volgen koers.

ZonMw, de organisatie in Nederland die onderzoek en vernieuwing in gezondheid programmeert en financiert, faciliteert sinds 2011 vele onderzoeksprogramma's en projecten over Samen Beslissen. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) sluit hier vanaf 2016 op aan en ondersteunt meer dan 50 implementatieprojecten voor Samen Beslissen.

Waar hebben al deze ontwikkelingen nu toe geleid? Als we terugblikken op de resultaten van het eerste decennium van Samen Beslissen, ongeveer van 2010 tot 2020, komt uit onderzoeken van de Patiëntenfederatie Nederland en onderzoeksbureau Kantar Republic globaal het volgende naar voren^{14,15}:

- De meeste mensen (70 - 90%) vinden het belangrijk om samen te beslissen, zowel patiënten als zorgverleners.
- Ongeveer 50% van de patiënten wordt actief uitgenodigd om mee te beslissen door de huisarts of specialist.

- Ook geeft 50% van de patiënten aan dat er meerdere behandelopties met hen zijn besproken.
- 36% van de patiënten geeft aan dat er niet of onvoldoende met hen besproken is welke zorg het beste past bij hun voorkeur.
- Een aanzienlijke meerderheid, namelijk 79% van de patiënten, zegt dat ze betrokken waren bij de uiteindelijke besluitvorming.

Wat we daarnaast ook kunnen constateren is dat er inmiddels voor zowel patiënten als zorgverleners veel hulpmiddelen beschikbaar zijn om samen te beslissen. Voor patiënten zijn er diverse keuzehulpen ontwikkeld die informatie geven over mogelijke behandelingen van een ziekte of aandoening, inclusief de voor- en nadelen.

Ook voor zorgverleners zijn er vele e-learnings en trainingen beschikbaar voor Samen Beslissen. Hoewel het geweldig is dat er zoveel beschikbaar is, en er waarschijnlijk altijd wel iets te vinden is dat perfect aansluit bij een specifieke situatie, vormt de overvloed aan keuzehulpen en trainingen ook een uitdaging. Het kan soms lastig zijn om snel te vinden wat precies past bij de specifieke behoeften in een specifieke situatie.

Samengevat, wanneer we terugkijken op dit decennium, is er veel bereikt in de bewustwording en implementatie van Samen Beslissen. De focus lag vooral op het gesprek tussen artsen en patiënten, en was met name gericht op behandelopties voor een medische aandoening. Maar uit verschillende onderzoeken en rapporten komt naar voren dat deze manier van Samen Beslissen minder goed werkt bij ouderen met meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, terwijl we hier in de komende decennia juist steeds meer mee te maken krijgen^{16,17,18,19,20,21,22}. Hoe dat komt en wat dat betekent voor Samen Beslissen bespreek ik in het volgende hoofdstuk.



**4. KANSEN EN UITDAGINGEN
VOOR SAMEN BESLISSEN MET
OUDEREN MET COMPLEXE
ZORGVRAGEN IN NEDERLAND;
VANAF 2020**

4.1 "IT IS NOT THE YEARS IN YOUR LIFE, BUT THE LIFE IN YOUR YEARS THAT COUNTS"

De welvaart en goede gezondheidszorg in Nederland hebben geleid tot een stijging van de levensverwachting. Werden mannen in 1950 gemiddeld 70 jaar, tegenwoordig is dat 80 jaar. Voor vrouwen ligt dit zelfs 3 jaar hoger²³. De prognose is dat rond 2060 mannen gemiddeld 87 worden en vrouwen gemiddeld 89,9 jaar²⁴. De Leyden Academy volgde gedurende een langere periode een groep 85-plussers en constateerde dat veel ouderen nog erg tevreden zijn met hun leven. Ze geven hun leven gemiddeld een 8, wat vergelijkbaar is met hoe jonge mensen hun leven beoordelen. Maar, naarmate mensen langer leven, worden er wel toenemende ongemakken ervaren. Veel van deze ongemakken worden veroorzaakt door chronische aandoeningen. Kenmerkend voor chronische aandoeningen is dat deze (nog) niet te genezen zijn, maar dat je er vaak wel mee kunt blijven leven. Chronische aandoeningen kunnen een grote impact hebben op iemands persoonlijk leven, niet alleen op het fysiek functioneren, maar ook op andere aspecten van het leven, zoals op sociaal of mentaal gebied. Vaak gaan deze chronische aandoeningen dan ook gepaard met een hulpvraag, voor behandeling, zorg of ondersteuning.

Ongeveer één op de vijf ouderen (65-plussers) heeft een kwetsbare gezondheid²⁵. Bij ouderen met een kwetsbare gezondheid is er vrijwel altijd sprake van meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, zoals hart- en vaatziekten, diabetes, hypertensie, chronische obstructieve longziekte (COPD), depressie, artritis en kanker²⁶. Ziektes waar je steeds vaker best oud mee kunt worden, en waar verschillende behandelmogelijkheden voor zijn. Echter, het behandelen van een ziekte of aandoening brengt niet alleen voordelen met zich mee (het effect van de behandeling), maar vaak ook nadelen. Medicijnen voor hoge bloeddruk kunnen bijvoorbeeld spierpijn en vermoeidheid veroorzaken. Terwijl medicijnen tegen depressie misselijkheid en slaapproblemen als mogelijke bijwerking hebben. En ga zo maar door. Het is daarom essentieel om bij ouderen met meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd steeds samen af te wegen: wegen de gezondheidsopbrengsten op tegen de nadelige effecten? Hoeveel kwaliteit voegt deze behandeling toe aan het leven van deze persoon? En wat is de impact van een behandeling op de andere aspecten van het leven, zoals iemands sociale- of woonsituatie, de belasting voor mantelzorgers en iemands leefstijl en bezigheden.

Dit afwegingsproces is essentieel. Enerzijds, omdat het veel uitmaakt of je een korte periode last hebt van bijwerkingen, of dat een bijwerking voor de rest van je leven van toepassing is. Anderzijds, omdat maximaal behandelen van verschillende chronische aandoeningen tegelijkertijd, kan leiden tot een te zware behandellast voor de patiënt. Met andere woorden: we lopen het risico dat we de patiënt als mens uit het oog verliezen als we ons vooral richten op het behandelen van (afzonderlijke) ziektes. Hierdoor kunnen weliswaar jaren aan het leven worden toegevoegd, maar weinig leven aan die jaren.

Voor Samen Beslissen betekent dit dat we veel beter moeten kijken naar de gewenste winst voor het leven van ouderen. Maar hoe kunnen we dat doen?

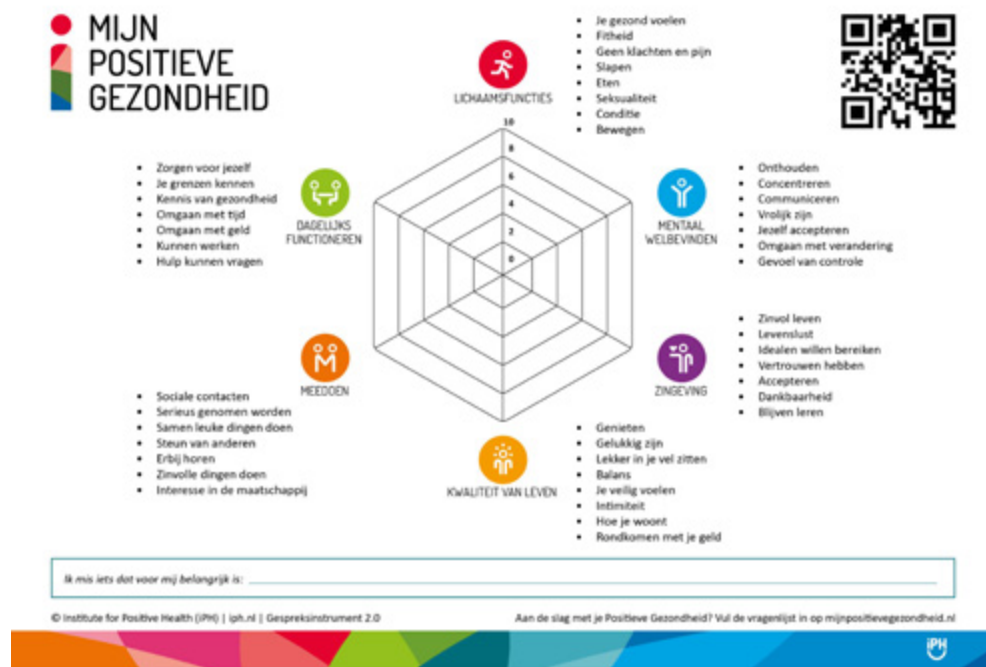
4.2 POSITIEVE GEZONDHEID

Het helpt om op een andere manier naar gezondheid te kijken dan alleen de afwezigheid van ziekte(s). Een bredere kijk op gezondheid is uitgewerkt door Machteld Huber in de zes dimensies van het concept Positieve Gezondheid²⁷:

1. lichaamsfuncties
2. mentaal welbevinden
3. zingeving
4. kwaliteit van leven
5. meedoen
6. dagelijks functioneren

Het in kaart brengen van de ervaren gezondheid van ouderen op deze zes dimensies kan bijvoorbeeld met behulp van het spinnenweb van het 'Institute for Positive Health' in Figuur 8. Het bespreken de gezondheid en hoe iemand dit prioriteert, helpt om als zorgverlener samen met de oudere te bespreken op welke punten iemand graag een verbetering (of behoud) zou willen zien. Dit startpunt, het perspectief van de oudere op zijn gezondheid en diens prioriteiten hierbij, is essentieel. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zorgverleners vaak niet goed inschatten wat voor een oudere belangrijk is. Zo bleek uit onderzoek van Cynthia Hofman dat ouderen zelfstandig kunnen functioneren als het allerbelangrijkste beschouwen, maar dat zorgverleners zich vaak richten op pijnbestrijding¹⁸. Uit onderzoek van Marjon van Rijn kwam naar voren dat tijdens een geriatrisch assessment verpleegkundigen gemiddeld acht aandoeningen of problemen constateerden bij thuiswonende ouderen. Echter, bij bespreking met de ouderen zelf ervaaarde deze groep gemiddeld slechts één van deze acht als een daadwerkelijk probleem¹⁹. Mijn eigen onderzoek liet zien dat ouderen met hun zorgverlener voornamelijk functionele beperkingen, mentaal welzijn, sociale contacten en kwaliteit van leven willen bespreken²⁸.

Figuur 8 Spinnenweb van Positieve Gezondheid



Noot: spinnenweb. Gespreksinstrument 2.0, door Institute for Positive Health.

Voor Samen Beslissen met ouderen met een kwetsbare gezondheid betekent dit dat niet een ziekte of aandoening het uitgangspunt moet vormen voor Samen Beslissen, maar dat wat iemand zelf graag verbeterd ziet met betrekking tot zijn of haar gezondheidssituatie. Hiermee verschuift Samen Beslissen van ziektegericht Samen Beslissen naar persoonsgericht Samen Beslissen, waarbij het uitgangspunt niet de ziekte is, maar de persoon en diens ervaren Positieve gezondheid.

Van ziektegericht Samen Beslissen naar persoonsgericht Samen Beslissen

ZIEKTEGERICHT SAMEN BESLISSEN

- Wat is mijn ziekte?
- Welke mogelijkheden zijn er?
- Wat zijn de voor- en nadelen?
- Wat past bij mij?

PERSOONSGERICHT SAMEN BESLISSEN

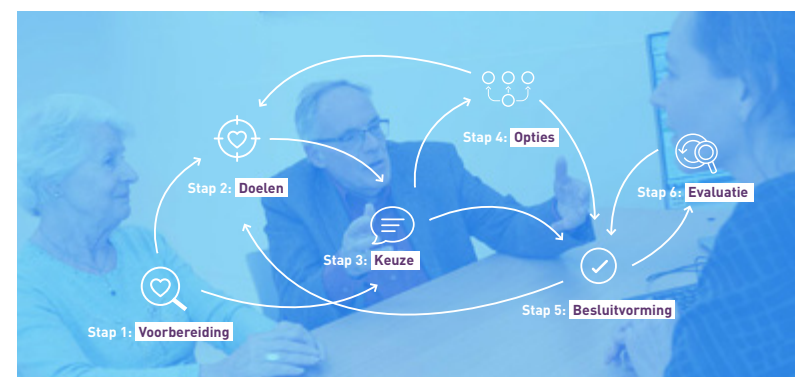
- Hoe ervaar ik mijn gezondheid?
- Wat is belangrijk voor mij?
- Wat zijn mijn doelen?
- Welke mogelijkheden zijn er?
- Wat zijn de voor- en nadelen?
- Wat past bij mij?

4.3 INSTRUMENTARIUM VOOR SAMEN BESLISSEN MET OUDEREN

Marjolein van de Pol¹⁶ ontwikkelde in 2016 een nieuw gespreksmodel voor Samen Beslissen bij ouderen met een kwetsbare gezondheid. Dit model, zie figuur 9, bestaat uit zes stappen:

- Bij stap 1: voorbereiding, bereidt de zorgverlener zich voor op het gesprek door de voorgeschiedenis van de patient in kaart te brengen.
- Bij stap 2: doelen, bespreek je samen de levensdoelen van de oudere.
- Bij stap 3: keuze, stel je samen met de oudere vast wat het behandeldoel wordt om de levensdoelen te dienen.
- Bij stap 4: opties, bespreek je alle interventies die passen bij het behandeldoel en de voor- en nadelen van deze interventies.
- Bij stap 5: besluitvorming, bespreek je de voorkeuren van de oudere en neem je samen met de oudere een besluit over de best passende interventie(s).
- Bij stap 6: evaluatie, evalueer je hoe het proces van Samen Beslissen is verlopen en of de oudere tevreden is met het genomen besluit.

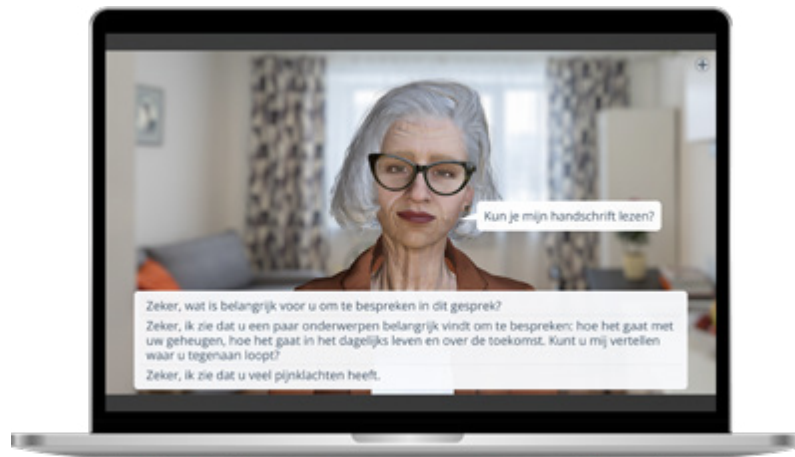
Figuur 9 Dynamisch gespreksmodel voor Samen Beslissen met ouderen met een kwetsbare gezondheid



Noot: dit gespreksmodel is overgenomen uit de Toolbox Samen beslissen met kwetsbare ouderen.

In mijn promotieonderzoek heb ik, in samenwerking met Marjolein van de Pol, gewerkt aan de praktische implementatie van dit model en onderzocht wat daarvoor nodig was. Daarbij richtte ik me op het perspectief van zorgverleners, maar ook van ouderen en hun naasten. Want Samen Beslissen kun je niet in je eentje doen!

Figuur 10 E-learning Samen Beslissen door online gesprekssimulaties met virtuele patiënten



Noot: afbeelding gegenereerd door Dialoguetrainer voor deze intrede.

Voor zorgverleners betekent dit model dat zij het gesprek met oudere patiënten op een andere manier beginnen. Met andere woorden: om een omslag te maken van “wat is het probleem” naar “wat is belangrijk voor u?”. Veel zorgverleners zijn niet gewend om een gesprek op deze manier te beginnen. Daarom hebben we samen met DialogueTrainer, een leverancier die online gesprekstrainingen ontwikkelt, inmiddels een mooie online leerlijn opgezet. Hiermee kunnen zorgverleners in de eerste en tweede lijn het proces van Samen Beslissen oefenen met virtuele oudere patiënten.

Ten aanzien van het perspectief van ouderen kwam uit mijn onderzoek naar voren dat ouderen vaak veel kennis en inzichten hebben over zichzelf en het leven met hun chronische aandoeningen, maar dat ouderen vaak denken dat deze kennis niet belangrijk is om in te brengen²¹. Ook kwam naar voren dat veel ouderen kwaliteit van leven, zelfstandig blijven en sociale contacten belangrijker vinden dan de behandeling van individuele aandoeningen²⁹. En dat ouderen deze zaken graag met hun zorgverleners willen bespreken wanneer er beslissingen genomen moeten worden over gezondheidsproblemen²⁸.

Naasten zijn vaak een belangrijke derde partner bij Samen Beslissen. Zij zijn meestal de voornaamste (informele) zorgverleners voor ouderen, omdat ze veel mantelzorgtaken op zich nemen. Bij het betrekken van naasten bij Samen Beslissen zijn veel verschillende factoren die een rol kunnen spelen³⁰, en één van de belangrijkste daarbij is dat naasten soms een ander beeld hebben van de situatie dan de oudere zelf. Dat kan Samen Beslissen ingewikkeld maken.

Figuur 11 Samen Beslis Hulp



Noot: coverpagina van de Samen Beslis Hulp, door Vilans.

Om ouderen en hun naasten beter te betrekken bij Samen Beslissen heb ik in mijn promotieonderzoek Stap 1 van het gespreksmodel verbreed. Het gaat niet alleen om de voorbereiding van de zorgverlener, maar net zo goed om de voorbereiding van ouderen en hun naasten. Daarvoor heb ik in mijn promotieonderzoek een hulpmiddel ontwikkeld om ouderen te ondersteunen bij Samen Beslissen: de Samen Beslis Hulp. Dit is een lijst die de oudere zelf thuis vooraf invult en waarop hij of zij aangeeft hoe de eigen gezondheid ervaren wordt (uitgaand van de dimensies van Positieve Gezondheid). En waarop de oudere noteert wat hij of zij belangrijk vindt om te bespreken met de zorgverlener. Ook vult de oudere in wat hij graag (weer) zou willen kunnen. Dit helpt om richting te geven aan het Samen Beslissen. Maar ook is er in de Samen Beslis Hulp ruimte voor de naaste om zijn vragen, zorgen en wensen over de situatie te delen. Zorgverleners die werken met de Samen Beslis Hulp horen regelmatig terug dat ouderen de Samen Beslis Hulp voorafgaand aan een afspraak met de zorgverlener thuis met hun naasten bespreken, en dat dit leidt tot goede gesprekken en meer inzicht en begrip voor elkaars beeld van de situatie.

4.4 EEN BREDERE KIJK OP OPLOSSINGEN

Zoals ik eerder toelichtte, kijken we vanuit Positieve Gezondheid veel breder naar gezondheid dan alleen naar het lichamelijk functioneren. We richten ons ook op kwaliteit van leven, zingeving, meedoen, mentaal welbevinden en dagelijks functioneren. Wanneer ouderen via de Samen Beslis Hulp aangeven op welke gebieden zij graag verbeteringen

wensen, betekent dit dat zorgverleners niet meer alleen denken in termen van zorg of behandeling. De deuren worden geopend naar andere oplossingen. Immers, uit onderzoek blijkt dat voor veel ouderen het belangrijkste is om zelfstandig te kunnen blijven functioneren, sociale contacten te kunnen onderhouden en zich mentaal goed te voelen[28, 29]. Hieruit volgen niet vanzelfsprekend zorg- of behandelinterventies, maar juist andersoortige interventies gericht op welzijn, slimme hulpmiddelen of technologische oplossingen. En daarmee is het ook niet meer vanzelfsprekend de zorgverlener die de interventie uitvoert. Er wordt besproken wat iemand zelf misschien kan ondernemen, wat een naaste kan bijdragen of hoe de buurt kan helpen. Zo draagt Samen Beslissen bij aan passende zorg: samen zoeken naar goede oplossingen die bijdragen aan kwaliteit van leven, maar niet vanzelfsprekend inzet vragen van zorgverleners. Dit vraagt van zorgverleners, ouderen en van onze hele maatschappij een verandering in denken. Waarbij de maatschappij meer moet gaan zorgen, en de zorg meer moet vermaatschappelijken.

4.5 AAN WELKE KNOPPEN MOET GEDRAAID WORDEN?

Er zijn drie knoppen waar we aan moeten draaien om persoonsgericht Samen Beslissen in Nederland verder te brengen, gericht op ouderen, het opleiden van zorgverleners en op samenwerking tussen zorgverleners.

Ouderen: Op tijd beginnen met nadenken over je Positieve Gezondheid

Uit bovenstaande volgt dat persoonsgericht Samen Beslissen niet pas moet beginnen in de spreekkamer van de medisch specialist, zoals dat vooral het geval was in het eerste decennium van Samen Beslissen. Samen Beslissen begint thuis door de oudere, door deze in alle rust uit te nodigen na te denken over zijn of haar 'Positieve Gezondheid' en wat hij of zij graag wil behouden of verbeteren. Dit betekent allereerst dat er bij ouderen bewustzijn moet worden gecreëerd over het belang van vroegtijdig nadenken over hun Positieve Gezondheid en wat daarbij hun wensen en prioriteiten zijn. Seniorenorganisaties zoals KBO-Brabant en PCOB-ANBO, en lokale en regionale initiatieven zoals de leerateliers veerkrachtig ouder worden, zetten zich hier met grote inzet voor in.

Zorgverleners: breder opleiden in samen beslissen

Als er dan zaken zijn waar een oudere zelf of met naasten niet uitkomt, dan kan een oudere hulp vragen aan bijvoorbeeld de huisarts, de wijkverpleging, of een sociaal werker, afhankelijk van de situatie. Deze zorgverlener, of hulpverlener, denkt samen met de oudere mee over wat er mogelijk is, in brede zin. Voor zorgverleners betekent dit dat niet alleen de medisch specialist moet worden opgeleid in Samen Beslissen met ouderen, maar ook de wijkverpleegkundige, de praktijkondersteuner, de casemanager, etc. In het eerste decennium van Samen Beslissen is de beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden zwaar

ondervertegenwoordigd geweest in onderzoeken, modellen en trainingen over Samen Beslissen. Tot 2008 was 90% van de deelnemers aan verschillende onderzoeken naar Samen Beslissen arts¹¹. En van de 148 trainingsprogramma's die in 2016 in kaart gebracht werden, waren er slechts zes specifiek voor verpleegkundigen¹². Het onderzoek naar het curriculum van Nederlandse opleidingen in 2021 voor het programma Uitkomstgerichte zorg toont aan dat Samen Beslissen voornamelijk aan bod komt in medische en verpleegkundige vervolgoopleidingen (vaak impliciet) en nog maar zeer beperkt in de basisopleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden³¹. Hier is dus nog ruimte voor verbetering, waarop ik in het volgende hoofdstuk nader zal ingaan.

Zorgverleners: leren samenwerken bij Samen Beslissen

Het kan nodig zijn om specifieke expertise in te schakelen, zoals een fysiotherapeut of een specialist in het ziekenhuis. Maar er is dan al belangrijk voorwerk verricht waar de specialist of therapeut op voort kan bouwen. Daarom is het belangrijk om informatie over de doelen, wensen en prioriteiten van ouderen op een slimme en efficiënte manier te delen zodat het zorgnetwerk van een oudere goed kan samenwerken bij het Samen Beslissen. Bijvoorbeeld in het multidisciplinair overleg, maar ook via het elektronisch patiëntendossier. Dat kan en moet in Nederland nog veel beter.

4.6 EÉN POT NAT?

We maken even een zijstap, want u vraagt zich wellicht af: is Samen Beslissen niet gewoon hetzelfde als Proactieve Zorgplanning? En anderen denken misschien: Samen Beslissen, dat is toch gewoon Positieve Gezondheid? Deze drie begrippen zijn niet precies hetzelfde, maar verhouden zich heel dicht tot elkaar. In een notendop: Positieve Gezondheid is een brede kijk op gezondheid die niet beperkt is tot bepaalde levensfasen; vanaf de wieg tot het graf kun je op deze manier over gezondheid nadenken. Samen Beslissen heeft betrekking op al die kruispunten in je leven waar je professionele expertise nodig hebt om samen af te wegen wat de beste optie is voor jouw situatie. Wanneer iemands gezondheidssituatie dusdanig kwetsbaar is dat er een grote kans is dat er in de nabije toekomst belangrijke beslissingen moet genomen gaan worden, en je in het heden gaat Samen Beslissen over wat er dan zou moeten gebeuren, dan spreken we van Proactieve Zorgplanning.

4.7 RECHTVAARDIGE ZORG: SAMEN BESLISSEN VOOR IEDEREEN!

Terug naar passende zorg en hoe Samen Beslissen daarbij een belangrijke sleutel is. In tijden van schaarste is het extra belangrijk dat de beschikbare middelen rechtvaardig worden verdeeld. Zodat elke oudere een gelijke toegang heeft tot zorg of ondersteuning. Daarmee raak ik het vierde ethische principe voor Samen Beslissen: **Rechtvaardigheid**.

4. Rechtvaardigheid: als mensen bewuster en beter geïnformeerd kiezen voor een behandeling, leidt dit tot een vermindering van onnodige behandelingen. Dit bevordert een eerlijkere verdeling van middelen, met als gevolg dat meer mensen geholpen kunnen worden. Het draagt ook bij aan rechtvaardigheid als mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op dezelfde manier worden betrokken worden bij keuzes als mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden.

Misschien vreest u nu dat ouderen vanuit Positieve Gezondheid en een bredere kijk op oplossingen juist een veel groter appèl op zorg of ondersteuning doen. Maar die zorg kan ik wegnemen. We zien steeds vaker dat een goed proces van Samen Beslissen ertoe leidt dat ouderen juist vaker kiezen voor minder of minder ingrijpende behandelingen. Een voorbeeld daarvan is het onderzoek naar alternatieven voor heupoperaties bij ouderen met een zeer kwetsbare gezondheid en zeer beperkte levensverwachting. Door het proces van Samen Beslissen toe te passen, kiezen ouderen en hun naasten minder vaak voor een operatie en ervaren mensen een betere kwaliteit van leven in de tijd die hen nog rest²⁹. Samen Beslissen draagt op deze manier dus ook bij aan vermindering van onnodige behandelingen, waardoor meer mensen geholpen kunnen worden met zorg die wel passend is. Een tweede aspect van rechtvaardigheid betreft ongelijkheid in het betrekken van ouderen bij beslissingen over zorg- of behandeling. Er wordt minder vaak samen beslist met ouderen die niet goed in staat zijn om informatie over hun aandoening te vinden, te begrijpen en te beoordelen. Zij vinden het moeilijk om de keuzes en de consequenties hiervan te overzien. We noemen dit beperkte gezondheidsvaardigheden (BGV). Volgens Pharos, het expertisecentrum voor gezondheidsverschillen heeft één op de vier Nederlanders BGV³². Maar hebben ouderen, en vooral ouderen met een kwetsbare gezondheid en chronische aandoeningen, veel vaker BGV^{33, 34, 35}. Daarbovenop komt nog dat een deel van deze ouderen cognitieve problemen ervaart, wat de gezondheidsvaardigheden nog verder beperkt^{36, 37}. Dit belemmert veel ouderen om een actieve rol te nemen bij het Samen Beslissen, en leidt ertoe dat ze vaker onzeker zijn over of spijt hebben van de genomen beslissing^{33, 34, 35, 36}. Uit mijn promotieonderzoek naar de effecten van verschillende kenmerken van ouderen (zoals leeftijd, opleiding, gezondheidsvaardigheden, kwetsbaarheid en angst) op het proces van Samen Beslissen, bleek dat vooral het aspect van BGV positief beïnvloed wordt wanneer zorgverleners zich meer inspannen om ouderen goed te betrekken bij het Samen Beslissen³⁸. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van eenvoudig taalgebruik en door mensen heel goed op hun gemak te stellen. Maar dit is nog geen gemeengoed en er moet nog meer onderzoek en implementatie plaatsvinden om ook bij aanwezigheid van BGV samen te beslissen over passende zorgoplossingen.



4.8 HET WORDT TIJD OM DE SLEUTEL OM TE DRAAIEN!

Ik kom terug op de titel van deze rede: Samen Beslissen, sleutel tot passende zorg! En ik wil voorstellen om vanaf nu te spreken over persoonsgericht Samen Beslissen vooral (maar niet uitsluitend!) bij ouderen met complexe zorgvragen.

- Waarbij hetgeen belangrijk is voor iemand, het uitgangspunt vormt voor het maken van keuzes, om daarmee zoveel mogelijk waarde toe te voegen aan iemands ervaren kwaliteit van leven.
- Waarbij we een bredere benadering hanteren, gebaseerd op een visie van Positieve Gezondheid. Om te identificeren wat kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven.
- Waarbij we dus ook kijken naar oplossingen buiten de traditionele zorgsector.
- Waarbij ouderen en hun naasten zich bewust zijn van het belang van tijdig nadenken over gezondheid en de uitdagingen die daarbij komen kijken, om effectief samen te kunnen beslissen.
- Waarbij ouderen met BGV geholpen worden om samen te beslissen over ondersteuning, zorg of behandeling.
- Waarbij alle zorgverleners, zowel nieuwkomers als ervaren professionals, in het netwerk rond kwetsbare ouderen getraind zijn in persoonsgericht Samen Beslissen. En ze Samen Beslissen goed met elkaar afstemmen.

Dit alles met als doel om een samenleving te creëren waarin ouderen en hun naasten de komende jaren een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven kunnen behouden, terwijl zorgverleners met plezier en deskundigheid waardevolle en passende zorg kunnen blijven leveren.



**5. LEEROPDRACHT LECTOR
SAMEN BESLISSEN MET
OUDEREN MET COMPLEXE
ZORGVRAGEN**

Als bijzonder lector Samen Beslissen met ouderen met complexe zorgvragen ben ik vanuit HAN University of Applied Sciences, Academie Gezondheid en Vitaliteit (HAN-AGV) en kennisorganisatie Vilans aangesteld om de 'best of both worlds' te verbinden en in te zetten voor het ondersteunen van professionals, organisaties en burgers bij de transitie naar passende zorg. Waarbij de verbinding zit in de ontwikkeling van onderzoek, onderwijs en praktijk, met een regionale focus vanuit de hogeschool en een landelijke focus vanuit de kennisorganisatie.

Hieronder licht ik de drie onderzoekslijnen toe waarmee we aan de slag gaan. En met 'we' bedoel ik mijzelf in mijn rol als bijzonder lector, en de collega's van HAN-AGV en Vilans die hierbij betrokken zijn.

1. Hoe kunnen we persoonsgericht Samen Beslissen bij ouderen met complexe zorgvragen verder onderzoeken, ontwikkelen en implementeren?
2. Hoe kunnen we de rol van wijkverpleegkundigen bij persoonsgericht Samen Beslissen verduidelijken, versterken en integreren in onderwijs en praktijk?
3. Hoe kunnen ouderen met complexe zorgvragen en beperkte gezondheidsvaardigheden beter ondersteund worden in het persoonsgericht Samen Beslissen?

5.1 HOE KUNNEN WE PERSOONSGERICHT SAMEN BESLISSEN BIJ OUDEREN MET COMPLEXE ZORGVRAGEN VERDER ONDERZOEKEN, ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN?

De beweging van persoonsgericht Samen Beslissen met ouderen met complexe zorgvragen is de afgelopen jaren in gang gezet, bij zorgverleners en bij ouderen zelf, vooral in de huisartsenzorg, in de klinische geriatrie en met seniorenorganisaties. Om deze beweging te versterken is het belangrijk om de effecten van persoonsgericht 'Samen Beslissen met thuiswonende ouderen' wetenschappelijk verder te onderbouwen.

We gaan daarom vanuit de HAN-AGV met Vilans onderzoeken wat de effecten van persoonsgericht Samen Beslissen zijn op onder andere de kwaliteit van leven, eigen regie en zorgkeuzes van ouderen, maar ook op werkplezier en inzet van zorgverleners.

Daarnaast gaan we samenwerken aan de implementatie van persoonsgericht Samen Beslissen op alle plekken in het zorgnetwerk rond ouderen met complexe zorgvragen, samen met alle zorgverleners die daarbij betrokken zijn, ouderen zelf en hun naasten. En onderzoeken we hoe zorgverleners binnen deze zorgnetwerken zo goed en efficiënt mogelijk kunnen samenwerken bij Samen Beslissen.

Concreet betekent dit dat we ontwikkel- en implementatieprojecten gaan uitvoeren vanuit de driehoek HAN-AGV, Vilans en zorgorganisaties, waarbij we heel gericht onderzoek doen naar de effecten en impact van persoonsgericht Samen Beslissen met ouderen. Zo hebben we recent samen een subsidieaanvraag ingediend met ZZG Zorggroep voor implementatie in de wijkverpleging. En zijn we gevraagd mee te denken in hoe regionale huisartsenorganisaties en ziekenhuizen beter kunnen samenwerken bij samen beslissen.

Daarnaast is er in de HAN-AGV leerateliers Veerkrachtig Ouder van de Werkplaats Sociaal Domein een mooie kans om ouderen regionaal kennis te laten maken met Samen Beslissen over hun Positieve Gezondheid. Dit gaan we ook verbinden met het Vilans project 'Samen Beslissen, burgers aan zet', waarbij we met de landelijke seniorenorganisaties samenwerken.

5.2 HOE KUNNEN WE DE ROL VAN ZORGVERLENERS IN DE WIJKVERPLEGING BIJ PERSOONSGERICHT SAMEN BESLISSEN VERDUIDELIJKEN, VERSTERKEN EN INTEGREREN IN ONDERWIJS EN PRAKTIJK?

De wijkverpleging krijgt de komende jaren een steeds belangrijkere rol in het persoonsgericht Samen Beslissen met ouderen met complexe zorgvragen. Voor de hele verpleegkundige beroepsgroep is een inhaalslag te maken op het gebied van persoonsgericht Samen Beslissen.

In mijn rol als bijzonder lector maak ik deel uit van het lectoraat Wijkverpleging. Samen met Minke Nieuwboer, lector Wijkverpleging, en de docent-onderzoekers van dit lectoraat werk ik samen aan professionalisering van de wijkverpleging, met mijn bijzonder lector-blik natuurlijk gericht op Samen Beslissen. Zorgverleners die al werkzaam zijn in de wijkverpleging en studenten bereiken we regionaal via de leergemeenschap van het lectoraat Wijkverpleging en via de hbo en post-hbo opleidingen die de HAN-AGV aanbiedt. Daarnaast bereiken we ook landelijk wijkverpleegkundigen, o.a. met de landelijke kennisinfrastructuren van Vilans, zoals kennisplein ZorgvoorBeter.nl en WaardigheidenTrots.nl. Daarnaast werken we op dit thema samen met V&VN, Hogeschool Utrecht en AmsterdamUMC.

Concreet gaan we dit jaar met DialogueTrainer een interactieve e-learning ontwikkelen voor wijkverpleegkundigen, vanuit het project DATAnurse waarin Vilans, Hogeschool Utrecht en Amsterdam UMC samenwerken. Dat doe ik samen met promovenda Sigrid Huijsman. Zij doet onderzoek naar persoonsgericht Samen Beslissen met ouderen in de wijkverpleging. Deze e-learning komt uiteindelijk breed ter beschikking voor wijkverpleegkundigen in Nederland.

Met het huidige herzieningsproces van het onderwijscurriculum (BN2030) op landelijk niveau, is dit het ideale moment om Samen Beslissen stevig te integreren in het onderwijsprogramma. Vanuit mijn eerdere betrokkenheid bij de V&VN kadernotitie 'Samen Beslissen

in het verpleegkundig domein³⁹, het ontwikkelen van de competentieset 'Samen Beslissen' met criteria specifiek voor verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten door V&VN en deelprogramma 'Scholing en opleiding' van het landelijke Programma Uitkomstgerichte Zorg overzie ik waar kansen en knelpunten liggen m.b.t. het versterken van de verpleegkundige rol bij samen beslissen in het onderwijs.

5.3 HOE KUNNEN OUDEREN MET COMPLEXE ZORGVRAGEN EN BEPERKTE GEZONDHEIDSSVAARDIGHEDEN BETER ONDERSTEUND WORDEN IN HET PERSOONSGERICHT SAMEN BESLISSEN?

Een gelijke toegang tot zorg draagt bij aan een rechtvaardige samenleving. Maar ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden (BGV) worden nog niet goed genoeg betrokken bij keuzes voor zorg, behandeling of ondersteuning. Dat willen we verbeteren!

Daarom sluiten we aan bij het HAN University of Applied Sciences zwaartepunt Fair Health wat zich richt op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Eén van de vier thema's van Fair Health is een betere toegankelijkheid van informatie en voorzieningen. Bij Vilans zijn vanuit verschillende implementatieprojecten veel aanknopingspunten naar voren gekomen om instrumentarium voor Samen Beslissen, zoals de Samen Beslis Hulp, beter toegankelijk te maken voor ouderen met BGV.

Concreet gaan we proberen om de Samen Beslis Hulp BGV-proof te maken, omdat naar voren kwam dat de Samen Beslis Hulp voor ouderen met BGV niet goed genoeg werkt, omdat deze te talig is. In co-creatie met ouderen met BGV willen we de Samen Beslis Hulp verbeteren, zodat deze beter aansluit op hun behoeften. Hierbij zoeken we samenwerking met Pharos Expertisecentrum voor het terugdringen van gezondheidsverschillen. Ook de expertise die Miriam Verhage, onderzoeker bij Leyden Academy heeft opgedaan bij het aanpassen van een gespreksinstrument voor ouderen met BGV, betrekken we hier graag bij.

Daarnaast gaan we samen met o.a. de NVKG, beroepsvereniging voor klinische geriatrie, verkennen hoe zorgverleners BGV bij ouderen eerder kunnen herkennen, en hoe ze op zorgverlener en op organisatieniveau ouderen met BGV beter kunnen betrekken bij Samen Beslissen.

In de toekomst hopen we ook meer onderzoek te kunnen doen naar Samen Beslissen met ouderen met een migratieachtergrond, omdat er vanuit de praktijk veel knelpunten ervaren worden om met deze doelgroep samen te beslissen, maar nog weinig aanknopingspunten zijn hoe dit goed te doen.

5.4 HOE GAAN WE DIT BEREIKEN?

De komende jaren wil ik met veel plezier en enthousiasme, in samenwerking met collega's, invulling geven aan deze leeropdrachten. Daarbij hebben we gezocht naar een manier om kennis, kunde en mensen op dit thema vanuit verschillende organisaties samen te brengen, en om door te kunnen bouwen op elkaars werk.

- Zoals eerder benoemd is mijn rol als bijzonder lector ondergebracht bij het lectoraat Wijkverpleging. Samen met de andere vier lectoraten vormt dat het Kenniscentrum Duurzame Zorg van HAN-AGV. Met deze collega-lectoren mag ik samenwerken om (vooral) regionaal kennis te ontwikkelen en verspreiden, te innoveren en onderwijs te versterken voor houdbare zorg in de toekomst. Samen Beslissen is voor het lectoraat Wijkverpleging een belangrijk thema, maar ook voor de andere lectoraten.
- Samen Beslissen is bij Vilans één van de vier speerpunten van het thema Persoonsgerichte Zorg. Samen met collega-adviseurs en onderzoekers werk ik aan bovengenoemde onderzoekslijnen. Altijd vanuit de insteek om op basis van praktijkervaringen en onderzoek praktische kennisproducten te maken voor een landelijk publiek, om met nieuwe kennis de zorg te verbeteren, zodat mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben kunnen leven zoals zij dat willen.
- Mijn lectorschap wordt mede mogelijk gemaakt door het Jo Visser fonds. Het Jo Visser fonds heeft als missie 'onderwijsvernieuwing voor waardige ouderenzorg'. Het Jo Visser fonds is nauw verbonden met het kennisinstituut Leyden Academy waar onderzoek gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van leven van oudere mensen. Zowel bij de HAN-AGV, Vilans als bij Leyden Academy werken professionals die betrokken zijn bij Samen Beslissen, ouderenzorg en wijkverpleging. Het is mijn taak om deze mensen bij elkaar te brengen, te ontdekken wat we van elkaar kunnen leren en welke samenwerkingskansen er zijn.
- De Academie Gezondheid en Vitaliteit (AGV) van de HAN en Vilans, een kennisorganisatie zorg en ondersteuning, delen de visie dat zorg - vanuit het perspectief van Positieve Gezondheid - samen met en dicht bij de cliënt en zijn naasten georganiseerd moet worden. HAN-AGV en Vilans trekken samen op in deze uitdaging en geven hier invulling aan door een samenwerkingsovereenkomst met als doelen:
 - o Complementaire competenties met elkaar te verbinden
 - o Elkaar te versterken rond onderzoeksactiviteiten
 - o Bij te dragen aan nieuw wetenschappelijk onderzoek (waaronder promotieonderzoek)
 - o Bijdragen aan onderwijs en praktijkvernieuwing.
 - o Impact te verhogen in de praktijk.

Naast persoonsgericht Samen Beslissen zijn de andere twee thema's waarop Vilans en HAN-AGV samenwerken:

IMPLEMENTATIE VAN TECHNOLOGIE EN E-HEALTH

Op het gebied van Digitale Zorg wordt samengewerkt op de thema's co-design, datagedreven werken, waardebeoordeling en implementatie van digitale zorg-interventies en processen. Zowel de HAN-AGV als Vilans onderschrijven het belang van deze onderzoeksrichtingen als het digitale zorg betreft. Concreet wordt er expertise uitgewisseld op het gebied van implementatie, zoeken de HAN-AGV en Vilans meer samenwerking binnen een landelijke waardebeoordelingscoalitie en is Vilans aangehaakt in de klankbord-/stuurgroep van HAN-AGV onderzoeken zoals Telemap en Leefstijlmonitoring.'

LERENDE ORGANISATIES

De uitdagingen in de zorg vragen om versnelde invoering van innovaties en nieuwe werkwijzen. Maar vragen ook om innovatie van de zorgorganisaties zélf: zorgorganisaties moeten meer dan ooit kunnen meebewegen met de maatschappelijke ontwikkelingen en stappen kunnen zetten richting toekomstbestendigheid. Dit vraagt om een proces van continu reflecteren, leren en bijstellen, om zo effectief en efficiënt te kunnen verbeteren en te vernieuwen. Organisaties waarin dit leren op alle niveaus plaatsvindt worden ook wel lerende, wendbare organisaties genoemd. Dit thema richt zich op de vraag hoe we het lerend vermogen en de wendbaarheid van zorgorganisaties kunnen vergroten.



DANKWOORD

Ik dank het College van Bestuur van de HAN University of Applied Sciences voor het in mij gestelde vertrouwen en voor de gelegenheid om deze intreedrede vandaag uit te mogen spreken.

Ik dank academiedirecteur Christine de Vries en de Raad van Bestuur van Vilans, Mirella Minkman en Erwin Bleumink, en Henk Nies, voormalig Raad van Bestuur van Vilans, voor de samenwerking die de HAN Academie Gezondheid en Vitaliteit en Vilans in oktober 2022 zijn aangegaan en waar mijn rol als bijzonder lector deel vanuit maakt.

Dankzij de genereuze ondersteuning van het Jo Visser fonds kan ik waardevol onderzoek opzetten en docent-onderzoekers betrekken. Margje Mahler, veel dank dat jij vanuit het Jo Visser fonds met ons mee wilt denken over de koers van deze leeropdracht.

Veel dank ben ik verschuldigd aan lector Wijkverpleging Minke Nieuwboer, adviseurs Cecile Nijsten en Eva Mentink, Vilans vakgroepopleider Margreet Reitsma en Danielle Swart van het Jo Visser fonds, die mij behulpzaam door alle grote en kleine stappen hebben geloodst die behoren bij het proces 'lector worden'. En in dat rijtje horen ook zeker Franka Janssen en Birgitte Kramer die, samen met Eva, mij geholpen hebben om alles rond deze dag te organiseren.

Op de HAN-AGV heb ik een zeer warme ontvangst gekregen, van mijn collega-lectoren, en van de docent-onderzoekers van het Kenniscentrum Duurzame Zorg en natuurlijk in het bijzonder de docent-onderzoekers van het lectoraat Wijkverpleging.

Ik ben blij dat ik deze rol mede mag invullen vanuit mijn positie bij Vilans, waar ik al 16 jaar met veel plezier en voldoening werk, waarvan 10 jaar intensief op het onderwerp Samen Beslissen. Wat mooi dat ik dit nu als bijzonder lector kan verrijken. Veel dank daarom ook voor mijn collega's, in het bijzonder die van de vakgroep onderzoek en validatie die, aangevoerd door Margreet, mijn thuisbasis vormen bij Vilans. Jullie warme support en belangstelling voor mij, in voor- en tegenspoed, raakt mij diep.

Als je iets in beweging wilt brengen, is het niet genoeg om deskundig en gepassioneerd op inhoud te zijn. Je hebt daarnaast expertise nodig in veranderkunde, programmamanagement en strategisch kunnen opereren. Deze eigenschappen zijn verenigd in mijn collega Annemarie Koopman; en samen zijn wij een sterke tandem om voor Samen Beslissen een beweging op gang te brengen bij zorgverleners en ouderen. Je weet, ik doe nooit meer een project zonder jou!

Tenslotte bestaat een groot deel van mijn werk uit samenwerken met bevlogen partners in het veld, zoals voor de klinische geriatrie de NVKG, in het bijzonder noem ik Judith Wilmer en Yvonne Schoon, de huisartsenorganisaties die aan het STERK project meededen in Eindhoven, Boxmeer en Didam, met name Simone Kwant en Joke Koers uit Didam, en meer recent de medewerkers van ZZG Zorggroep, Fred Wolters en Rianne Geurts. Mijn grootste voldoening ervaar ik wanneer ik zorgverleners die met beide benen in de praktijk staan, hoor vertellen over wat zij met Samen Beslissen bereiken. Ik hoop dat we veel mooie en zinvolle projecten mogen gaan en blijven uitvoeren!

Ook dank ik senioren organisaties KBO Brabant en ANBO-PCOB omdat zij zich de afgelopen jaar bijzonder hebben ingespannen om op allerlei manieren persoonsgericht Samen Beslissen bij ouderen zelf onder de aandacht te brengen. Er bestaat niet zoiets als een patiëntenvereniging voor ouderen met complexe zorgvragen, maar gelukkig bestaan er wel seniorenorganisaties!

Alle sprekers die vandaag op het symposium een lezing of workshop hebben verzorgd, heel veel dank voor jullie bereidwilligheid om dat vandaag te doen!

Iedereen die vandaag de moeite nam om naar mijn verhaal te komen luisteren, dank voor uw komst en aandacht. Bij het schrijven van de tekst voor deze rede hebben verschillende mensen actief meegedacht en feedback gegeven, dankjewel Margreet, Birgitte, Eva, Minke, Annemarie, Mirella, Lilian, Henk en Margje.

Mijn lieve dochters Elisabeth, Josephine en Louise, ik ben ongelofelijk trots op hoe jullie het leven in al zijn facetten enthousiast omarmen. Ik hoop dat ik iets van de passie die ik al ruim 30 jaar voor mijn werk heb, heb meegegeven aan jullie, al waaieren jullie uit in andere vakgebieden. Maar passie, daadkracht en met hele leuke mensen werken, dat kan overal!

Lieve Ritsaert, jij zegt graag op een enigszins treurige toon dat je eigenlijk hele andere verwachtingen had toen je 30 geleden met een "verpleegster" verkering kreeg. Vooral als je griep hebt bijvoorbeeld. Maar ik weet dat jij stiekem heel erg trots op mij bent. Jij bent mijn trouwste steun en toeverlaat, en ik zie er naar uit om ooit, het duurt nog wel even, met jou daar te zitten,

Boven op de boulevard, hand in hand,
twee oude mensen bij elkaar, kijkend naar het strand,
in de schaduw van het leven, in de kantlijn van de tijd,
veel verloren, maar gebleven, is de tederheid.

(Paul van Vliet)



Samen Beslis Hulp

Op weg naar een betere gezondheid?



...wilt u beter voorde
...Zodat jullie samen bes
...en wat het beste
...opkennis, ma

LITERATUUR

- 1 M. de Visser, A.W.A. Boot, G.D.A. Werner, A. van Riel, M.I.L. Gijssberts, Kiezen voor houdbare zorg; Mensen, middelen en maatschappelijk
- 2 ZorginstituutNederland, Kader Passende Zorg 2022.
- 3 A. van Bon, Geschiedenis van diabetes en de belangrijkste ontdekkingen, 2023. <https://www.diabetes.nl/wat-is-diabetes/over-diabetes/geschiedenis-van-diabetes-en-de-belangrijkste-ontdekkingen>.
- 4 S. Beugelsdijk, Hoofdstuk 9 van het Sociaal en Cultureel Rapport 2019 - Denkend aan Nederland. Nederlandse waarden en normen internationaal vergeleken: Analyse, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019.
- 5 TNO, De vraag naar zorg in ziekenhuizen; Analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020, TNO, Utrecht, 2009.
- 6 VZinfo, Gemiddelde ligduur in ziekenhuizen 2005-2021, 2023. <https://www.vzinfo.nl/ziekenhuizorg/gebruik/ligduur#:~:text=De%20gemiddelde%20verpleegduur%20bij%20klinische,en%20bevat%20minmaal%20%C3%A9%C3%A9n%20overnachting>.
- 7 T.K.d. Staten-Generaal, Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, Memorie van toelichting, 1989.
- 8 E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, Four models of the physician-patient relationship, *Jama* 267(16) (1992) 2221-6.
- 9 A.M. Stiggelbout, T. Van der Weijden, M.P. De Wit, D. Frosch, F. Legare, V.M. Montori, L. Trevena, G. Elwyn, Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare, *BMJ (Clinical research ed.)* 344 (2012) e256.
- 10 C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango), *Social science & medicine* 44(5) (1997) 681-92.
- 11 G. Elwyn, D. Frosch, R. Thomson, N. Joseph-Williams, A. Lloyd, P. Kinnersley, E. Cording, D. Tomson, C. Dodd, S. Rollnick, A. Edwards, M. Barry, Shared decision making: a model for clinical practice, *Journal of general internal medicine* 27(10) (2012) 1361-7.
- 12 N. Joseph-Williams, A. Lloyd, A. Edwards, L. Stobbart, D. Tomson, S. Macphail, C. Dodd, K. Brain, G. Elwyn, R. Thomson, Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme, *BMJ (Clinical research ed.)* 357 (2017) j1744.
- 13 H.L. Shepherd, A. Barratt, A. Jones, D. Bateson, K. Carey, L.J. Trevena, K. McGeechan, C.B. Del Mar, P.N. Butow, R.M. Epstein, V. Entwistle, E. Weisberg, Can consumers learn to ask three questions to improve shared decision making? A feasibility study of the ASK (AskShareKnow) Patient-Clinician Communication Model(®) intervention in a primary health-care setting, *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 19(5) (2016) 1160-8.
- 14 P. Kramer, E. Damhuis, D. Verhue, Samen beslissen; Doelgroepenonderzoek onder zorgverleners en zorggebruikers, in: K. Public (Ed.) 2020.
- 15 P. Nederland, Rapport Samen Beslissen, 2020.
- 16 M.H. van de Pol, C.R. Fluit, J. Lagro, Y.H. Slaats, M.G. Olde Rikkert, A.L. Lagro-Janssen, Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients, *Patient education and counseling* 99(6) (2016) 1069-77.
- 17 N.P. Vermunt, M. Harmsen, G. Elwyn, G.P. Westert, J.S. Burgers, M.G. Olde Rikkert, M.J. Faber, A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach, *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 21(2) (2018) 528-538.
- 18 N. Vermunt, M. Harmsen, G.P. Westert, M.G.M. Olde Rikkert, M.J. Faber, Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review, *BMC geriatrics* 17(1) (2017) 167.
- 19 N. Vermunt, G. Elwyn, G. Westert, M. Harmsen, M. Olde Rikkert, M. Meinders, Goal setting is insufficiently recognised as an essential part of shared decision-making in the complex care of older patients: a framework analysis, *BMC family practice* 20(1) (2019) 76.
- 20 G. Elwyn, N. Vermunt, Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model, *Journal of Patient Experience* (2019) 237437351987860.
- 21 R.E. Pel-Littel, M. Snaterse, N.M. Teppich, B.M. Buurman, F. van Etten van, J.C.M. van Weert van, M.M. Minkman, W.J. Scholte op Reimer, Barriers and facilitators of shared decision making in older patients with chronic conditions; a systematic review, *BMC geriatrics* 21(112) (2021).
- 22 J. Kremer, B. Leerink, N. Vermunt, A. Reerink, M. de Lint, Hoor mij nou!, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Den Haag, 2020.
- 23 C.B.v.d. Statistiek, Dashboard bevolking, 2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/levensloop/verweduwen>.
- 24 C.B.v.d. Statistiek, Prognose periode-levensverwachting; geslacht en leeftijd, 2018-2060, (2019).
- 25 Vektis, Factsheet kwetsbare ouderen, Vektis, 2020.
- 26 T. Hoffmann, J. Jansen, P. Glasziou, The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity, 15(3) (2018) e1002530.
- 27 M. Huber, M. van Vliet, M. Giezenberg, B. Winkens, Y. Heerkens, P.C. Dagnelie, J.A. Knottnerus, Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study, *BMJ open* 6(1) (2016) e010091.
- 28 R.E. Pel-Littel, C.S. Hofman, L. Yu, S.F. Metzethin, F.H. Leeuwis, J.W. Blom, B.M. Buurman, M.M. Minkman, Recommendations of older adults on how to use the PROM 'TOPICS-MDS' in healthcare conversations: A Delphi study, *PLoS ONE [Electronic Resource]* 14(11) (2019) 1-17.

- 29 R.E. Pel-Littel, M. van Rijn, P.W. Vermunt, J.C.M. van Weert, M.M. Minkman, G. ter Riet, W.J. Scholte op Reimer, B.M. Buurman, Do multiple chronic conditions influence personal views on the ageing process? A qualitative analysis *Journal of Aging Research & Clinical Practice* 7 (2018) 20-26.
- 30 R.E. Pel-Littel, Hoe stel je je als mantelzorger op in gesprekken met de dokter? , *Mantelzorger* (2019) 12-13.
- 31 J. de Graaf, R. van den Berg, A. Bakker, A. Dijkstra, D. Smilde, D.T. Ubbink, H. Schoppink, *Leren over samen beslissen: een impuls voor passende zorg*, Federatie Medisch Specialisten. V&VN - Verzorgenden en verpleegkundigen Nederland. NFU - Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, 2023.
- 32 Pharos, Factsheet Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden, in: *Pharos* (Ed.) 2023.
- 33 S. MacLeod, S. Musich, S. Gulyas, Y. Cheng, R. Tkatch, D. Cempellin, G.R. Bhattarai, K. Hawkins, C.S. Yeh, The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults, *Geriatric nursing* (New York, N.Y.) 38(4) (2017) 334-341.
- 34 B. Geboers, J.S. Brainard, Y.K. Loke, C.J. Jansen, C. Salter, S.A. Reijneveld, A.F. de Winter, The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review, *BMC public health* 15 (2015) 903.
- 35 N.D. Berkman, S.L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, K. Crotty, Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review, *Annals of internal medicine* 155(2) (2011) 97-107.
- 36 A.K. Chesser, N. Keene Woods, K. Smothers, N. Rogers, Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review, *Gerontology & geriatric medicine* 2 (2016) 2333721416630492.
- 37 M.S. Wolf, J. Feinglass, J. Thompson, D.W. Baker, In search of 'low health literacy': threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality, *Social science & medicine* 70(9) (2010) 1335-4.
- 38 R.E. Pel-Littel, B.M. Buurman, M.M. Minkman, W.J.M. Scholte Op Reimer, J.W.R. Twisk, J.C.M. van Weert van, Health literacy, anxiety and education influence shared decision making for older adults with multiple chronic conditions: the DICO study, (Submitted).
- 39 R.E. Pel-Littel, A. Bakker, Kadernotitie Samen Beslissen in het verpleegkundig domein, in: *V&VN* (Ed.) 2022.

FIGUUR	BRON
1	Nederland, Z. (2024). Infographic - Wat is passende zorg? . In: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2	Sneyd. (1804). An ill man who is being bled by his doctor. In: Wikimedia.
3	RichLegg. A senior aged Indigenous Navajo woman, checking her blood glucose. In: iStock.
4	Pel-Littel, R. E. (1963). Coby van den Oever en Tine Lingen met collega's in het Diaconessenhuis in Rotterdam. In: <i>Persoonlijk Archief</i> .
5	Corporation, D. S. D. o. C. (1934). Filter Safety Myths. In C. D. Ordered. (Ed.): <i>Stanford Research into the impact of Tobacco Advertising</i> .
7	Penn.C. (2019). Cropped shot of two medical professionals connecting puzzle pieces. https://www.istockphoto.com/nl/foto/wanneer-er-eeen-vraag-moet-er-eeen-antwoord-gm1132203949-300042377
8	Huber, M. Spinnenweb. Gespreksinstrument 2.0. https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/gesprekstools/
9	Vilans. (2018). <i>Gespreksmodel Samen Beslissen met kwetsbare ouderen</i> . In (pp. naar M.H. van de Pol): Vilans.
10	Hulsbergen, M. (2024). <i>E-learning Samen Beslissen door online gesprekssimulaties met virtuele patiënten</i> . In: <i>DialogueTrainer</i> .
11	Vilans. (2023). <i>Coverpagina van de Samen Beslis Hulp</i> .

OVER DE AUTEUR



Met toewijding en vreugde draagt dr. Ruth Pel-Littel bij aan het verbeteren van de zorg voor ouderen in Nederland vanuit haar rol als onderzoeker en deskundige op het gebied van Samen Beslissen. Haar passie voor dit thema werd bekroond in 2020 toen zij haar proefschrift verdedigde, getiteld "Van 'Wat is er aan de hand?' naar 'Wat is belangrijk voor u?' Samen beslissen voor ouderen met meerdere aandoeningen en hun naasten." Als zorgprofessional en onderzoeker is zij trots op de bijdrage die zij met haar onderzoeksteam aan dit vakgebied mag leveren. Samen met ouderen, verpleegkundigen, gerieters, huisartsen en andere zorgverleners werkt zij aan het stimuleren van een beweging in Nederland waarbij er niet alleen over, maar vooral mét ouderen wordt besloten.

Naast haar werk voor Vilans is Ruth Pel per 1 mei 2023 benoemd tot bijzonder lector 'Samen Beslissen met Ouderen met Complexe Zorgvragen' aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Dit lectoraat is tot stand gekomen door een samenwerking tussen de HAN en Vilans, met steun van het Jo Visser fonds. Het bijzonder lectoraat maakt deel uit van het lectoraat Wijkverpleging aan de HAN.

OVER HET BIJZONDER LECTORAAT

Het bijzonder lectoraat 'Samen Beslissen met ouderen met complexe zorgvragen' richt zich op drie onderzoekslijnen:

- Hoe kunnen we 'persoonsgericht samen beslissen bij ouderen met complexe zorgvragen' verder onderzoeken, ontwikkelen en implementeren?
- Hoe kunnen ouderen met complexe zorgvragen en beperkte gezondheidsvaardigheden beter ondersteund worden in het proces van 'Samen Beslissen'?
- Hoe kunnen we de positionering van wijkverpleegkundigen bij het 'Samen Beslissen' expliciteren, versterken en vertalen naar onderwijs en praktijk?

OPEN UP NEW HORIZONS.