

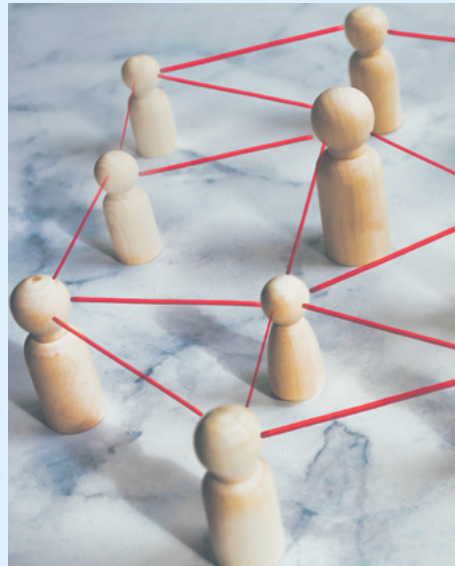
# Samen Beslissen door Verpleegkundigen:

Met elkaar bijdragen aan  
persoonsgerichte zorg

**Inaugurele rede Dr. Albine Moser**

Bijzonder lectoraat Samen  
Beslissen door Verpleegkundigen

7 mei 2024



**ZU  
YD**



# Inhoudsopgave

## Deel 1

<b>De rol van verpleegkundigen in Samen Beslissen</b>	<b>5</b>
<b>1. Verpleegkundige, medische en maatschappelijke ontwikkelingen</b>	<b>6</b>
1.1 Mijlpalen in verpleegkundige en medische ontwikkelingen	7
1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot Samen Beslissen	9
<b>2. Samen Beslissen: kaders en stappenplannen</b>	<b>12</b>
<b>3. De rollen van verpleegkundigen in Samen Beslissen</b>	<b>16</b>
3.1 Samen Beslissen en interprofessionele competenties	17
3.2 Samen Beslissen over verpleegkundige interventies	18
3.3 Samen Beslissen in het interprofessionele domein	20
3.4 De verpleegkundige als besliscoach	21
<b>4. Het toepassen van Samen Beslissen</b>	<b>23</b>
4.1 Inzet van meetinstrumenten bij Samen Beslissen	23
4.2 Implementatie van Samen Beslissen	24

## Deel 2

<b>Plannen van het bijzonder lectoraat Samen Beslissen door Verpleegkundigen</b>	<b>27</b>
<b>1. Focus en ambitie</b>	<b>28</b>
<b>2. Onderzoekslijnen</b>	<b>29</b>
2.1 Exploreren van Samen Beslissen en de rol van verpleegkundigen	29
2.2 Ontwerpen en testen van Samen Beslissen tools en handvatten	30
2.3 Ontwikkelen en evalueren van implementatiestrategieën	31
2.4 Verspreiden van bevindingen en toepassen van tools en handvatten	32
2.5 Participerend actie onderzoek	33

<b>Dankwoord</b>	<b>36</b>
------------------	-----------

<b>Curriculum Vitae</b>	<b>38</b>
-------------------------	-----------

<b>Bronnen</b>	<b>39</b>
----------------	-----------

*Geacht College van Bestuur en geachte directeuren van Zuyd Hogeschool,  
geachte Raad van Bestuur van het Zuyderland MC,  
beste collega's en vrienden,*

Voor veel verpleegkundigen is het bevorderen van de participatie van hun patiënten belangrijk. Deze participatie kent verschillende aspecten: (i) patiënten ondersteunen bij zelfzorg en beslissingen rondom zelfzorg, (ii) patiënten met chronische aandoeningen coachen in zelfmanagement bij het leven met een ziekte, en (iii) het samen nemen van beslissingen over gezondheid, zorg, verpleegkundige interventies en preventie. Deze toespraak gaat over het proces van Samen Beslissen door verpleegkundigen. Door Samen Beslissen wordt recht gedaan aan het democratische principe van participatieve besluitvorming, het ethische principe van gelijkheid doordat zowel de patiënt als de verpleegkundige inbreng hebben, en het economische principe dat de patiënt bewuster een keuze maakt die bij hem of haar past, waardoor er zinnige zorg wordt geleverd. Ik neem u graag mee in hoe de rol van de verpleegkundige in Samen Beslissen kan worden versterkt om meer persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Verpleegkundigen in het ziekenhuis brengen van alle zorgverleners de meeste tijd door met de patiënt. Ze leren veel over de behoeften, (on)mogelijkheden en zorgen van de patiënt (en diens naaste), en wat voor hen belangrijk is in het leven. Al deze zaken spelen een rol bij de keuzes die patiënten maken ten aanzien van de zorg die zij wensen. Hoe kunnen verpleegkundigen de participatie van patiënten bij Samen Beslissen versterken? Welke rol kunnen en moeten zij spelen binnen de verpleegkundige en interprofessionele context? Wat zijn voorwaarden en hoe krijg je Samen Beslissen voor elkaar in de praktijk? Ik neem u graag mee in mijn zoektocht.

Deze toespraak bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat over diverse ontwikkelingen die geleid hebben tot persoonsgerichte zorg en Samen Beslissen - en de rol van verpleegkundigen bij Samen Beslissen. In het tweede deel presenteer ik de plannen van dit bijzondere lectoraat voor de toekomst.

Voordat ik begin, wil ik kort uitleggen wat een lector en een bijzonder lectoraat zijn. De functie van lector werd in 2001 geïntroduceerd op hogescholen met als doel: vernieuwing van het onderwijs, het realiseren van innovaties, kenniscirculatie en het uitvoeren van onderzoek voor en met de beroepspraktijk (1). Een lector is verbonden aan een lectoraat, bestaande uit een groep docenten die ook werkzaam zijn als

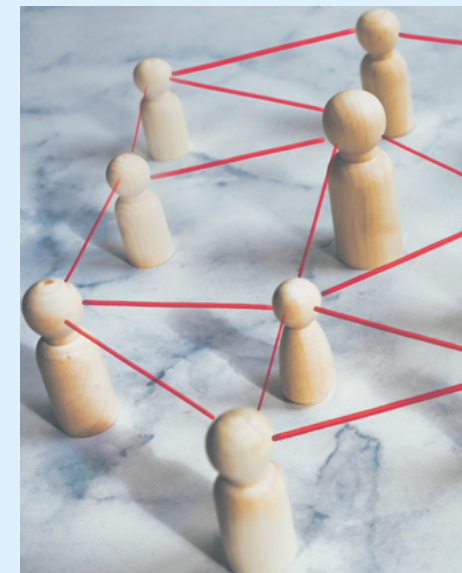
onderzoekers rond een bepaald thema. Onderzoek vindt plaats in samenwerking met de praktijk en de resultaten worden toegepast in zowel de dagelijkse zorg als het onderwijs. Een bijzonder lectoraat vult één of meerdere bestaande lectoraten aan met een specifiek onderwerp. Zo'n bijzonder lectoraat wordt op initiatief gefinancierd door een externe organisatie en bij de hogeschool ingesteld. Binnen het domein Gezondheidszorg en Welzijn zijn zeven lectoraten actief (zie overzicht). Het bijzonder lectoraat 'Samen Beslissen door Verpleegkundigen' is onderdeel van het lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken. Alle lectoraten werken samen met het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving van Zuyd Hogeschool.

*Overzicht 1 Lectoren en (bijzonder) lectoraten in het domein Gezondheidszorg en Welzijn verbonden aan het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving*

Lector	Lectoraat
Dr. Emmylou Beekman	Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken
Dr. Albine Moser	Samen Beslissen door Verpleegkundigen (bijzonder lectoraat)
Dr. Ruth Dalemans	Begrijpelijk Communiceren (bijzonder lectoraat)
Dr. Erik van Rossum	Wijkgerichte Zorg
Dr. Jérôme van Dongen	Interprofessionele Samenwerking in de Wijk (bijzonder lectoraat)
Dr. Susy Braun	Voeding, Leefstijl en Bewegen
Dr. Ramon Daniels	Ondersteunende Technologie in de Zorg
Dr. Ivan Huijnen	Passende Revalidatie Zorg (bijzonder lectoraat)
Prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze	Midwifery Science
Prof. dr. Susan van Hooren	Kennisontwikkeling Vaktherapieën
Dr. Sabrina Keinemans	Sociale Integratie
Dr. Lineke van Hal	Beroepsvorming Professionals in het Publiek Domein (bijzonder lectoraat)

# Deel 1

## De rol van verpleegkundigen in Samen Beslissen



Iedere patiënt is anders en vraagt individuele aandacht. Verpleegkundigen bieden zorg binnen hun eigen domein, zowel zelfstandig als in samenwerking met andere hulpverleners. Ik richt me hier op de rollen die verpleegkundigen kunnen vervullen in het Samen Beslissen.

Mijn belangrijkste boodschap vandaag is: als verpleegkundigen zich meer bewust zijn van de rollen die zij kunnen spelen in het Samen Beslissen en als zij deze rollen daadwerkelijk op zich nemen en versterken in samenwerking met relevante hulpverleners, dan dragen zij aanzienlijk bij aan persoonsgerichte zorg.

Ik wil deze boodschap verduidelijken aan de hand van drie stellingen:

- De basis voor Samen Beslissen is de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige.
- Samen Beslissen vereist twee soorten interacties: een dialoog tussen de patiënt en de verpleegkundige, en de interactie tussen de verpleegkundige en andere hulpverleners.
- De implementatie van Samen Beslissen vereist een contextgerichte benadering.

Wanneer ik 'patiënt' zeg, bedoel ik ook naaste en waar ik 'verpleegkundige' zeg, bedoel ik vaak ook verpleegkundig specialisten en verzorgenden.

## 1. Verpleegkundige, medische en maatschappelijke ontwikkelingen

Zuyderland MC streeft ernaar om aan elke patiënt de beste zorg te bieden. Persoonsgerichte zorg vormt de kern van deze zorgbenadering. In de visie van Zuyderland MC op persoonsgerichte zorg staan vier onderdelen centraal: de Betekenisvolle Patiëntervaring, Samen Beslissen, Samen Organiseren en Samen Vaardig (2).

De overgang naar deze persoonsgerichte visie vindt plaats tegen de achtergrond van diverse internationale verpleegkundige en medische ontwikkelingen. Ook maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland hebben bijgedragen aan een grotere nadruk op Samen Beslissen.

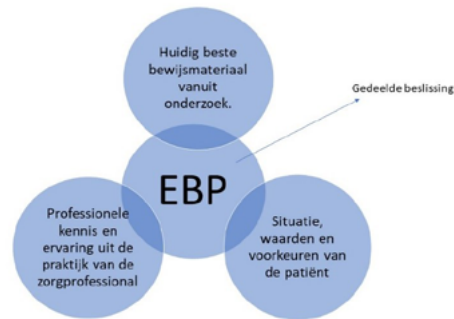
### 1.1 Mijlpalen in verpleegkundige en medische ontwikkelingen

Ik zal u meenemen door een kort historisch overzicht, waarin ik alleen de baanbrekende internationale publicaties noem die hebben bijgedragen aan de opkomst van persoonsgerichte zorg en daarmee ook van Samen Beslissen.

Florence Nightingale, de Engelse verpleegkundige en pionier van het verpleegkundig beroep, heeft de eerste stappen gezet in de richting van persoonsgerichte zorg. Ze staat ook bekend als 'The Lady with the Lamp'. Tijdens de Krimoorlog, rond 1850, diende Florence als militair verpleegkundige. Ze had de gewoonte om 's avonds laat nog een ronde te maken om het welzijn van haar patiënten, die soldaten waren, te controleren. Het is zeker dat zij als eerste in het leger brieven naar families van overleden soldaten stuurde en dat zij en haar verpleegsters jonge soldaten bijstonden die het moeilijk hadden. Bovendien heeft zij veel levens gered door ter plaatse de hygiëne te verbeteren. Voor Florence Nightingale, de grondlegger van de verpleegkunde, waren jonge soldaten mensen en geen kanonnenvoer.

Vervolgens was Hildegard Peplau de eerste verpleegkundige na Florence Nightingale die systematisch nadacht over de verpleegkunde. Haar boek uit 1952 staat bekend als de basis van de interpersoonlijke theorie (3). Volgens Hildegard Peplau draait verpleegkunde om de patiënt, de verpleegkundige en de relatie die zij samen hebben. De interpersoonlijke relatie is essentieel voor de patiënt om onder de zorg van de verpleegkundige vooruitgang te boeken naar een betere gezondheid (3,4). Ze beschrijft zes rollen: die van verpleegkundige, raadgever, leraar, technisch expert, surrogaat en leider (5). Deze rollen stellen de verpleegkundige in staat om een brede bron van ondersteuning te zijn voor de patiënt in diverse zorgsituaties. Daarnaast beschreef zij vier fasen van de verpleegkundige relatie, die verbonden zijn met het verpleegkundig proces (6).

In de jaren tachtig dacht het echtpaar Picker na over hoe biomedische zorg persoonsgerichter kon worden gemaakt. De aanleiding was de zware ziekte van Joan Picker. In 1987 publiceerde het Picker Institute hun acht principes van persoonsgerichte zorg, wat heeft geleid tot een herdefiniëring van zorg. Zorg moet zo beter aansluiten bij de ervaringen van patiënten (7). Een van de acht principes is dat patiënten participeren in hun zorg en dat er respect is voor hun voorkeuren - "involvement in decisions and respect for preferences". Dit kan alleen als hulpverleners een gelijkwaardig partnerschap met patiënten aangaan (7).



Figuur 1 Evidence-based practice

Iets later kwam de evidence-based beweging op gang. Als verpleegkundige kun je niet Samen Beslissen zonder wetenschappelijk onderbouwde verpleegkundige interventies (8) the following three sources of information must be integrated: research evidence of the intervention, clinical expertise, and the patient's values. In reality, evidence-based practice usually focuses on research evidence (which may be translated into clinical practice guidelines. In 1995 verscheen een baanbrekende publicatie van David Sackett en William Rosenberg (9). Zij legden de basis voor evidence-based medicine, dat door alle hulpverleners in de zorg wordt omarmd als evidence-based practice. Samen Beslissen is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige best beschikbare bewijsmateriaal met als doel beslissingen te nemen samen met individuele patiënten om zo de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Daarbij zijn contextkenmerken belangrijk, zoals gezondheidsvaardigheden. Verpleegkundig wetenschappelijk bewijs wordt vaak gebundeld in richtlijnen.

De concepten van persoonsgerichte zorg en evidence-based practice werden in de verpleegkunde opgepakt en verder ontwikkeld door Brendan McCormack en Tanya McChance in 2006 (10,11). Hun raamwerk beschrijft voorwaarden, de zorgomgeving, persoonsgerichte processen en uitkomsten. Persoonsgerichte processen staan centraal, waarbij het kernaspect de relatie tussen patiënt en verpleegkundige is. In deze relatie vindt ook het Samen Beslissen plaats. De uitkomst is een positieve zorgervaring, die meetbaar wordt gemaakt door persoonsgerichte, verpleegkundig-sensitieve uitkomsten.

Inmiddels heeft het relatiegerichte werken ook zijn ingang gevonden in de 'essentiële zorg' (12). Essentiële zorg omvat zorgactiviteiten zoals hygiëne, voeding of

mobiliteit, die tot de kerntaken van het beroep horen. Het draait niet om het uitvoeren van taken, maar om het opbouwen en onderhouden van een warme relatie met de patiënt, waarbij essentiële zorghandelingen een integraal onderdeel vormen van die relatie en helpen om deze relatie te koesteren.

## Overzicht 2 Verpleegkundige en medische mijlpalen

1860 Florence Nightingale: Notes on nursing. What is it and what is it not  
 1952 Hildegard Peplau: Interpersoonlijke relaties  
 1987 Picker Institute: Acht principes van persoonsgerichte zorg  
 1995 David Sackett en William Rosenberg: Evidence-based medicine  
 2006 Brendan McCormack en Tanya McChance: Persoonsgerichte verpleegkunde  
 2016 Rebecca Feo en Alison Kitson: Essentiële zorg

## 1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot Samen Beslissen

In Nederland is er ook veel aandacht voor persoonsgerichte zorg, en ik richt me daarbij specifiek op Samen Beslissen. De afgelopen dertien jaar zijn er in Nederland verschillende initiatieven redelijk snel na elkaar gepresenteerd. Hieronder geef ik een chronologisch overzicht.

Onder leiding van prof. dr. Trudy van der Weijden van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht vond in 2011 de *International Conference for Shared Decision Making (ISDM)* plaats. Deze conferentie wordt gezien als 'de vonk' van Samen Beslissen in Nederland.

In 2013 publiceerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het rapport 'De participerende patiënt', omdat participatie van de patiënt in de spreekkamer nog moeizaam van de grond kwam. In dit rapport pleit de Raad voor een verschuiving van 'patiënt centraal' naar 'de relatie tussen patiënt en professional centraal', waarbij men streeft naar een nieuw partnerschap. Keuze-informatie is daarbij van essentieel belang (13), omdat de patiënt daardoor goed geïnformeerd keuzes kan maken die het best passen bij zijn persoonlijke situatie en voorkeuren.

Als vervolg hierop riep de toenmalige minister Schippers in 2015 het jaar van de Transparantie in de zorg uit (14). Vervolgens zijn er een aantal websites gelanceerd

om patiënten te helpen bij het verkrijgen van informatie en het maken van weloverwogen keuzes: de website KiesBeter.nl biedt kwaliteitsinformatie aan; op de website nvz-kwaliteitsvenster.nl kunnen patiënten de kwaliteit van zorg van verschillende ziekenhuizen met elkaar vergelijken; op ziekenhuischeck.nl kunnen patiënten snel zien waar ze voor een bepaalde behandeling het beste terecht kunnen en op ZorgkaartNederland.nl van de Nederlandse Patiëntenfederatie kunnen patiënten hun ervaringen met zorgverleners delen.

Daarnaast zijn de Nederlandse Patiëntenfederatie en de Federatie Medisch Specialisten in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in 2016 gestart met de campagne 'Betere Zorg begint met een goed gesprek' (15).

In 2017 werd het programma 'Beslist samen!' gelanceerd. Dit initiatief werd gesteund door patiëntenorganisaties voor prostaat-, darm- en borstkanker, waaronder de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Twaalf ziekenhuizen en universitaire medische centra waren actief betrokken bij dit programma om de invoering van Samen Beslissen te versnellen (16).

Partijen uit het hoofdlijnenakkoord (HLA) medisch-specialistische zorg zijn het programma 'Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022' gestart (17). De beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN) was betrokken bij het thema Samen Beslissen. Ik ben het eens met voorzitter Bianca Buurman, die zegt: *"Het is de basis van ons beroep om uit te gaan wat voor een patiënt of cliënt belangrijk is."* (18) Binnen het Programma 'Uitkomstgerichte Zorg' zijn allerlei activiteiten gericht op verpleegkundigen (19,20) zoals digitaal scholingsmateriaal, de kadernotitie 'Samen Beslissen in het verpleegkundig domein' en het Rapport 'Samen beslissen aan bed'.

In december 2021 werd de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) voor artsen aangepast. Eén van de wijzigingen legt de nadruk op het Samen Beslissen. In de aangepaste WGBO is ook de informatieplicht veranderd in een overlegplicht (21).

In 2021 werd ook het toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden herzien. In elke nieuwe kwaliteitsstandaard moet aandacht worden besteed aan de manier waarop invulling wordt gegeven aan Samen Beslissen en het gebruik van eventuele bijbehorende instrumenten (22).

In juni 2022 heeft het Zorginstituut in de kadernotitie 'Passende zorg' vier principes geformuleerd. Een van deze principes luidt dat passende zorg samen met de patiënt tot stand komt, wat vereist dat er sprake is van Samen Beslissen (23).

Van 2021 tot 2024 loopt de subsidieregeling 'Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen Beslissen' binnen het Zorginstituut Nederland, gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Er zijn 54 projecten gehonoreerd (24).

In het Integraal Zorgakkoord van 2022 is opgenomen dat Samen Beslissen over wat de best passende zorg is, moet plaatsvinden met patiënten en zorg- en welzijnsprofessionals. Het doel is dat Samen Beslissen tegen 2025 volledig geïntegreerd is in zorg en welzijn, dus binnen de volledige zorgketen en in alle domeinen (25) en derhalve ook in de verpleegkunde.

Dit overzicht laat zien dat Samen Beslissen een nationale afspraak is die wordt gestimuleerd door de overheid en ondersteund door samenwerking tussen de Nederlandse Patiëntenfederatie en diverse andere partijen. Het impliceert dat Samen Beslissen een essentieel onderdeel is van het verpleegkundig handelen.

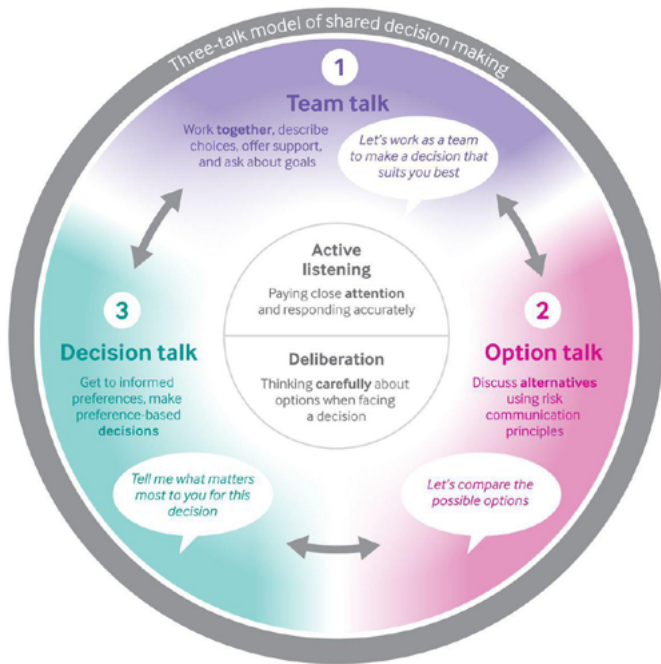
### Overzicht 3 Maatschappelijke ontwikkeling van Samen Beslissen in Nederland

2011	International Conference for Shared Decision Making (ISDM)
2013	Rapport De participerende patiënt
2015	Het jaar van de Transparantie in de zorg
2016	Campagne Betere Zorg begint met een goed gesprek
2017	Begin programma Beslist samen!
2018	Start Programma Uitkomstgerichte zorg 2018 - 2022
2021	Aanpassing wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) voor artsen
2021	Aanpassing toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden
2021	Start subsidieregeling Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen Beslissen 2021 - 2024
2022	Kadernotitie Passende zorg
2022	Integraal Zorgakkoord

## 2. Samen Beslissen: kaders en stappenplannen

Bij Samen Beslissen gaat het om meer dan een eenmalige actie; het is een proces waarin hulpverleners en patiënten 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 (26).

Het 'Three talks model' wordt in Nederland gebruikt als basismodel (26). Hieronder zal ik dit model kort beschrijven, gevolgd door twee stappenplannen: één voor het verpleegkundig domein en één voor het interprofessioneel samenwerken bij Samen Beslissen.



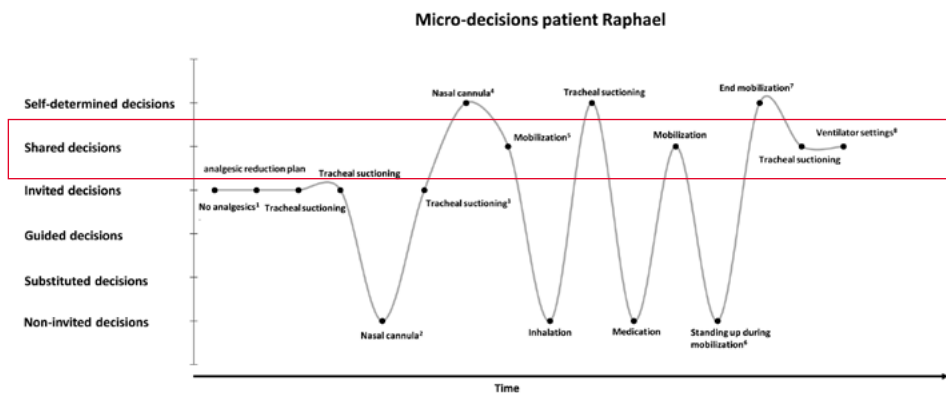
Figuur 2 Three talks model (26)

De naam 'Three talks model' impliceert dat er drie gesprekken worden doorlopen, waarbij verschillende aspecten aan bod komen. De option talk gaat over het aanbieden van verschillende mogelijkheden van een besluit in de zorg. De rol van de patiënt is om relevante informatie op te nemen en te begrijpen (en eventueel deze

met familie te bespreken). De rol van de verpleegkundige is het benoemen van de opties, het bespreken van hun voor- en nadelen en de risico's. De decision talk gaat over het nemen van besluiten die bij de patiënt passen. De rol van de patiënt is om informatie te geven op basis van zijn/haar voorkeuren, omstandigheden en ervaringen en om samen met de verpleegkundige tot een besluit te komen. De verpleegkundige ondersteunt de patiënt (en familie) daarbij. De team talk gaat over het vaststellen welke zorg en ondersteuning nodig is, over onderlinge afstemming tussen diverse hulpverleners en over het maken van afspraken over de coördinatie en het vervolg. De rol van de verpleegkundige in de team talk omvat het behartigen van de belangen van de patiënt.

In het verleden lag de focus vaak op duidelijke medische beslissingen met een beperkt aantal evidence-based opties, waarbij de voor- en nadelen duidelijk waren. Tegenwoordig zijn er echter veel verschillende modellen en benaderingen voor Samen Beslissen (27). Stephanie von Helden-Lenzen van Zuyd Hogeschool heeft bijvoorbeeld samen met collega's en prof. dr. Trudy van der Weijden van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht een model ontwikkeld waarbij het doelengesprek is toegevoegd (28). Een model dat minder medisch en meer contextueel is, en dat goed geïntegreerd kan worden in het verpleegkundig proces, lijkt inderdaad passend in een ziekenhuisomgeving. Verpleegkundigen nemen immers besluiten over verpleegkundige interventies, minder over medische behandelingen. Bovendien zijn beslissingen in de verpleegkunde vaak dynamisch en Samen Beslissen is een proces in plaats van een eenmalige gebeurtenis (29) with limited effects. In this study, we used a service design perspective on the care path of locally advanced pancreatic cancer (LAPC). Dat zijn belangrijke punten. In de verpleegkunde gaat het vaak om meerdere micro-besluiten die gedurende de dag worden genomen, en deze besluiten bouwen vaak op elkaar voort en maken deel uit van het verpleegkundig proces of het zorgtraject als geheel.

Patiënt Raphael is opgenomen op de intensive care. Het onderstaand plaatje over patiënt Raphael (30) laat zien dat hij en de verpleegkundigen op verschillende momenten in het zorgproces verschillende verpleegkundige en medische problemen kunnen tegenkomen. Daarbij kan de beslisrol variëren, afhankelijk van de situatie en de aard van het besluit. Naast het echte Samen Beslissen kunnen in de verpleegkundige zorg ook andere vormen van besluitvorming voorkomen. Het is belangrijk om te erkennen dat verschillende besluitvormingstypen (linker kolom) passend kunnen zijn afhankelijk van het ziekte- of herstelbeloop, de context en de behoeften van de patiënt.



Figuur 3 Micro-beslissingen in het zorgproces van patiënt Raphael (30)

Daarom maak ik vaak gebruik van het generieke en context-gevoelige Samen Beslissen-stappenplan van Makoul en Clayman (31):

- Leg het probleem uit aan de patiënt of vraag de patiënt naar de klachten waar hij/zij het meest last van heeft.
- Benadruk dat er een keuze is en dat de patiënt een actieve rol kan spelen in het besluitvormingsproces.
- Bied opties aan, zowel verpleegkundige interventies als eventuele behandelopties (bijvoorbeeld complementaire interventies bij pijn en zo nodig medicatie).
- Bespreek de voor- en nadelen van elke optie, inclusief de meerwaarde en mogelijke risico's.
- Verhelder de doelen, voorkeuren en wensen van de patiënt.
- Bespreek (of observeer) de mogelijkheden en zelfredzaamheidscapaciteiten van de patiënt, evenals eventuele beperkingen zoals de draagkracht van het sociaal netwerk.
- Controleer bij de patiënt of jullie hetzelfde bedoelen en of alle informatie duidelijk is.
- Neem samen met de patiënt het besluit, of geef de tijd om later een besluit te nemen.
- Volg de patiënt op en evalueer de zorg om ervoor te zorgen dat de genomen beslissing passend is en voldoet aan de behoeften van de patiënt.

De team talk is een belangrijk onderdeel van het Samen Beslissen-proces, vooral in situaties waarin hulpverleners met verschillende achtergronden en expertise

betrokken zijn (32,33). De team talk vindt vaak plaats in interprofessionele settings in het ziekenhuis, zoals het multidisciplinair overleg of de papier-visitatie, zonder directe betrokkenheid van de patiënt. Dit is in mijn beleving geen 'echt' Samen Beslissen omdat de patiënt er niet bij is. Voor mij is het eerder gericht op interprofessioneel klinisch redeneren. Daarom maak ik gebruik van een klinisch redeneren-model (34), met wat aanpassingen mede op basis van observaties van meerdere multidisciplinaire overleggen, en deelstudies van de promotieonderzoeken van Paul Geerts (35) en Jelena Slowig:

- Hulpverleners bereiden zich voor op basis van hun expertise en achtergrond.
- Hulpverleners formuleren hun eigen werkdiagnoses.
- Hulpverleners wisselen de informatie uit om tot een zo compleet mogelijk beeld te komen.
- Hulpverleners delen de informatie, redeneren, stemmen af en letten op volledigheid.
- Hulpverleners evalueren en integreren de complete informatie en komen tot een gezamenlijk gedragen set van aanbevelingen op basis van de diverse expertises, evidence en de voorkeuren en wensen van de patiënt.
- Idealiter spreken de hulpverleners af wie de aanbevelingen met de patiënt bespreekt om tot een goed besluit te komen. Vervolgens wordt de patiënt optimaal meegenomen in het Samen Beslissen.

Verpleegkundigen hebben een essentiële rol in dit klinisch redeneren-proces. Zij brengen vaak cruciale informatie in die andere hulpverleners mogelijk niet hebben, zoals de niet-medische informatie: onder andere het sociale netwerk en informatie over de persoonlijke voorkeuren en wensen. Verpleegkundigen vertalen complexe medische en verpleegkundige informatie terug naar de patiënt (36-38).



### 3. De rollen van verpleegkundigen in Samen Beslissen

Als vertrekpunt wil ik de state of the art van Samen Beslissen door Verpleegkundigen in Nederland verkennen aan de hand van twee recente onderzoeksrapporten. Die bieden een waardevolle eerste blik op de huidige situatie. Vervolgens ga ik in op de zeggenschap en de competenties die verpleegkundigen nodig hebben om hun patiënten adequaat te kunnen ondersteunen bij Samen Beslissen. In de kern gaat het om drie rollen zoals beschreven door de beroepsgroep (53): Samen Beslissen over verpleegkundige interventies, Samen Beslissen in het interprofessionele domein, en de verpleegkundige als besliscoach.

In het rapport 'Samen beslissen aan bed, een exploratief onderzoek in drie ziekenhuizen' hebben Loes Peters en collega's (39) observaties gedaan over Samen Beslissen aan bed en zijn interviews afgenomen met patiënten, verpleegkundigen en artsen over hun ervaringen. Patiënten hebben wisselende ervaringen van zich 'goed meegenomen' voelen tot 'nergens een keuze in hebben'. Verpleegkundigen geven aan zichzelf vaardig te voelen in het toepassen van Samen Beslissen, echter aan het bed is Samen Beslissen nog beperkt. Hoewel interprofessionele samenwerking een belangrijke rol speelt bij Samen Beslissen vindt dit nog onvoldoende plaats. In het rapport 'Ervaringen en wensen van zorgprofessionals bij Samen Beslissen', een vragenlijstonderzoek van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging door Anke van der Veer en collega's (40), blijkt dat verpleegkundigen veel bijdragen aan het proces van Samen Beslissen. 77% van de ziekenhuisverpleegkundigen geeft aan hun patiënt te helpen om alle informatie te begrijpen, 71% zegt dat ze de wensen en doelen van de patiënten inventariseren en 70% rapporteert dat zij hun patiënten begeleiden en/of hun belangen behartigen bij beslissingen in een multidisciplinair overleg. De mogelijkheden voor Samen Beslissen worden mede bepaald door contextuele factoren zoals de wet- en regelgeving en de arbeidsmarkt. Beide rapporten benoemen dat verpleegkundigen een grotere rol wensen bij Samen Beslissen maar deze rol nog onduidelijk vinden.

De impact van Samen Beslissen door Verpleegkundigen is veelomvattend. De impact op patiënten kan leiden tot verschillende positieve uitkomsten: grotere tevredenheid over de ervaren zorg, verhoogde compliance, minder angst voor een zorgtraject, beter functioneren, hogere patiëntveiligheid zoals minder medicatie-bijwerkingen, beter zelfmanagement, groter gevoel van controle, hogere kwaliteit van leven, en meer kennis en betere informatie (41-44). De kwaliteit van het proces van de besluitvorming verbetert (45,46). De impact op verpleegkundigen kan er toe leiden dat ze meer helpend gedrag naar hun patiënten laten zien, dat het hun werk verrijkt,

dat het zorgt voor een hogere mate van werkplezier en arbeidstevredenheid, en dat er meer betrokkenheid is bij het werk (47,48). De impact op de kosten zijn kortere opnamedagen en minder heropnames (49-52).

#### 3.1 Samen Beslissen en interprofessionele competenties

De beroepsvereniging gebruikt de volgende omschrijving voor de rol van de verpleegkundige in Samen Beslissen (53): "De verpleegkundige is een gespreks- en samenwerkingspartner van de patiënt in het verpleegkundig zorgproces, waarin verpleegkundige, 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." (pag. 22)

Annelies Driesen en haar collega's gebruiken de zogenoemde Quicksan, een samen met verpleegkundige ontworpen zelfreflectie-tool gebaseerd op de Samen Beslissen-competenties, waarbij ze vervolgens het gesprek aangaan met het verpleegkundige team. De beroepsvereniging definieert acht Samen Beslissen-competenties (53). Verpleegkundige hebben, in mijn optiek, ook interprofessionele competenties nodig om sterk in hun schoenen te staan. Dat vind ik belangrijk. Ik wil de verpleegkundige Samen Beslissen-competenties aanvullen met vijf interprofessionele competenties: de door ons ontwikkelde 'Zuyd Buildingblocks' (54), die gebaseerd zijn op de competenties van de European Interprofessional Practice and Education Network.

De omschrijving van de beroepsvereniging en van de competenties impliceren ook verschillende rollen die verpleegkundigen vervullen. Deze drie rollen zijn (53): Samen Beslissen over verpleegkundige interventies, Samen Beslissen in het interprofessionele domein, en de verpleegkundige als besliscoach. Deze rollen ga ik nu uitdiepen.

Op de volgende pagina's tracht ik de eerste twee stellingen te onderbouwen:

- De basis voor Samen Beslissen is de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige.
- Samen Beslissen door Verpleegkundigen vereist twee soorten interactie: een dialoog tussen de patiënt en verpleegkundige enerzijds, en de interactie tussen de verpleegkundige en andere hulpverleners anderzijds.

Samen Beslissen-competenties (53)	Interprofessionele competenties (54)
Onderkent dat Samen Beslissen leidt tot hogere kwaliteit van zorg.	Effectief kunnen samenwerken en consulteren in interprofessionele teams op basis van het begrip van de competenties die de verschillende zorgprofessionals bezitten.
Begeleidt het proces van Samen Beslissen.	Het kunnen uitwerken van cliënt-gecentreerde zorgplannen op basis van de informatie van en de interactie met de verschillende zorgprofessionals.
Beschikt over gesprekstechnieken en vaardigheden om het proces van Samen Beslissen te faciliteren.	Het kunnen anticiperen op, identificeren van en het oplossen van problemen in interprofessioneel teamwork en de gezamenlijke planning.
Gaat uit van de persoonlijke voorkeuren en de context van de patiënt.	Het kunnen verwijzen op een passende manier naar de verschillende zorgprofessionals op basis van het begrip van de competenties die de verschillende zorgprofessionals bezitten.
Ondersteunt en moedigt de patiënt actief aan te participeren in het proces van Samen Beslissen (empowerment).	Het kunnen evalueren van interprofessionele communicatie, besluitvorming en planning van zorg op efficiëntie.
Draagt zorg voor begrijpelijke kennis-overdracht en informatie-uitwisseling, en maakt gebruik van tools die Samen Beslissen ondersteunen.	
Is een betrouwbare en professionele gesprekspartner.	
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.	

### 3.2 Samen Beslissen over verpleegkundige interventies

In deze rol is de verpleegkundige de primaire zorgverlener (53). Het gaat over het autonome verpleegkundig domein. Het doel is dat de patiënt samen met de verpleegkundige besluiten neemt die passen bij de wensen en voorkeuren van de patiënt (8) Deze rol richt zich op de option en decision talk.

Om dit te kunnen doen zijn een aantal voorwaarden essentieel. Deze voorwaarden heb ik samengevat voor achtereenvolgens de patiënt, de verpleegkundige, de afdeling en de organisatie (55-69). Voorwaarden voor patiënten zijn (i) actieve participatie, zodat zij in staat zijn om deel te nemen aan het besluitvormingsproces; (ii) gelijkwaardigheid, want patiënten moeten hun rol als evenwaardige partner in het Samen Beslissen-proces kunnen nemen en (iii) de dialoog aangaan in de

zorgrelatie tussen de patiënt en de verpleegkundige, waarbij de verpleegkundige de dialoog ondersteunt. Voorwaarden voor verpleegkundigen zijn (i) situational awareness; verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van de veranderende conditie van de patiënt - de behoefte ten aanzien van Samen Beslissen is daarmee ook veranderlijk. (ii) Verpleegkundigen moeten luisteren naar de persoonlijke verhalen van de patiënt; zij bouwen een vertrouwensband op en zorgen voor wederzijdse en open communicatie. (iii) Verpleegkundigen verstrekken begrijpelijke informatie waarbij ze de patiënt helpen om deze informatie te plaatsen in de context van het eigen leven met de ziekte. Voorwaarden voor de afdeling zijn (i) een warme, respectvolle afdelingscultuur met erkenning van de ervaringskennis van de patiënt. Een andere voorwaarde is (ii) openheid en toegankelijkheid van het verpleegkundige team dat verpleegkundigen ruimte geeft om binnen afdelingsroutines en protocollen tegemoet te kunnen komen aan de wensen en voorkeuren van de patiënt. Voorwaarde voor de organisatie is het vervangen van het biomedische model door een persoonsgerichte benadering.

Belemmerende en faciliterende aspecten van deze rol zijn samengevat in het overzicht.

Overzicht 5 Belemmerende en faciliterende aspecten in het verpleegkundige domein

BELEMMERENDE ASPECTEN (30,49,50,57-59,61,63,64,70,71-79)	FACILITERENDE ASPECTEN (30,47,57,62,63,65,74,79-83)
<p><b>Patiënt</b> Gebrek aan empathie en luisterend gedrag van verpleegkundigen Eerdere negatieve ervaringen met Samen Beslissen Fysieke conditie en multimorbiditeit Neiging tot passiviteit Onzekerheid en kennistekort Cultuur- en taalverschillen</p>	<p><b>Patiënt</b> (Veel) ervaringskennis en mondigheid Tijd en rust</p>
<p><b>Verpleegkundige</b> Angst voor verkeerde beslissingen en behoud van zeggenschap Terughoudendheid bij dialoog Gebrek aan begrip van Samen Beslissen Gebrek aan communicatievaardigheden Gebrek aan evidence-based practice</p>	<p><b>Verpleegkundige</b> Positieve motivatie Flexibiliteit in het volgen van Samen Beslissen-momenten Aandacht voor non-verbale communicatie Werkervaring, expertise en professionele trots</p>
<p><b>Afdeling/organisatie</b> Tijdsgedbrek Starre afdelingsroutines Korte opnameduur</p>	<p>Integratie van Samen Beslissen in protocollen en afdelingsprocessen</p>

### 3.3 Samen beslissen in het interprofessionele domein

In complexe zorgsituaties komt het vaak voor dat meerdere disciplines bij een patiënt betrokken zijn en dat de arts degene is die de medische beslissing samen met de patiënt neemt (53). De verpleegkundige is deel van een interprofessioneel team met bijvoorbeeld ergo- en fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, maatschappelijk werk, geestelijke verzorgers en artsen. Het doel is informatie-uitwisseling en afstemming (35). Verpleegkundigen komen op voor de belangen van de patiënt als de patiënt dat zelf niet kan of impliciet en expliciet andere voorkeuren heeft (36,37,84-87). Deze rol richt zich op de team talk.

Om de belangen te kunnen behartigen vervullen verpleegkundigen meerdere rollen, vaak in combinatie (35-38,49):

- **Gegevensverzamelaar:** de verpleegkundige verzamelt verpleegkundige informatie, persoonlijke en medische gegevens, de impact van de betreffende behandeling op het leven et cetera.
- **Informatiedeler:** de verpleegkundige zorgt er ook voor dat de relevante hulpverleners geïnformeerd zijn, evenals de patiënt en familie.
- **Patiëntvoorlichter:** de verpleegkundige geeft voorlichting over het zorgtraject, procedures, bijwerkingen, behandelingen, et cetera.
- **Informatiegever:** de verpleegkundige geeft ad hoc informatie aan de patiënt en familie op basis van onder meer gerichte vragen, verpleegkundige expertise en werkervaring.
- **Voortdurende vertaler en intermediair:** de verpleegkundige vertaalt de wensen en voorkeuren, maar ook het perspectief van de patiënt in het interprofessionele team. Ze vertaalt de klinische informatie, standpunten en perspectieven terug naar de patiënt (en familie) en ze probeert de diverse standpunten en verwachtingen van artsen, patiënten en familie met elkaar te verbinden.
- **Psycho-sociale ondersteuner:** de verpleegkundige luistert, bevestigt, vangt op en troost.

Om dit te kunnen doen moeten belangrijke voorwaarden aanwezig zijn. In de literatuur staan deze beschreven voor de verpleegkundige en de afdeling (37,69, 86-89). Voorwaarde voor de verpleegkundige is dat deze betrokken wordt als volwaardige samenwerkingspartner door middel van een 'collaboratieve benadering'. Voorwaarde hiervoor zijn open en waarderende relaties. Enerzijds moeten de verpleegkundigen en artsen een open omgang met elkaar onderhouden waarbij ze naar elkaar luisteren, en anderzijds dienen verpleegkundigen ook een vertrouwens-

band met de patiënt te hebben. De voorwaarde voor de afdeling is dat verpleegkundigen continu betrokken zijn in gespreksmomenten; zij moeten actief deelnemen aan diverse gesprekken en overleggen met patiënten, familie, artsen en andere zorgverleners.

Ook in de interprofessionele context is er zowel sprake van een aantal belemmerende als van faciliterende aspecten. Zie het overzicht.

Overzicht 6 Belemmerende en faciliterende aspecten in het interprofessionele domein

#### BELEMMERENDE ASPECTEN (35,46,58,69,76,85-87,90-92)

##### Verpleegkundige

Artsen staan verpleegkundigen geen rol toe  
Onspecifieke communicatie naar artsen

##### Interprofessioneel team

Geen interprofessionele richtlijnen  
en protocollen  
Gebrek aan interprofessionele communicatie  
en samenwerkingsvaardigheden

##### Organisatie

Werkomstandigheden (o.a. personeelstekort,  
discontinuïteit door part-timers)

#### FACILITERENDE ASPECTEN (35,45,46,69,76,85-87,93)

##### Verpleegkundige

Groot rolbewustzijn

##### Interprofessioneel team

Waarderen van diverse informatiebronnen  
Bewustzijn van het gevolg van besluiten  
voor patiënt  
Continuïteit van verpleegkundigen en  
stabile inbedding in interprofessionele  
teamprocessen

### 3.4 De verpleegkundige als besliscoach

Het doel is de patiënt te steunen om besluiten te nemen die bij zijn/haar wensen en voorkeuren passen (53). Het kan gaan over een afgebakend en complex medisch besluit met grote impact op het leven van de patiënt, bijvoorbeeld immuuntherapie bij multiple sclerose of genetische borstkanker-screening bij gezonde vrouwen (43,94,95). De verpleegkundige als besliscoach werkt met een medische evidence-based keuzehulp. Een keuzehulp is een digitaal hulpmiddel dat informatie geeft over medische diagnostiek of behandeling en de voor- en nadelen van diverse opties en de bijbehorende risico's. Het gaat over het 'in staat stellen tot' Samen Beslissen. Deze rol richt zich op de option talk.

Deze rol is gebaseerd op het Ottawa Decision Support Framework (96) met vier taken:

- Het achterhalen wat de patiënt nodig heeft om te kunnen beslissen, bijvoorbeeld de waarden van de patiënt, de onzekerheden of twijfels, de kennis van de patiënt

of welke ondersteuning de patiënt wenst.

- De patiënt ondersteunen naar zijn/haar behoefte, bijvoorbeeld door het aanbieden van keuzehulpen of coachen in het nemen van het besluit.
- Het proces van Samen Beslissen monitoren en faciliteren.
- Het achterhalen wat de implicaties van een beslissing zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van haalbaarheid en belastbaarheid van de patiënt.

Zowel voor de patiënt, de besliscoach als de organisatie is er sprake van voorwaarden die vervuld moeten zijn (43,94,96-98). Voorwaarden voor de patiënt zijn (i) dat de patiënt ten minste moet kunnen kiezen tussen twee gelijkwaardige, op evidence gebaseerde opties. (ii) De gebruikte keuzehulp moet voldoen aan internationale standaarden, zoals de IPDAS-criteria (41). Voorwaarde voor de besliscoaches is training, omdat ze moeten beschikken over inhoudelijke medische kennis en coachingsvaardigheden, en bekend moeten zijn met het gebruik van keuzehulpen. Voorwaarde voor de organisatie is dat de rol van besliscoach, meestal ingevuld door gespecialiseerde verpleegkundigen, wordt ingebed in de organisatie of in het zorgpad. De verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in workflows, protocollen en werkafspraken.

In het overzicht zijn een aantal belemmerende en bevorderende aspecten samengevat.

*Overzicht 7 Belemmerende en faciliterende aspecten met betrekking tot de besliscoach*

#### **BELEMMERENDE ASPECTEN** (44,96,97)

##### **Medische specialisten**

Twijfels of patiënt complexe medische informatie begrijpt  
Weinig vertrouwen in besluitvaardigheden van patiënt  
Terughoudendheid t.a.v. de 'nieuwe' rol van besliscoach

##### **Organisatie**

Werkomstandigheden (o.a. tekort aan verpleegkundigen, aanpassen werkritmes en routines)  
Gebrek aan leiderschap

#### **FACILITERENDE ASPECTEN** (43,44,94,96-98)

##### **Patiënt**

Sterke voorkeur tot actieve participatie in besluiten  
Vertrouwensband met de verpleegkundigen

##### **Besliscoach**

Flexibel gebruik van keuzehulpen  
Intrinsieke motivatie

##### **Team**

Draagvlak in het hele team

## 4. Het toepassen van Samen Beslissen

Ik zal nu aandacht besteden aan het toepassen van Samen Beslissen in het ziekenhuis. Ik ga de inzet van meetinstrumenten bij Samen Beslissen in de verpleegkundige praktijk aanstippen en ik vertel iets over de complexiteit en de contextualiteit van de implementatie.

### 4.1 Inzet van meetinstrumenten bij Samen Beslissen

De eerste groep betreft meetinstrumenten die het Samen Beslissen-proces op zich meten: patiënt-gerichte, arts-gerichte en observatie-gerichte instrumenten. Deze meten Samen Beslissen tussen de patiënt en de arts.

In de tweede groep gebeuren de ervaringsmetingen door zogenoemde 'Patient-reported experience measures' of PREMs. Een bekend voorbeeld is het tevredenheidsonderzoek. Door middel van vragenlijsten kunnen patiënten hun ervaringen met en tevredenheid over verschillende aspecten van de zorg aangeven, waaronder ook hun betrokkenheid bij Samen Beslissen.

De derde groep instrumenten meet de uitkomsten die patiënten kunnen verwachten, de 'Patient-reported outcome measures' of PROMs. Hoewel PROMs niet specifiek het proces van Samen Beslissen meten, kunnen de vragenlijsten worden gebruikt als onderdeel van het Samen Beslissen-proces. Patiënten kunnen zich voorbereiden op het gesprek door het vooraf invullen van de vragenlijst. De uitkomsten kunnen helpen bij het stellen van prioriteiten (99,100). Een bekend voorbeeld is het gebruik van de TOPIC-SF in de ouderenzorg (101) of de Reported Outcome Measures (ROMs) in de psychiatrie (100). Het Platform Uitkomstgerichte Zorg (19), heeft landelijke uitkomstensets gepubliceerd van 93 Samen Beslissen-momenten met 86 PROMs.

Ook zijn instrumenten voor verpleegsensitieve uitkomsten, de vierde groep, interessant om aspecten van Samen Beslissen te meten. Verpleegsensitieve uitkomsten zijn een combinatie van proces- en uitkomstmaten (102). In het Zuyderland MC worden op dit moment ondervoeding, delier, vallen, pijn, vitaal bedreigd en decubitus gemeten. Het is zeker de moeite waard om Samen Beslissen-momenten te identificeren en te linken aan deze verpleegsensitieve uitkomsten. Of om verpleegsensitieve uitkomsten toe te voegen, gebaseerd op veel voorkomende verpleegkundige diagnoses en waar Samen Beslissen-momenten betekenisvol zijn voor de patiënt en verpleegkundige. Er zijn een aantal reviews verschenen, zoals voor mensen met dementie (103), patiënten op de intensive care (104) en oncologische patiënten (105).

Interessant is dat naast verpleegsensitieve ook interdependente, dus interprofessionele uitkomsten beschreven staan.

In relatie tot Samen Beslissen zouden ook proxy of aanverwante concepten gemeten kunnen worden, zoals of er verschil is tussen de gewenste en de ervaren participatie van patiënten, of hun daadwerkelijke ervaringen overeenkomen met hun verwachtingen (106), en of de relatie tussen patiënt en verpleegkundige van invloed is op hun gedrag (107,108).

Tot slot denk ik dat er ook ruimte mag komen voor verhalende methodieken waarbij ervaringen niet geteld maar verteld worden. Het gebruik van dergelijke narratieve methoden is een waardevolle aanvulling op kwantitatieve meetinstrumenten, omdat het de mogelijkheid biedt om de diepere ervaringen, emoties en contextuele nuances van zowel patiënten als verpleegkundigen te verkennen. We gaan van zo'n narratieve methodiek gebruikmaken in een onderzoeksproject onder leiding van prof. dr. Loes van Bokhoven van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht over proactieve zorgplanning, waarbij huisartsen, verpleegkundigen, paramedici, welzijnsprofessionals en vrijwilligers samenwerken. Deze methode is oorspronkelijk ontwikkeld door de groep van prof. dr. Sandra Zwakhalen, verbonden aan de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg en Universiteit Maastricht.

De keuze voor meetinstrumenten hangt natuurlijk nauw samen met wat men te weten wil komen in verband met de implementatie van Samen Beslissen

## 4.2 Implementatie van Samen Beslissen

In het volgende deel van mijn rede tracht ik de derde stelling te onderbouwen:

- De implementatie van Samen Beslissen vraagt een context-gerichte benadering.

*( ... ) nurses' flexible working practices. The ward nurses' focus was on the needs of individual patients - and although they were conscious of the constraints of the ward routine - they made an effort to accommodate individual patient preferences. ( ... ) Of course accommodating patient choice was not always easy and the patients seemed to be well aware of the constraints within which nurses worked; however, the fact that nurses tried to give people options appeared to mean a lot to patients (p.188).*

Dit is een citaat uit een van de eerste studies specifiek over Samen Beslissen van verpleegkundigen waarbij in het jaar 2000 op twee afdelingen etnografische observaties werden gedaan door Davina Allen (56). Dit citaat laat zien dat verpleegkundigen Samen Beslissen moeten kennen, willen en kunnen en dan echt gaan doen, dus implementeren in het team.

Bij de implementatie van Samen Beslissen is de intrinsieke motivatie, de positieve houding en de gevoelde meerwaarde essentieel (109) en ze kan niet slagen zonder een systematische aanpak waarbij implementatiedoelen worden gesteld, belemmerende en bevorderende aspecten in kaart worden gebracht (110) en evidence-based Samen Beslissen-interventies en implementatie-strategieën gebruikt worden. Samen Beslissen-interventies en implementatie-strategieën worden inmiddels vaak cyclisch getest en aangepast, uitgerold en tot slot gedegen geëvalueerd. Het model van Wensing en Grol (111) kan hier waardevolle handvatten bieden.

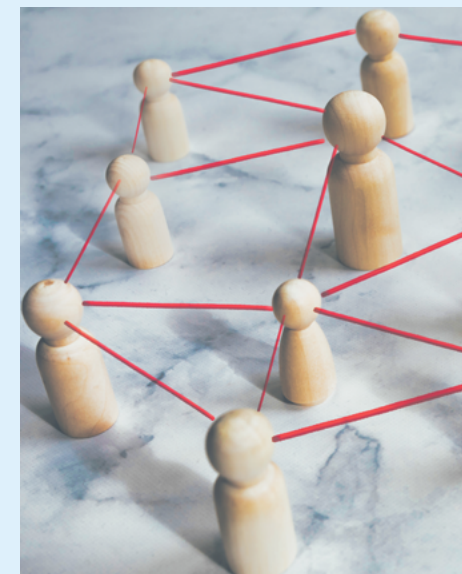
Er is een groeiende interesse in het implementeren van Samen Beslissen in ziekenhuizen. De focus wordt ook verruimd naar studies die verder gaan dan alleen Samen Beslissen tussen arts en patiënt (78). De implementatie van Samen Beslissen vereist aandacht voor verschillende aspecten, waaronder de omgeving en middelen, sociale en professionele rollen, kennis en vaardigheden, en het vertrouwen in het eigen kunnen, zo laat een systematisch review zien (78). Echter, context-specifieke en lokale evidence kan de implementatie van Samen Beslissen extra bevorderen (78). Een scoping review (109) van 238 studies naar interventies van Samen Beslissen laat zien dat implementatie-strategieën voornamelijk op artsen gericht zijn in de eerste lijn. Slechts 5% van alle studies was gericht op verpleegkundigen. De helft van de interventies betrof scholingen en trainingen en de andere 50% casus-discussies, computer-reminders, audiovisuele en papieren hulpmiddelen. Het Magic-model (112) maakt inzichtelijk dat voor de implementatie van Samen Beslissen het voorbereiden van hulpverleners en patiënten, ondersteuning op organisatieniveau en inrichting van evaluatieprocessen, alsook het scholen van teams en het herinrichten van zorgprocessen nodig zijn.

Hiervan kunnen we leren dat ook in het implementatieproces bij verpleegkundige Samen Beslissen-interventies en multi-factoriële implementatie-strategieën op meerdere niveaus noodzakelijk zijn. Wat er om te beginnen nodig is, dat is de focus op de verpleegkundigen, bijvoorbeeld door trainingen over Samen Beslissen (20,58,77), investeren in klinische leiderschapscompetenties (61,63) of evidence-based practice schooling, zoals Jolanda Friesen-Storms stelt (8). Ook zullen patiënten

gesteund moeten worden door kleine, eenvoudige maar onmisbare handvatten of tools. Zo kunnen communicatietools als keuze-ondersteunend in de zorg gebruikt worden, bijvoorbeeld zoals de Talking Mats voor mensen met dementie (113). En de derde noodzakelijke focus is het Samen Beslissen vriendelijke inrichten van protocollen en werkprocessen binnen het verpleegkundige en interprofessionele team (29,114); hoofdverpleegkundigen en managers hebben daarbij een cruciale rol (115-117). Ook zullen implementatie-strategieën in de organisatie van belang zijn, bijvoorbeeld een gezamenlijk en breed gedragen verpleegkundige visie op persoonsgerichte zorg, op Samen Beslissen en onderzoek, en op de benodigde middelen voor de implementatie et cetera. Ook in de richtlijnen van de beroepsvereniging dient Samen Beslissen opgenomen te worden. Het toepassen van Samen Beslissen door Verpleegkundigen zal vragen om daadkracht, doorzettingsvermogen en inzet door velen op meerdere niveaus.

## Deel 2

# Plannen van het bijzonder lectoraat Samen Beslissen door Verpleegkundigen



Ik ga eerst de focus en de ambitie van het bijzonder lectoraat uitleggen, vervolgens ga ik de onderzoekslijnen bespreken en ik rond af met de participatieve onderzoeksbenadering.

## 1. Focus en ambitie

Het lectoraat gaat participatief actieonderzoek uitvoeren naar het optimaal toepassen van Samen Beslissen door Verpleegkundigen in de diverse rollen die zij (gaan) vervullen.

Over vier jaar staat Samen beslissen door Verpleegkundigen op de agenda van het Zuyderland MC: in de verpleegkundige en interprofessionele beroepsuitoefening, in het onderzoek en in het opleiden van verpleegkundigen. Regionaal en landelijk zijn de Zuyderland-verpleegkundigen voorlopers in het onderzoeken en toepassen deze aanpak op de werkvloer. Over vier jaar lopen er onderzoeken naar diverse aspecten van Samen Beslissen, waarbij (docent)onderzoekers van Zuyd Hogeschool en Zuyderland-verpleegkundigen samen onderzoek doen met relevante belanghebbenden. In het bijzonder wil ik patiënten en patiëntenvertegenwoordigers, zoals Burgerkracht Limburg en ervaringsdelers van Stichting Mens achter de Patiënt, bij dit onderzoek betrekken. Over vier jaar zijn er ook evidence-based handvatten en tools beschikbaar voor verpleegkundigen en patiënten, die duurzaam geïmplementeerd en uitgerold kunnen worden. Gedurende deze vier jaar zullen (docent) onderzoekers, verpleegkundigen, studenten, patiënten, medische specialisten en beleidsmedewerkers bijdragen leveren aan deze doelen.

De maatschappelijke ambitie is om een positieve bijdrage te leveren aan passende zorg in Nederland, persoonsgerichte zorg en het versterken van leiderschap van verpleegkundigen in het ziekenhuis en in het onderzoek. De ambitie is ook om een bijdrage te leveren aan een gezonde en rechtvaardige samenleving in Limburg, omdat Samen Beslissen patiënten empowert en helpt om tot passende zorg te komen.

De onderzoeksambitie is om bij te dragen aan de verpleegkundige body-of-knowledge door empirisch onderzoek en ook nationaal het nieuwe kenniscentrum VenVn te voeden. Daarnaast streven we ernaar om via toegepast onderzoek bij te dragen aan een onderzoeksinfrastructuur, kennisverwerving en tegelijkertijd ook aan de toepassing van evidence-based practice binnen Zuyderland MC en het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving van Zuyd Hogeschool.

De onderwijsambitie is om bij te dragen aan het onderwijs bij de Academie voor

Verpleegkunde binnen de Bachelor of Nursing 2030. In de Bachelor of Nursing 2020 zit Samen Beslissen in de eerdergenoemde eerste rol (Samen Beslissen in het verpleegkundig domein) al geïntegreerd in het curriculum. Wat de Bachelor of Nursing 2030 betreft kan Samen Beslissen worden versterkt op basis van de eerdergenoemde tweede en derde rol (Samen Beslissen in het interprofessionele domein en de verpleegkundige als besliscoach). Daarnaast streven we ernaar om een expertrol te vervullen binnen de module Afstuderen Advies van de Academie voor Verpleegkunde en de Interprofessionele Bachelor Scriptie binnen het Zuyd domein Gezondheidszorg en Welzijn. Ook zullen we bijdragen aan levenslang leren door scholing en trainingen.

De netwerkambitie is om met regionale kennisinstellingen zoals Universiteit Maastricht, met lectorenplatforms en binnen het netwerk van de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ) kennis over Samen Beslissen te genereren, te implementeren en te verspreiden. Op deze manier streven we ernaar een waardevolle consortiumpartner te worden voor verpleegkundig onderzoek.

## 2. Onderzoekslijnen

In het onderzoek wil ik me op drie lijnen richten: (i) het exploreren van Samen Beslissen en de rol van verpleegkundigen, (ii) het ontwerpen en testen van Samen Beslissen tools en handvatten, en (iii) het ontwikkelen en evalueren van implementatie-strategieën. Tot slot licht ik toe hoe we de opgedane kennis, tools en handvatten gaan verspreiden.

Aangezien de praktijk kan veranderen, ben ik van plan om flexibel te zijn en voldoende ruimte te laten voor de actuele context. Hierbij zal er aandacht zijn voor verschillende doelgroepen en toepassingsgebieden, die door verpleegkundigen worden geprioriteerd en waarvan we de relevantie zullen bespreken met patiënten, belanghebbenden en consortiumpartners.

### 2.1 Exploreren van Samen Beslissen en de rol van verpleegkundigen

Zoals ik eerder heb geschetst, is het meeste onderzoek monodisciplinair gericht op artsen, binnen een specifiek afgebakend beslismoment en hoofdzakelijk uitgevoerd in de eerste lijn. Onderzoek naar Samen Beslissen binnen het verpleegkundig domein is relatief nieuw en daarom bestaat er een kenniskloof met betrekking tot hoe verpleegkundigen hun rol bij Samen Beslissen op zich nemen en hoe ze Samen

Beslissen bij hun patiënten versterken. Ik ben al met verschillende onderzoeken bezig en ik wil dit verder uitbreiden.

In de komende periode zullen we kennis en inzichten vergaren over wat er op de werkvloer en in de interprofessionele samenwerking gebeurt met betrekking tot Samen beslissen door Verpleegkundigen. We zullen beschrijven hoe Samen Beslissen plaatsvindt, wat de ervaringen zijn en waar de uitdagingen liggen, en wat Samen Beslissen bevordert of belemmert. Dit alles met als doel Samen Beslissen beter te begrijpen. We bouwen voort op eerder onderzoek en zullen de beleving van verpleegkundigen en patiënten onderzoeken, omdat deze perspectieven essentieel zijn. Het lijkt me raar Samen Beslissen zonder patiënten te onderzoeken. Een voorbeeld van hoe het wél moet, is het onderzoek met dr. Asiong Jie, Tessa Geisen, Miriam Bastiaens, AnnaMaria Verlaan-Hazen en Jolanda Friesen-Storms, Béatrice Dijks en Hans Meex. Het gaat over het met zorg ontslaan van patiënten met kanker, waarbij veel aandacht is voor de ervaringen van patiënten, familie en verpleegkundigen. Een ander voorbeeld is het project onder leiding van prof. dr. Loes van Bokhoven verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht over Samen Beslissen met mensen met lichte verstandelijke beperkingen waarbij een knelpuntenanalyse het vertrekpunt is.

## 2.2 Ontwerpen en testen van Samen Beslissen tools en handvatten

Veel tools en handvatten zijn ontwikkeld voor artsen, zoals keuzehulpen. Voor mij is 'tools en handvatten' een breed begrip dat kan worden toegepast op elk aspect van Samen Beslissen. Dit kan bijvoorbeeld visueel of schriftelijk informatiemateriaal omvatten, een zakkaart, een tabel met informatie over verschillende verpleegkundige interventies of een stappenplan. We gaan deze tools en handvatten daar waar nodig in co-design ontwikkelen en testen of 'verpleegkundig-proef maken. Ze zullen enerzijds als een duo-pakket worden ontwikkeld, één voor verpleegkundigen en één voor patiënten, en anderzijds zullen ze een interprofessionele toepassing kennen. Samen Beslissen vindt plaats tussen de verpleegkundige en de patiënt of tussen verpleegkundigen en een interprofessioneel team. De veranderde verwachtingen en andere rollen zullen niet vanzelf gaan en evidence-based ondersteuning zal nodig zijn. Een voorbeeld hiervan is fase 1 van het lopende promotieonderzoek van Marie-José Vleugels van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ waarbij een bestaand instrument over de kwaliteit van leven in co-creatie met verpleegkundigen en patiënten met vaatproblemen in de palliatieve zorg wordt doorontwikkeld.

## 2.3 Ontwikkelen en evalueren van implementatiestrategieën

Tools en handvatten die Samen Beslissen ondersteunen zullen niet automatisch in de praktijk worden toegepast. Het gebruik ervan door verpleegkundigen en patiënten vereist gerichte implementatiestrategieën, niet alleen gebaseerd op kennis, maar ook op de specifieke context die de implementatie beïnvloedt. We weten veel over de implementatie van Samen Beslissen in het medische domein en daar kunnen we zeker van leren. Toch denk ik dat we nog nauwelijks zicht hebben op welke implementatiestrategieën werken in het verpleegkundig domein en in de interprofessionele context. We zullen ook het proces evalueren om te weten te komen hoe de uitvoering verliep, of de doelgroep is bereikt, welke aspecten het succes of falen hebben beïnvloed, en hoe het staat met de toepasbaarheid en de randvoorwaarden (118). Een voorbeeld waar ik op wil voortbouwen: het inmiddels afgerond promotieonderzoek van Marjolijn van Rooijen met collega's van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht liet zien dat implementatiestrategieën ook in co-creatie ontwikkeld moeten worden. Een ander voorbeeld is het project 'De zorg die ik wens als ik niet meer beter word', waar Fabienne Warmerdam en collega's in een ziekenhuis proactieve zorgplanning implementeren in een aantal transmurale zorgpaden. Daarbij wordt de ondersteuning van patiënten en naasten gemeten en worden de ervaringen in kaart gebracht.

In het onderzoek wil ik graag de goede samenwerking voortzetten met:

- De diverse verpleegkundige en andere relevante gremia en commissies binnen Zuyderland MC: het Verpleegkundig Staf Bestuur, de Chief Nurse Officer, de Commissie persoonsgerichte zorg, de Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en het Bureau Additionele Gelden.
- De collega's van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid en het Programma Verpleegkundig Leiderschap.
- De kenniskring Verpleegkundig onderzoek met gepassioneerde verpleegkundige onderzoekers van Zuyderland MC en Zuyderland Care; Zuyd Hogeschool en de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg.
- Gewaardeerde collega's verbonden aan de oncologische en palliatieve zorg.
- Patiënten, patiëntvertegenwoordigers en ervaringsdelers van Mens achter de patiënt.
- Gewaardeerde collega's binnen Zuyd Hogeschool, domein Gezondheid en Welzijn, het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving, het lectoraat Autonomie en Participatie en de Academie voor Verpleegkunde.



- Geapprecieerde collega's van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg verbonden aan de Universiteit Maastricht.
- Samenwerkingspartners zoals Maastricht Universitair Medisch Centrum+, Isala Klinieken, ROC Gilde, Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, Meditta, Netwerken palliatieve zorg en het Zorgnetwerk Elsloo.

## 2.4 Verspreiden van bevindingen en toepassen van tools en handvatten

Een onderdeel van de onderzoeklijnen is de verspreiding van kennis. Bij elk onderzoeksproject zullen we verschillende bevindingen en/of handvatten en tools voor verschillende doelgroepen verspreiden via wetenschappelijke publicaties in internationale tijdschriften, en voor verpleegkundigen in de praktijk via bijdragen aan Nederlandse vaktijdschriften, evenals door deelname aan internationale, nationale en regionale conferenties en symposia zoals in het Verzorgenden en Verpleegkundigen Symposium Zuyderland vorige maand, waar verpleegkundigen van Zuyderland Cure en Care bij elkaar kwamen. We zullen manieren blijven zoeken om de geleerde lessen, tools en handvatten te verspreiden en te verankeren in de beroepspraktijk. De tools en handvatten zullen voor 'vrij' gebruik beschikbaar worden gesteld, in lijn met Open Science. Voor het hbo- en post-hbo-onderwijs zullen we kennismateriaal en didactische werkvormen ontwikkelen en deze zullen worden geïntegreerd in het curriculum. Een voorbeeld van een net afgerond project: Sabine Pieters en Pieter Eigenraam van de Academie van Verpleegkunde hebben een uitstekende scholing ontwikkeld met behulp van een VR-bril. Verpleegkundigen kunnen in de virtuele woonkamer met een echtpaar een proactief zorgplannings gesprek oefenen. Deze VR-bril is gebaseerd op de kennis in het reeds afgeronde project Veerkrachtig Samen Beslissen onder leiding van Inge Jochem, verbonden aan MCC Omnes. Op deze manier wil ik in de toekomst de driehoek onderzoek - praktijk - onderwijs integreren.

Verpleegkundig onderzoek naar Samen Beslissen staat aan het begin van, wat mij betreft, een boeiende en onmisbare ontwikkeling van moderne verpleegkundige zorg in het Zuyderland MC. Daarom verwacht ik dat het toegepaste onderzoek naar Samen Beslissen uitgevoerd zal worden met verpleegkundigen die vooroplopen. Innovators en early adopters zijn verpleegkundigen en hulpverleners die Samen Beslissen omarmen, die vertrouwen hebben in het onderzoeksproces, en die nieuwe werkwijzen, tools en handvatten willen ontwerpen, testen en evalueren. Ik voorzie dat aan het einde van het onderzoeksproces de implementatie-strategieën gericht

zullen zijn op de meerderheid van verpleegkundigen binnen het Zuyderland MC. Samenwerking met de beleidsadviseurs is onontbeerlijk, willen we de overgang van toegepast onderzoek naar brede implementatie daadwerkelijk kunnen maken.

## 2.5 Participerend actie onderzoek

Zoals ik aan het begin zei, Samen Beslissen is een afspraak. Daarom zijn naar mijn mening onderzoeksdesigns die effecten meten niet echt nodig. Ik wil kort toelichten hoe participerend actieonderzoek kan fungeren als paraplu voor diverse toegepaste designs.

'Participatie' in participerend actieonderzoek richt zich altijd op actief samen met de deelnemers onderzoek doen (119). Het bouwt voort op de empowerment-beweging. Deelnemers aan dit onderzoek zijn altijd verpleegkundigen, patiënten en andere belanghebbenden. Participatie betekent dat verpleegkundigen en patiënten betrokken zijn bij de onderzoeksopzet, uitvoering en verspreiding van kennis, en deze mede bepalen. Niet 'over' verpleegkundigen en patiënten nadenken, maar 'met' hen: dat ligt me aan het hart. Verpleegkundigen en patiënten kunnen op verschillende niveaus participeren, en ze kunnen door middel van diverse participatiemethodieken en rollen actief bij het onderzoek betrokken worden (zie Overzicht 8).

'Actie' in participerend actieonderzoek heeft als doel iets te versterken, iets te veranderen of iets nieuws te ontwikkelen (119). Centraal staan het cyclisch karakter, waarbij gereflecteerd wordt op de kennis die in een vorige fase is opgedaan, en de acties die in de volgende fase daarop voortbouwen door flexibel en emergent design (120). Bij een actieonderzoek doorloopt men steeds een cyclus van plan (plannen), ontwikkeling (acteren), studie (observeren) en reflectie (reflecteren).

'Onderzoek' in dit design betekent dat op een systematische wijze kennis wordt gegenereerd, meestal gebruikmakend van kwalitatieve onderzoeksmethodieken of mixed-methods studies (121). Vaak wordt gebruikgemaakt van een combinatie van klassieke onderzoeksmethodieken en participatieve methodieken zoals discovery-interviews, consensusbijeenkomsten, co-designteams of de Most significant change-evaluatietechniek. Dit onderzoek is altijd contextgebonden. De focus ligt op de specifieke context van het onderwerp dat wordt onderzocht. De context kan in elk onderzoek anders zijn: dit kan een afdeling zijn, een zorgpad, maar het kan ook

	<b>Informatie</b> Verpleegkundige en patiënt weet mee	<b>Consultatie</b> Verpleegkundige en patiënt weet en denkt mee	<b>Advisering</b> Verpleegkundige en patiënt adviseren en onderzoeker beslist	<b>Partnerschap</b> Verpleegkundige en patiënt beslissen en doen mee	<b>Regie</b> Verpleegkundige en patiënt bepalen en onderzoeker ondersteunt
<b>Voorbeeld participatiemethodiek</b>	Informatiebijeenkomsten Vlogs Nieuwsbrieven	Focusgroep-discussie Interview Klankbordgroep Vragenlijsten Workshop	Adviesgroep Cliëntpanel Verpleegkundigen- panel Co-creatie- bijeenkomsten	Participatief actieonderzoek Experience-based co-design User-centred design Human-centred design	Stuurgroep verpleegkundige of patiënt als aanvrager
<b>Rol</b>	Ontvanger van informatie	'Enmalige' informatieverstrekker	'Continue' uitwisseling van informatie. Reactie op adviesvraag	Partner (=co-maker)	Bestuurslid Opdrachtgever
<b>Voorwaarden</b>		'Pure' ervaring	'Pure' ervaring	Ervaring met onderzoek (gewenst) Affiniteit met onderzoek Bereidheid tot scholing	Bestuurservaring Ervaring (beroepsleven)
<b>Verwachtingen</b>	Taalvaardig, digitale vaardigheden	Eigen ervaring vertellen (of in staat gesteld worden tot)	Eigen ervaring kunnen verwoorden in de context van de adviesvraag (of in staat gesteld worden tot)	Kennis van empirische cyclus/fases innovatieproces Zich langdurig verbinden aan project	Overstijgend kunnen denken

gaan over de kenmerken van een bepaalde patiëntengroep. Veel aandacht is er voor de manier waarop de bevindingen overdraagbaar kunnen zijn naar andere contexten en settings (transferability).

In participierend actieonderzoek staat de onderzoeker niet aan de zijlijn. De onderzoeker kiest voor het perspectief van binnenuit, ook wel het emic perspectief genoemd (122). Hij/zij participeert actief in alle fasen en neemt deel aan diverse onderzoeksactiviteiten en acties. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker de onderzoekscontext van binnenuit kent.

# Dankwoord

Geachte toehoorders,

Ik wil eindigen met een woord van dank. Ik ben velen van u dank verschuldigd dat ik hier vandaag mag staan. Allereerst dank aan het bestuur en management van Zuyderland MC, het College van Bestuur van Zuyd Hogeschool, de directeuren van het Zuyd domein Gezondheidszorg en Welzijn, en Emmylou Beekman, lector van Autonomie en Participatie voor het mogelijk maken van dit bijzonder lectoraat.

Mijn dank gaat ook uit naar de mensen van Zuyderland MC, die mij met open armen hebben ontvangen: Stijn Lambrechts, Annelies Driessen, Ed Zelissen, Miranda Feyen-Leunissen, Cyril Schuijren, Else van Selst, Madelon Johannesma, Larissa Haen, Emma Palmen, Sandra Penders, Judith Meijers, Fran Peerboom en Melissa Botana Gronek.

Dank aan Miriam Bastiaens, Tessa Geisen, AnnaMaria Verlaan-Hazen. Béatrice Dijks en Hans Meex: dank dat jullie het patiëntenperspectief hebben ingebracht in Samen Beslissen. We trappen het Samen Beslissen onderzoek gezamenlijk af - en laten we er samen een mooi project van maken.

Asiong Jie en Fabienne Warmerdam: jullie zijn echte Samen Beslissen enthousias-telingen. Wat is het fijn met jullie samen te werken! Chantal de Weerd als voorzitter van de commissie Persoonsgerichte Zorg: ik hoop dat we vaker met elkaar van gedachten zullen wisselen over onderzoek.

Ik wil mijn collega-onderzoekers van het lectoraat Autonomie en Participatie bedan-ken.

Met sommigen werk ik al jaren samen. Speciale dank aan Jolanda Friesen-Storms en Stephie von Helden-Lenzen. We gaan Samen Beslissen in verschillende contex-ten verder onderzoeken. Ook wil ik Darcy Ummels, Steffy Stans en Hester Smeets bedanken voor hun inzet in het interprofessioneel onderwijs en onderzoek. Een speciale dank gaat naar Anita Stevens - mijn IPOS-maatje van de afgelopen tien jaar.

Ik wil Susy Braun en Erik van Rossum bedanken voor hun luisterend oor, hun reflec-ties en hun steun. Peter Evers, mijn teamleider: we weten elkaar te vinden.

Een speciale dank gaat uit naar Marie-José Vleugels van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+, Hanneke Rasing van Isala Klinieken, en Elke Heiligers van ROC Gilde en Jelena Slowig. Ik ben blij dat ik jullie co-promotor mag zijn.

Dank aan Sandra Zwakhalen, Trudy van der Weijden en Loes van Bokhoven voor de academische wijsheid en de samenwerking met Universiteit Maastricht.

Sandra Beurskens: ik heb jarenlang onderzoek mogen doen in jouw lectoraat en dit vormt nog steeds de basis waar ik op voortbouw.

Ik bedank de meelezers van deze rede voor hun waardevolle, bedachtzame soms uitdagende feedback. Renske Looijkens en Yvonne Schutgens: bedankt voor jullie zorg rondom de organisatie van vandaag.

Tot slot wil ik mijn vrienden en familie bedanken. Ik praat niet veel over mijn werk, maar nu weten jullie waar ik mee bezig ben. Ik geniet van de gezamenlijke etentjes en lunches, avonden in het Lumière, wandelingen, boekbesprekingen en telefoontjes. WhatsApp helpt bij het verbonden blijven, zelfs op duizend kilometer afstand.

Lieve jongetjes, mogen jullie met kracht blijven (terug)veren!  
Ik heb gezegd!

# Curriculum Vitae



Dr. Albine Moser is een verpleegkundige met 15 jaar ervaring in verschillende landen, waaronder Oostenrijk, de Verenigde Staten en Nederland, waar ze direct betrokken was bij patiëntenzorg. Sinds 1 april 2023 is Albine lector van het bijzonder lectoraat 'Samen Beslissen door Verpleegkundigen', een samenwerkingsverband tussen Zuyd Hogeschool en Zuyderland MC. Met diverse praktijkpartners heeft Albine subsidies verworven en leiding gegeven aan omvangrijke projecten. Ze is een expert op het gebied van kwalitatieve onderzoeksmethoden en participatief actieonderzoek. Albine heeft ook bijgedragen als mede-auteur aan een serie artikelen over kwalitatieve onderzoeksmethoden die veelvuldig worden geciteerd. Ze was en is co-promotor bij verschillende promotietrajecten. Naast haar aanstelling bij Zuyd Hogeschool is ze als universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht en actief in de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L) aan de vakgroep Health Service Research.

Contact: [albine.moser@zuyd.nl](mailto:albine.moser@zuyd.nl)

Website: [Samen Beslissen door Verpleegkundigen](https://www.zuyd.nl/samen-beslissen-door-verpleegkundigen) (zuyd.nl)

# Bronnen

1. Vereniging Hogescholen. Forum voor praktijkgericht onderzoek. Bouwstenen voor de lector. [Internet]. Den Haag: Vereniging Hogescholen; 2012. Available from: [https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge\\_base/attachments/files/000/000/200/original/Bouwstenen\\_voor\\_de\\_lector.pdf?1439885644](https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/200/original/Bouwstenen_voor_de_lector.pdf?1439885644)
2. Zuyderland MC. Persoonsgerichte zorg [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.zuyderland.nl/ziekenhuis/patientinformatie/persoonsgerichtezorg/>
3. Peplau H. Interpersonal relations in nursing. New York: Putnam; 1952.
4. Peplau H. Interpersonal Relations in Nursing. Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. London: Red Globe Press London; 1988.
5. Peplau H. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Nurs Sci Q. 1997;10:162-7.
6. Callaway B. Hildegard Peplau: Psychiatric nurse of the century. New York: Springer; 2002.
7. The Picker Institute [Internet]. [cited 2024 Mar 29]. Available from: <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
8. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. Int J Nurs Stud. 2015;52(1):393-402.
9. Sackett D, Rosenberg W. The need for evidence-based medicine. JR Soc Med. 1995;88:620-4.
10. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. J Adv Nurs. 2006;56(5):472-9.
11. McCormack B. The person-centred nursing and person-centred practice frameworks: from conceptual development to programmatic impact. Nurs Stand. 2020;35:86-9.
12. Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. Int J Nurs Stud. 2016;57:1-11.
13. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. Den Haag; 2013.
14. Zorginstituut Nederland. KiesBeter in 2015, het jaar van de transparantie [Internet]. [cited 2024 Mar 22]. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2014/11/17/kiesbeter-in-2015-het-jaar-van-de-transparantie>

15. Begin een goed gesprek [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://beginneengoedgesprek.nl/>
16. Bos N, Springvloet L, de Jong J, Friele R, de Boer D. Beslist Samen! Een implementieproject over samen beslissen. Utrecht; 2019.
17. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Uitkomstgerichte zorg 2018-2022. Den Haag; 2018.
18. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Cliënten worden steeds mondiger en willen meebeslissen [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.venvn.nl/nieuws/clienten-worden-steeds-mondiger-en-willen-meebeslissen/>
19. Programma Uitkomstgerichte Zorg. Kennisplatform uitkomstgerichte zorg [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.uitkomstgerichte-zorg.nl/>
20. Verpleegkundigen&VerzorgendenNederland.SamenBeslissen[Internet],[cited2024Mar23]. Available from: <https://www.venvn.nl/thema-s/samen-beslissen/>
21. Raad voor Volksgezondheid en Milieu. Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) [Internet]. [cited 2024 Mar 30]. Available from: <https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>
22. Nederland Z. Toetsingskader [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/toetsingskader>
23. Zorginstituut Nederland. Kader Passende Zorg. 2022;1-19. Available from: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)
24. Overheid.nl. Wettenbank [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0044603/2023-01-01/0>
25. Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg. <https://www.lhv.nl/opkomen-voor-belangen/integraal-zorgakkoord/%0Ahttps://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
26. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:1-7.
27. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: A systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e031763.
28. Lenzen SA, Daniëls R, Van Bokhoven MA, Van Der Weijden T, Beurskens A. Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(2):138-44.
29. Griffioen IPM, Rietjens JAC, Melles M, Snelders D, Homs MYV, van Eijck CH, et al. The bigger picture of shared decision making: A service design perspective using the care path of locally advanced pancreatic cancer as a case. *Cancer Med*. 2021;10(17):5907-16.
30. Karlsen MMW, Happ MB, Finset A, Heggdal K, Heyn LG. Patient involvement in micro-decisions in intensive care. *Patient Educ Couns*. 2020;103(11):2252-9.
31. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301-12.
32. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: A mixed methods study. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(4):554-64.
33. Lewis KB, Stacey D, Squires JE, Carroll S. Shared decision-making models acknowledging an interprofessional approach: A theory analysis to inform nursing practice. *Res Theory Nurs Pract*. 2016;30(1):26-43.
34. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer M. Collaborative clinical reasoning - A systematic review of empirical Studies. *J Contin Educ Heal Prof*. 2017;37:123-8.
35. Geerts PAF, Van Der Weijden T, Savelberg W, Altan M, Chisari G, Launert DR, et al. The next step toward patient-centeredness in multidisciplinary cancer team meetings: An interview study with professionals. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14(January):1311-24.
36. Tariman JD, Mehmeti E, Spawn N, McCarter SP, Bishop-Royse J, Garcia I, et al. Oncology nursing and shared decision making for cancer treatment. *Clin J Oncol Nurs*. 2016;20(5):560-3.
37. Bos-van den Hoek DW, Thodé M, Jongerden IP, Van Laarhoven HWM, Smets EMA, Tange D, et al. The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. *J Adv Nurs*. 2021;77(1):296-307.
38. Chung FF, Wang PY, Lin SC, Lee YH, Wu HY, Lin MH. Shared clinical decision-making experiences in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2021;20(1):1-9.
39. Peters L, Brugman L, Loskamp-Huntink E, Bakker J, Beekman M, Schoonhoven L, et al. Samen beslissen aan bed. Een exploratief kwalitatief onderzoek. Utrecht; 2023.
40. van der Veer A, Zagt A, de Groot K. Ervaringen en wensen van zorgprofessionals bij samen beslissen. Utrecht: Nivel. ipv;
41. Rahn AC, Jull J, Boland L, FINDERUP J, Loiselle MC, Smith M, et al. Guidance and/or Decision Coaching with Patient Decision Aids: Scoping Reviews to Inform the International Patient Decision Aid Standards (IPDAS). *Med Decis Mak*. 2021;41(7):938-53.

42. Jull J, Köpke S, Smith M, Carley M, Finderup J, Rahn AC, et al. Decision coaching for people making healthcare decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2021(11).
43. Berger-Höger B, Vitinius F, Fischer H, Beifus K, Köberlein-Neu J, Isselhard A, et al. Nurse-led decision coaching by specialized nurses for healthy BRCA1/2 gene mutation carriers - adaptation and pilot testing of a curriculum for nurses: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2022;21(1):1-12.
44. Zhao J, Jull J, Finderup J, Smith M, Kienlin SM, Rahn AC, et al. Understanding how and under what circumstances decision coaching works for people making healthcare decisions: a realist review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2022;22(1):1-20.
45. Wallace I, Barratt H, Harvey S, Raine R. The impact of clinical nurse specialists on the decision making process in cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2019;43(October):101674.
46. Wubben N, Van Den Boogaard M, Van Der Hoeven JG, Zegers M. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: A qualitative interview study. *BMJ Open.* 2021;11(8):e050134.
47. Arnetz JE, Winblad U, Arnetz BB, Höglund AT. Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;7(2):113-20.
48. Ding B, Liu W, Tsai SB, Gu D, Bian F, Shao X. Effect of patient participation on nurse and patient outcomes in inpatient healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(8):1344.
49. Mortelmans L, Bosselaers S, Goossens E, Schultz H, Dilles T. Shared decision making on medication use between nurses and patients in an oncology setting: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs.* 2023;64(February):102321.
50. Tobiano G, Marshall A, Bucknall T, Chaboyer W. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(6):1107-20.
51. Phillips NM, Street M, Haesler E. A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(2):110-7.
52. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):53-62.
53. Pel-Littel R, Bakker A. Samen Beslissen in het verpleegkundig domein. 2022;1-26. Available from: [https://www.venvn.nl/media/jpif3nto/kadernotitie-samen-beslissen\\_def.pdf](https://www.venvn.nl/media/jpif3nto/kadernotitie-samen-beslissen_def.pdf)
54. Facultaire werkgroep IPOS. Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken (IPOS) [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: [https://figshare.com/articles/dataset/Interprofessioneel\\_Opleiden\\_en\\_Samenwerken\\_IPOS\\_/7857200](https://figshare.com/articles/dataset/Interprofessioneel_Opleiden_en_Samenwerken_IPOS_/7857200)
55. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs.* 2006;15(12):1498-508.
56. Allen D. "I'll tell you what suits me best if you don't mind me saying": "Lay participation" in health-care. *Nurs Inq.* 2000;7(3):182-90.
57. Skagerström J, Ericsson C, Nilsen P, Ekstedt M, Schildmeijer K. Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nurs Open.* 2017;4(4):230-9.
58. Sahlsten MJM, Larsson IE, Plos KAE, Lindencrona CSC. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(3):223-9.
59. Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care: Towards a concept clarification from a nurse perspective. *J Clin Nurs.* 2007;16(4):630-7.
60. Tobiano G, Marshall A, Bucknall T, Chaboyer W. Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(4):362-70.
61. van Belle E, Giesen J, Conroy T, van Mierlo M, Vermeulen H, Huisman-de Waal G, et al. Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: A multi-site ethnography. *J Clin Nurs.* 2020;29(11-12):1933-44.
62. Andersson Å, Vilhelmsson M, Fomichov V, Lindhoff Larsson A, Björnsson B, Sandström P, et al. Patient involvement in surgical care—Healthcare personnel views and behaviour regarding patient involvement. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(1):96-103.
63. Bahlman-van Ooijen W, van Belle E, Bank A, de Man-Van Ginkel J, Huisman-de Waal G, Heinen M. Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *J Adv Nurs.* 2023;79(3):1044-55.
64. Heinen M, van Oostveen C, Peters J, Vermeulen H, Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *J Adv Nurs.* 2019;75(11):2378-92.
65. Kuosmanen L, Hupli M, Ahtiluoto S, Haavisto E. Patient participation in shared decision-making in palliative care – an integrative review. *J Clin Nurs.* 2021;30(23-24):3415-28.
66. Marriott-Statham K, Dickson CAW, Hardiman M. Sharing decision-making between the older person and the nurse: A scoping review. *Int J Older People Nurs.* 2023;18(1):1-12.
67. Mattos MK, Gibson JS, Wilson D, Jepson L, Ahn S, Williams IC. Shared decision-making in persons living with dementia: A scoping review. *Dementia.* 2023;22(4):875-909.
68. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JB database Syst Rev Implement reports.* 2015;13(1):76-87.
69. Oxelmark L, Ulin K, Chaboyer W, Bucknall T, Ringdal M. Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(2):612-21.

70. Cahill JO. Patient participation - A review of the literature. *J Clin Nurs*. 1998;7(2):119-28.
71. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs*. 2003;12(4):501-8.
72. Kolovos P, Kaitelidou D, Lemonidou C, Sachlas A, Sourtzi P. Patients' perceptions and preferences of participation in nursing care. *J Res Nurs*. 2016;21(4):290-303.
73. Molenaar J, Korstjens I, Hendrix M, de Vries R, Nieuwenhuijze N. Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice: a qualitative study. *Birth*. 2018;45:245-54.
74. Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud*. 2018;77(October):243-58.
75. Theys S, Lust E, Heinen M, Verhaeghe S, Beeckman D, Eeckloo K, et al. Barriers and enablers for the implementation of a hospital communication tool for patient participation: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2020;29(11-12):1945-56.
76. Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, et al. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):1-14.
77. Larsson IE, Sahlsten MJM, Segesten K, Plos KAE. Patients' perceptions of nurses' Behaviour that influence patient participation in nursing care: A critical incident study. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:1-8.
78. Waddell A, Lennox A, Spassova G, Bragge P. Barriers and facilitators to shared decisionmaking in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implement Sci*. 2021;16(1):74.
79. Van Der Ploeg-Dorhout MP, Van Den Boogaard C, Reinders-Messelink H, Van Der Cingel M. Patients' experiences of shared decision-making in nursing care: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2024;Doi:10.1111/jonc.17032.
80. Clark NM, Nelson BW, Valerio MA, Gong ZM, Taylor-Fishwick JC, Fletcher M. Consideration of Shared Decision Making in Nursing: A Review of Clinicians' Perceptions and Interventions. *Open Nurs J*. 2009;3:65-75.
81. Kolovos P, Kaitelidou D, Lemonidou C, Sachlas A, Zyga S, Sourtzi P. Patient participation in hospital care: Nursing staffs' point of view. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(3):258-68.
82. Egelund Hansen A, Lehmkuhl L, Højager Nielsen A. Critical care nurses' perception of patient involvement in care: A qualitative focus group. *Nurs Crit Care*. 2023;28(6):878-84.
83. Beanland C, Lewis M, Lillibridge J, Wellard S. Consumer participation in acute care settings: an Australian experience. *Int J Nurs Pract*. 2003;9(4):255-60.
84. Chan CWH, Ng NHY, Chan HYL, Wong MMH, Chow KM. A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1-14.
85. Gjessing K, Steindal SA, Kvande ME. Collaboration between nurses and doctors in the decision-making process when considering ending the life-prolonging treatment of intensive care patients. *Nurs Open*. 2023;10(1):306-15.
86. Arends SAM, Thodé M, De Veer AJE, Pasman HRW, Francke AL, Jongerden IP. Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study. *J Adv Nurs*. 2022;78(9):2884-93.
87. Arends SAM, Thodé M, Pasman HRW, Francke AL, Jongerden IP. How physicians see nurses' role in decision-making about life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: An interview study. *Patient Educ Couns*. 2023;14(March) 107863.
88. O'Grady L, Jadad A. Shifting from Shared to Collaborative Decision Making: A Change in Thinking and Doing. *Soc Particip Med*. 2010;2:e13.
89. Keuning-Plantinga A, Stoffels J, Roodbol PF, Finnema EJ, Van Munster BC. Involvement, topics, and roles of nurses in shared decision-making with patients with dementia in acute hospitals: An integrative review. *Nurs Open*. 2023;(October):3519-32.
90. Walton V, Hogden A, Long JC, Johnson JK, Greenfield D. How do interprofessional healthcare teams perceive the benefits and challenges of interdisciplinary ward rounds. *J Multidiscip Healthc*. 2019;12:1023-32.
91. Munday J, Kynoch K, Hines S. Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: a systematic review. *JBI database Syst Rev Implement reports*. 2015;13(8):146-89.
92. Rosell L, Melander W, Lindahl B, Nilbert M, Malmström M. Registered nurses' views on consideration of patient perspectives during multidisciplinary team meetings in cancer care. *BMC Nurs*. 2022;21(1):1-10.
93. Stålenhag S, Sterner E. Factors that create Obstacles and Opportunity for Patient Participation in Orthopaedic Nursing Care. *J Eur Wound Manag Assoc*. 2019;20(1):49-59.
94. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Haastert B, Steckelberg A. Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2019;93:141-52.
95. Rahn AC, Köpke S, Backhus I, Kasper J, Anger K, Untiedt B, et al. Nurse-led immunotreatment DEcision Coaching In people with Multiple Sclerosis (DECIMS) - Feasibility testing, pilot randomised controlled trial and mixed methods process evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:26-36.
96. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: A framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2008;5(1):25-35.

97. Lenzen SA, Daniëls R, van Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *Int J Nurs Stud.* 2018;80(October):1-11.
98. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Steckelberg A. Implementation of shared decision-making in oncology: development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017;17(1):160.
99. Stiggelbout A, Pieterse A, de Haes J. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns.* 2015;98:1172-9.
100. Metz MJ, Veerbeek MA, Twisk JWR, van der Feltz-Cornelis CM, de Beurs E, Beekman ATF. Shared decision-making in mental health care using routine outcome monitoring: results of a cluster randomised-controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54(2):209-19.
101. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. PROMs/Samen Beslissen [Internet]. [cited 2024 Mar 30]. Available from: <https://www.nvkg.nl/professionals/kwaliteit/proms>
102. Oner B, Zengul FD, Oner N, Ivankova N V., Karadag A, Patrician PA. Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997-2017). *Nurs Open.* 2021;8(3):1005-22.
103. Aworinde J, Ellis-Smith C, Gillam J, Roche M, Coombes L, Yorganci E, et al. How do person-centered outcome measures enable shared decision-making for people with dementia and family carers? –A systematic review. *Alzheimer's Dement Transl Res Clin Interv.* 2022;8(1):1-16.
104. Danielis M, Palese A, Terzoni S, Destrebecq ALL. What nursing sensitive outcomes have been studied to-date among patients cared for in intensive care units? Findings from a scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2020;102:103491.
105. Visintini C, Palese A. What Nursing-Sensitive Outcomes Have Been Investigated to Date among Patients with Solid and Hematological Malignancies? A Scoping Review. *Nurs Reports.* 2023;13(3):1101-25.
106. Eldh AC, Holmefur M, Luhr K, Wenemark M. Assessing and reporting patient participation by means of patient preferences and experiences. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1-8.
107. Feo R, Conroy T, Wiechula R, Rasmussen P, Kitson A. Instruments measuring behavioural aspects of the nurse-patient relationship: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2020;29(11-12):1808-21.
108. Feo R, Kumaran S, Conroy T, Heuzenroeder L, Kitson A. An evaluation of instruments measuring behavioural aspects of the nurse-patient relationship. *Nurs Inq.* 2022;29(2) e12425.
109. Siyam T, Shahid A, Perram M, Zuna I, Haque F, Archundia-Herrera MC, et al. A scoping review of interventions to promote the adoption of shared decision-making (SDM) among health care professionals in clinical practice. *Patient Educ Couns.* 2019;102(6):1057-66.
110. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(3):CD005470.
111. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care.* 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2013.
112. NHS England. Shared decision making implementation model [Internet]. [cited 2024 Mar 30]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/shared-decision-making/how-to-make-shared-decision-making-happen/>
113. Dunér A, Bångsbo A, Olsson TM. TalkingMats as a decision aid to promote involvement in choice and decision-making around home care services for older people with mild to moderate dementia - study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):1-9.
114. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;94(3):291-309.
115. Sjølie BM, Hartviksen TA, Bondas T. "navigation to prioritizing the patient" - First-line nurse managers' experiences of participating in a quality improvement collaborative. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1-13.
116. Mudd A, Feo R, Voldbjerg SL, Laugesen B, Kitson A, Conroy T. Nurse managers' support of fundamental care in the hospital setting. An interpretive description of nurse managers' experiences across Australia, Denmark, and New Zealand. *J Adv Nurs.* 2023;79(3):1056-68.
117. Waldron T, Carr T, McMullen L, Westhorp G, Duncan V, Neufeld SM, et al. Development of a program theory for shared decision-making: A realist synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1-17.
118. Saunders RP, Evans MH, Joshi P. Developing a Process-Evaluation Plan for Assessing Health Promotion Program Implementation: A How-To Guide. *Health Promot Pract.* 2005;6(2):134-47.
119. Koshy E, Koshy V, Waterman H. *Action research in healthcare.* London: Sage; 2001.
120. Polit DF, and C.T. Beck. *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins.; 2017.
121. Creswell JW, Plano Clark V-L. *Designing and conducting mixed methods research.* 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2018.
122. Spradley, J.P. *Participant observations.* London: Harcourt Brace Jovanovich; 1980.



## **Zuyd Hogeschool**

Bijzonder lectoraat Samen Beslissen door Verpleegkundigen

Postbus 550

6400 AN Heerlen

[www.zuyd.nl](http://www.zuyd.nl)

[info@zuyd.nl](mailto:info@zuyd.nl)

## **Colofon**

Tekst: **Albine Moser**

Eindredactie: **Dienst Marketing en Communicatie**

Vormgeving: **Studio Ellen Oosterhof**

**2024**