**Training**  Shared Decision Making van één dagdeel

Hoe voeren wij gesprekken met patiënten gericht op het delen van de besluitvorming over uit te voeren diagnostiek en/of behandelopties volgens de driedeling Choice Talk, Option Talk en Decision Talk



**Data:** dinsdag 6 september of donderdag 8 september 2016

**Tijd:** 17.30 - 21.30 uur

**Trainers:** prof. dr. Guus Schrijvers, drs. Riet ten Hoeve, voormalig huisarts en drs. Harriët Hollander, sociale wetenschapper

**Logistieke organisatie:** Fokje de Vries

**Locatie:** Zorgbelang Fryslân, Thialfweg 43, 8441 PW Heerenveen

|  |  |
| --- | --- |
| ***Contactgegevens:*** ***Zorgbelang Fryslân*** ***Thialfweg 43*** ***8441 PW Heerenveen*** ***Tel. 085 - 4832433*** ***Email: secretariaat******@zorgbelang-fryslan.nl*****Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig.** |  |

**1. Inleiding**

In het recente KNMG-advies Niet Alles Wat Kan Hoeft: passende zorg in de laatste levensfase is beschreven dat mensen in de laatste periode van hun leven passende zorg behoren te krijgen, dat wil zeggen zorg die past bij hun wensen. De opdracht van de commissie aan zorgverleners dat zij zich op de patiënt moeten richten en niet zozeer op de ziekte, sluit aan bij de boodschap van Minister Schippers dat de positie van patiënten moet worden versterkt. Dit betekent concreet dat zorgverleners beter moeten doorvragen en naar de patiënt moeten luisteren, en dat patiënten nadenken over perspectieven en mogelijkheden, vertellen wat wensen en verwachtingen zijn, en doorvragen over voor- en nadelen van behandelkeuzes. Dit moet leiden tot passende zorg. Een manier om zorgverleners en patiënten te faciliteren bij deze opdracht is *shared decision making* (SDM) ofwel gedeelde besluitvorming. Om aan te tonen dat SDM inderdaad werkt is patiëntenorganisatie Zorgbelang Fryslân een experiment gestart met oncologen, cardiologen en geriaters van vier Friese ziekenhuizen: Medisch Centrum Leeuwarden, Antonius ziekenhuis Sneek, Tjongerschans Heerenveen en Sionsberg 2.0 in Dokkum. Het experiment heeft als naam *Samen Beslissen in Fryslân.* Het betreft de besluitvorming waarbij specialisten dilemma’s ondervinden over de beste behandelkeuze. Dit betreft patiënten met de volgende diagnosen:

• patiënten met borstkanker en metastasen met een geringe kans op succes bij verdere behandeling

• patiënten met ovariumcarcinoom met een geringe kans op succes bij verdere behandeling

• patiënten met pancreascarcinoom en metastasen met een geringe kans op succes bij verdere behandeling

• patiënten boven de 75 jaar die in aanmerking komen voor plaatsing of vervanging van een ICD

• patiënten boven de 75 jaar die in aanmerking komen voor de vervanging van een hartklep

• alle ouderen die worden gezien door de geriater en bij wie een anemie wordt vastgesteld en waarbij de geriater een indicatie ziet voor aanvullend onderzoek middels scopieën

Het experiment heeft als uitkomstmaten om te beoordelen of het geslaagd is:

***Primaire onderzoek variabelen/uitkomstmaten***

1. Percentage van het aantal patiënten dat mee wil te doen aan het experiment

2. Ervaringen van patiënten: patient reported outcome measure over SDM (gemeten met de CollaboRATE 3-itemlijst)

*Secundaire onderzoek variabelen/uitkomstmaten*

3. Ervaringen van patiënten: Net Promotor Score

4. Ervaringen van zorgverleners: heeft SDM geholpen bij besluitvorming?

5. Zorggebruik van patiënten in de 6 maanden na SDM.

6. Werkt SDM volgens het uitgeschreven zorgmodel?

Het experiment ondervond geen bezwaar van de Medisch Ethische Toetsings Commissie van het Medisch Centrum Leeuwarden. Het onderzoeksprotocol is toegevoegd aan deze beschrijving van het in-company scholingsaanbod aan betrokken medisch specialisten en verpleegkundig specialisten. De inclusie van de historische controlegroep is inmiddels gestart. De inclusie van patiënten ten behoeve van het experiment begint in de zomer. De te geven training vindt plaats kort vòòr deze inclusie en is ontwikkeld samen met de contactpersonen van de diverse betrokken maatschappen. ABAN accreditatie wordt gevraagd om specialisten extra te motiveren voor het experiment.

**2. Doel en uitgangspunt van de training**

Doel van dit scholingsaanbod is het verbeteren van de gespreksvaardigheden bij shared decision making (SDM) in Friese ziekenhuizen bij bovengenoemde patiëntengroepen / ziektestadia. Het uitgangspunt bij deze training is het zorgmodel Choice Talk, Option Talk en Decision Talk. SDM bestaat in dit experiment uit drie fasen in gesprekken tussen professionals en patiënten. Wij spreken hier van professionals en niet van medisch specialisten, omdat het mogelijk is dat een deel van de fasen bestaat uit gesprekken tussen verpleegkundig specialisten en patiënten of tussen huisartsen en patiënten. De drie fases zijn: choice talk, option talk en decision talk, gebaseerd op het model van Elwyn (Elwyn et al., 2012, zie bijgevoegde lijst van aanbevolen literatuur voor de deelnemers aan de training). De drie fasen vinden plaats in drie afzonderlijke gesprekken. Per fase staat hieronder vermeld welke onderwerpen per gesprek aan de orde komen. Deze onderwerpen kwamen tot stand in gesprekken met patiëntvertegenwoordigers in de achterban van Zorgbelang Fryslân en na bestudering van SDM literatuur. De genoemde onderwerpen vormen een menukaart. Het is niet noodzakelijk om alle items te gebruiken in de gesprekken. De genoemde onderwerpen moeten in een gewoon gesprek aan bod komen. Wij wijzen af, dat er per onderwerp vragenlijsten tot stand komen die professionals en patiënt samen invullen. Verder blijkt uit patiëntervaringen binnen de achterban van Zorgbelang Fryslân dat er bij SDM sprake is van voortschrijdend inzicht bij de patiënt. Het kan zijn, dat een gespreksonderwerp uit de choice talk pas landt bij de patiënt tijdens de decision talk. Er moet ruimte zijn in de SDM-gesprekken dat sommige onderwerpen ongeagendeerd in een latere fase toch weer terugkomen.

**De gespreksonderwerpen per fase zijn**:

**Choice talk**

• De professional helpt patiënten te begrijpen welke waarden voor hen van belang zijn in het leven en hoe deze waarden de beslissing beïnvloeden. Ook gaat hij/zij na of de patiënt in staat is om mee te beslissen. Dit laatste gebeurt met behulp van de ACE-lijst (Aid to Capacity Evaluation) (Etchells et al., 1999; Sessums, Zembrzuska, & Jackson, 2011).

• De professional vraagt de patiënten bereidheid om wel of niet aan SDM deel te nemen

• De professional inventariseert het bestaande juiste, onjuiste of afwezige ziekte-inzicht bij de patiënt

• De professional inventariseert wie aan het besluitvormingsproces deelnemen (en plant de besluitvormingsprocedure (besluit binnen x dagen genomen)

• Attendering dat de patiënt het Option Talk gesprek mag opnemen en daarvoor een app voor voice recording moet downloaden

• Attendering dat de patiënt het volledige medisch dossier digitaal kan inzien.

**Option Talk**

• Informatie over bewezen effectiviteit en risico's van de aan de orde zijnde behandelingen

• Informatie over (de frequentie van) bijwerkingen en complicaties per behandeling

• Kwaliteitsindicatoren over de betrokken professional (bijvoorbeeld aantal eerder uitgevoerde interventies)

• Uitleg van de aangereikte uitgeschreven informatie materiaal . Attendering op de mogelijkheid om de huisarts, de filmpjes en ervaringsdeskundigen te raadplegen voordat de decision talk begint.

• De professional wijst op de mogelijkheid een second opinion aan te vragen bij collega’s.

**Decision talk**

• De professional stelt vast of de patiënt tot een behandelkeuze is gekomen

• De patiënt formuleert de keuze en de professional vraagt de overwegingen die meespeelden uit

• De professional checkt nogmaals het ziekte-inzicht bij de patiënt en de mate waarin diens keuze weloverwogen is. Het is belangrijk dat de keuze daadwerkelijk gedragen wordt door de patiënt en niet onder druk van familie of anderen tot stand is gekomen.

• De professional en patiënt nemen het besluit

• Zij werken gezamenlijk logistieke afspraken voor behandeling en nazorg uit

**3. Inhoud van de training**

De training beslaat 4 uur die als volgt worden ingevuld:

**Opbouw bijeenkomst**

17.00-17.30 Ontvangst

17.30 Tijdens een broodje beantwoorden de trainers vragen over de vooraf toegezonden literatuur en over de opzet van het experiment

18.00 De te spelen casussen over de choice talk (cardiologie, oncologie en geriatrie) worden geïntroduceerd. Tips worden gegeven over te hanteren startvragen en doorvraag-vragen. Tips en casussen zijn vooraf toegezonden.

18.15 In drie subgroepen gaan de deelnemers uiteen. Dezelfde rollenspellen worden twee maal gespeeld. De tweede ronde wordt gespeeld door andere deelnemers. Die kunnen gebruik maken van de tips uit de tussenevaluatie door de subgroep. Feedback wordt onderling gegeven en door de trainers.

19.30 De te spelen casussen over de option talk en decision talk (cardiologie, oncologie en geriatrie) worden geïntroduceerd. Tips worden gegeven over te hanteren startvragen en doorvraag-vragen. Tips en casussen zijn vooraf toegezonden.

19.45 De deelnemers gaan opnieuw in drie subgroepen uiteen. De rollenspellen worden twee maal gespeeld. De tweede ronde wordt gespeeld door andere deelnemers. Die kunnen gebruik maken van de tips uit de tussenevaluatie door de subgroep. Feedback wordt onderling gegeven en door de trainers.

21.00 Plenaire nabespreking en vooruitblik op het experiment. Deelnemers worden succes toegewenst bij het uitvoeren van het experiment.

21.30 Einde training

**4. De doelgroep**

De doelgroep van deze training bestaat uit betrokken medisch specialisten, verpleegkundig specialisten In totaal bestaat de doelgroep uit circa veertig personen. De trainingsgroep bestaat uit maximaal vijftien personen. Indien de training wordt overtekend vindt kort na 8 september nogmaals een training plaats. Specialisten kunnen alleen aan het experiment deel nemen, indien zij de training hebben gevolgd.

**5. De trainers**

De trainers hebben ervaring met en theoretische kennis Shared Decion Making. Hij/zij kan omgaan met groepsinteracties en beschikt over de didactische vaardigheden om de deelnemers met casussen te inspireren.

***Guus Schrijvers***

Guus Schrijvers was van 1987 – 2012 hoogleraar Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, met als leeropdracht Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg. Hij publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie.. Sinds 2012 is hij werkzaam bij Zorgbelang Fryslân. Van juni tot december 2015 trad hij op als ad interim directeur. Schrijvers heeft grote ervaring met het trainen van medisch studenten in gespreksvaardigheden en in het trainen van specialisten-in-opleiding bij het UMC Utrecht in management vaardigheden en multidisciplinair teamoverleg.

***Riet ten Hoeve***

Riet ten Hoeve was van 1980 – 1993 docent op verschillende HBO-Instellingen. In 1996 vestigde zij zich als huisarts in Stiens na het volgen van de huisartsopleiding in Groningen. Tijdens haar werk als huisarts heeft zij zich beziggehouden met het organiseren van diverse nascholingsactiviteiten, zoals de 2-jaarlijkse Texelcursus voor huisartsen, de 2-jaarlijkse Compagnonscursus op Ameland voor huisartsen en specialisten en de 2-jaarlijkse Triodag voor huisarts, POH en Doktersassistente. Zij was betrokken bij de oprichting van Doktersacademie Friesland. Sinds 2012 was zij met name bestuurlijk actief. Sinds eind 2015 is zij als medisch adviseur betrokken bij Ketenzorg Friesland.

***Harriët Hollander***

Harriët Hollander is sinds 2014 werkzaam bij Zorgbelang Fryslân als projectleider. Mede auteur van 'Friese burgers over de organisatie van de zorg in 202 Beleidsnota van Zorgbelang Fryslân als bijdrage aan de gedachtenvorming over het zorglandschap in Friesland in 2020"

**6. Lijst van verplichte en aanbevolen literatuur**

Verplichte literatuur die vooraf gelezen moet zijn (uit te delen in mei 2016)

1. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine, 27(10), 1361–7. http://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6
2. KNMG. (2015). Niet alles wat kan, hoeft. Utrecht. Retrieved from http://knmg.artsennet.nl/web/file?uuid=9925d0ba-f92d-4d15-b4c1-217f911ead20&owner=a8a9ce0e-f42b-47a5-960e-be08025b7b04&contentid=148680

**Aanbevolen, niet verplichte literatuur, die bij het inrichten van het experiment is gebruikt:**

1. Barr, P. J., Thompson, R., Walsh, T., Grande, S. W., Ozanne, E. M., & Elwyn, G. (2014). The psychometric properties of CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of the shared decision-making process. Journal of Medical Internet Research, 16(1), e2. http://doi.org/10.2196/jmir.3085
2. Clayer, M. T. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. Medical Journal of Australia, 187(8), 478. http://doi.org/cla11246\_fm [pii]
3. Elwyn, G., Barr, P. J., Grande, S. W., Thompson, R., Walsh, T., & Ozanne, E. M. (2013). Developing CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. Patient Education and Counseling, 93(1), 102–7. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.009>
4. Etchells, E., Darzins, P., Silberfeld, M., Singer, P. A., McKenny, J., Naglie, G., Strang, D. (1999). Assessment of patient capacity to consent to treatment. Journal of General Internal Medicine, 14(1), 27–34. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1496441&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
5. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39(2), 175–191. http://doi.org/10.3758/BF03193146
6. Groenvold, M.,Petersen, M. A., Aaronson, N. K., Arraras, J. I., Blazeby, J. M., Bottomley, A., Bjorner, J. B. (2006). The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990), 42(1), 55–64. <http://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.06.022>
7. In Een, Zuyd Hogeschool, & Universiteit Maastricht. (2015). Handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken. Retrieved from [https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/actueel/nieuws/2015/nieuw-handvat-voor-samenwerking-tussen-patient-en-zorgverlener/nieuw-handvat-voor-samenwerking-tussen-patient-en-zorgverlener/zinl:Document/1510-gezamenlijke-b](https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/actueel/nieuws/2015/nieuw-handvat-voor-samenwerking-tussen-patient-en-zorgverlener/nieuw-handvat-voor-samenwerking-tussen-patient-en-zorgverlener/zinl%3ADocument/1510-gezamenlijke-b)
8. Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Education and Counseling, 60(3), 301–http://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010
9. Schippers, E. I. (2015). Kamerbrief over verbeteren kwaliteit en betaalbaarheid zorg. Rijksoverheid, 1–8. Retrieved from http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2015/02/06/kamerbrief-over-verbeteren-kwaliteit-en-betaalbaarheid-zorg.html
10. Sessums, L. L., Zembrzuska, H., & Jackson, J. L. (2011). Does This Patient Have Medical Decision-Making Capacity? JAMA, 206(4), 420–427.
11. Towle A. et al., Framework for teaching and learning informed shared decision making, [BMJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10488010) 1999; 319(7212): 766-71.
12. Vilans, Fact sheet gezamenlijke besluitvorming in de langdurende zorg. <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Factsheet_GezamenlijkeBesluitvorming_Vilans.pdf>. Geraadpleegd op 10 oktober 2013.
13. Mulley A. et al., Stop the silent misdiagnosis:patients’ preferences matter, [BMJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Stop+the+silent+misdiagnosis%3A+patients%E2%80%99+preferences+matter) 2012; 345:e6572. doi: 10.1136/BMJ,e6572.
14. Stacey D. et al., Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions, [Cochrane Database Syst Rev](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24470076) 2014; 1:CD001431.
15. Katz S.J. et al., The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? [JAMA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+value+of+sharing+treatment+decision+making+with+patients%3A+expecting+too+much%3F%2C) 2013; 310(15): 1559-60.
16. Walsh T. et al., Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review, [BMJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Undetermined+impact+of+patient+decision+support+interventions+on+healthcare+costs+and+savings%3Asystematic+review) 2014; 348:g188.
17. Verma A.A. et al., Understanding Choice: Why Physicians Should Learn Prospect Theory, [JAMA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Understanding+Choice%3A+Why+Physicians+Should+Learn+Prospect+Theory) 2014; 311(6): 571-2.
18. Montori W.M. et al., The optimal practice of Evidence-Based Medicine incorporating patient preferences in practice guidelines, [JAMA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+optimal+practice+of+Evidence-Based+Medicine+incorporating+patient+preferences) 2013; 310(23): 2503-4.
19. Sessums L.L., Does this patient have medical decision-making capacity, [JAMA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Does+this+patient+have+medical+decision-making+capacity+Sessums) 2011; 306(4): 420-7.
20. Keuning-Plantinga Z.J. et al., Keuzehulpen en patiëntenwijzers, een overzicht van keuzehulpen en patiëntenwijzers in de Nederlandstalige en Engelstalige literatuur, NHL Hogeshool en Zorgbelang Utrecht, 2014.
21. CBO, Handleiding keuzehulpontwikkeling, Utrecht, 2009. <http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Handleiding_keuzehulpontwikkeling_definitief.pdf>
22. Weeks J.C. et al., Patients’ expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer, [N Engl J Med](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23094723) 2012; 367(17): 1616-25.
23. Van den Berg J.W. et al., Chemo wordt te lang doorgezet. Meer aandacht nodig van kwaliteit van leven na behandeling, Medisch Contact 26 september 2013: 1974-75.
24. Koedoot C.G., Against a sea of troubles. Choosing between palliative chemotherapy and watchful waiting, PhD thesis, Universiteit van Amsterdam, 2003.
25. Van betekenis tot het einde, Stichting Agora ondersteuningspunt palliatieve zorg. Geraadpleegd op 9 juni via [http://www.agora.nl/VanBetekenis.aspx](http://www.agora.nl/VanBetekenis.aspx%20).

http://www.ihi.org/Engage/Initiatives/ConversationProject/Pages/default.aspx.

1. <http://www.dyingmatters.org>.

**7. Aanmeldingsformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | : |
| Ziekenhuis | : |
| Telefoonnummer | : |
| E-mailMeldt zich aan voor de Training Shared Decision Making bij Zorgbelang Fryslân, Thialfweg 43 te Heerenveen (tegenover Ziekenhuis Tjongerschans) | :  |
|  |  |
|  |  |

Eventuele suggesties, opmerkingen of vragen :

|  |
| --- |
|  |

Aanmeldingsformulier retourneren naar :
secretariaat@zorgbelang-fryslan.nl

Of per post opsturen naar :

Zorgbelang Fryslân
Fokje de Vries
Thialfweg 43
8441 PW Heerenveen