# **Trainershandleiding Shared Decision Making (SDM)**

## Inleiding

De training heeft relatie met de **canmeds competenties**

* Communicatie
* Professionaliteit
* Maatschappelijk handelen

## De effecten van samen beslissen:

* Verhoogde patientenparticipatie
* Meer patienttevredenheid
* Grotere mate van therapietrouw
* Mogelijke vermindering van overbehandeling

## Doelgroep:

* Minimaal 8, maximaal 12 medisch specialisten per bijeenkomst
* Medisch specialisten mogen afkomstig zijn van verschillende disciplines

## Doel van de training. De specialist kan na afloop:

* het belang van samen beslissen benoemen
* inschatten in welke mate de patiënt zelf kan en wil meebeslissen
* inschatten welke situaties meer of minder geschikt zijn voor samen beslissen
* de vier stappen in het samen beslissen benoemen en toepassen in de praktijk
* de patiënt motiveren om mee te beslissen
* de patiënt ondersteunen bij het maken van een keuze
* de wensen van de patiënten vertalen naar de mogelijkheden binnen de zorg
* een koppeling leggen tussen *shared decision making* (SDM) en *zinnige zorg*
* de wensen van de patiënt vastleggen binnen het patiënt dossier

## Voorbereiding:

De specialist

* scoort zichzelf m.b.t. de vaardigheden via een digitale vragenlijst
* vraagt patiënten om te scoren via een digitale vragenlijst
* neemt de module door via de digitale leeromgeving
* neemt een voorbeeld van consult mee voor analyse
* noteert n.a.v. de leerstof en de uitkomst van de vragenlijst zijn leervragen en leerdoelen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Training shared decision making (SDM) Tijd 5 uur** | | | | |
| Doelen: De specialist kan:   * Het belang van samen beslissen benoemen * inschatten in welke mate de patiënt zelf kan en wil meebeslissen * inschatten welke situaties meer of minder geschikt zijn voor samen beslissen * de vierstappen in het samen beslissen benoemen en toepassen in de praktijk * de patiënt motiveren om mee te beslissen. * de patiënt ondersteunen bij het maken van een keuze * de wensen van de patiënten vertalen naar de mogelijkheden binnen de zorg * de wensen van de patiënt vastleggen binnen het patiënt dossier | | | | |
| Beginsituatie: De specialist heeft:   * de interactieve module doorlopen (circa anderhalf uur) * voor zichzelf gescoord in hoeverre hij samen beslissen reeds toepast in de praktijk * 5 patiënten geënquêteerd om te scoren in hoeverre hij / zij samen beslissen reeds toepast in de praktijk * Een consult gefilmd om te bespreken tijdens de training (en heeft een juridische toestemmingsverklaring van de patient dat dit voor opleidingsdoeleinden gebruikt wordt) | | | | |
| **Tijd** | **Doel(en)** | **Didactische werkvorm** | **Centrale vragen lesstof** | **Hulpmiddelen** |
| 20 min | * aangeven wat de opbouw is van deze training * zijn / haar leervragen benoemen | * Kennismaken met deelnemers * Kennis maken met inhoud programma | * Wat zijn je leerwensen? | * Lokaal in gereedheid. u-opstelling |
| 15 min | * Mogelijke weerstand verminderen / intrinsiek motiveren | * Socratische discussie over het nut van training SDM | * Discussie voeren over literatuur, beleid, toepasbaarheid en EBP training. | * Stellingen op sheet |
| 25 min | * Kunnen aansluiten op de ontwikkelingen binnen de ziekenhuiszorg in het kader van patiëntgerichtheid | * Oog voor jou. Een zorgadviseur neemt de specialisten mee in de landelijke ontwikkelingen waarin de expertise van de arts gekoppeld wordt aan de behoeften van de patiënt. SDM is een centraal thema binnen dit programma * Wat zijn de 4 type patiënten om rekening mee te houden tijdens shared decision making? | * Wat is goed hulpverlenerschap? * Wat voor type patiënt heb ik m.b.t. shared decision making? * Is het nuttig om dit te categoriseren? | * PPT (met o.a.. 4 type patiënten) |
| 25 min | * Bewustwording m.b.t. SDM | * Story telling: Een patiënt (lid van een patiëntenraad) vertelt zijn persoonlijk verhaal en uit zijn behoefte in het hanteerbaar maken van zijn aandoening | * Wat is het perspectief van de patiënt, het belang van shared decision making en het verschil tussen SDM en de dagelijkse praktijk? | * aanwezigheid van lid cliëntenraad |
| 15 min | * (her)kennen van de lesstof | * Theorie gespreksmodel. De theorie uit de module over het gespreksmodel wordt samengevat samen met het observatieformulier wat hieruit afgeleid is. | * De trainer stelt interactieve vragen over de lesstof: zie bijlage 1. | * PPT / observatieformulieren uitdelen |
| 30 min | * Kennis SDM koppelen aan praktijk | * Casuïstiek interpreteren, ad.h.v. specifieke voorbeelden uit de eigen discipline bedenken de specialisten in subgroepen / alleen in welke mate dit voorbeeld wel of niet geschikt is voor SDM, welke keuze en opties er zijn * 5 minuten om casus door te nemen en vragen te beantwoorden * 5 minuten om casus te bespreken (5 cases behandelen is voldoende; evt. kan een arts in de pauze vragen stellen voor zichzelf als zijn casus niet aan bod is gekomen) | * In welke mate is dit voorbeeld geschikt voor SDM? * Wat is de keuze? Wat zijn de opties? * Hoe zou je dat bespreekbaar maken? * Zie bijlage voor voorbeeldcasus | * Iedere arts / vakgroep krijgt een **casus uit eigen praktijk** voorgelegd |
| 15 min | * Pauze | | | |
| 65 min | * Inbedden van SDM in de praktijk | * Analyse SDM gesprek. Afspelen van drie democratisch gekozen video-opnamen consulten, Ingebracht door de deelnemers zelf. Observanten scoren m.b.v. observatielijst + en - punten. Centraal nabespreken. * Overige consulten worden nadien door de communicatiespecialist geanalyseerd en deze bevindingen worden gedeeld met de betreffende arts | Welke elementen uit het gespreksmodel zijn wel niet toegepast.?  In hoeverre was dat wel / niet toepasselijk?  (Hoe) had het anders gekund? | * Artsen brengen opnames uit de praktijk in, met een toestemmingsverklaring van de patiënt * Observatieformulieren * big screen met audio |
| 40 min | * Lastige onderdelen eigen maken | * Oefengesprek met acteur. Artsen krijgen (2x) de mogelijkheid lastige onderdelen uit het gespreksmodel eigen te maken met de acteur. Belangrijk hierin is dat de arts net zo lang oefent tot hij / zij succes ervaart. | Welke aspecten komen steevast als lastig naar voren in de analyses van de consulten?  Hoe gaat het *live* in de praktijk? | * acteur * observatielijsten |
| 50 min | Hulpinstrumenten in gebruik nemen | * Keuze hulp instrumenten. * Ervaringen verteld door arts ass. urologie * Specialist beslist waarvoor hij / zij een keuze hulp instrument zou willen maken * Specialist maakt een opzet van PvA hoe dit te implementeren | * Hoe implementeer je keuze hulp instrumenten op de afdeling? | * Arts assistent urologie of plaatsvervanger |
| 15 min | * Evaluatie | * Evaluatie | * Zijn de leerwensen voldoende aan bod gekomen? * Wat is de take home message? | * Plenaire discussie |

## Bijlage 1: Vragen

Wat zijn de mogelijke gevolgen voor de patiënt als de arts niet heeft aangegeven tijdens het gesprek dat er een besluit genomen moet worden waar de patiënt een rol in mag spelen

1. de patiënt weet net dat er een gezamenlijk besluit genomen kan worden
2. de patiënt wordt overvallen door de vraag
3. de patiënt weet niet welke keuzes er zijn

Wat is het mogelijke effect van een advies in een situatie waarin SDM mogelijk is?

1. Patiënt zal denken dat de arts he / haar goed kent
2. Patiënt zal het advies opvolgen
3. Patiënt zal mogelijk niet een afweging komen

Hoe te reageren als u de stappen van samen beslissen aan het doorlopen bent met de patient, maar u merkt dat deze aarzelt?

1. u bent de expert over wat voor u het belangrijkste is
2. In ons ziekenhuis willen we graag dat de patiënt zelf beslist
3. Als u het lastig vindt zal ik de beslissing wel nemen

## Bijlage 2: Voorbeeldcasus Orthopedie Knieklachten

Man van middelbare leeftijd, tennist, gaat pijn doen na 15 min, soms ook in de nacht, waardoor hij moeilijk slaapt. Kan pijn moeilijk omschrijven. In knie en in kuit. Wil binnenkort op wintersport.

*Resultaten uit onderzoek:*

Pijn niet duidelijk te lokaliseren, niet veel slijtage, wel ooit scheurtje geweest maar lijkt herstelt, kan ook deels misschien verklaard worden door pijn bij zenuwwortel maar niet volledig. Ergo; niet volledig vanuit orthopedie te verklaren en niet volledig vanuit neurologie. Dus moeilijk volledig te behandelen.

* Afweging is of behandelen daarom slim is; is belastend en weinig garantie. Andere sport beoefenen zou meer effect kunnen hebben.

Opties:

* Eerst lokaal laten verdoven met spuit anesthesie; als dat helpt (maar wrs ten dele) kan operatie overwogen worden om probleem langdurig te verhelpen
* Andere sport die minder belastend is voor knie
* Verder onderzoek
* Afwachten op hoe het zich ontwikkelt

Belangrijk vanuit SDM:

1. Rapport opbouwen,
2. Huidige situatie beluisteren,
3. Terugkoppeling onderzoek; geen oorzaak gevonden, uitslagen onderzoek laten zien,
4. Opties bespreken,
5. Perspectief van patiënt beluisteren.
6. Besluit nemen

Vanuit MI zoemen we nu in op het eind van punt 4 + punt 5, perspectief van de patiënt.

Daarbij komen aan bod:

* **R**. Bij punt 4 is het belangrijk om de Reparatiereflex te onderdrukken: oplossingen die je zelf bedenkt, achterwege laten. Dit is misschien wel de moeilijkste opgave voor zorgverleners. De kracht is, dat cliënten zelf met oplossingen komen, die bij hen passen.
* **O**nderzoeken reden tot veranderen: (punt 5) vragen stellen, doorvragen, luisteren wat de ander echt wil en wat hierbij de voor- en nadelen zijn. Uitlokken van verandertaal.
* **E**mpatisch luisteren: de ander echt willen begrijpen door heel goed te luisteren en te begrijpen.
* **P**ositief bekrachtigen van de patiënt en optimisme versterken.

## Bijlage 3: Voorbeeldcasus Kindergeneeskunde

Een meisje van 9 eet slecht, geeft daarbij klachten als misselijkheid, oprispingen en dat het eten niet smaakt.

*Resultaten uit onderzoek:*

Geen resultaten uit bloed en faeces. Er zijn lichte afwijkingen in het bloed maar die kunnen ook verklaard worden door het eenzijdige beperkte eetpatroon. Vervolgens gastroscopie gedaan en geen abnormale bevindingen. Somatisch zijn de klachten dan ook niet te verklaren.

* Het goede nieuws is dat het meisje gezond lijkt te zijn. Of dat als goed nieuws wordt ervaren is zeer de vraag omdat het meisje nog steeds dezelfde klachten ervaart en de ouders willen dat ze geholpen wordt.

Opties:

* Diëtist
* Psycholoog
* Verder onderzoek
* Second opinion

Belangrijk vanuit SDM:

1. Rapport opbouwen,
2. Huidige situatie beluisteren,
3. Terugkoppeling onderzoek; geen oorzaak gevonden, uitslagen onderzoek laten zien,
4. Opties bespreken,
5. Perspectief van patiënt beluisteren.
6. Besluit nemen

Vanuit MI zoemen we nu in op het eind van punt 4 + punt 5, perspectief van de patiënt.

Daarbij komen aan bod:

* **R**. Bij punt 4 is het belangrijk om de Reparatiereflex te onderdrukken: oplossingen die je zelf bedenkt, achterwege laten. Dit is misschien wel de moeilijkste opgave voor zorgverleners. De kracht is, dat cliënten zelf met oplossingen komen, die bij hen passen.
* **O**nderzoeken reden tot veranderen: (punt 5) vragen stellen, doorvragen, luisteren wat de ander echt wil en wat hierbij de voor- en nadelen zijn. Uitlokken van verandertaal.
* **E**mpatisch luisteren: de ander echt willen begrijpen door heel goed te luisteren en te begrijpen.
* **P**ositief bekrachtigen van de patiënt en optimisme versterken.