

Shared Decision Making vanuit
het verpleegkundig perspectief
op de Intensive Care

Onderzoeksverslag Praktijk
Gericht Onderzoek (PGO)

Viecuri Medisch Centrum, afdeling
Intensive Care

Naam: Kim Dirven 2173980

Klas: 240V-PGO-gr02

Datum: 18 januari 2023

Inhoudsopgave

Inleiding	4
<i>Theoretische pijler</i>	<i>4</i>
<i>Praktijkpijler</i>	<i>6</i>
<i>Doelstelling</i>	<i>7</i>
<i>Onderzoeksvraag</i>	<i>7</i>
Methoden van literatuurstudie	8
<i>Zoekvragen</i>	<i>8</i>
<i>Zoektermen en synoniemen</i>	<i>8</i>
<i>Tabel 1 – Zoektermen in het Nederlands en Engels</i>	<i>8</i>
<i>Methodische en inhoudelijke in- en exclusiecriteria</i>	<i>9</i>
<i>Tabel 2 – Methodische in- en exclusiecriteria</i>	<i>9</i>
<i>Tabel 3 – Inhoudelijke in- en exclusiecriteria</i>	<i>9</i>
<i>Databanken met zoekstrings, booleaanse operatoren, stroomschema's en filters</i>	<i>9</i>
<i>Zoekstrategie schematisch m.b.v. stroomdiagram</i>	<i>10</i>
<i>Tabel 4 – Stroomdiagrammen PubMed, Cinahl en Springerlink.</i>	<i>10</i>
<i>Beschrijving van bronnen niet verkregen uit databanken</i>	<i>16</i>
<i>Verantwoording van bronnen niet verkregen uit databanken</i>	<i>17</i>
Methoden van onderzoek	18
<i>Werven van deelnemers/betrekken van belanghebbenden</i>	<i>18</i>
<i>Tabel 5 – In- en exclusiecriteria participanten</i>	<i>18</i>
<i>Gegevensverzameling</i>	<i>19</i>
<i>Observatie onderzoek</i>	<i>19</i>
<i>Focusgroep</i>	<i>20</i>
<i>Analyse</i>	<i>21</i>
<i>Kwaliteit verbeterende maatregelen</i>	<i>22</i>
Resultaten, reflectie en conclusie	24
<i>Observaties</i>	<i>24</i>
<i>Tabel 6 – Kenmerken participanten</i>	<i>24</i>
<i>Observatiemomenten</i>	<i>24</i>
<i>Resultaten observaties</i>	<i>24</i>
<i>Tabel 7</i>	<i>25</i>
<i>Tabel 8</i>	<i>25</i>
<i>Tabel 9</i>	<i>25</i>
<i>Tabel 10</i>	<i>26</i>
<i>Tabel 11</i>	<i>26</i>
<i>Cirkeldiagram 1</i>	<i>27</i>
<i>Cirkeldiagram 2</i>	<i>27</i>
<i>Tabel 12</i>	<i>28</i>
<i>Focusgroep</i>	<i>28</i>
<i>Tabel 13 – Kenmerken participanten</i>	<i>28</i>
<i>Resultaten focusgroep</i>	<i>28</i>
<i>Reflectie</i>	<i>32</i>
<i>Sterke en zwakke punten onderzoeksmethode</i>	<i>32</i>
<i>Sterke en zwakke punten uitvoering van het onderzoek</i>	<i>32</i>
<i>Interpreteren van resultaten</i>	<i>33</i>
<i>Implicaties van het onderzoek</i>	<i>35</i>
<i>Conclusie</i>	<i>37</i>

Bijdrage richting de praktijk.....	38
<i>Vooraf.....</i>	<i>38</i>
<i>Uitvoer en vervolg</i>	<i>40</i>
<i>Reflectie</i>	<i>40</i>
Literatuurlijst	41
Bijlagen	46
<i>Bijlage I – Observatielijst.....</i>	<i>46</i>
<i>Bijlage II – Informed Consent focusgroep</i>	<i>50</i>
<i>Bijlage III – Gesprekshandleiding focusgroep</i>	<i>52</i>
<i>Bijlage IV – Kwantitatieve gegevens analyse.....</i>	<i>56</i>
<i>Bijlage V – Transcript focusgroep</i>	<i>59</i>
<i>Bijlage VI – Samenvatting focusgroep</i>	<i>64</i>

Inleiding

Theoretische pijler

Als onderwerp voor dit onderzoek is gekozen voor Shared Decision Making vanuit het verpleegkundig perspectief op de afdeling Intensive Care bij Viecuri Medisch Centrum. Dit onderwerp is tot stand gekomen in overleg met de opdrachtgever.

Shared Decision Making (SDM), ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd, wordt gedefinieerd als samen beslissen over de zorg. Het is een kernproces in persoonsgerichte zorg. De patiënt en de zorgprofessional zullen samen besluiten nemen over gezondheids- en behandeldoelen en er worden afspraken gemaakt nadat alle relevante informatie met elkaar is gedeeld. Informatie vanuit de zorgprofessional wordt gedeeld op basis van wetenschappelijke kennis en ervaringskennis en hierbij wordt rekening gehouden met de waarden en voorkeuren van de patiënt. Hiermee wordt richting gegeven aan de behandeling. Zowel de deskundigheid van de zorgprofessional als de ervaring en deskundigheid van de patiënt met betrekking tot het eigen gezondheidsprobleem spelen hierin een belangrijke rol. Op deze manier wordt recht gedaan aan de expertise van de zorgverlener en aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan (Sassen, 2018, p. 87; Vermeulen, 2015; Mulder et al., 2018).

Het doel van SDM is: beter bij de patiënt passende zorg, gevoed door expertise van de zorgverlener en de waarden en wensen van een volledig geïnformeerde patiënt. Als patiënt ben je kwetsbaar en afhankelijk en daarom is SDM belangrijk zodat er optimaal wordt afgestemd wat iemand nodig heeft (Vermeulen, 2015; Elwyn et al., 2012; Leget, 2017)

Maar wat zijn nou de voordelen van SDM? Het goed informeren van patiënten over verschillende opties en het betrekken bij de besluitvorming leidt tot hogere patiënt tevredenheid en betere uitkomsten van zorg. Er wordt consistentier omgegaan met persoonlijke voorkeuren. Zorgprofessionals die niet expliciet vragen naar de voorkeuren van de patiënt schatten deze voorkeuren vaak niet goed in (Vermeulen, 2015; Zorginzicht, 2013; Elwyn et al., 2012)

Wat is het verschil tussen artsen en verpleegkundigen in het proces van SDM? SDM is een actueel onderwerp in de hedendaagse gezondheidszorg en wordt vaak geassocieerd met artsen: het gaat om medische beslissingen waardoor wordt gedacht dat hun praktijk voorop staat. Echter krijgt de rol van verpleegkundigen steeds meer betekenis. Artsen zijn voornamelijk bezig met medische indicaties en verschillende behandelmogelijkheden terwijl de verpleegkundige meer aandacht heeft voor de gevolgen in het dagelijks leven door ziekte, behandeling en het vermogen van de patiënt en zijn omgeving om hiermee om te gaan. Bestaande modellen leggen de focus op grotere (medische) besluiten die genomen moeten worden door artsen, terwijl verpleegkundigen en verzorgenden vele besluiten nemen met en voor de patiënten tijdens de dagelijkse essentiële/basis zorg. SDM vanuit het verpleegkundig perspectief is een kernproces in persoonsgericht verplegen (van Dartel, 2017; Mulder et al., 2018).

Bij persoonsgerichte zorg, oftewel patiëntgerichte zorg, behoren verpleegkundigen deskundig te zijn in het actief betrekken van zorgvragers bij het nemen van besluiten rondom dagelijkse zorg. Patiëntgerichtheid vraagt van de verpleegkundige om rekening te houden met gevoelens, wensen, verwachtingen, waarden, ervaringen en opvattingen van zorgvragers, naasten en zichzelf. De verpleegkundige betreft de patiënt actief, laat participeren, bij het beslissen over en plannen en uitvoeren van de zorg (Mulder et al., 2018; Struijs & Jongsma, 2013)

Om tot een raamwerk voor verpleegkundigen in de gedeelde besluitvorming te komen, is een definitie voor gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg (gbdz) opgesteld: *“Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg is een complexe mix van processen waarbij de zorgvrager (en eventueel naasten) en verpleegkundige samen in beweging komen, waarbij de inbreng (behoefte, kennis en kunde) van beiden als evenwaardig wordt beschouwd en waarbij overwogen besluiten, waar beiden achter staan, genomen worden”* (Mulder et al., 2018). Er is een raamwerk ontwikkeld om verpleegkundigen te ondersteunen in het bewust onderzoeken hoe SDM vorm kan krijgen in de dagelijkse zorg. Namelijk door het volgen van de volgende stappen: kennen, erkennen, verkennen, besluiten, handelen en evalueren. In het proces vinden continue aanpassing- en beslismomenten plaats. In de langdurige zorg is besluitvorming vaker te typeren als een proces van voortdurende aanpassing en afstemming (Mulder et al., 2018; Struijs & Jongsma, 2013).

In onderzoek van Friesen et al., (2015) is gebleken dat de klinische expertise van de verpleegkundige, de wijze van professionele voorbereiding, diepgaande professionele kennis, vaardigheden, houding en waarden het besluitvormingsproces beïnvloeden. Klinische expertise wordt uitgedrukt en ingebed in de dagelijkse praktijk, en is vaak stilzwijgend en intuïtief. Een verpleegkundige met kennis, vaardigheden en een positieve houding ten opzichte van SDM en Evidence-based practice (EBP) is in de positie om een SDM-proces te faciliteren. Belemmeringen van SDM die door verpleegkundigen werden ervaren waren onder meer tijdsdruk, gebrek aan middelen, gebrek aan overeenstemming met het concept en hoe het zou moeten worden gebruikt, en gebrek aan bewustzijn.

Wat betekent SDM op de IC? In onderzoek van Galletti & Huyn (2020) is gebleken dat IC verpleegkundigen centraal staan in de klinische zorgverlening en zij vaak de meest toegankelijke medewerkers zijn in de communicatie voor familieleden. Het is van belang dat verpleegkundigen zich vertrouwd voelen in de communicatie met familie. In de meeste gevallen zijn verpleegkundigen verantwoordelijk voor het ondersteunen van familieleden en het omgaan met hun angsten en zorgen. IC verpleegkundigen worden gezien als vertrouwenspersoon.

SDM biedt een model voor communicatie waarbij het IC-team, de patiënt (indien mogelijk) en naasten betrokken zijn bij alle aspecten van de zorgverlening. Het IC-team kan het SDM-model gebruiken om de communicatie met familieleden en patiënten te begeleiden. Het model is sterk afhankelijk van frequente communicatie. Ook werd onderzocht hoe SDM door artsen en verpleegkundigen werden toegepast op de IC waaruit is gebleken dat de meeste klinische beslissingen niet collectief worden genomen. Een patiënt- en familiegerichte benadering kan de communicatie tussen familieleden en zorgverleners op de IC vergemakkelijken (Galletti & Huynh, 2020).

In onderzoek van den Boogaard et al., (2021) werden vanuit het perspectief van de IC verpleegkundigen problemen, behoeften en een toelichting op de huidige voorkeursrol in het SDM-proces onderzocht. IC verpleegkundigen gaven vooral aan hun rol te willen versterken bij het verstrekken van niet-medische informatie en willen een grotere rol om de waarden en behoeften van patiënten en de patiëntenzorg systematisch te integreren binnen het besluitvormingsproces voor de zorgverlening.

Stress is een reële factor in de rol als beslisser voor een ernstig zieke patiënt op de IC. Stress kan het vertrouwen en het gevoel van ongemak bij het nemen van beslissingen beïnvloeden. Uit onderzoek is gebleken dat stress kan worden geminimaliseerd door het verbeteren van communicatie tussen patiënt/familie en zorgverleners. Het is van belang om duidelijke, gestructureerd en consistente communicatie te bieden tijdens de gehele Intensive Care ervaring. Communicatie is een uitdaging in de Intensive Care omgeving waarin zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team. Communicatie is een primaire oorzaak van SDM-beslissingsangst. IC verpleegkundigen hebben een unieke positie om een centrale rol

te spelen bij het leiden van deze interventie en het comfort en vertrouwen van familie/naasten te verbeteren, de SDM-behoeften te beoordelen en aan te pakken en het aanspreekpunt te worden bij het verstrekken van niet-medische informatie en emotionele ondersteuning van familie/naasten. Angst voor beslissingen wordt hiermee gereduceerd (Celious et al., 2014).

In onderzoek van Bosslet & Torke (2015) is gebleken dat kwalitatief goede communicatie, betrokkenheid bij SDM en specifieke maatregelen voor patiëntenzorg de tevredenheid van familie en naasten verhoogd en het een gevoel van controle over de situatie geeft bij de familie. Ook is gebleken dat patiënten die kennis hebben opgedaan, meer vertrouwen hebben in het nemen van beslissingen en actiever betrokken zijn bij de besluitvorming (Elwyn et al., 2012).

Gezamenlijke besluitvorming en effectieve communicatie over het initiëren van zorg is van belang. Uit onderzoek is gebleken dat de multidisciplinaire implementatie (artsen en verpleegkundigen) van zorgplannen om verbetering vraagt. SDM zou een vaste plek in het onderwijs van alle zorgprofessionals moeten hebben en natuurlijk in professionele standaarden en richtlijnen voor medici, paramedici en verpleegkundigen (Brooks et al., 2017; Vermeulen, 2015). Verpleegkundige training geven in gedeelde besluitvorming en hen helpen een patiëntgerichte houding te verwerven, zou het gebruik van SDM door verpleegkundigen aanzienlijk kunnen verbeteren en is cruciaal voor een juiste implementatie van SDM voor de verpleegkundige (Friesen-Storms et al., 2015).

Praktijkpijler

‘Intensive Care’ is de Engelse benaming voor ‘intensieve behandeling’ en wordt afgekort als IC. Op een IC is de behandeling veel intensiever dan op andere verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Op de IC liggen kritiek zieke patiënten waarbij een of meerdere vitale, belangrijke lichaamsfuncties worden bedreigd zoals de ademhaling, bloedcirculatie of nierfunctie. Hierdoor hebben IC-patiënten hoogtechnologische, complexe en intensieve zorg nodig. Bedreigde lichaamsfuncties worden bewaakt, ondersteund of overgenomen met medicatie, behandelingen en apparatuur. Ook liggen hier patiënten die na een grote operatie, een of meerdere dagen ondersteuning nodig hebben voor het intensief controleren van vitale functies (Intensive Care, 2022).

Op de IC is een hoge diversiteit aan medische en verpleegkundige diagnoses. Alle specialismen worden op deze afdeling opgenomen. Denk aan: maag-, darm- en leverziekten, interne geneeskunde, long geneeskunde, chirurgie, urologie, orthopedie/traumatologie, neurologie, cardiologie, reanimaties etc.

Het team op de IC in het Viecuri Medisch Centrum bestaat uit ongeveer 70 BAZ- en IC-verpleegkundigen. De afdeling bestaat uit drie units met een totale beddencapaciteit van 24 bedden. Momenteel zijn er 13 bedden geopend, verdeeld over twee units. Er zijn momenteel 13 bedden geopend doordat er personeelstekort is op de afdeling (Opdrachtgever/praktijk coördinator, persoonlijke communicatie, 28 september 2022)

Op de afdeling Intensive Care in het Viecuri Medisch Centrum is geen specifieke methode bekend voor de toepassing van SDM tijdens de patiëntenzorg vanuit het verpleegkundig perspectief. Binnen de organisatie zijn geen protocollen of documenten beschikbaar over dit onderwerp. Er hebben nog geen eerdere onderzoeken plaatsgevonden naar SDM op de Intensive Care maar ook niet op de reguliere verpleegafdelingen. Dit heeft de onderzoeker nagekeken in het studiemanagementsysteem waarin alle onderzoeken worden geplaatst in een databank (Castor Study Management System, persoonlijke communicatie, 28 september 2022).

Vervolgens is de onderzoeker in gesprek gegaan met een IC verpleegkundige van de afdeling. Uit dit gesprek is naar voren gekomen dat klinische beslissingen niet altijd collectief worden genomen. Keuzes worden regelmatig “over de rug van de patiënt gemaakt” (IC-verpleegkundige, persoonlijke communicatie, 2 september 2022).

Vervolgens is gekeken of SDM tijdens de IC opleiding wordt behandeld. Er is voor gekozen om een recent afgestudeerde IC verpleegkundige te bevragen hierover. Het antwoord dat hierop verkregen is, is dat Shared Decision Making niet wordt behandeld tijdens de IC opleiding. Deze recent afgestudeerde IC verpleegkundige heeft nog nooit van dit begrip gehoord. Tijdens de IC opleiding worden er wel vaardigheden aangeleerd voor het begeleiden en voorlichting van patiënten en naasten (Persoonlijke communicatie, 28 september 2022).

Doelstelling

Aan het eind van dit onderzoek in Januari 2023 zijn aanbevelingen beschreven over hoe Shared Decision Making vanuit het verpleegkundig perspectief verbeterd kan worden op de afdeling Intensive Care door IC-verpleegkundigen. Dit wordt gedaan door te kijken naar hoe dit proces nu verloopt op de afdeling en wat de ervaringen zijn van IC-verpleegkundigen bij het betrekken van patiënten (of familie/naasten) tijdens de dagelijkse patiëntenzorg.

Onderzoeksvraag

“Hoe wordt Shared Decision Making vanuit het verpleegkundig perspectief op de afdeling Intensive Care in Viecuri Medisch Centrum door BAZ/IC-verpleegkundigen tijdens de dagelijkse patiëntenzorg vormgegeven?”

Deelvragen

- *“Hoe ervaren BAZ/IC-verpleegkundigen op de afdeling Intensive Care Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?”*
- *“Hoe worden patiënten (of familie/naasten) betrokken bij Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?”*
- *“Welke belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief spelen een rol bij Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg op de afdeling Intensive Care?”*

Methoden van literatuurstudie

In dit hoofdstuk wordt een systematische zoekstrategie toegepast voor de literatuurstudie. Het doel van deze literatuurstudie is om te kijken hoe de 'best practice' eruit ziet rondom het onderwerp voor dit praktijk gericht onderzoek. Om de best practice te achterhalen zijn zoekvragen opgesteld. Het doel is om relevante gegevens te achterhalen. Er zijn in- en exclusiecriteria opgesteld die voor alle zoekvragen van toepassing zijn. Zoek strategieën met synoniemen, zoek- en MeSh-termen aan de hand van booleaanse operatoren, zijn opgesteld om tot de beste zoekresultaten te komen.

Zoekvragen

- *Wat is Shared Decision Making?*
- *Hoe wordt Shared Decision Making toegepast door verpleegkundigen?*
- *Wat is er bekend over Shared Decision Making op de Intensive Care?*
- *Bestaat er een methodiek voor de toepassing van Shared Decision Making? En hoe wordt deze methodiek toegepast?*
- *Welke rol speelt de verpleegkundige ten aanzien van de patiënt en familie bij Shared Decision Making?*
- *Hoe ervaren familie/patiënt Shared Decision Making?*
- *Wat is het voordeel van Shared Decision Making?*
- *Wat is het verschil tussen artsen en verpleegkundigen in het proces van SDM?*

Zoektermen en synoniemen

Na het opstellen van de zoekvragen worden de zoektermen, weergegeven in [tabel 1](#), beschreven in het Nederlands en Engels. Hiermee kan in de databanken gezocht worden naar de best verkrijgbare wetenschappelijke literatuur.

Tabel 1 – Zoektermen in het Nederlands en Engels

Nederlands	Engels
Gezamenlijke besluitvorming Samen beslissen Gedeelde besluitvorming	Shared Decision Making Shared Decision-Making SDM "Decision Making, Shared"[Mesh]
Verpleegkundige	Nurse Nurses Nursing Personnel, Nursing Nursing Personnel Registered Nurses Nurse, Registered Nurses, Registered Registered Nurse "Nursing"[Mesh] "Nurses"[Mesh] "Nurse-Patient Relations"[Mesh]
Intensive Care	Intensive Care ICU "Intensive Care Units"[Mesh]
Methode Methodes Methodiek Werkwijze	"Methods/methods"[Mesh] "Methods"[Mesh] Methods Methodology

Methodische en inhoudelijke in- en exclusiecriteria

De in- en exclusiecriteria zijn verdeeld in twee onderdelen. De methodische (zie [tabel 2](#)) en inhoudelijke (zie [tabel 3](#)) in- en exclusie criteria. Deze worden beschreven voor de literatuurstudie.

Tabel 2 – Methodische in- en exclusiecriteria

Methodische inclusiecriteria	Methodische exclusiecriteria
Nederlands- en Engelstalige artikelen	Publicatiedatum voor 2012
Literatuur die gratis voor studenten van Avans toegankelijk is	Geen full teksten beschikbaar, of niet op te vragen via de bibliotheek van het leerhuis
Voorkeur voor hoge evidence: systematic review, meta-analyse, randomized controlled trial (RCT)	

Er is voor gekozen om Nederlands- en Engelstalige artikelen te includeren aangezien deze talen toepasbaar zijn voor de onderzoeker. Artikelen met een publicatiedatum voor 2012 worden geëxcludeerd om te voorkomen dat er verouderde kennis in dit onderzoek wordt meegenomen. De onderzoeker heeft de voorkeur voor hoge evidence zodat de literatuur die gebruikt wordt voor dit onderzoek van goede kwaliteit is. Echter is dit een voorkeur en worden hiermee andere bronnen met een prima betrouwbaarheid niet uitgesloten. Het is van belang om literatuur die gratis voor studenten van Avans toegankelijk is te includeren, zodat er geen kosten worden verbonden aan dit onderzoek. Indien er een artikel wordt gevonden waarvan de full tekst niet beschikbaar is en deze niet te verkrijgen is via de bibliotheek van het leerhuis, zal het artikel worden geëxcludeerd.

Tabel 3 – Inhoudelijke in- en exclusiecriteria

Inhoudelijke inclusiecriteria	Inhoudelijke exclusiecriteria
Artikelen die betrekking hebben op Shared Decision Making	Artikelen die betrekking hebben op kinderen onder de 16 jaar, Pediatric Intensive Care Unit (PICU) en de Neonatale Intensive Care Unit (NICU)
	Artikelen die betrekking hebben op de Neuro-Intensive Care

Artikelen die betrekking hebben op Shared Decision Making worden geïncludeerd aangezien dit het onderwerp is voor het onderzoek. Er is voor gekozen om dit breed te houden en niet te specificeren zodat alle zoekvragen beantwoord kunnen worden. Kinderen onder de 16 jaar worden geëxcludeerd aangezien zij volgens de wet worden beschouwd als minderjarige. Het bevvattingsvermogen van een kind is anders dan die van een volwassenen. Vanaf 16 jaar wordt je beschouwd als een volwassenen en mogen er zelfstandig beslissingen worden genomen (KNMG, 2021). De PICU en NICU worden geëxcludeerd aangezien deze afdelingen niet overeenkomen met de doelgroep op de Intensive Care. De Neuro-Intensive Care wordt geëxcludeerd aangezien het op deze afdeling om een specifieke doelgroep gaat waar Shared Decision Making op een andere manier wordt toegepast.

Booleaanse operatoren

‘AND’ en ‘OR’

Databanken met zoekstrings, booleaanse operatoren, stroomschema's en filters

Voor deze literatuurstudie is gezocht in verschillende databanken.

PubMed is een grote en internationale zoekmachine voor biomedische literatuur waar wordt verwezen naar ruim 34 miljoen artikelen. Je vind hier abstracts maar ook full-tekst artikelen (Avans Hogeschool, 2022; Universiteit Utrecht, 2022). Er is gezocht met Engelse

zoektermen in combinatie met MeSH termen, ook wel Medical Subject Headings genoemd. Deze termen dienen als gestandaardiseerde trefwoorden waarmee artikelen worden geïndexeerd in databases. Het voordeel van zoeken met MeSH termen is dat verschillende synoniemen van het begrip worden opgenomen in de zoekopdracht (Radboud Universiteit, 2022). Er is gebruik gemaakt van de Booleaanse operatoren 'AND' en 'OR'. Deze booleaanse operatoren worden gebruikt als koppeling in een zoekopdracht om zoektermen te combineren of uit te sluiten. Hierdoor wordt het aantal opgeleverde resultaten verfijnt of uitgebreid (Universiteit Gent, 2022).

Ook werd gebruik gemaakt van de databank Springerlink. Hier krijgen onderzoekers toegang tot miljoenen full-tekst wetenschappelijke documenten uit boeken, tijdschriften, protocollen, naslagwerken, procedures en series (Avans Hogeschool, 2022; Springer Link, z.d.). In deze databank is veel Nederlandstalige literatuur te vinden en kan er worden gezocht met zowel Nederlands- als Engelstalige zoektermen. De booleaanse operatoren 'AND' en 'OR' zoals hierboven beschreven, zijn ook van toepassing bij deze databank.

Ook is er gezocht in de databank CINAHL. Hier is veel internationale verpleegkundige literatuur te vinden. In deze databank wordt gezocht met trefwoorden, Subject Terms en MeSH-headings. De termen worden met elkaar verbonden door middel van de booleaanse operatoren 'AND' en 'OR' (Avans Hogeschool, 2022; EBSCO Health, z.d.)

In [tabel 4](#) is in stroomdiagrammen overzichtelijk gemaakt welke zoekstring gebruikt is per databank. Na het invullen van de zoekstring, kwam er een X aantal artikelen naar boven. Het aantal artikelen werd beperkt door het handhaven van de methodische in- en exclusiecriteria door middel van het toevoegen van filters.

Zoekstrategie schematisch m.b.v. stroomdiagram

Tabel 4 – Stroomdiagrammen PubMed, Cinahl en Springerlink.

PubMed

Zoekstring	(Nurs* OR "Nursing"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh]) AND (Shared decision making OR Shared Decision-Making OR SDM OR "Decision Making, Shared"[Mesh]) AND (Intensive Care OR ICU OR "Intensive Care Units"[Mesh])
Aantal gevonden artikelen	481
Filters	Publication date: 10 years Meta-Analysis Randomized Controlled Trial Systematic Review
Aantal gevonden artikelen	42
Exclusie op basis van de titel	36
Exclusie op basis van de abstract	6
Exclusie op basis van het fulltext artikel	0
Aantal geïncludeerd	0

PubMed

Zoekstring	(((((Nurs*[Title/Abstract]) OR ("Nursing"[Mesh])) OR ("Nurses"[Mesh])) AND ("Shared Decision making"[Title/Abstract])) OR ("Decision Making, Shared"[Mesh])) AND ("Intensive Care Units"[Mesh])
------------	---

Aantal gevonden artikelen	68
Filters	Publication date: 10 years
Aantal gevonden artikelen	61
Exclusie op basis van de titel	39
Exclusie op basis van de abstract	16
Exclusie op basis van het fulltext artikel	2
Aantal geïnccludeerd	4
Geïnccludeerde artikelen (<i>m.b.v. APA-7 stijl</i>)	
Bosslet, G. T. & Torke, A. M. (2015, januari). Factors Associated With Family Satisfaction With End-of-Life Care in the ICU. <i>Chest</i> , 147(1), 82–93. https://doi.org/10.1378/chest.14-1098	
Brooks, L., Manias, E. & Nicholson, P. (2017, juli). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. <i>AJCC American Journal of Critical Care</i> , 26(4), 336–341. https://doi.org/10.4037/ajcc2017774	
Galletti, A. & Huynh, M. (2020, 1 december). Enhancing Communication With Family Members in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Study. <i>Critical Care Nurse</i> , 40(6), 23–32. https://doi.org/10.4037/ccn2020595	
van den Boogaard, M., van der Hoeven, J. & Zegers, M. (2021, augustus). Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. <i>BMJ Open</i> , 11(8), e050134. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050134	

Cinahl

Zoekstring	AB (Shared decision making OR decision making, shared OR SDM OR Shared decision-making) AND AB (Nurse OR Nurses OR Nursing) AND AB (Intensive care unit OR intensive care OR icu)
Aantal gevonden artikelen	74
Filters	Publication date 2012-2022 Source Types: Academic Journals Language: English
Aantal gevonden artikelen	51
Exclusie op basis van de titel	35
Exclusie op basis van de abstract	13
Exclusie op basis van het fulltext artikel	0
Aantal geïnccludeerd	3

Geïnccludeerde artikelen (m.b.v. APA-7 stijl)

Brooks, L., Manias, E. & Nicholson, P. (2017, juli). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. *AJCC American Journal of Critical Care*, 26(4), 336–341.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>

Celious, A., Kennedy, C. R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V. & Freeman, B. D. (2014, april). Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.008>

Gainer, R., Curran, J., Buth, K., David, J., Légaré, J.-F. L. & Hirsch, G. (2017, juli). Toward Optimal Decision Making among Vulnerable Patients Referred for Cardiac Surgery: A Qualitative Analysis of Patient and Provider Perspectives. *Medical Decision Making*, 37(5), 600–610.

<https://doi.org/10.1177/0272989X16675338>

Cinahl

Zoekstring	AB (shared decision making or shared decision-making or sdm) AND AB (nurse or nurses or nursing) AND AB (methods or techniques or strategies or best practices) AND AB (intensive care unit or intensive care or icu)
Aantal gevonden artikelen	43
Filters	Publication date 2012-2022 Source Types: Academic Journals Language: English
Aantal gevonden artikelen	31
Exclusie op basis van de titel	24
Exclusie op basis van de abstract	5
Exclusie op basis van het fulltext artikel	0
Aantal geïnccludeerd	2

Geïnccludeerde artikelen (m.b.v. APA-7 stijl)

Celious, A., Kennedy, C. R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V. & Freeman, B. D. (2014, april). Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.008>

Gainer, R., Curran, J., Buth, K., David, J., Légaré, J.-F. L. & Hirsch, G. (2017, juli). Toward Optimal Decision Making among Vulnerable Patients Referred for Cardiac Surgery: A Qualitative Analysis of Patient and Provider Perspectives. *Medical Decision Making*, 37(5), 600–610.

<https://doi.org/10.1177/0272989X16675338>

Cinahl

Zoekstring	(MH "Decision making, Shared") AND (MH "Nurses") AND (MH "Intensive Care Units")
Aantal gevonden artikelen	1
Filters	Publication date 2012-2022 Language: English
Aantal gevonden artikelen	1
Exclusie op basis van de titel	0
Exclusie op basis van de abstract	1
Exclusie op basis van het fulltext artikel	0
Aantal geïnccludeerd	0

Springerlink

Zoekstring	(Gezamenlijke besluitvorming OR Samen beslissen OR Gedeelde besluitvorming) AND (Verpleegkundige) AND (Intensive Care)
Aantal gevonden artikelen	13
Filters toegevoegd	Include Preview-Only content vinkje uitgezet (zodat de volledige tekst getoond wordt) Show documents published between 2012 and 2022 Sort By "Relevance"
Zoekstring	Intensive Care verwijderd
Aantal gevonden artikelen	49
Exclusie op basis van de titel	48
Exclusie op basis van de abstract	0
Exclusie op basis van het fulltext artikel	0
Aantal geïnccludeerd	1
Geïnccludeerde artikelen (<i>m.b.v. APA-7 stijl</i>)	
Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. <i>TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts</i>, 128(6), 40–43. https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0	

Springerlink

Zoekstring	(Gezamenlijke besluitvorming OR Shared Decision Making) AND (Verpleegkundige OR Nurse)
Aantal gevonden artikelen	68
Filters toegevoegd	Include Preview-Only content vinkje uitgezet (zodat de volledige tekst getoond wordt) Show documents published between 2012 and 2022 Sort By "Relevance"
Aantal gevonden artikelen	63
Exclusie op basis van de titel	55
Exclusie op basis van de abstract	3
Exclusie op basis van het fulltext artikel	2
Aantal geïnccludeerd	3
Geïnccludeerde artikelen (<i>m.b.v. APA-7 stijl</i>)	
Vermeulen, H. (2015, 23 augustus). Shared decision-making vast onderdeel in evidence-based richtlijnen. <i>Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice</i> , 13(3), 7–10. https://doi.org/10.1007/s12468-015-0024-3	
Leget, C. (2017, 12 mei). Gezamenlijke besluitvorming. <i>Bijzijn XL</i> , 10(5), 17–17. https://doi.org/10.1007/s12632-017-0046-3	
Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. <i>TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts</i> , 128(6), 40–43. https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0	

Springerlink

Zoekstring	Gezamenlijke besluitvorming AND Verpleegkundige
Aantal gevonden artikelen	197
Filters toegevoegd	Include Preview-Only content vinkje uitgezet (zodat de volledige tekst getoond wordt) Show documents published between 2012 and 2022 Sort By "Relevance"
Aantal gevonden artikelen	125
Exclusie op basis van de titel	121
Exclusie op basis van de abstract	2
Exclusie op basis van het fulltext artikel	0
Aantal geïnccludeerd	2
Geïnccludeerde artikelen (<i>m.b.v. APA-7 stijl</i>)	

van Dartel, H. (2017, 21 augustus). Column Hans van Dartel: Gezamenlijke besluitvorming. *TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(4), 45–45. <https://doi.org/10.1007/s41184-017-0086-y>

Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. *TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 128(6), 40–43. <https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0>

Springerlink

Zoekstring	Gezamenlijke besluitvorming AND Nurse
Aantal gevonden artikelen	113
Filters toegevoegd	Include Preview-Only content vinkje uitgezet (zodat de volledige tekst getoond wordt) Show documents published between 2012 and 2022 Sort By "Relevance"
Aantal gevonden artikelen	95
Exclusie op basis van de titel	83
Exclusie op basis van de abstract	5
Exclusie op basis van het fulltext artikel	2
Aantal geïncludeerd	5
Geïncludeerde artikelen (<i>m.b.v. APA-7 stijl</i>)	
van Dartel, H. (2017, 21 augustus). Column Hans van Dartel: Gezamenlijke besluitvorming. <i>TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts</i> , 127(4), 45–45. https://doi.org/10.1007/s41184-017-0086-y	
Leget, C. (2017, 12 mei). Gezamenlijke besluitvorming. <i>Bijzijn XL</i> , 10(5), 17–17. https://doi.org/10.1007/s12632-017-0046-3	
Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. <i>TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts</i> , 128(6), 40–43. https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0	
Vermeulen, H. (2015, 23 augustus). Shared decision-making vast onderdeel in evidence-based richtlijnen. <i>Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice</i> , 13(3), 7–10. https://doi.org/10.1007/s12468-015-0024-3	
Spekkink, A. (2016, 26 februari). Schijnwerkelijkheid. <i>Pallium</i> , 18(1), 18–21. https://doi.org/10.1007/s12479-016-0011-1	

Beschrijving van bronnen niet verkregen uit databanken

De sneeuwbal methode is toegepast door te kijken naar de literatuurlijst van belangrijke en relevante geïncorporeerde artikelen. Op deze manier verkrijgt u nieuwe referenties en verwijzingen en zo ontstaat het sneeuwbal effect (Hogeschool Rotterdam, z.d.). Door het toepassen van deze methode zijn drie bronnen geïncorporeerd. Daarnaast is er in Google gezocht naar richtlijnen en via Zeny, het protocollensysteem dat wordt gebruikt binnen het Viecuri Medisch Centrum, is gezocht naar protocollen.

Zoekwijze en eventuele zoektermen	Gevonden en geïncorporeerde bronnen
1 Verkregen via de sneeuwbal methode in de literatuurlijst van: Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. <i>TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts</i>, 128(6), 40–43. https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0	Elwyn, G., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., Barry, M. & Frosch, D. (2012, 23 mei). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. <i>Journal of General Internal Medicine</i>, 27(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6 Struijs, A. & Jongsma, K. (2011). <i>Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt - normatieve achtergrond</i>. Centrum voor ethiek en gezondheid. Geraadpleegd op 21 september 2022, van https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-012-2077-6.pdf
2 Via de 4^e zoekstring van Springerlink uitgekomen bij een citaat van Hanneke Wiltjers → Hanneke Wiltjers opgezocht in Google Scholar → 15 resultaten à gefilterd op: publicatiedatum 2012-2022 → 8 resultaten waarvan 7 op titel geëxcludeerd → PDF document geopend “Exploring the assessment process on a ward for older people: A constructivist grounded theory” → In het PDF document gezocht naar “Shared decision making” → Uitgekomen bij het artikel van Friesen et al.	Friesen-Storms, J. H., Bours, G. J., van der Weijden, T., & Beurskens, A. J. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. <i>International journal of nursing studies</i>, 52(1), 393–402. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012
3 Via Google gezocht op “Richtlijn Shared decision making”	Zorginzicht. (2013). Richtlijnen en shared decision making in de praktijk. In <i>Zorginzicht</i>. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 21 september 2022, van https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijnen+en+shared+decision+making+in+de+praktijk.pdf
4 Via Google gezocht op “Shared decision making handleiding”	NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap, Zorginstituut Nederland, ZUYD hogeschool, Maastricht University & Ineen organiseert de eerste lijn. (2017). <i>Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken</i>. In NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 21 september 2022, van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_boek_2017_web.pdf
5 Boek voor de opleiding in bezit	Sassen, B. (2018). <i>Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten</i> (8ste editie, p. 87). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Verantwoording van bronnen niet verkregen uit databanken

1. Er is voor gekozen om de artikelen van Elwyn et al. En Stuijs et al. Te includeren aangezien deze bronnen van goede kwaliteit zijn. Beide komen ze uit een wetenschappelijk tijdschrift en zijn ze beschikbaar in de databank Springerlink. Deze databank is gebruikt voor deze literatuurstudie. De artikelen zijn recent met de publicatiedata 2012 en 2013. Dit valt binnen de opgestelde methodische inclusiecriteria. De inhoud van de artikelen zijn bruikbaar voor dit onderzoek.
2. Er is voor gekozen om het artikel van Friesen-Storms et al. Te includeren aangezien deze bron van goede kwaliteit is. Dit artikel komt uit een wetenschappelijk tijdschrift en is beschikbaar in de databank PubMed. Deze databank is gebruikt voor deze literatuurstudie. Het artikel is recent met een publicatiedatum van 2015. Dit valt binnen de opgestelde methodische inclusiecriteria. De inhoud van het artikel is bruikbaar voor dit onderzoek.
3. De richtlijn voor shared decision making is geïnccludeerd aangezien richtlijnen een hoge bewijslast hebben. De richtlijn is gepubliceerd in 2013 en valt binnen de opgestelde methodische inclusiecriteria. De inhoud van de richtlijn is bruikbaar voor dit onderzoek.
4. De handreiking voor shared decision making is geïnccludeerd aangezien handreikingen een hoge bewijslast hebben. De handreiking is gepubliceerd in 2017 en valt binnen de opgestelde methodische inclusiecriteria. De inhoud van de handreiking is bruikbaar voor dit onderzoek.
5. Het boek van Sassen is geïnccludeerd aangezien dit van goede kwaliteit is. Het boek wordt gebruikt binnen de opleiding en de inhoud is bruikbaar voor dit onderzoek.

Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt op een inzichtelijke wijze inzage gegeven over de gekozen methode voor dit praktijk gericht onderzoek, passend bij de onderzoeksvraag en deelvragen zoals beschreven in de inleiding.

Werven van deelnemers/betrekken van belanghebbenden

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag middels de deelvragen omtrent Shared Decision Making (SDM) vanuit het verpleegkundig perspectief tijdens de patiëntenzorg is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt om te ontdekken wat het karakter van het probleem is en wordt gekenmerkt door het begrijpen of doorgronden van situaties of mensen (Baarda, 2019). Eerst wordt er observatie onderzoek uitgevoerd om in kaart te brengen hoe SDM wordt vormgegeven door BAZ- en IC-verpleegkundigen tijdens de patiëntenzorg. Vervolgens wordt een focusgroep georganiseerd om de ervaringen en belemmerende/bevorderende factoren van SDM tijdens de patiëntenzorg in kaart te brengen.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd op de afdeling Intensive Care (IC) in het Viecuri Medisch Centrum in Venlo. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in SDM vanuit het verpleegkundig perspectief door de huidige toepassing en ervaringen van BAZ- en IC-verpleegkundigen in kaart te brengen. De onderzoekspopulatie bestaat uit BAZ- en/of IC-verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling IC. Alle andere disciplines zijn uitgesloten voor deelname aan dit onderzoek, omdat de verwachting is dat deze disciplines geen bijdrage leveren aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het verpleegkundig team op de IC bestaat uit ongeveer 70 BAZ- en IC-verpleegkundigen. Aan een deel van hen zal gevraagd worden om deel te nemen aan observaties en/of een focusgroep. Voor het doen van observatie onderzoek zal de onderzoeker een aantal dagen worden ingepland op de werkvloer. Voorafgaand aan de observaties worden participanten via de mail en mondeling om toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek waarbij de anonimiteit wordt gewaarborgd. De onderzoeker benoemt niet wat er geobserveerd gaat worden om bias te voorkomen. Aan de patiënt wordt mondeling aan bed toestemming gevraagd om mee te kijken tijdens de zorgverlening, het invullen van een toestemmingsformulier is niet nodig en te belastend voor de IC-patiënt. De keuze voor participanten voor de focusgroep en observaties vindt plaats aan de hand van de vooraf opgetelde in- en exclusiecriteria. Aan de hand hiervan zal een selectie worden gemaakt. De werving van participanten vindt plaats via een geschreven stukje door de onderzoeker in het wekelijkse Journaal en wordt geplaatst onder 'verplicht lezen'. Aangezien het om een groot team gaat kan via deze weg toch iedereen bereikt worden. De werving voor deelname aan de focusgroep vindt plaats middels een uitnodiging via de mail met een bijgevoegde informatiebrief over de inhoud van de focusgroep. De focusgroep wordt georganiseerd tijdens werktijd en heeft een maximale duur van 45 minuten. In [tabel 5](#) staan de in- en exclusiecriteria weergegeven die worden toegepast bij de selectie van participanten.

Tabel 5 – In- en exclusiecriteria participanten

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
BAZ-verpleegkundigen	Professionals in opleiding (PIO)
IC-verpleegkundigen	

In dit praktijk gericht onderzoek worden alle gediplomeerde BAZ- en IC-verpleegkundigen van de afdeling geïnccludeerd. Dit is een vereiste om goed inzicht te hebben in dit onderwerp.

Gegevensverzameling

Om data te verzamelen is gekeken naar de onderzoeksvraag. Aan de hand daarvan is gekozen voor observatie onderzoek om in kaart te brengen hoe SDM vanuit het verpleegkundig perspectief wordt vormgegeven op de afdeling IC. Nadat observatie onderzoek heeft plaatsgevonden wordt een focusgroep gehouden om de ervaringen en bevorderende/belemmerende factoren van BAZ- en IC-verpleegkundigen in kaart te brengen.

Observatie onderzoek

Observatie onderzoek is een dataverzamelingsmethode waarbij systematisch en doelgericht menselijk gedrag in een bepaalde situatie wordt waargenomen en geregistreerd. Hier is voor gekozen om het werkelijke gedrag of gebeurtenissen te bestuderen en niet de motieven of gevoelens hier achter. Observaties worden vastgelegd middels een zelf opgestelde observatielijst vanuit de literatuur aangezien er geen bestaande observatielijst beschikbaar is. Per observatie wordt een observatielijst ingevuld en tijdens de uitvoering van de observaties worden veldnotities gemaakt. Om de observatielijst op validiteit te toetsen, wordt een proefobservatie uitgevoerd. Hierna kunnen nog aanpassingen worden verricht in het meetinstrument om de kwaliteit te verhogen. De observatielijst is toegevoegd in [bijlage I](#).

Er is gekozen voor gestructureerde observatie om nauwkeurig vast te leggen welk gedrag en welke aspecten van het gedrag belangrijk zijn. De observator heeft een lijst van gedragingen waarop gelet moet worden (Baarda, 2018, pp. 211).

Er is gekozen voor participerende observatie. Dit houdt in dat de onderzoeker deelneemt aan activiteiten en tegelijkertijd gegevens verzamelt. Hiervoor is gekozen omdat deze methode geschikt is voor het doen van observatie naar processen. Voor kwalitatief onderzoek is de contextgebondenheid van het onderzoek een belangrijk uitgangspunt. In dit geval is het goed wanneer de onderzoeker deel uitmaakt van de onderzoekssituatie. Het voordeel van participerende observatie is dat van binnenuit, met een insiderview, wordt ervaren wat iemand meemaakt. Voor de keuze van participerende observatie is de ethische vraag beantwoord of de belangen van de te observeren personen worden geschaad door participerend te observeren, dit is echter niet het geval in dit onderzoek (Baarda, 2018, pp. 215).

Bij participerende observatie wordt een rol aangenomen die past bij de observatiesituatie. De rolinvulling is afhankelijk van een samenspel van factoren. Daarbij moet een keuze worden gemaakt tussen extensief of intensief participeren. In dit onderzoek is gekozen voor intensief participeren. Met intensief participeren wordt bedoeld dat de onderzoeker deelneemt aan alle relevante activiteiten in het veld (Baarda, 2018, p. 216).

Er zijn verschillende veldrollen die de participerende observator kan aannemen, namelijk: de onderzoeksrol, de praktijkrol en de persoonlijke rol. Voor de participerende observaties is gekozen voor een combinatie van deze drie rollen (Baarda, 2018, pp. 218).

De onderzoeksrol.

Bij deze rol heeft de onderzoeker te maken met eisen die aan de onderzoeker worden gesteld zoals het nauwkeurig registreren van de onderzoeksgegevens. Het is belangrijk dat de onderzoeker in staat is om de observatiebevindingen vast te leggen, al is het maar tussentijds. Het is belangrijk dat de aanwezigheid de onderzoekssituatie niet verstoort (unobtrusive is), waardoor er een onnatuurlijke situatie ontstaat en de onderzoeksresultaten niet gelden voor de 'echte' situatie. Wanneer de onderzoeker participeert is het soms lastig om de onderzoeksrol goed te vervullen. Het kan bijvoorbeeld moeilijk zijn om regelmatig onderzoeks notities te maken (Baarda, 2018, p. 218).

De praktijkrol

Bij deze rol gaat het om een nauwgezette invulling van de rol zoals die in de praktijk gebruikelijk is. De onderzoeker moet voor de betrokkenen geloofwaardig zijn in de roluitvoering en niet uit de toon vallen. Dat betekent dat de onderzoeker zich zal moeten gedragen en kleden conform de waarden en normen van de veldbetrokkenen. Het is van belang om deel uit te maken van de groep (Baarda, 2018, p. 218). In dit onderzoek zal de onderzoeker een uniform dragen en een badge net zoals de BAZ- en IC-verpleegkundigen op de afdeling.

De persoonlijke rol

De onderzoeker speelt een onderzoeks- en een praktijkrol, maar daarnaast heb je altijd te maken met een derde rol, namelijk die van jouzelf als persoon, met de specifieke ervaringen, opvattingen en gevoelens die niet buiten het onderzoek gehouden kunnen worden (Baarda, 2018, pp. 218).

Het is van belang om de observaties op te bouwen. Eerst wordt gestart met korte observaties om de grote structuur van de setting in kaart te brengen. Observatiemomenten die te lang duren zijn niet goed aangezien je alles nadien nog moet kunnen herinneren en uitschrijven. Het beste is om een drietal observatiemomenten in te plannen en uit te voeren totdat een antwoord geformuleerd kan worden op de onderzoeksvraag. Het aantal observatiemomenten hangt af van de bevindingen. Indien na drie observatiemomenten hetzelfde wordt waargenomen, is dit voldoende. Dit heeft te maken met de datasaturatie (Instituut gezond leven, z.d.). In dit onderzoek wordt ernaar gestreefd om minimaal vijf observatiemomenten uit te voeren om geen belangrijke informatie te missen. Voor elke observatie zal drie uur ingepland worden tijdens de essentiële patiëntenzorg. Bij observatie onderzoek is het moeilijk om de datasaturatie te bereiken, aangezien hier veel tijd overheen gaat. Er zal rekening gehouden moeten worden met de beperkte tijd voor de uitvoering van dit onderzoek.

Nadelen van observatie onderzoek zijn het Hawthorne effect en observer bias. Het Hawthorne effect houdt in dat op het moment dat de onderzoeker gaat observeren en de geobserveerde dit weet, de geobserveerde het gedrag zou kunnen aanpassen. Om vertekening van de uitkomsten te voorkomen, zal de onderzoeker niet benoemen wat er geobserveerd wordt (Wat is het Hawthorne-effect?, 2021). Bij observer bias bestaat de kans op selectieve waarneming doordat de onderzoeker zichzelf als observator mee meeneemt (Scribbr, 2022).

Focusgroep

Een focusgroep is een vorm van groepsinterview die een zorgvuldig geplande discussie gaan voeren over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een van tevoren vastgesteld onderwerp (Raats, 2019). Het voordeel van een focusgroep is dat reacties van een participant inspirerend kunnen werken en anderen op gedachten kunnen brengen. Individuen kunnen tot opmerkingen of ideeën komen die bij een individueel interview niet geuit worden, omdat hier niet aan gedacht wordt (Baarda, 2019). Het gewenste aantal deelnemers tijdens een focusgroep zit tussen de zes en twaalf participanten. De taak van de gespreksleider is om participanten op hun gemak te stellen en een open en veilige sfeer te creëren (Raats, 2019). In dit onderzoek wordt ernaar gestreefd om minimaal zes participanten bij elkaar te krijgen voor een focusgroep. Om de interactie tijdens de focusgroep verder te stimuleren wordt de geeltjes methode toegepast. Bij het gebruik van deze methode wordt bewustzijn gecreëerd bij de participanten. De geeltjes methode wordt toegepast tijdens de focusgroep door naar de bevorderende en belemmerende factoren van een proces te kijken. Dit wordt gedaan door middel van post-its op een poster. Deze methode is geschikt om een proces te registreren en analyseren. Voordat de focusgroep wordt gehouden wordt vastgesteld welk onderwerp centraal staat (Kort, 2021). Voor het organiseren van een focusgroep is goede voorbereiding nodig. Stel een Informed consent op

voor participanten, ontwikkel een gesprekshandleiding en neem de taken van een gespreksleider door (Raats, 2019).

Voorafgaand aan de focusgroep worden voorbereidingen getroffen zoals het opstellen van een Informed Consent voor de participanten, een gesprekshandleiding voor de gespreksleider en een handleiding voor de gespreksleider mocht zich een probleem voordoen tijdens de focusgroep. Het Informed consent en de gesprekshandleiding zijn toegevoegd in [bijlage II en III](#).

De gesprekshandleiding wordt opgesteld aan de hand van het onderwerp voor dit onderzoek. De gesprekshandleiding bestaat uit verschillende inleidende, hoofd- en afrondende vragen die aansluiten op de onderzoeksvraag. De vragen in de gesprekshandleiding zijn allemaal open en beginnen met wie, wat, waar, wanneer en hoe. Voordat de gesprekshandleiding wordt ontwikkeld wordt het doel van de focusgroep, de behoeften en de taak van de gespreksleider omschreven.

Analyse

Het doel van data analyse is het beantwoorden van de onderzoeksvraag die ondersteund wordt door deelvragen.

Nadat de observaties hebben plaatsgevonden wordt de verkregen data geanalyseerd en geïnterpreteerd om een conclusie te trekken en antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen (Dingemanse, 2021). Verkregen gegevens worden kwantitatief en methodisch verwerkt. Van elk geobserveerde situatie wordt een observatieverslag geschreven aan de hand van een observatielijst. Tijdens de observatie wordt alleen beschreven wat er waargenomen wordt, er wordt nog niets geïnterpreteerd. De analyse vindt pas plaats nadat alle observaties zijn verricht. In het observatieverslag staan de bevindingen beschreven. Hierin worden de resultaten beschreven die relevant zijn voor het onderzoek en de conclusies die hieruit getrokken kunnen worden (Observeren, z.d.). Nadat alle observaties hebben plaatsgevonden, worden de bevindingen van alle observaties samengevoegd in één document en worden de resultaten, passend bij de onderzoeksvraag, beschreven. Hierbij zal de onderzoeker de resultaten nog niet gaan interpreteren. De bevindingen van alle observaties worden gecontroleerd middels peerreview. Een onafhankelijke onderzoeker zal de bevindingen van de observaties controleren.

De focusgroep wordt opgenomen met audio apparatuur zodat de onderzoeker de leiding kan nemen en notulen kan maken tijdens de discussie in de focusgroep. Voorafgaand aan de focusgroep wordt toestemming gevraagd middels een informed consent aan de participanten. De analyse van de verkregen gegevens zal plaatsvinden door middel van analyse van de audio opname d.m.v. transcriberen en de geeltjes methode. Nadat de focusgroep heeft plaatsgevonden wordt zo snel mogelijk een samenvatting geschreven zodat alle relevante informatie nog vers in het geheugen van de onderzoeker zit. De audio opname wordt twee keer beluisterd om te voorkomen dat waardevolle informatie verloren gaat. Tijdens het luisteren van de audio opname worden notulen gemaakt van interpretaties. Door middel van peerdebriefing wordt gecontroleerd of de juiste interpretaties en conclusies zijn getrokken en of deze interpretaties zijn gebaseerd op feiten en niet op aannames.

Tijdens de focusgroep wordt de geeltjes methodiek toegepast waarbij de post-its met de antwoorden van de BAZ/IC-verpleegkundigen tijdens de uitvoering zorgvuldig worden bekeken en geclusterd. Met het clusteren van post-its wordt bedoeld dat de antwoorden van hetzelfde thema, bij elkaar worden gehangen. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt hoe BAZ/IC-verpleegkundigen Shared Decision Making tijdens de patiëntenzorg ervaren en wat hierbij de belemmerende/bevorderende factoren zijn.

Na het schrijven van de samenvatting en het analyseren van de geeltjes methode wordt gekeken naar de geclusterde thema's waarbij fragmenten gecodeerd worden. Door middel van peerdebriefing wordt gecontroleerd of belangrijke dingen zijn gemist bij de coderingen. Naar aanleiding van de verkregen feedback worden mogelijk aanpassingen gemaakt. De samenvatting van de focusgroep wordt verstuurd naar participanten voor een membercheck. Participanten kunnen controleren of zij de samenvatting erkennen. Door middel van een membercheck krijgt de participant de kans om misinterpretaties te corrigeren en het kan de participant stimuleren om aanvullende informatie te geven. Memberchecking en peerdebriefing verhogen de geloofwaardigheid in dit onderzoek (Geloofwaardigheid in kwalitatief onderzoek, 2021).

Nadat de deductieve gegevens analyse heeft plaatsgevonden, wordt de audio opname van de focusgroep verwijderd. Het is van belang dat na afloop van dit praktijk gericht onderzoek, wat gedaan wordt met de onderzoeksresultaten. Hierbij kan nagedacht worden over de aanbevelingen die worden gedaan richting de afdeling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Indien de analyse van gegevens heeft plaats gevonden wordt nagedacht over de invulling hiervan en vind er overleg plaats met de opdrachtgever.

Kwaliteit verbeterende maatregelen

De kwaliteit van dit praktijk gericht onderzoek wordt omschreven en weergegeven door een aantal criteria: validiteit, overeenstemming, betrouwbaarheid/geloofwaardigheid, herhaalbaarheid, plausibiliteit, onafhankelijkheid en generaliseerbaarheid.

Bij de validiteit gaat het om het meetinstrument dat is gebruikt voor de uitvoering van het onderzoek. Het is de mate waarin de resultaten geldig zijn en overeenkomen met de werkelijkheid. Er wordt bepaald of er met het meetinstrument is gemeten wat er gemeten moest worden (Benders, 2022). De interne validiteit wordt gewaarborgd door middel van het toepassen van peerdebriefing en membercheck. Er zal gecontroleerd worden of de getrokken conclusies als waar worden aangenomen. Door middel van peerdebriefing wordt gekeken of een onafhankelijke onderzoeker dezelfde conclusies trekt en door de membercheck wordt bevestigd of de participanten de samenvatting van de focusgroep erkennen.

De overeenstemming in dit onderzoek wordt gewaarborgd door het zorgvuldig bewaren van gegevens, zodat dit beschikbaar is voor anderen die het onderzoek volgen, zoals de peergroep, begeleidend docent en opdrachtgever. De peergroep zal regelmatig bij elkaar komen om de resultaten met elkaar te bespreken en te evalueren. Hoe groter de kwaliteit van de overeenstemming, des te hoger de validiteit (Swaen, 2022).

Bij de betrouwbaarheid gaat het om hoe consistent een methode iets meet. Indien de meting of het hele onderzoek op dezelfde wijze en met bestaande data nog een keer wordt uitgevoerd, is het van belang dat de uitkomsten hetzelfde zijn zodat de betrouwbaarheid van de resultaten wordt verhoogd (Benders, 2022). Hiermee is het onderzoek reproduceerbaar waarmee aangetoond wordt dat de analyse eerlijk en juist is uitgevoerd. Indien een onderzoek kan worden gerepliceerd en gereproduceerd is sprake van maximale informatie. Indien dit geldt is de informativiteit van het onderzoek goed (Merkus, 2021). In dit onderzoek zal dit bereikt worden door elke stap vast te leggen en door de toepassing van peerdebriefing in deze stappen. De peerfeedback wordt toegepast in het onderzoek waardoor de repliceerbaarheid en reproduceerbaarheid bevordert wordt. Gedurende de uitvoering van dit onderzoek zal een logboek worden bijgehouden.

In dit onderzoek wordt gezorgd voor een rustige prikkelarme en veilige omgeving voor het houden van de focusgroep zodat er geen prikkels van buitenaf zijn voor de participanten zodat dit de focusgroep niet kan beïnvloeden. Herhaalbaarheid zal tijdens dit onderzoek

gecontroleerd worden doordat tijdens de uitvoering van het onderzoek een logboek wordt bijgehouden om inzichtelijk te maken op welke wijze de onderzoeksgegevens verkregen zijn. Door het toepassen van de membercheck op de samenvatting van de focusgroep wordt gekeken of de interpretaties erkenbaar zijn en dus herhaalbaar.

Bij de geloofwaardigheid wordt gekeken of de onderzoeksresultaten een realistisch beeld geven van datgene wat bestudeerd wordt. De onderzoeksresultaten mogen niet gebaseerd zijn op de aannames en verwachtingen van de onderzoeker maar moeten gebaseerd zijn op de werkelijke ervaringen van participanten binnen het onderzoek. Door gebruik te maken van peer debriefing zijn deze aannames verkleind en wordt de neutraliteit verhoogd. Om de geloofwaardigheid te verhogen wordt door de onderzoeker tijdens de uitvoering van het onderzoek gereflecteerd door middel van het bijhouden van een logboek en wordt de membercheck toegepast. Membercheck houdt in dat participanten worden betrokken bij de interpretatie en het beoordelen van de analyseresultaten. In dit onderzoek kan de membercheck worden toegepast bij de analyse van de samenvatting van de focusgroep door participanten. Het is van belang dat uit de rapportages van de observaties blijkt dat de onderzoeker tijdens de analyse van resultaten aandacht heeft besteed aan afwijkende gevallen. Met afwijkende gevallen wordt bedoeld dat aandacht wordt besteed aan de observaties die afwijken van de grote lijn die uit de analyses naar voren is gekomen. Het principe van constante vergelijking wordt toegepast tijdens de analyse van resultaten. Dit houdt in dat de opnieuw gevonden inzichten worden vergeleken met de andere observaties (Verhoef et al., 2020).

Bij plausibiliteit (heeft te maken met de betrouwbaarheid) wordt gekeken naar hoe consistent de gegevens en bevindingen zijn. Het is van belang dat de onderzoeker de context waarin het onderzoek plaatsvindt duidelijk omschrijft. De onderzoeker zal het onderzoeksproces en de analyse en gemaakte keuzes duidelijk beschrijven zodat het voor peermembers mogelijk is om het onderzoek te volgen of het naderhand te bestuderen en beoordelen, ook wel membercheck genoemd. Normaliter is de saturatie van belang. Dit houdt in dat de onderzoeker niet zo lang door gaat met het verzamelen en analyseren van gegevens totdat er geen nieuwe informatie en thema's worden geïntroduceerd. Echter moet in dit onderzoek rekening worden gehouden met de beperkte tijd. De plausibiliteit kan vergroot worden door het hanteren van een flexibel onderzoeksdesign door gebruik te maken van opname apparatuur om de gegevens vast te leggen, door een samenvatting te schrijven van de focusgroep en door meer onderzoekers bij de gegevens verzameling en interpretatie te betrekken (Verhoef et al., 2020). In dit onderzoek wordt een focusgroep gehouden met ervaren IC-verpleegkundigen. De focusgroep wordt opgenomen met opname apparatuur en naderhand direct uitgetypt en samengevat. De opname zal door twee onafhankelijke onderzoekers worden geanalyseerd. De analyseresultaten worden vervolgens vergeleken en hierover wordt positief gediscussieerd om de inhoudelijke analyse diepgang te geven, dit wordt ook wel peer review genoemd.

Indien de validiteit en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek laag liggen, kan de bruikbaarheid van het onderzoek nog steeds goed zijn. Aangezien dit onderzoek in de praktijk wordt uitgevoerd zal dit een goede indicatie geven van de situatie in de praktijk en een richting en aanleiding geven voor aanbevelingen en/of vervolgonderzoek (Swaen & Merkus, 2021).

De onafhankelijkheid van het onderzoek heeft te maken met de objectiviteit van de onderzoeker tijdens het onderzoek. Het is belangrijk om peerdebriefing toe te passen in het proces door onafhankelijke onderzoekers die van het onderzoek af staan omdat het lastig is om complete objectiviteit te bereiken als onderzoeker. Door peerdebriefing toe te passen kan dit onderzoek objectief blijven en de beste resultaten geven (Swaen & Merkus, 2021).

Resultaten, reflectie en conclusie

In dit hoofdstuk worden verkregen data vanuit kwalitatief onderzoek met de onderzoeksmethoden observatie onderzoek en een focusgroep beschreven. Vervolgens als de resultaten hiervan zijn weergegeven, wordt kritisch gekeken naar wat deze resultaten betekenen voor dit onderzoek. Er wordt hierbij gekeken naar de inhoud van de gevonden resultaten en naar de manier waarop deze resultaten verkregen zijn. Er wordt kritisch gereflecteerd op de doorlopen stappen tijdens dit onderzoek en wat het heeft opgeleverd. Vervolgens wordt er naar de consequenties van de kritische reflectie gekeken met betrekking tot de onderzoeksvraag. Deze bevindingen worden meegenomen bij het bepalen van de geldigheid van de conclusie.

Observaties

Onderzoekspopulatie

In totaal hebben er zeven observatiemomenten plaatsgevonden bij zeven verschillende gediplomeerde BAZ- of IC-verpleegkundigen. Alle verpleegkundigen uit deze steekproef waren van het vrouwelijke geslacht. De leeftijden van de participanten varieerden tussen de 25 en 60 jaar. Er zijn twee BAZ-verpleegkundigen en vijf IC-verpleegkundigen geobserveerd. De relevante kenmerken van de participanten zijn weergegeven in [tabel 6](#).

Tabel 6 – Kenmerken participanten

	Leeftijd	Functie
Participant 1	20-30	BAZ-verpleegkundige
Participant 2	20-30	IC-verpleegkundige
Participant 3	20-30	IC-verpleegkundige
Participant 4	40-50	IC-verpleegkundige
Participant 5	40-50	IC-verpleegkundige
Participant 6	50-60	IC-verpleegkundige
Participant 7	20-30	BAZ-verpleegkundige

Observatiemomenten

De zeven observatiemomenten hebben plaatsgevonden in de ochtend tussen 7:00u en 10:30u tijdens de essentiële patiëntenzorg. Patiënten met een RASS-score van -1, 0, of 1 werden geïnccludeerd. Bij alle observatiemomenten werd de verpleegkundige gekoppeld aan een patiënt met een RASS-score van 0.

Resultaten observaties

Hieronder worden de resultaten van de zeven observaties op de Intensive Care weergegeven. Het overzicht van de kwantitatieve gegevens analyse is toegevoegd in [bijlage IV](#). De resultaten zijn onderverdeeld in de vooraf opgestelde categorieën vanuit de gestructureerde observatielijst en worden weergegeven in tabellen of cirkeldiagrammen. Alleen de belangrijkste resultaten die voor de onderzoeksvraag relevant zijn, worden weergegeven.

In [tabel 7 t/m 9](#) staan de resultaten weergegeven van categorie 1 'communicatie en het opbouwen van relaties' ondersteund door de drie subcategorieën 'relaties opbouwen van vertrouwen en respect', 'informatie uitwisseling' en 'context'. De categorie staat in het teken van de stappen kennen en erkennen van het SDM-proces.

Tabel 7

Categorie	Subcategorie	Observatiepunt	Aantal	Percentage
Communicatie en het opbouwen van relaties Stappen SDM: Kennen en erkennen	Relatie opbouwen van vertrouwen en respect	-Patiënt wordt door de verpleegkundige uitgenodigd voor deelname aan SDM	3 van de 7	43%
		-Patiënt wordt door de verpleegkundige aangemoedigd voor deelname aan SDM	3 van de 7	43%
		-De verpleegkundige vraagt na of de patiënt kan deelnemen aan beslissen over de zorgverlening	3 van de 7	43%

Uit de observaties is gebleken dat meer dan de helft, 57%, de patiënt niet heeft uitgenodigd en aangemoedigd voor deelname aan SDM en de verpleegkundige niet heeft gevraagd of de patiënt kan deelnemen aan SDM tijdens de zorgverlening.

Tabel 8

Categorie	Subcategorie	Observatiepunt	Aantal	Percentage
Communicatie en het opbouwen van relaties Stappen SDM: Kennen en erkennen	Informatie uitwisseling	-De verpleegkundige vraagt actief naar de voorkeuren van de patiënt	5 van de 7	71%
		-De verpleegkundige vraagt actief naar de wensen van de patiënt	5 van de 7	71%
		-De patiënt krijgt de mogelijkheid om zijn/haar inbreng te geven	4 van de 7	57%

Tabel 9

Categorie	Subcategorie	Observatiepunt	Aantal	Percentage
Communicatie en het opbouwen van relaties Stappen SDM: kennen en erkennen	Context	-De verpleegkundige betreft de patiënt actief in de besluitvorming	4 van de 7	57%
		-De verpleegkundige betreft familie/naasten bij de besluitvorming	0 van de 7	0%
		-De verpleegkundige rapporteert afspraken/voortgang/punten met betrekking tot het SDM-proces in het EPD	0 van de 2	0%

57% van de verpleegkundige betreft de patiënt actief in de besluitvorming. Tijdens de observaties zijn geen familieleden of naasten betrokken geweest bij het SDM-proces tijdens de patiëntenzorg. Bij vijf van de zeven observaties is niet geobserveerd of de verpleegkundigen afspraken/voortgang of andere punten m.b.t. SDM-proces rapporteren in het EPD. Bij twee observaties is dit wel gelukt, zij hebben bovengenoemde punten niet gerapporteerd in het EPD.

In [tabel 10 en 11](#) staan de resultaten weergegeven van categorie 2 'werken aan SDM' ondersteund door de twee subcategorieën 'balans vinden' en 'beslissen'. De categorie staat in het teken van de stappen verkennen en besluiten van het SDM-proces.

Tabel 10

Categorie	Subcategorie	Observatiepunt	Aantal	Percentage
Werken aan SDM Stappen: Verkennen en besluiten	Balans vinden	-De verpleegkundige zoekt samen met de patiënt naar evenwicht tussen het nemen van beslissingen d.m.v. praten, openheid en/of informatievoorziening	3 van de 7	43%
		-De verpleegkundige draagt verschillende zorgmogelijkheden aan op een voor de patiënt begrijpelijke manier	4 van de 7	57%
		-De verpleegkundige benoemd zo concreet mogelijk de verwachtingen en doelen van de patiënt	0 van de 7	0%

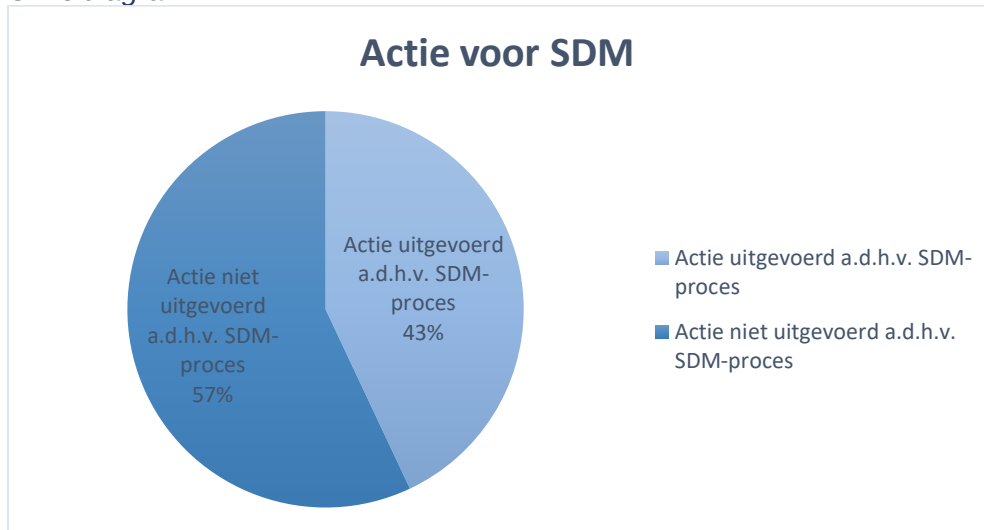
Bij 57% van de participanten heeft de observator geobserveerd dat er niet samen naar evenwicht wordt gezocht tussen de verpleegkundige en patiënt m.b.t. het nemen van beslissingen. Geen van de geobserveerde verpleegkundigen hebben de verwachtingen en doelen van de patiënt concreet benoemd. Dit werd ook nergens genoteerd op bijvoorbeeld het whiteboard in de patiëntenkamer of op een dagschema.

Tabel 11

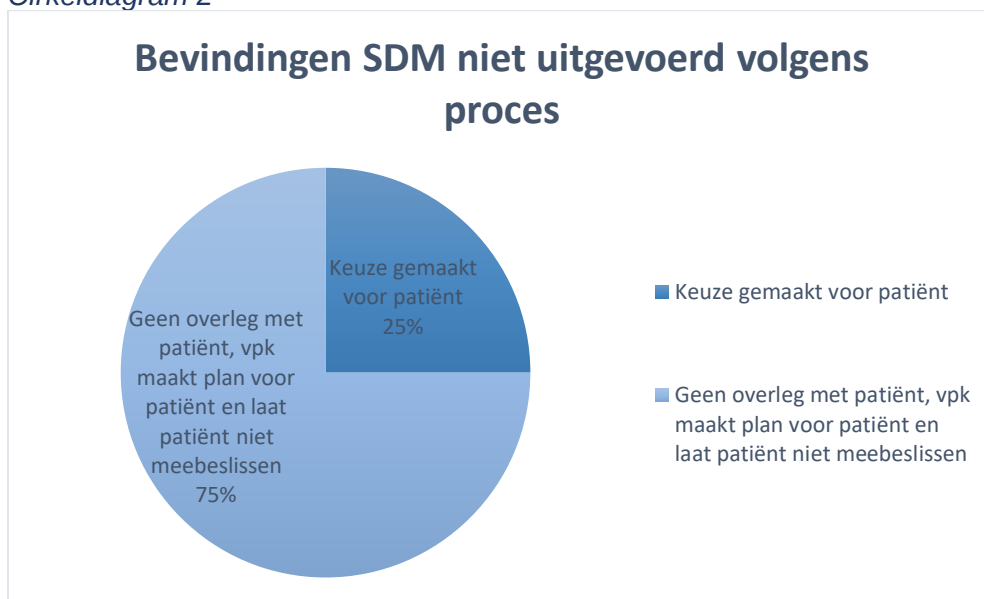
Categorie	Subcategorie	Observatiepunt	Aantal	Percentage
Werken aan SDM Stappen: Verkennen en besluiten	Beslissen	-De verpleegkundige vat opties, voorkeuren en overwegingen samen	2 van de 7	29%
		-De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, waarden en voorkeuren van de patiënt	4 van de 7	57%
		-De verpleegkundige moedigt de patiënt aan om een beslissing te nemen	3 van de 7	43%

In [cirkeldiagram 1 en 2](#) staan de resultaten weergegeven van categorie 3 'actie voor SDM' ondersteund door subcategorie 'actie ondernemen op de beslissing'. De categorie staat in het teken van de stappen handelen en evalueren van het SDM-proces.

Cirkeldiagram 1



Cirkeldiagram 2



De observator heeft de volgende punten geobserveerd m.b.t. de acties die niet zijn uitgevoerd a.d.h.v. het SDM-proces:

- Een participant heeft de beslissing voor de patiënt gemaakt;
- Bij drie participanten heeft geen overleg plaatsgevonden volgens het SDM-proces, werd er geen rekening gehouden met de wensen, waarden en voorkeuren van de patiënt of de patiëntenzorg werd uitgevoerd a.d.h.v. het voorgelegde plan van de verpleegkundige.

In [tabel 12](#) staan de resultaten weergegeven van categorie 3 'actie voor SDM' ondersteund door subcategorie 'verpleegkundige evalueert de beslissing'. De categorie staat in het teken van de stappen handelen en evalueren van het SDM-proces.

Tabel 12

Categorie	Subcategorie	Observatiepunt	Aantal	Percentage
Actie voor SDM Stappen: Handelen en evalueren	Verpleegkundige evalueert de beslissing	-De verpleegkundige evalueert de beslissing d.m.v. een korte mondelinge evaluatie	0 van de 3	0%

Geen van de participanten heeft na het uitvoeren van de actie a.d.h.v. het SDM-proces een korte mondelinge evaluatie gehad met de patiënt. In de tabel hierboven wordt het aantal nul van de drie weergegeven, aangezien drie van de geobserveerde verpleegkundige de actie heeft uitgevoerd a.d.h.v. het SDM-proces zoals weergegeven in de cirkeldiagram.

Focusgroep

Onderzoekspopulatie

In totaal hebben twaalf participanten deelgenomen aan de focusgroep. Alle participanten zijn opgeleid tot BAZ- of IC-verpleegkundigen. De meerderheid van de verpleegkundigen waren van het vrouwelijke geslacht en de leeftijd van de participanten varieerden van 25 tot 60 jaar. De relevante kenmerken van de participanten zijn weergegeven in [tabel 13](#).

Tabel 13 – Kenmerken participanten

	Leeftijd	Functie
Participant 1	50-60	IC-verpleegkundige
Participant 2	30-40	IC-verpleegkundige
Participant 3	20-30	IC-verpleegkundige
Participant 4	30-40	IC-verpleegkundige
Participant 5	30-40	IC-verpleegkundige
Participant 6	30-40	IC-verpleegkundige
Participant 7	20-30	BAZ-verpleegkundige
Participant 8	30-40	IC-verpleegkundige
Participant 9	20-30	BAZ-verpleegkundige
Participant 10	20-30	BAZ-verpleegkundige
Participant 11	40-50	IC-verpleegkundige
Participant 12	40-50	IC-verpleegkundige

Resultaten focusgroep

Op het moment van de voorstelronde tijdens de focusgroep waren er elf participanten aanwezig. Zij kregen de vraag of ze bekend zijn met Shared Decision Making (SDM) vanuit het verpleegkundig perspectief. De Nederlands termen zoals 'gezamenlijke besluitvorming' en 'samen beslissen' werden ook benoemd. De overduidelijke meerderheid van de participanten waren niet bekend met SDM of hadden hier nog nooit van gehoord. Het transcript en de samenvatting van de focusgroep zijn toegevoegd in [bijlage V en VI](#).

De resultaten van de focusgroep worden beschreven aan de hand van de drie vraagstukken die aan bod zijn gekomen:

- Wat zijn de ervaringen van participanten m.b.t. tot het SDM-proces en het betrekken van patiënten tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?
- Wat zijn belemmerende factoren m.b.t. het SDM-proces?
- Wat zijn bevorderende factoren m.b.t. het SDM-proces?

Ervaringen van participanten m.b.t. het SDM-proces tijdens de dagelijkse patiëntenzorg

De ervaringen van de participanten tijdens de dagelijkse patiëntenzorg zijn geclusterd onder vier topics, namelijk: regie/overleg/afstemming patiënt, belastbaarheid, betrokkenheid visite en ziekte-inzicht.

De meerderheid van de participanten hebben ervaringen beschreven die geclusterd zijn onder het topic regie/overleg/afstemming met patiënt. Zij geven aan veel in overleg met de patiënt te doen en denken dat het SDM-proces wordt toegepast zonder dat dit echt benoemd wordt.

“Doen veel in overleg met de patiënt, patiënt heeft zeggenschap”

De minderheid van de participanten hebben ervaringen beschreven die geclusterd zijn onder het topic belastbaarheid patiënt omdat ze rekening houden met de belastbaarheid van de patiënt fysiek en psychisch.

“Rekening houden met belastbaarheid van de patiënt fysiek/psychisch”

Een participant heeft het topic patiënt betrekken visite aangehaald. Zij gaf aan dat de patiënt meer betrokken zou mogen worden tijdens de dagelijkse visite en er minder over de rug heen gepraat mag worden. Vanuit de meerderheid van de participanten werd hier bevestigend op gereageerd.

“Tijdens een visite bv merk ik soms dat een patiënt afgezonderd wordt en de artsen in een kringetje bij elkaar staan en er dan over de patiënt wordt gepraat en dat de patiënt hier niet goed bij betrokken wordt. Dat vind ik jammer want daar heeft de patiënt wel recht op. Op dat stukje mag de patiënt zeker meer betrokken worden in dat proces vind ik”.

Door de minderheid van de participanten werd aangegeven dat de patiënt soms niet genoeg ziekte-inzicht heeft en dat dit beter zou kunnen ter bevordering van het SDM-proces. Door de meerderheid van de participanten werd hier bevestigend op gereageerd.

“Soms heeft patiënt niet genoeg ziekte inzicht, ik zou dat beter kunnen”

Ervaringen van participanten m.b.t. het SDM-proces over het betrekken van patiënten tijdens de dagelijkse patiëntenzorg

De ervaringen van de participanten met het betrekken van patiënten tijdens de dagelijkse patiëntenzorg zijn geclusterd onder vier topics, namelijk: stimuleren eigen regie, overnemen van zorg, betrokkenheid waarborgen en ziekte-inzicht.

Door de minderheid van de participanten werden ervaringen beschreven die vallen onder het topic stimuleren eigen regie. Er werden verschillende punten benoemd zoals het stimuleren van zelfzorg, vragen naar de wensen van de patiënt en het bewaken van grenzen/advies geven door de verpleegkundige.

“Rekening houden met wens patiënt t.a.v. ADL met bewaken van grenzen door verpleegkundige”

Door de minderheid van de participanten werden ervaringen beschreven die vallen onder het topic overnemen van zorg, dit werd bevestigd door de meerderheid. Er werd aangegeven dat de zorg onbewust te snel wordt overgenomen doordat er wordt aangenomen dat hulp nodig is doordat patiënten op de IC snel verzwakken. Ook gaven zij aan dat geprobeerd moet worden om de patiënt meer te betrekken bij de zorgverlening.

“Patiënt proberen te betrekken bij de zorg maar soms wordt dit onbewust al overgenomen door de verpleegkundige”

De meerderheid van de participanten werden ervaringen beschreven die vallen onder het topic betrokkenheid waarborgen. Er werd aangegeven dat ze denken dat de patiënt meer betrokken zou mogen worden bij de zorgverlening.

“Ik denk dat je het nog meer zou kunnen doen”

Door de minderheid van de participanten werden ervaringen beschreven die vallen onder het topic ziekte-inzicht. Zij geven aan het prettig te vinden om SDM uit te voeren, als de patiënt goed ziekte inzicht heeft.

“Prettig om te doen als patiënt goed ziekte inzicht heeft”

Bevorderende factoren m.b.t. het SDM-proces

De bevorderende factoren m.b.t. het SDM-proces zijn geclusterd in vijf topics, namelijk: meer tijd, meer/beter ziekte-inzicht, communicatie met de patiënt/disciplines, zorgvraag beter inzichtelijk en dagschema.

De meerderheid van de verpleegkundige heeft aangegeven dat het een bevorderende factor te vinden als er meer tijd zou zijn en de patiënt meer/beter ziekte-inzicht zou hebben.

“Meer/beter ziekte-inzicht van de patiënt”

De meerderheid van de participanten hebben aangegeven dat communicatie met de patiënt en betrokken disciplines bevorderende factoren zijn voor de uitvoering van het SDM-proces.

“Regelmatig vragen aan de patiënt of hij/zij alles begrepen heeft wat er besproken is, en anders nog eens samenvatten”

Over het dagschema als bevorderende factor ontstond veel discussie. De meningen in de groep waren sterk verdeeld. Door sommige participanten werd aangegeven het dagschema geen haalbare planning te vinden waarin weinig flexibiliteit mogelijk is, terwijl andere participanten aangeven dat het van belang is om de patiënt structuur te bieden.

“Het dagschema staat vaak zo vol gepland dat er eigenlijk weinig flexibiliteit mogelijk is omdat disciplines ook vast zitten aan tijden en dan kan de patiënt heel veel willen maar er is maar beperkt ruimte waarin die nog kan kiezen als het ware”
“Het is belangrijk dat je structuur biedt aan de patiënt”

De participanten kwamen het meeste met elkaar overeen bij de volgende topics: meer tijd, goed ziekte-inzicht van de patiënt en communicatie met de patiënt/disciplines.

Belemmerende factoren m.b.t. het SDM-proces

De belemmerende factoren m.b.t. het SDM-proces zijn geclusterd in negen topics, namelijk: te weinig tijd/niet haalbare doelen, hoge werkdruk, patiënt heeft geen ziekte-inzicht, communicatie/taalbarrière, monitoring/apparatuur (geluiden), hospitalisatie, isolatie, patiënt werkt niet mee en onvoldoende faciliteiten op IC voor zelfzorg.

Door de meerderheid van de participanten werd het topic meer tijd/niet haalbare doelen benoemd. Zij gaven aan dat het geen meerwaarde heeft om de patiënt te vragen wat hij wil als hier geen tijd voor is. Doordat de patiënt geen inzicht heeft in de overige taken van de verpleegkundigen zijn het geen haalbare doelen waar de verpleegkundige in mee kan gaan.

“Je kunt de patiënt wel vragen maar als de tijd er toch niet is weet je al dat je niet aan de doelen kan voldoen dus dan heeft het ook niet zo'n meerwaarde om te vragen wat hij wil en dan achteraf te zeggen ja maar dat gaat toch niet. Wat betreft de patiënten zorg vind ik het wat anders als het

gaat over wil die wel de medicijnen of niet de medicijnen of wel dit beleid of niet dit beleid. Als hij daar zeggenschap in wil vind ik dat anders dan echt in de ADL"

Hoge werkdruk werd benoemd door een klein deel van de participanten en werd bevestigd door de meerderheid. Er werd aangegeven dat als de werkdruk hoog is, je niet met de patiënt kan overleggen of vragen wat hij wil maar dat dit dan gewoon gedaan wordt. De verpleegkundige stelt dan andere prioriteiten.

"Ik denk als de werkdruk hoog is dat je niet gewoon met de patiënt in discussie kan of kan vragen maar dat je het gewoon doet"

Communicatie werd benoemd als belemmerende factor m.b.t. de uitvoering van SDM. Participanten hebben aangegeven dat als de communicatie niet optimaal is, dit als een belemmerend wordt ervaren. Echter werd hier door twee participanten nog een belemmerende factor aangehaald, namelijk taalbarrière. Hierop reageerde de meerderheid bevestigend.

"Dat had ik met taalbarrière, dan kun je niet vragen of alles begrepen is".

Door een klein deel van de participanten werd aangegeven dat de monitoring en apparatuur op de IC als belemmerend wordt ervaren. Echter werd dit bevestigd door de meerderheid van de participanten.

"Ik denk ook dat de monitoring op zich want ook die kabeltjes enzo belemmerd de patiënt om dingen zelf te doen omdat ze bang zijn dat ze iets los trekken of noem maar op. Nu is dan goede communicatie ook belangrijk om te zeggen dat wij dat wel zien gebeuren en dat dat evengoed wel kan. Maar ik denk wel dat dat een belemmerende factor kan zijn"

Isolatie werd door de meerderheid van de participanten gezien als een belemmerende factor doordat ze zich vaker om moeten kleden en je hierdoor minder snel de patiëntenkamer op gaan om een praatje te maken.

"Isolatie kan een belemmerende factor zijn omdat je je iedere keer aan en uit moet kleden en minder snel de kamer op te gaan en meer gebundeld dingen doet om daarmee ook tijd te besparen want steeds aan en uitkleden kost ook veel tijd. Mijn ervaring is ook dat je niet zo snel een kamer opgaat om een praatje te maken als je je helemaal moet aankleden en verder niks hoeft te doen daar. Bij een andere patiënt zou je dat misschien wel doen omdat je daar gemakkelijk naar binnen kunt lopen".

Door de minderheid van de participanten werd aangegeven dat het een belemmerende factor is als de patiënt niet mee werkt of gehospitaliseerd is.

"Een neerslachtige patiënt die lastig te motiveren is, dat is ook altijd lastig want die willen gewoon niks"

Het werkt volgens bijna alle participanten niet mee dat er onvoldoende faciliteiten op de IC aanwezig zijn voor zelfzorg.

"Geen badkamer, keuken, we hebben niet eens een toilet op de afdeling"

De participanten kwamen het meest overeen bij de volgende topics: te weinig tijd, hoge werkdruk, patiënt heeft geen ziekte-inzicht, communicatie/taalbarrière en monitoring/apparatuur.

Reflectie

Sterke en zwakke punten onderzoeksmethode

Bij de focusgroep waren twaalf participanten aanwezig, dit is een grotere opkomst dan verwacht door de onderzoeker. De onderzoeker had vooraf gedacht dat het mogelijk zou zijn om minimaal zes participanten bij elkaar te krijgen maar had nooit gedacht dat er uiteindelijk twaalf participanten deel zouden nemen. Dit zorgt ervoor dat de generaliseerbaarheid, reproduceerbaarheid en bruikbaarheid voor dit onderzoek groter is dan vooraf gedacht.

De zeven observaties en focusgroep waren zo georganiseerd dat er zo min mogelijk overlap in participanten zou zijn om zoveel mogelijk input van verschillende collega's te verzamelen. Hierdoor hebben in totaal zestien verschillende participanten deelgenomen aan het onderzoek. Dit is relatief weinig ten opzichte van een team van 65 verpleegkundigen waardoor het lastig is om een stellige en betrouwbare conclusie te trekken.

Het meetinstrument dat is gebruikt tijdens de focusgroep, is gecontroleerd door drie peermembers. De vragen tijdens de focusgroep werden goed begrepen door de participanten en met deze vragen heeft de onderzoeker kunnen meten wat er gemeten moest worden om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Hierop wordt gebaseerd door de onderzoeker dat dit meetinstrument betrouwbaar en valide is.

Het meetinstrument voor de uitvoering van de observaties, de gestructureerde observatielijst, is gecontroleerd door vier onafhankelijke onderzoekers en de verkregen feedback werd kritisch bekeken en aangepast. Om de observatielijst te toetsen heeft er een proefobservatie plaatsgevonden. Na deze proefobservatie zijn enkele aanpassing verricht voor de optimalisering van de validiteit van het meetinstrument. Echter was het niet mogelijk om een observatie met dit meetinstrument uit te laten voeren door een onafhankelijke onderzoeker. Indien dit wel uitgevoerd had kunnen worden, was de validiteit van de observatielijst optimaal gewaarborgd.

De interne validiteit wordt gewaarborgd door middel van het toepassen van peerdebriefing en membercheck. Echter heeft de onderzoeker tijdens de uitvoering van de membercheck, niet van alle participanten een reactie terug ontvangen. De onderzoeker had een deadline gesteld van twee weken. Door de beperkte tijd voor dit praktijkgericht onderzoek is de deadline voor de membercheck niet uitgesteld. Er hebben zeven van de elf participanten gereageerd. Geen van hen had aanvullen en/of opmerkingen, zij gaven aan de samenvatting en interpretaties van de focusgroep te erkennen. Vooraf is door de onderzoeker aangegeven dat als de participant niet heeft gereageerd voor de deadline, aangenomen wordt dat de samenvatting erkent wordt.

Als er achteraf wordt teruggekeken naar de gekozen onderzoeksmethoden sluiten deze goed aan bij de onderzoeksvraag om processen op de Intensive Care inzichtelijk te krijgen en hierbij de ervaringen en belemmerende/bevorderende factoren van participanten in kaart te brengen. De methode was helemaal optimaal geweest als er aansluitend aan de observatie een interview gehouden zou worden, zodat de geobserveerde de mogelijkheid had gekregen om geobserveerd gedrag toe te lichten. Echter gezien de beperkte tijd voor dit onderzoek, is ervoor gekozen om dit achterwege te laten.

Sterke en zwakke punten uitvoering van het onderzoek

Een sterk punt tijdens de uitvoering van dit onderzoek is de planning. De taken in dit praktijk gericht onderzoek werden projectmatig ingedeeld volgens een tijdsplanning die is verwerkt in een balkenplanning. Doordat de planning ruim werd ingedeeld, was er de mogelijkheid om eventuele vertraging op te kunnen vangen. Tijdens dit praktijk gericht onderzoek is er geen sprake geweest van vertraging en kon de planning gevolgd worden. Soms was de onderzoeker wat langer bezig met een onderdeel dan verwacht, maar hier was dan ook de

ruimte voor. Ook de rollen van betrokkenen die vooraf in de planning werden verwerkt, zijn vervuld.

Nog een sterk punt tijdens de uitvoering van dit onderzoek is dat er een logboek voor alle taken in dit onderzoek is bijgehouden, maar ook een apart logboek gericht op de uitvoering van het onderzoek. Met als doel om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verhogen. In het logboek werd gereflecteerd welke aanpassingen er zijn verricht m.b.t. de observatielijst en sterke/zwakke punten en reflectie van de focusgroep werden hierin beschreven.

Bij de geloofwaardigheid wordt gekeken of de onderzoeksresultaten een realistisch beeld geven van datgene wat bestudeerd wordt. De onderzoeksresultaten mogen niet gebaseerd zijn op de aannames en verwachtingen van de onderzoeker maar moeten gebaseerd zijn op de werkelijke ervaringen van participanten binnen het onderzoek. Door gebruik te maken van peerreview zijn deze aannames verkleind en werd de neutraliteit verhoogd.

Nadat de focusgroep had plaatsgevonden is de audio opname twee keer beluisterd en heeft analyse plaatsgevonden doordat er is getranscribeerd en een samenvatting is geschreven. De analyse van de focusgroep is zo snel mogelijk uitgevoerd zodat alle informatie nog vers in het geheugen zat. Door twee onafhankelijke onderzoekers werd de samenvatting gecontroleerd op interpretaties en de objectiviteit van de inhoud. Dit werd gedaan voordat de samenvatting verstuurd zou worden naar de participanten voor een membercheck. Hierdoor is de objectiviteit van de onderzoeker gewaarborgd waardoor de onafhankelijkheid van het onderzoek sterk is.

Tijdens de focusgroep is gezorgd voor een rustige prikkelarme en veilige omgeving. Echter druppelde er tijdens de focusgroep nog drie participanten binnen. De eerste twee participanten die later binnen kwamen, hebben nog uitleg gekregen terwijl de andere participanten bezig waren met de antwoorden opschrijven op de geeltjes. Bij de derde laatkomer, heeft de onderzoeker ervoor gekozen om geen informatie meer te verstrekken aangezien we al even bezig waren met de focusgroep. Doordat deze participanten later binnendruppelde, heeft dit mogelijk de focusgroep kunnen beïnvloeden.

Interpreteren van resultaten

Uit de focusgroep is naar voren gekomen dat meer tijd, goed ziekte-inzicht van de patiënt en communicatie met de patiënt/disciplines de meest bevorderende factoren zijn m.b.t. de uitvoering van het SDM-proces op de IC. Vergeleken met de ervaringen van de participanten is naar voren gekomen dat SDM prettig is om uit te voeren indien de patiënt goed ziekte-inzicht heeft.

De meest belemmerende factoren m.b.t. de uitvoering van het SDM-proces die naar voren zijn gekomen tijdens de focusgroep zijn te weinig tijd, hoge werkdruk, ziekte-inzicht, onvoldoende faciliteiten voor zelfzorg en communicatie/taalbarrière. Als er een vergelijking wordt gemaakt met de literatuur komen een aantal van deze factoren overeen. In onderzoek van Friesen et al., (2015) & Faber et al., (2013) werden belemmerende factoren ervaren door verpleegkundigen zoals tijdsdruk en gebrek aan middelen. Een belangrijke bevinding die aansluit bij de belemmerende factoren en ervaringen van de participanten is taalbarrière. Tijdens de observaties kon de geobserveerde verpleegkundige zichzelf niet verstaanbaar maken voor de patiënt waardoor het SDM-proces zichtbaar beïnvloed werd. Communicatie vormt samen met het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie en de context de basis voor de uitvoering van het SDM-proces. Het is van belang dat de basis goed uitgevoerd wordt om het SDM-proces optimaal vorm te kunnen geven (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018).

Vanuit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen deskundig behoren te zijn in het actief betrekken van zorgvragers bij de dagelijkse zorg. Dit vraagt van de verpleegkundige om rekening te houden met gevoelens, voorkeuren, wensen en waarden van patiënten en

naasten (Mulder et al., 2018; Struijs & Jongsma, 2013). Uit de observaties is gebleken dat de patiënt meer uitgenodigd en aangemoedigd mag worden voor deelname aan het SDM-proces en dat er actiever gevraagd mag worden naar de wensen en voorkeuren van de patiënt. De patiënt wordt te weinig betrokken bij het SDM-proces ondanks dit een van de belangrijkste onderdelen is om optimale persoonsgerichte zorg te bereiken. Dit komt overeen met de ervaringen van participanten, aangezien zij hebben aangegeven dat de patiënt meer betrokken zou mogen worden bij de zorgverlening en dat de zorg soms onbewust al wordt overgenomen door de verpleegkundige. Dit wordt ervaren door de participanten doordat patiënten op de IC lichamelijk snel kunnen verzwakken waardoor te snel wordt aangenomen dat hulp nodig is zonder dat er overleg plaatsvindt. Door niet expliciet te vragen naar de wensen en voorkeuren van de patiënt wordt het SDM-proces sterk beïnvloed. Daarbij krijgt de patiënt te weinig ruimte om zijn/haar inbreng te geven. Het is van belang dat de verpleegkundige de patiënt actief betreft en mee laat participeren bij het beslissen over en plannen en uitvoeren van zorg. Dit wordt bevestigd door de studies Mulder et al., (2018), Struijs & Jongsma (2013).

In onderzoek van Bosslet & Torke (2015) is gebleken dat kwalitatief goede communicatie, betrokkenheid bij SDM en specifieke maatregelen voor patiëntenzorg de tevredenheid van familie en naasten verhoogd en het een gevoel van controle over de situatie geeft (Elwyn et al., 2012).

Familieleden of naasten zijn tijdens de observaties niet betrokken geweest bij het SDM-proces en de zorgverlening. In onderzoek van Truglio-Londrigan en Slyer (2018) is gebleken dat patiënten die worden vergezeld door hun familieleden, meer geneigd zijn om deel te nemen aan het SDM-proces. Echter is dit per patiënt verschillend en is het van belang dat de verpleegkundige hierbij rekening houdt met de voorkeuren van de patiënt.

Geen van de geobserveerde verpleegkundigen hebben de verwachtingen en doelen van de patiënt concreet benoemd. Dit werd ook nergens genoteerd op bijvoorbeeld het whiteboard in de patiëntenkamer of op een dagschema. De onderzoeker had verwacht dat dit gedaan zou worden, aangezien hier een protocol voor is binnen het ziekenhuis. De verwachtingen kwamen dus niet geheel overeen met de daadwerkelijke bevindingen op de werkvloer. Tijdens de focusgroep ontstond hierover veel discussie. Een aantal participanten ervaarde het dagschema als een bevorderende factor om structuur te bieden aan de patiënt terwijl de andere participanten aan hebben gegeven niet aan het dagschema te kunnen voldoen. Door de uiteenlopende meningen van de participanten kan het dagschema niet als bevorderende factor worden geïnterpreteerd door de onderzoeker.

De overduidelijke meerderheid van de participanten tijdens de focusgroep, was niet bekend met SDM of hadden hier nog nooit van gehoord. Dit komt overeen met de verwachting van de onderzoeker. SDM is een actueel onderwerp in de hedendaagse gezondheidszorg en wordt vaak geassocieerd met artsen. Echter krijgt de rol van verpleegkundigen steeds meer betekenis doordat verpleegkundigen vele besluiten nemen met de patiënt tijdens de dagelijkse essentiële basiszorg (van Dartel, 2017; Mulder et al., 2018). De onderzoeker interpreteert hiermee dat SDM nog een redelijk onbekend onderwerp is op de werkvloer vanuit het verpleegkundig perspectief, ook mede doordat er geen protocollen beschikbaar zijn binnen het ziekenhuis waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Als er wordt gekeken naar de bevindingen vanuit de observaties, werd bij de meerderheid van de participanten geobserveerd dat SDM niet is uitgevoerd aan de hand van het proces. De onderzoeker heeft geobserveerd dat de beslissing vóór de patiënt werd gemaakt of dat er geen overleg heeft plaatsgevonden. Echter komt dit niet geheel overeen met de ervaringen van de participanten, aangezien de meerderheid van hen ervaart dat er veel in overleg met de patiënt wordt gedaan. Daarentegen hebben ze wel aangegeven dat de patiënt meer betrokken zou mogen worden bij de zorgverlening en de artsensite. De patiëntenzorg werd door de meerderheid tijdens de observaties uitgevoerd a.d.h.v. het voorgelegde plan van de

verpleegkundige, waarin de patiënt geen zeggenschap kreeg en de eigen regie niet gestimuleerd werd. De patiënt heeft geen eigen beslissingen kunnen nemen. Het betrekken van de patiënt bij de besluitvorming leidt tot hogere patiënt tevredenheid en betere uitkomsten van zorg. Er wordt consistentier omgegaan met persoonlijke voorkeuren (Vermeulen, 2015; Zorginzicht, 2013; Elwyn et al., 2012).

Bij geen van de observaties heeft na het beslismoment en het uitvoeren van de actie a.d.h.v. het SDM-proces een korte mondelinge evaluatie plaatsgevonden tussen de verpleegkundige en de patiënt. Echter is SDM een proces waarin continue aanpassing- en beslismomenten plaatsvinden. Het proces wordt getypeerd als een proces van voortdurende aanpassing en afstemming, waardoor het evalueren van de beslissing van groot belang is (Mulder et al., 2018; Struijs & Jongsma, 2013). Daarnaast ben je als patiënt kwetsbaar en afhankelijk en daarom is SDM belangrijk zodat er optimaal wordt afgestemd wat iemand nodig heeft (Vermeulen, 2015; Elwyn et al., 2012; Leget, 2017). Mogelijk wordt SDM door de meerderheid van de participanten niet uitgevoerd a.d.h.v. het proces doordat de verpleegkundigen zich hiervan niet bewust zijn en dit bij de meerderheid niet is behandeld tijdens de opleiding. In onderzoek van Friesen et al., (2015) wordt gebrek aan bewustzijn en gebrek aan overeenstemming met het concept en hoe het zou moeten worden gebruikt, benoemd als belemmerende factoren m.b.t. de uitvoering van het SDM-proces.

Implicaties van het onderzoek

Uit dit praktijk gericht onderzoek zijn een aantal factoren te halen die de uitvoering van het SDM-proces kunnen beïnvloeden. Deze factoren zijn onder andere de verschillende ervaringen van de verpleegkundigen rondom dit onderwerp zoals de betrokkenheid van de patiënt waarborgen, het onbewust overnemen van zorg en ziekte-inzicht van de patiënt. Daarnaast zijn belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht, zoals onder andere te weinig tijd, hoge werkdruk, ziekte-inzicht van de patiënt, communicatie/taalbarrière en onvoldoende faciliteiten op de afdeling voor zelfzorg. De meerderheid van de participanten was niet bekend met SDM of hadden hier nog nooit van gehoord, waardoor de onderzoeker denkt dat mogelijk de onbewustheid van dit proces een grote rol speelt. Uit de resultaten van de observaties is gebleken dat er drie stromingen zijn wat betreft de uitvoering van het SDM-proces, namelijk: SDM wordt uitgevoerd a.d.h.v. het proces, de keuze wordt voor de patiënt gemaakt of de verpleegkundige legt een plan voor waarin de patiënt geen zeggenschap heeft.

Bovenstaande punten geven samen weer hoe het SDM-proces wordt vormgegeven op de afdeling IC. Voordat dit onderzoek werd uitgevoerd was nog niet duidelijk of het SDM-proces werd vormgegeven op de werkvloer en hoe dit gedaan werd. Door de uitvoering van dit onderzoek is nieuwe kennis opgedaan over het SDM-proces en is breed inzichtelijk gemaakt hoe dit proces vorm wordt gegeven op de afdeling. Hiermee is meer zicht op eventueel vervolgonderzoek, vervolg stappen of een begin van een nieuwe werkwijze. Met dit onderzoek kan samen met de afdeling worden gekeken naar interventies om het SDM-proces te bevorderen en te implementeren en kan er mogelijk door de werkgroep kwaliteit, een protocol worden ontwikkeld. Door het betrekken van de verpleegkundigen in dit onderzoek is bewustwording en draagvlak gecreëerd voor dit onderwerp.

Indien er niks wordt gedaan met de gevonden resultaten uit dit onderzoek zal het SDM-proces niet op de juiste manier worden vormgegeven op de werkvloer. De persoonsgerichte zorg zal hiermee mogelijk te kort schieten, de patiënt wordt mogelijk te weinig betrokken bij beslissingen en de zorgverlening en er worden mogelijk keuzes vóór de patiënt gemaakt. Als patiënt ben je kwetsbaar en afhankelijk en daarom is SDM belangrijk zodat er optimaal wordt afgestemd wat iemand nodig heeft (Vermeulen, 2015; Elwyn et al., 2012; Leget, 2017). Het is van belang dat de eigen regie en onafhankelijkheid van de patiënt wordt gewaarborgd en gestimuleerd. SDM zorgt voor beter bij de patiënt passende zorg, gevoed door de expertise van de zorgverlener waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren, wensen en

waarden van de patiënt. Het betrekken bij de besluitvorming leidt tot hogere patiënt tevredenheid, betere uitkomsten van zorg en er wordt consistentier omgegaan met de persoonlijke voorkeuren patiënt (Vermeulen, 2015; Zorginzicht, 2013; Elwyn et al., 2012). Het is zeker van belang dat er daadwerkelijk iets met de resultaten uit dit onderzoek wordt gedaan.

Door kritisch naar de gevonden resultaten te kijken zijn de belangrijkste bevindingen meegenomen. De gevonden resultaten kwamen veelal overeen met de theoretische pijler en de literatuur waardoor de resultaten niet alleen passend zullen zijn voor de afdeling Intensive Care, maar mogelijk ook bij een andere context toegepast kunnen worden zoals de standaard verpleegafdelingen binnen het ziekenhuis. Echter kan dit niet gegarandeerd worden en zal nauwkeurig gereflecteerd moeten worden of de resultaten uit dit onderzoek aansluiten bij een andere setting.

Er is een rijke dataverzameling geweest met grotere deelname dan vooraf gedacht. In totaal hebben zestien verpleegkundigen deelgenomen aan dit praktijk gericht onderzoek. Ten opzichte van het team dat bestaat uit ongeveer 65 verpleegkundigen, is dit te weinig en daarmee niet representatief genoeg. Gezien de beperkte tijd voor dit onderzoek was het niet mogelijk om de meerderheid van het team te betrekken. Hierdoor kan er geen stellige conclusie worden getrokken in dit onderzoek.

Conclusie

Deelvragen

- *“Hoe ervaren BAZ/IC-verpleegkundigen op de afdeling Intensive Care Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?”*

Er kan voorzichtig gesteld worden dat BAZ en IC-verpleegkundigen ervaren dat er overleg en overeenstemming met de patiënt plaatsvindt, de eigen regie van de patiënt gestimuleerd wordt, de patiënt meer betrokken zou mogen worden bij de zorgverlening en artsensite, dat de patiëntenzorg soms onbewust wordt overgenomen door de verpleegkundige en dat het als belangrijk wordt ervaren als de patiënt goed ziekte-inzicht heeft tijdens de uitvoering van SDM.

- *“Hoe worden patiënten (of familie/naasten) betrokken bij Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?”*

Er kan voorzichtig gesteld worden dat patiënten te weinig betrokken worden bij het SDM-proces tijdens de dagelijkse patiëntenzorg. Familie en naasten zijn niet betrokken geweest.

- *“Welke belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief spelen een rol bij Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg op de afdeling Intensive Care?”*

Er kan voorzichtig gesteld worden dat meer tijd, beter ziekte-inzicht van de patiënt en communicatie met de patiënt/disciplines bevorderende factoren zijn vanuit het verpleegkundig perspectief op de IC. Daarentegen zijn hoge werkdruk, onvoldoende ziekte-inzicht van de patiënt, communicatie/taalbarrière en onvoldoende faciliteiten voor zelfzorg, belemmerende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief op de IC.

Onderzoeksvraag

“Hoe wordt Shared Decision Making vanuit het verpleegkundig perspectief op de afdeling Intensive Care in Viecuri Medisch Centrum door BAZ/IC-verpleegkundigen tijdens de dagelijkse patiëntenzorg vormgegeven?”

Er kan voorzichtig geconcludeerd worden dat het SDM-proces op de IC te weinig wordt vormgegeven door BAZ en IC-verpleegkundigen. De meerderheid van de verpleegkundigen passen SDM niet op de juiste manier toe tijdens de dagelijkse patiëntenzorg. De persoonsgerichte zorg schiet hiermee mogelijk te kort, de patiënt wordt te weinig betrokken bij het nemen van beslissingen en de eigen regie wordt te weinig gestimuleerd. Mogelijk komt dit door onbekendheid van dit onderwerp en onvoldoende scholing.

Bijdrage richting de praktijk

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten, reflectie en conclusie van dit praktijk gericht onderzoek, kwaliteitsvernieuwingen, aanbevelingen en bijdrage richting de praktijk beschreven. Er wordt kritisch gereflecteerd op de gemaakte keuzes ten aanzien van deze bijdrage.

Vooraf

Naar aanleiding van de resultaten, reflectie en conclusie zijn een aantal acties uitgevoerd en aanbevelingen gedaan in overleg met de opdrachtgever.

1^e bijdrage richting de praktijk: presentatie op de afdeling

Op de afdeling Intensive Care, geeft de onderzoeker een presentatie gegeven over dit praktijk gericht onderzoek waarin de uitvoering, bevindingen en aanbevelingen worden gedeeld. Hiermee wordt bewustwording en draagvlak gecreëerd voor het onderwerp en vervolg door het team. Het creëren van draagvlak wordt door Wensing & Grol (2017) beschreven als essentieel kenmerk om een verandering in de zorg teweeg te brengen. Echter zal niet het gehele team aanwezig kunnen zijn bij deze presentatie waardoor ervoor is gekozen om de presentatie en het geanonimiseerde onderzoeksverslag beschikbaar te stellen voor alle werknemers op de IC. Nadat de presentatie heeft plaatsgevonden wordt in het wekelijkse Journaal een stukje geschreven en vermeld onder het kopje 'verplicht lezen'. In dit geschreven stuk wordt benoemd waar de presentatie en het geanonimiseerde verslag terug te vinden is op de schijf in de computer. Op deze schijf is een bibliotheek omgeving ontwikkeld door de werkgroep kwaliteit met daarin alle verpleegkundige onderzoeken die uitgevoerd zijn op de IC. Het doel hiervan is om zoveel mogelijk collega's te bereiken en daarmee het draagvlak te vergroten.

2^e bijdrage richting de praktijk: presentatie symposium ziekenhuis breed

Binnen het Viecuri Medisch Centrum vind jaarlijks een symposium plaats waarin ziekenhuis breed alle verpleegkundige onderzoeken die zijn uitgevoerd worden gedeeld en gepresenteerd. Een symposium is een informatieve bijeenkomst waar deelnemers expliciet naartoe komen voor het uitwisselen van kennis, zich te verdiepen in bepaalde materie, discussiëren met collega's en het onderhouden van contacten. Tijdens het symposium wordt de mogelijkheid geboden om te luisteren en te spreken over de nieuwste ontwikkelingen binnen het betreffende vakgebied. Er wordt dan ook ruimte gegeven voor vraag en antwoord (Congrescentrum Spant, 2022). Alle werknemers binnen het ziekenhuis worden hiervoor uitgenodigd en deelname is vrijwillig. De onderzoeker heeft zich hiervoor opgegeven om dit praktijk gericht onderzoek te presenteren en vragen van deelnemers te beantwoorden, zodat ook hier het onderzoek gedragen en gehoord kan worden. Op deze manier wordt nog een grotere groep bereikt dan alleen de medewerkers van de afdeling IC.

3^e bijdrage richting de praktijk: overdracht werkgroep kwaliteit en ontwikkelen protocol

Er een overdrachtmoment plaatsgevonden naar de werkgroep kwaliteit op de afdeling IC, met als doel om te overleggen wat eventuele vervolgstappen kunnen zijn naar aanleiding van dit onderzoek. Tijdens dit overdrachtmoment is afgesproken dat de onderzoeker het geanonimiseerde onderzoeksverslag en presentatie overhandigd naar de werkgroep kwaliteit. Tijdens dit overleg is gesproken over de campagne die ziekenhuis breed is gevoerd over 'samen beslissen', welke aansluit op dit onderzoek. Overal door het ziekenhuis hangen posters van deze campagne. Samen met de werkgroep kwaliteit is besloten om telefonisch contact op te nemen met de contactpersoon van deze campagne, om lijntjes uit te zetten. Aan een van de IC-verpleegkundigen uit de werkgroep kwaliteit, heeft de onderzoeker aangewezen om het contact te onderhouden en hiervoor het aanspreekpunt te zijn. Deze IC-

verpleegkundige is lid van het Verpleegkundig Staf Bestuur (VSB) binnen het ziekenhuis. Het VSB functioneert als een zelfstandig adviesorgaan van de Raad van Bestuur voor verpleegkundige aangelegenheden. Het doel van het VSB is om namens de verpleegkundige beroepsgroep, verpleegkundige vraagstukken te behandelen voor verdere professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep (Viecuri Medisch Centrum, z.d.). Het contact tussen de IC-verpleegkundige en contactpersoon van de campagne samen beslissen, is nu over gegaan naar mailcontact voor het maken van een persoonlijke afspraak. De onderzoeker wordt te allen tijde meegenomen in de CC van deze mails. De werkgroep kwaliteit en de onderzoeker zijn samen tot het doel gekomen om een protocol te ontwikkelen, die mogelijk ziekenhuis breed getrokken kan worden waardoor het protocol ook zal gaan gelden voor de Standaard Verpleegafdelingen (SVA's). Het VSB heeft een groot bereik door heel het ziekenhuis, waardoor de IC-verpleegkundige de mogelijkheid heeft om dit uiteindelijk ziekenhuis breed te trekken. De onderzoeker gaat aansluitend aan dit praktijk gericht onderzoek, vijf maanden stagelopen op de afdeling. Tijdens deze stageperiode zal de onderzoeker deelnemen aan de werkgroep kwaliteit gericht op het SDM-proces. Bovengenoemde afspraken zijn in overleg met de werkgroep kwaliteit gemaakt om voort te borduren op dit onderzoek om een kwaliteitsslag te behalen (IC-verpleegkundigen, persoonlijke communicatie, 8 december 2022).

4^e bijdrage richting de praktijk: jaarplan

In overleg met de intensivist en medisch hoofd van de IC wordt naar aanleiding van dit onderzoek SDM vormgegeven in het jaarplan. Een jaarplan is een plan voor komend jaar. Hierin worden de doelstelling beschreven en hoe deze doelen bijdragen aan de langere termijn doelstellingen voor het team en de organisatie. Ook wordt beschreven hoe dit doel bereikt gaat worden en welke middelen hiervoor nodig zijn. Door het opstellen van een jaarplan weet je waar je staat en wat er nodig is voor het team en de organisatie om verder door te ontwikkelen en te groeien. Het is de strategie voor het komende jaar (Verhoeff, 2022). Het doel dat is beschreven in het jaarplan luidt als volgt "hoe kan de familie/patiënt betrokken worden bij de zorgverlening met als doel het verkorten van de ligduur op de IC". Om dit doel te bereiken vinden overleggen plaats binnen het team. Dit onderzoek wordt mee genomen tijdens de overleggen om het doel te bereiken (Intensivist en medisch hoofd IC, persoonlijke communicatie, 7 december 2022). Vanuit dit onderzoek is gebleken dat SDM niet behandeld wordt tijdens de IC opleiding en de meerderheid niet bekend is met SDM of hier nog nooit van heeft gehoord. Echter zou SDM een vaste plek in het onderwijs van alle zorgprofessionals moeten hebben en natuurlijk in professionele standaarden en richtlijnen voor medici, paramedici en verpleegkundigen (Brooks et al., 2017; Vermeulen, 2015). In onderzoek van Friesen et al., (2015) is gebleken dat verpleegkundigen training geven in gedeelde besluitvorming en hen helpen een patiëntgerichte houding te verwerven, het gebruik van SDM door verpleegkundigen aanzienlijk verbeterd zou kunnen worden en dit cruciaal is voor een juiste implementatie van SDM voor de verpleegkundige. Om uiteindelijk scholingen te kunnen geven, zal eerst een protocol ontwikkeld moeten worden.

Aanbeveling: vervolgonderzoek implementatie

Dit onderzoek heeft breed in kaart gebracht hoe Shared Decision Making op de afdeling wordt vormgegeven door BAZ en IC-verpleegkundigen. Hierbij zijn ervaringen van de verpleegkundigen, belemmerende en bevorderende factoren m.b.t. het SDM-proces in kaart gebracht en is onderzocht hoe de patiënt (of familie/naasten) wordt betrokken bij de zorgverlening. Het onderwerp en de resultaten van dit onderzoek leent zich voor vervolgonderzoek. Het is van belang dat vervolgonderzoek plaatsvindt naar de aanpak van belemmerende factoren en implementatie van SDM.

Boven genoemde acties en aanbevelingen voor de bijdrage richting de praktijk hebben meerwaarde voor de verdere professionalisering van de afdeling IC en is haalbaar. Er is geen budget aan verbonden.

De bijdrage richting de praktijk is in goed overleg gegaan met de opdrachtgever en diens verwachtingen. Er heeft een evaluatie en feedbackmoment plaatsgevonden waarin de opdrachtgever heeft aangegeven dat de bijdrage richting de praktijk aansluit bij de verwachtingen en het team. *“Wat betreft de haalbaarheid van de borging in de praktijk wordt initiatief genomen om dit verder op te pakken. Complimenten over de communicatie en het betrekken van collega’s uit het team bij het onderzoek. Ondanks dat het om een groot team gaat heeft ze dit netjes gedaan. Hiermee levert Kim een bijdrage aan de verdere professionalisering en ontwikkeling van de IC”* (Opdrachtgever/praktijk coördinator IC, persoonlijke communicatie, 14 december 2022).

Uitvoer en vervolg

Deze bijdrage richting de praktijk zorgt voor een verbeterslag en verdere professionalisering van de IC. Dit onderzoek zorgt voor vernieuwing van de beroepspraktijk doordat SDM een nog redelijk onbekend onderwerp is op de werkvloer vanuit het verpleegkundig perspectief. De bijdrage is toepasbaar in de nabije toekomst en er zal wat tijd overheen gaan voordat er echt aangezet kan worden tot implementatie en verandering van werkwijze op de werkvloer. Deze bijdrage is meer dan een eenmalige losse actie, doordat er veel tijd is besteed aan de overdracht en borging hiervan. SDM staat beschreven in het jaarplan en er heeft intensief overleg plaatsgevonden met de werkgroep kwaliteit waar tot consensus is gekomen dat het doel voor komend jaar is, een protocol te ontwikkelen m.b.t. SDM voor verpleegkundigen. Doordat de onderzoeker hier zelf aan deel zal nemen gedurende de stageperiode, is de borging en doorontwikkeling optimaal. Het doel van deze bijdrage richting de praktijk is stapsgewijs toewerken naar een duurzame verandering. Doordat dit onderzoek mogelijk ook op andere SVA’s toegepast kan worden en deze afdelingen bereikt kunnen worden via het VSB, levert dit ook een bijdrage aan de kwaliteit van zorg ziekenhuis breed.

Reflectie

Als er wordt gereflecteerd op de bijdrage richting de praktijk en de gemaakte keuzes, heeft de onderzoeker geprobeerd om zo goed mogelijk aan te sluiten op de verwachtingen van de opdrachtgever en het team. Hierbij is voornamelijk gekeken naar de haalbaarheid en borging van de bijdrage. De uitvoering van deze bijdragen zijn prima verlopen. Er is tijd genomen voor de voorbereidingen en het geven van de presentaties met voldoende ruimte voor vragen. Er is ruim de tijd genomen voor de overdracht van dit onderzoek naar de werkgroep kwaliteit en de intensivist en medisch hoofd van de IC. De verpleegkundigen van de werkgroep kwaliteit zijn geënthousiasmeerd over SDM en de bevindingen uit dit onderzoek. Hiermee is draagvlak gecreëerd voor de bijdrage richting de praktijk. De samenwerking met de werkgroep kwaliteit heeft de onderzoeker als prettig ervaren. Er is te allen tijden gezorgd voor terugkoppeling, evaluatie en feedbackmomenten met de opdrachtgever m.b.t. de bijdrage richting de praktijk en de uitvoering hiervan.

Als er wordt gekeken naar het vervolg van deze bijdrage in de nabije toekomst, valt nog niet te zeggen of er daadwerkelijk tot een protocol gekomen kan worden voordat vervolgonderzoek is gedaan. Vervolgonderzoek is nodig om te kijken naar de best passende implementatie op de werkvloer. Een ding dat wel vast staat, is dat er gekeken gaat worden hoe de patiënt en/of familie/naasten betrokken kunnen worden bij de zorgverlening. Dit is een waardevolle bijdrage en verhoogt de kwaliteit van zorg.

Literatuurlijst

- Avans Hogeschool. (2022, 12 september). *LibGuides: Verpleegkunde: informatiebronnen & zoeken: Databanken*. XPLORA DIGIPLEIN. Geraadpleegd op 17 september 2022, van <https://avans.libguides.com/Verpleegkunde-zoeken/Databanken>
- Baarda, D. B. (2019, 1 januari). *Dit is onderzoek!*. (3de editie). Noordhoff.
<https://www.bookspot.nl/images/active/InkijkPDF/eboekhuis/9789001895457.pdf>
- Benders, L. (2022, 26 augustus). *Validiteit en betrouwbaarheid vaststellen in je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 9 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-en-betrouwbaarheid-vaststellen-scriptie/>
- Bosslet, G. T. & Torke, A. M. (2015, januari). Factors Associated With Family Satisfaction With End-of-Life Care in the ICU. *Chest*, 147(1), 82–93. <https://doi.org/10.1378/chest.14-1098>
- Brooks, L., Manias, E. & Nicholson, P. (2017, juli). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. *AJCC American Journal of Critical Care*, 26(4), 336–341.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>
- Celious, A., Kennedy, C. R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V. & Freeman, B. D. (2014, april). Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.008>
- Congrescentrum Spant. (2022, 22 maart). *Symposium organiseren - Wij maken uw Symposium bijzonder*. Geraadpleegd op 18 december 2022, van <https://www.spantcongrescentrum.nl/bijeenkomsten/symposium-organiseren/>
- Dingemanse, K. (2021, 26 oktober). *Observatie als onderzoeksmethode in je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 9 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observaties/>

EBSCO Health. (z.d.). Het gebruik van CINAHL-/MeSH-headings. In *EBSCO Health*.

Geraadpleegd op 17 september 2022, van https://www.ebsco.com/e/files/assets-blogs/Het_gebruik_van_CINAHL_-_MeSH-headings.pdf

Elwyn, G., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., Barry, M. & Frosch, D. (2012, 23 mei). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Faber, M., Harmsen, van der Burg, S. & van der Weijden, T. (2013). Gezamenlijke besluitvorming & zelfmanagement. In *IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare*. IQ Healthcare. Geraadpleegd op 14 december 2022, van https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2013/06/20/achtergrondstudie-gezamenlijkebesluitvorming-en-zelfmanagement/Achtergrondstudie_Gezamenlijkebesluitvorming_en_Zelfmanagement.pdf

Friesen-Storms, J. H., Bours, G. J., van der Weijden, T., & Beurskens, A. J. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *International journal of nursing studies*, 52(1), 393–402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012>

Gainer, R., Curran, J., Buth, K., David, J., Légaré, J.-F. L. & Hirsch, G. (2017, juli). Toward Optimal Decision Making among Vulnerable Patients Referred for Cardiac Surgery: A Qualitative Analysis of Patient and Provider Perspectives. *Medical Decision Making*, 37(5), 600–610. <https://doi.org/10.1177/0272989X16675338>

Galletti, A. & Huynh, M. (2020, 1 december). Enhancing Communication With Family Members in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Study. *Critical Care Nurse*, 40(6), 23–32. <https://doi.org/10.4037/ccn2020595>

Geloofwaardigheid in kwalitatief onderzoek. (2021, 23 april). MyResearchMentor. Geraadpleegd op 15 oktober 2022, van <https://myresearchmentor.nl/geloofwaardigheid-in-kwalitatief-onderzoek/>

Instituut gezond leven. (z.d.). *Observaties*. Gezond leven. Geraadpleegd op 7 oktober 2022, van https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/Leidraad_EHB_observaties.pdf

Intensive Care. (2022, 7 juli). IC Connect. Geraadpleegd op 28 september 2022, van <https://icconnect.nl/op-de-ic/over-de-ic/intensive-care/>

KNMG. (2021, 2 juli). *Rechten minderjarigen*. Geraadpleegd op 17 september 2022, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/rechten-minderjarigen.htm>

Kort, E. (2021, 16 maart). *Geeltjes Methode*. BrownPaperSessie.nl. Geraadpleegd op 9 oktober 2022, van <https://brownpapersessie.nl/geeltjes-methode/>

Leget, C. (2017, 12 mei). Gezamenlijke besluitvorming. *Bijzijn XL*, 10(5), 17–17. <https://doi.org/10.1007/s12632-017-0046-3>

Merkus, J. (2021, 22 april). *Reproduceerbaarheid, repliceerbaarheid en herhaalbaarheid*. Scribbr. Geraadpleegd op 9 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/reproduceerbaarheid-repliceerbaarheid/>

Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. *TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 128(6), 40–43. <https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0>

Observatie als onderzoeksmethode in je scriptie. (2021, 26 oktober). Scribbr. Geraadpleegd op 7 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observaties/>

Observeren. (z.d.). Afstudeergoeroes. Geraadpleegd op 9 oktober 2022, van <https://www.afstudeergoeroes.nl/onderzoek-en-afstuderen/onderzoek/observeren/>

Radboud Universiteit. (2022, 19 juli). *LibGuides: PubMed: MeSH*. Universiteitsbibliotheek. Geraadpleegd op 17 september 2022, van <https://libguides.ru.nl/PubMed/MeSH>

Raats, I. (2019). *Handleiding focusgroepen*. Raats voor mensgerichte zorg. Geraadpleegd op 7 oktober 2022, van https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_-tg.pdf

- Sassen, B. (2018). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten* (8ste editie, p. 87). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum
- Scribbr. (2022, 3 oktober). *Observer Bias | Definition, Examples, Prevention*. Scribbr. Geraadpleegd op 7 oktober 2022, van <https://www.scribbr.com/research-bias/observer-bias/>
- Spekkink, A. (2016, 26 februari). Schijnwerkelijkheid. *Pallium*, 18(1), 18–21. <https://doi.org/10.1007/s12479-016-0011-1>
- Springer Link. (z.d.). *Springer Link*. Springer Link. Geraadpleegd op 17 september 2022, van <https://link.springer.com.ezproxy.avans.nl/>
- Struijs, A. & Jongsma, K. (2011). *Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt - normatieve achtergrond*. Centrum voor ethiek en gezondheid. Geraadpleegd op 21 september 2022, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-012-2077-6.pdf>
- Swaen, B. (2022, 26 augustus). *Betrouwbaarheid in je scriptie | Voorkom willekeurige fouten*. Scribbr. Geraadpleegd op 13 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/betrouwbaarheid/>
- Swaen, B. & Merkus, J. (2021, 26 oktober). *Hoe beoordeel je de kwaliteit van een scriptieonderzoek?* Scribbr. Geraadpleegd op 13 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/beoordelen-kwaliteit-onderzoek/>
- Truglio-Londrigan, M. & Slyer, J. T. (2018, 22 januari). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *The Open Nursing Journal*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010001>
- Universiteit Gent. (2022, 25 augustus). *Zoeken: Booleaanse operatoren | (onder)zoektips*. (onder)zoektips. Geraadpleegd op 15 september 2022, van <https://onderzoektips.ugent.be/nl/tips/00001841/>
- Universiteit Utrecht. (2022, 14 september). *LibGuides: Evidence Based Practice (EBP) in de praktijk: PubMed*. Universiteitsbibliotheek - LibGuides. Geraadpleegd op 17 september 2022, van <https://libguides.library.uu.nl/c.php?g=202225&p=1330856>

- van Dartel, H. (2017, 21 augustus). Column Hans van Dartel: Gezamenlijke besluitvorming. *TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(4), 45–45. <https://doi.org/10.1007/s41184-017-0086-y>
- van den Boogaard, M., van der Hoeven, J. & Zegers, M. (2021, augustus). Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 11(8), e050134. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050134>
- Verhoeff, E. (2022, 6 oktober). *Jaarplan maken: Hoe maak je gedragen jaarplannen?* Start2Create. Geraadpleegd op 18 december 2022, van <https://www.start2create.nl/jaarplannen/>
- Verhoef, J., Munten, G., Kuiper, C. & Staa, A. L. (2020, 16 juli). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (5de editie). Boom Lemma.
- Vermeulen, H. (2015, 23 augustus). Shared decision-making vast onderdeel in evidence-based richtlijnen. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 13(3), 7–10. <https://doi.org/10.1007/s12468-015-0024-3>
- Viecuri Medisch Centrum. (z.d.). *Castor Study Management System*. Castor SMS. Geraadpleegd op 30 september 2022, van <https://viecuri.castorsms.com/user/login#studies>
- Viecuri Medisch Centrum. (z.d.). *Over VieCuri*. Geraadpleegd op 17 december 2022, van <https://www.viecuri.nl/over-viecuri/bestuur-en-advies-raden/verpleegkundig-stafbestuur/>
- Wat is het Hawthorne-effect?* (2021, 28 oktober). Scribbr. Geraadpleegd op 7 oktober 2022, van <https://www.scribbr.nl/veel-gestelde-vragen/wat-is-het-hawthorne-effect/>
- Wensing, M. J. P., & Grol, R. P. T. M. (2017). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Zorginzicht. (2013). Richtlijnen en shared decision making in de praktijk. In *Zorginzicht*. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 21 september 2022, van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijnen+en+shared+decision+making+in+de+praktijk.pdf>

Bijlagen

Bijlage I – Observatielijst

Shared Decision Making (SDM) vanuit het verpleegkundig perspectief tijdens de patiëntenzorg op de Intensive Care

Methode observatie onderzoek	
Observatievraag	“Hoe wordt Shared <i>Decision</i> Making vanuit het verpleegkundig perspectief op de afdeling Intensive Care in <i>Viecuri</i> Medisch Centrum door BAZ/IC-verpleegkundigen tijdens de dagelijkse patiëntenzorg vormgegeven?”
Deelvraag	“Hoe worden patiënten (of familie/naasten) betrokken bij Shared <i>Decision</i> Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?”
Onderzoekspopulatie	Gediplomeerde BAZ- en IC-verpleegkundigen
Patiëntencategorie	RASS-score +1, 0 en -1
Observatie methode	Gestructureerde observatie Participerende (intensieve) observatie
Veld rol onderzoeker	Combinatie van: • De onderzoeksrol • De praktijkrol • De persoonlijke rol

Toestemming vragen

Voorafgaand aan de observatie wordt mondeling toestemming gevraagd aan de IC-patiënt en de BAZ/IC-verpleegkundige. De patiënt wordt mondeling aan bed gevraagd of de onderzoeker mee mag kijken tijdens de zorgverlening. Dit wordt mondeling gedaan aangezien het invullen van een toestemmingsformulier niet nodig is bij observatie onderzoek. Het invullen en ondertekenen van toestemmingsformulier is te belastend voor de IC-patiënt. De gegevens van de observatie worden geheel anoniem verwerkt en dit wordt voorafgaand aan de observatie duidelijk benoemd.

1. Truglio-Londrigan, M. & Slyer, J. T. (2018, 22 januari). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *The Open Nursing Journal*, 12(1), 1–14.
<https://doi.org/10.2174/1874434601812010001>
2. Pharos, Nivel & Goed Begrepen. (2020, november). Observatielijst samen beslissen. In *Pharos*. Pharos. Geraadpleegd op 22 oktober 2022, van <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2020/11/Observatielijst-samen-beslissen.pdf>
3. Mulder, S., Poldervaart, M., Bertrams van Lieshout, M. & Van Vliet, C. (2018, 18 december). Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. *TVZ - Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 128(6), 40–43. <https://doi.org/10.1007/s41184-018-0209-0>

Observatielijst	
Observatie	Shared Decision Making vanuit het verpleegkundig perspectief tijdens de patiëntenzorg op de Intensive Care
Datum	
Tijdstip	
Locatie	Viecuri Medisch Centrum, afdeling Intensive Care
Geobserveerde	
Patiëntencategorie	
Observator	Kim Dirven

Elk item van de observatiepunten wordt beoordeeld met: ja (J), nee (N), weet niet (I) of niet van toepassing (NVT). Deze punten worden gehanteerd om inzicht te krijgen in hoe het proces nu verloopt op de afdeling. Nadat de observatie heeft plaatsgevonden en is uitgewerkt, vind analyse plaats van de gegevens. Elk observatiepunt uit de observatielijst wordt dan beoordeeld met vasthouden (VA), verbeteren (VE) of niet uitgevoerd (NU). Deze punten worden gehanteerd om inzicht te krijgen in wat er al goed gaat in het SDM-proces, wat er nog verbeterd moet worden en wat er nog onder de aandacht moet worden gebracht.

Categorie	Subcategorie	Observatiepunten	J	N	I	NVT
Communicatie en het opbouwen van relaties Stappen: Kennen en erkennen	Relatie opbouwen van vertrouwen en respect	-Patiënt wordt door de verpleegkundige uitgenodigd voor deelname aan SDM Toelichting: -Patiënt wordt door de verpleegkundige aangemoedigd voor deelname aan SDM Toelichting: -De verpleegkundige gaat na of de patiënt kan deelnemen aan beslissen over de zorgverlening Toelichting: -De verpleegkundige toont interesse in de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige geeft de patiënt ruimte om te vragen Toelichting:				
	Informatie uitwisseling	-De verpleegkundige zet communicatieve vaardigheden verbaal en non-verbaal in Toelichting: -De verpleegkundige sluit aan bij niveau/kennis van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige heeft aandacht voor emoties van patiënt Toelichting: -De verpleegkundige gebruikt begrijpelijk taalgebruik, geen jargon Toelichting: -De verpleegkundige vraagt actief naar de gevoelens van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige vraagt actief naar de voorkeuren van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige vraagt actief naar de wensen van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige luistert actief naar de gevoelens van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige luistert actief naar de voorkeuren van de patiënt Toelichting:				

		-De verpleegkundige luistert actie naar de wensen van de patiënt Toelichting: -De patiënt krijgt de mogelijkheid om zijn/haar inbreng te geven (in hoeverre dit mogelijk is) Toelichting: -Structureren en prioriteren: de verpleegkundige verstrekt de juiste hoeveelheid informatie in behapbare brokken Toelichting: -De verpleegkundige beperkt de hoeveelheid informatie tot de meest relevante punten Toelichting: -De verpleegkundige overvraagt de patiënt niet Toelichting: -Expertise (EBP) van de verpleegkundige wordt ingezet om de patiënt optimaal te voorzien van betrouwbare informatie Toelichting: -De verpleegkundige legt uit waar keuze van afhangt Toelichting: -De verpleegkundige legt uit waarom de inbreng van de patiënt bij beslissen belangrijk is Toelichting: -De verpleegkundige legt uit dat de patiënt wordt geholpen en begeleid bij het beslissen Toelichting: -De verpleegkundige vat belangrijke punten samen en herhaalt deze (maar niet meer dan twee, dit is te belastend) Toelichting:				
	Context	-De verpleegkundige betreft de patiënt actief in de besluitvorming Toelichting: -De verpleegkundige betreft eventueel familie/naasten bij de besluitvorming (hoeft niet) Toelichting: -De verpleegkundige rapporteert afspraken/voortgang/punten met betrekking tot het SDM-proces in het EPD Toelichting:				
Toelichting observatie:						
Werken aan SDM Stappen: Verkennen en besluiten	Balans vinden	-De verpleegkundige zoekt samen met patiënt naar evenwicht tussen het nemen van beslissingen d.m.v. praten, openheid en/of informatievoorziening Toelichting: -De verpleegkundige draagt verschillende zorgmogelijkheden aan op een voor de patiënt begrijpelijke manier Toelichting: -De verpleegkundige verteld de voor- en nadelen met betrekking tot de zorgmogelijkheden op een niet-sturend en concrete manier Toelichting:				

		-De verpleegkundige checkt (tussentijds) of informatie is begrepen d.m.v. de terugvraagmethode (in hoeverre dit mogelijk is) Toelichting: -De verpleegkundige benoemt zo concreet mogelijk de verwachtingen en doelen van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige begeleidt de patiënt bij de verkregen informatie Toelichting: -De verpleegkundige herhaalt zo nodig de gegeven informatie Toelichting:				
	Beslissen	-De verpleegkundige vat opties, voorkeuren en overwegingen samen Toelichting: -De verpleegkundige gaat na of de patiënt kan deelnemen aan beslissen over de zorgverlening Toelichting: -De verpleegkundige vraagt na of de patiënt wil deelnemen aan beslissen over de zorgverlening Toelichting: -De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt Toelichting: -De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de waarden van de patiënt Toelichting: -De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de patiënt Toelichting: -Als patiënt advies van verpleegkundige vraagt: de verpleegkundige onderbouwt zijn/haar advies met de besproken wensen en voorkeuren van de patiënt Toelichting: -De verpleegkundige overlegt en/of onderhandelt met de patiënt (indien nodig) om samen tot een weloverwogen beslissing te komen Toelichting: -De verpleegkundige moedigt de patiënt aan om een beslissing te nemen Toelichting:				
Toelichting observatie:						
Actie voor SDM Stappen: Handelen en evalueren	Actie ondernemen op de beslissing	-De verpleegkundige voert actie uit met en/of voor de patiënt a.d.h.v. SDM Toelichting:				
	Verpleegkundige evalueert de beslissing	-De verpleegkundige evalueert de beslissing d.m.v. een korte mondelinge evaluatie Toelichting:				
Toelichting observatie:						



Informatieblad Onderzoek

Doel van onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een 4e jaars HBO-verpleegkunde student van Avans Hogeschool. Het doel van dit onderzoek is dat aan het eind van dit onderzoek in Januari 2023, aanbevelingen zijn beschreven over hoe Shared Decision Making (gezamenlijke besluitvorming) vanuit het verpleegkundig perspectief verbeterd kan worden op de afdeling Intensive Care door BAZ/IC-verpleegkundigen. Dit wordt gedaan door te kijken naar hoe dit proces nu verloopt op de afdeling en wat de ervaringen zijn van BAZ/IC-verpleegkundigen bij het betrekken van patiënten (of familie/naasten) tijdens de dagelijkse patiëntenzorg waarbij bevorderende en belemmerende factoren in kaart worden gebracht.

Onderzoek

De student zal u interviewen in de vorm van een focusgroep over de ervaringen en bevorderende/belemmerende factoren met betrekking tot Shared Decision Making (gezamenlijke besluitvorming) tijdens de patiëntenzorg. Een focusgroep is een groepsinterview met meerdere personen (minimaal zes, maximaal tien). De focusgroep wordt opgenomen d.m.v. een geluidsopname. De focusgroep duurt maximaal 45 minuten. Na afloop wordt de focusgroep samengevat a.d.h.v. de geluidsopname. De geluidsopname wordt na afloop van het samenvatten en de verwerking van de gegevens verwijderd.

Vergoeding

U ontvangt geen vergoeding voor deelname aan de focusgroep maar de focusgroep wordt wel georganiseerd tijdens werktijd. Ik zou het leuk vinden als u uw ervaringen met mij wil delen.

Vertrouwelijkheid

De focusgroep is vertrouwelijk en wordt verwerkt in een anoniem verslag (zonder uw naam). De gegevens zijn alleen toegankelijk voor de onderzoeker. De geluidsopname zal gedurende maximaal twee weken worden bewaard en wordt daarna verwijderd. Het uitgetypte verslag van het gesprek zal zonder persoonsgegevens bewaard worden op een beveiligde digitale omgeving.

Geloofwaardigheid

Om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verhogen wordt memberchecking toegepast. Dit houdt in dat de samenvatting van de focusgroep door de onderzoeker wordt verstuurd naar de participanten die hebben deelgenomen aan de focusgroep. Het doel van een membercheck is om te controleren of de participant de samenvatting erkent en het hier mee eens is. Hierbij krijgt de participant de kans om misinterpretaties te corrigeren en wordt gestimuleerd om aanvullende informatie te geven.

Vrijwilligheid

Deelname aan de focusgroep is geheel vrijwillig. U kunt voorafgaand of tijdens de focusgroep stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven. Tijdens de focusgroep stelt de onderzoeker alleen vragen die voor het onderzoek van belang zijn. U hoeft geen vragen te beantwoorden, als u dat niet wilt.

Toestemmingsformulier Praktijk Gericht Onderzoek

Door dit formulier te ondertekenen, bevestig ik het volgende:

- Ik ben volledig geïnformeerd over het onderzoek;
- Ik neem volledig vrijwillig deel aan het onderzoek;
- Ik geef toestemming om de focusgroep op te nemen;
- Ik begrijp dat ik op elk moment kan stoppen zonder hiervoor een reden op te geven;
- Ik begrijp dat de focusgroep anoniem wordt verwerkt, zodat de informatie niet te herleiden is naar mij;
- Ik geef toestemming voor het bewaren van het geanonimiseerde verslag;
- Ik geef toestemming dat de resultaten van de focusgroep mag worden gebruikt in een onderzoeksverslag.

Datum:

.....

Datum:

.....

Naam deelnemer:

.....

Naam onderzoeker:

.....

Handtekening:

.....

Handtekening:

.....

Topiclijst focusgroep

Onderzoeksvraag

“Hoe wordt Shared *Decision Making* vanuit het verpleegkundig perspectief op de afdeling Intensive Care in *Viecuri* Medisch Centrum door BAZ/IC-verpleegkundigen tijdens de dagelijkse patiëntenzorg vormgegeven?”

Deelvragen

- “Hoe ervaren BAZ/IC-verpleegkundigen op de afdeling Intensive Care Shared *Decision Making* tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?”
- “Welke belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief spelen een rol bij Shared *Decision Making* tijdens de dagelijkse patiëntenzorg op de afdeling Intensive Care?”

Doel focusgroep

Het doel van de focusgroep is het verkennen en inventariseren van meningen, ideeën, attitudes en denkwijze over Shared *Decision Making*. Het gaat om de interactie tussen participanten. Interactie wordt gestimuleerd omdat onderzoeker reactie en input wil. Het moet een gesprek/discussie worden. Iedereen mag zijn mening geven over verschillende onderwerpen. Belangrijk is dat de discussie prettig verloopt.

- Aantal participanten → minimaal 6 tot maximaal 10/12
- Onderzoekspopulatie → een homogeen samengestelde groep > gelijkwaardigheid in de groep is belangrijk
- Wat is het onderwerp van deze focusgroep? → Shared *Decision Making* vanuit het verpleegkundig perspectief tijdens de patiëntenzorg op de Intensive Care
- Welke informatie wil ik hebben?
 - Ervaringen BAZ/IC-verpleegkundige m.b.t. SDM
 - Belemmerende/bevorderende factoren m.b.t. SDM
 - Eventueel uitkomsten uit observaties meenemen

Benodigdheden focusgroep

- Voldoende informed consent formulieren
- Audio-recorder/telefoon
- Benodigdheden voor de geeltjesmethode
 - Voldoende stiften/pennen
 - Post-its
 - Flap-over
 - Standaard waar de poster op gehangen kan worden
- Snacks voor de deelnemers
 - Koekjes/cake
 - Koffie/thee/andere dranken

Taak gespreksleider

- Goede voorbereiding
- Thema introduceren
- Gespreksregels bespreken en vaststellen
- Gesprek in goede banen leiden, gefocust houden
- Gesprek verdiepen > doorvragen
- Steeds tussentijds samenvatting geven van het gesprek
- Formuleren van conclusies
- Nagaan of deze gedeeld worden
- Rustig, begrijpelijk en verstaanbaar maken

- Neutraal reageren (let ook op eigen non-verbaal gedrag): geen afkeuring of goedkeuring
- Geef nooit een eigen mening en ga nooit in de verdediging
- Begeleidt de groep met zachte hand
- Leidt de groep terug naar het onderwerp als de groep te ver dreigt af te dwalen
- Zorg dat de overgang naar een volgend onderwerp vloeiend verloopt en hou de groep enthousiast
- Nieuwsgierigheid naar het onderwerp en de deelnemers van de groep is noodzakelijk
- Respecteer de deelnemers van de groep, geloof erin dat leden van de groep zinnige dingen zeggen ongeacht hun opleidingsniveau, ervaring of achtergrond
- Wees vriendelijk en gevoel voor humor is belangrijk
- Maak een gesprekshandleiding

Opening – algemeen

- Iedereen welkom heten, bedanken voor komst
- Voorstellen van gespreksleider en onderzoeker
- Doel van de bijeenkomst > Onderwerp en doel van de bijeenkomst kort toelichten. Zeg dat je geïnteresseerd bent in de ervaringen en meningen van de deelnemers in relatie tot het onderwerp en dat deze belangrijk zijn voor kwaliteitsverbetering of beleidsontwikkeling
- Huishoudelijke zaken
 - Maken van geluidsopname > toestemming vragen
 - Niet door elkaar praten, luister met respect naar elkaar en je hoeft het niet met elkaar eens te zijn
 - Alles wat in je opkomt mag gezegd worden (positief en negatief)
 - Mobiele telefoons graag op stil
 - Geen pauze, graag van tevoren naar toilet
 - Duur bijeenkomst > 45 minuten
 - Ondertekenen Informed Consent + toestemmingsformulier membercheck

Geeltjes methode/werkwijze tijdens de focusgroep

Vragen worden beantwoord d.m.v. de geeltjesmethode. Met als hoofdvraag wat de ervaringen zijn van BAZ/IC-verpleegkundigen met Shared Decision Making tijdens de dagelijkse patiëntenzorg en welke belemmerende en bevorderende factoren hierbij een rol spelen. Er wordt een splitsing gemaakt in de belemmerende en bevorderende factoren. De deelnemers krijgen 2 minuten de tijd om alles op te schrijven waarbij ze hier dan aan moeten denken.

Hierna zal de onderzoeker samen met de deelnemers de geeltjes clusteren in de groepjes om te zien of er overeenkomsten zijn. In 10 minuten tijd zal de onderzoeker de uitkomsten bespreken. Dingen die nog niet op de geeltjes staan, maar wel tijdens het gesprek worden benoemd worden er nog door de onderzoeker bijgeplakt.

Gesprekshandleiding focusgroep

Wat?	Vragen	Tijdsduur (min.)
Opening	Algemeen: opening door gespreksleider -Welkom heten, bedanken voor komst -Mezelf voorstellen -Doel focusgroep benoemen -Onderwerp toelichten -Huishoudelijke zaken benoemen (Geluidsopname, niet door elkaar praten, respect, hoeft het niet met elkaar eens te zijn, telefoons op stil, geen pauze, ondertekenen toestemmingsformulier)	5
Introductie	Kennismakingsrondje: -Naam -Achtergrond -Ben je bekend met SDM (gezamenlijke besluitvorming)?	5
Inleidende vraag	Hoe wordt SDM ervaren tijdens de dagelijkse patiëntenzorg? Hoe ervaren jullie het betrekken van patiënten tijdens de dagelijkse patiëntenzorg? <i>*Deelnemers de kans geven om te reflecteren op ervaringen die zij hebben met het onderwerp.</i>	10
Hoofdvraag	Wat zijn bevorderende factoren tijdens de uitvoering van SDM tijdens de dagelijkse patiëntenzorg? Wat gaat er goed tijdens het toepassen van SDM? <i>*2 minuten de tijd om bevorderende factoren op geeltjes te schrijven</i> <i>*Maximaal 10 minuten de tijd om geeltjes clusteren + bespreken</i>	10
Hoofdvraag	Wat zijn belemmerende factoren tijdens de uitvoering van SDM tijdens de dagelijkse patiëntenzorg? - Waar lopen jullie tegen aan? - Kunnen jullie hier voorbeelden van geven? <i>*2 minuten de tijd om belemmerende factoren op de geeltjes te schrijven</i> <i>*Maximaal 10 minuten de tijd om geeltjes te clusteren + bespreken</i>	10
Samenvatting	-Overzicht van behandelde vragen en antwoorden geven -Nog iets gemist? Toevoeging?	3
Afsluiting	-Bedanken voor deelname -Deelnemers de mogelijkheid bieden om te blijven hangen voor vragen -E-mail ter beschikking stellen voor mogelijk andere vragen en/of opmerkingen die later nog binnen schieten -Uitkomsten worden gecommuniceerd en membercheck wordt toegepast	2
		Totaal: 45 minuten

Handleiding gespreksleider mocht zich een probleem voordoen tijdens de focusgroep

Probleem	Reactie interviewer
Iemand weigert interview	Dring niet te veel aan, alleen als het heel moeilijk is een vervanger te vinden
Iemand weigert opname	Benadruk dat het alleen voor de onderzoeker is en later wordt gewist, zeg eventueel dat opname op verzoek even kan worden stilgezet
Er zijn derden aanwezig	Herinner aan afspraak dat alleen participanten mogen deelnemen die een uitnodiging hebben ontvangen
Derden storen per telefoon of fysiek	Opname stilzetten en gesprek later weer oppakken
Geïnterviewde vraagt waarom je aantekeningen maakt	Geef uitleg en laat eventueel zien wat je hebt opgeschreven
Geïnterviewde vraagt je mening	Niet op dat moment, eventueel na het interview
Geïnterviewde weidt te veel uit	Wacht geschikt moment af en onderbreek vriendelijk maar beslist
Geïnterviewde spreekt zichzelf tegen	Confronteer op een nette manier met tegenstrijdigheid, bijvoorbeeld met een samenvatting
Geïnterviewde is onzeker	Op gemak stellen
Geïnterviewde is geëmotioneerd	Toon medeleven, pauzeer en/of ga over op andere topic
Geïnterviewde neemt de leiding	Geef aan dat het om zijn mening gaat, maar dat jij bepaalt welke onderwerpen aan de orde komen
Geïnterviewde roept sterke gevoelens van sympathie en antipathie op	Probeer neutrale en aandachtige houding te bewaren
Je dreigt de controle te verliezen	Blijf rustig, kijk je aantekeningen na en probeer de draad weer op te pakken. Las eventueel een pauze in
Je hebt de neiging een waardeoordeel of advies te geven, of gaat van veronderstellingen uit	Blijf inhoudelijk neutraal, maar toon wel medeleven en begrip

Bijlage IV – Kwantitatieve gegevens analyse

Alle 7 observaties zijn samengevoegd in een observatielijst voor de kwantitatieve analyse van de gegevens. Elk item van de observatiepunten werden beoordeeld met: ja (J), nee (N), weet niet (I) of niet van toepassing (NVT). Bij mijlpaal 6 resultaten-reflectie-conclusie worden de belangrijkste observatiepunten uit de observatielijst beoordeeld met vasthouden (VA) en verbeteren (VE). Deze punten worden gehanteerd om inzicht te krijgen in wat er al goed gaat in het SDM-proces, wat er nog verbeterd kan worden en wat er nog onder de aandacht mag worden gebracht.

Categorie	Subcategorie	Observatiepunten	J	N	I	NVT
Communicatie en het opbouwen van relaties Stappen: Kennen en erkennen	Relatie opbouwen van vertrouwen en respect	-Patiënt wordt door de verpleegkundige uitgenodigd voor deelname aan SDM -Patiënt wordt door de verpleegkundige aangemoedigd voor deelname aan SDM -De verpleegkundige gaat na of de patiënt kan deelnemen aan beslissen over de zorgverlening -De verpleegkundige toont interesse in de patiënt -De verpleegkundige geeft de patiënt ruimte om te vragen	3 3 3 6 7	4 4 4 1		
	Bevindingen Communicatie en het opbouwen van relaties – Relatie opbouwen van vertrouwen en respect Uit de observaties is gebleken dat meer dan de helft, 4 van de 7 participanten, de patiënt niet heeft uitgenodigd en aangemoedigd voor deelname aan SDM. Uit 6 van de 7 observaties is gebleken dat de verpleegkundige interesse toont in de patiënt. Bij 1 verpleegkundige is dit niet gebeurd. De belangrijkste reden hiervoor was taalbarrière. De verpleegkundige kon zichzelf niet verstaanbaar maken voor de patiënt, waardoor geen gesprek heeft plaatsgevonden en er geen interesse in de patiënt werd getoond. Alle participanten hebben tijdens de observaties laten zien dat de patiënt genoeg ruimte krijgt voor het stellen van vragen.					
	Informatie uitwisseling	-De verpleegkundige zet communicatieve vaardigheden verbaal en non-verbaal in -De verpleegkundige sluit aan bij niveau/kennis van de patiënt -De verpleegkundige heeft aandacht voor emoties van patiënt -De verpleegkundige gebruikt begrijpelijk taalgebruik, geen jargon -De verpleegkundige vraagt actief naar de gevoelens van de patiënt -De verpleegkundige vraagt actief naar de voorkeuren van de patiënt -De verpleegkundige vraagt actief naar de wensen van de patiënt -De verpleegkundige luistert actief naar de gevoelens van de patiënt -De verpleegkundige luistert actief naar de voorkeuren van de patiënt -De verpleegkundige luistert actief naar de wensen van de patiënt -De patiënt krijgt de mogelijkheid om zijn/haar inbreng te geven (in hoeverre dit mogelijk is) -Structureren en prioriteren: de verpleegkundige verstrekt de juiste hoeveelheid informatie in behapbare brokken -De verpleegkundige beperkt de hoeveelheid informatie tot de meest relevante punten -De verpleegkundige overvraagt de patiënt niet -Expertise (EBP) van de verpleegkundige wordt ingezet om de patiënt optimaal te voorzien van betrouwbare informatie -De verpleegkundige legt uit waar keuze van afhangt -De verpleegkundige legt uit waarom de inbreng van de patiënt bij beslissen belangrijk is -De verpleegkundige legt uit dat de patiënt wordt geholpen en begeleid bij het beslissen -De verpleegkundige vat belangrijke punten samen en herhaalt deze (maar niet meer dan twee, dit is te belastend)	7 6 7 7 6 5 5 6 5 5 4 7 7 4 2 7 7 4		1	1 2 2 1 2 3 2 3 3
Bevindingen Communicatie en het opbouwen van relaties – Informatie uitwisseling Alle participanten sloten goed aan bij het niveau/kennis van de patiënt en er werd voldoende aandacht gegeven aan de emoties van de patiënt. De participanten namen hier de tijd voor. Tijdens communicatie met de patiënt werd begrijpelijk taalgebruik toegepast, door geen van de participanten werd jargon gebruikt.						

6 van de 7 participanten werd actief gevraagd en geluisterd naar de gevoelens van de patiënt. 1 participant deed dit niet, de geobserveerde reden hiervoor was taalbarrière. De verpleegkundige kon zich niet verstaanbaar maken tegenover de patiënt. 5 van de 7 participanten werd actief gevraagd en geluisterd naar de voorkeuren en wensen van de patiënt. 4 van de 7 patiënten kregen de mogelijkheid om zijn/haar inbreng te geven m.b.t. de zorgverlening. Alle participanten hebben op de juiste manier informatie gestructureerd en geprioriteerd. De juiste hoeveelheid informatie werd verstrekt in behapbare brokken en werd beperkt tot de meest relevante punten. Participanten hebben de patiënten niet overvraagd. 4 van de 6 participanten hebben de EBP expertise ingezet om de patiënt optimaal te voorzien van betrouwbare informatie. 2 van de 5 participanten hebben aan de patiënt uitgelegd waar de keuze vanaf hangt. Geen van de participanten hebben uitgelegd aan de patiënt waarom de inbreng bij beslissen belangrijk is en dat de patiënt wordt geholpen en begeleid bij het beslissen. 3 van de 7 participanten heeft belangrijke punten niet samengevat en herhaalt tijdens het SDM-proces.						
Context		-De verpleegkundige betreft de patiënt actief in de besluitvorming	4	3		7
		-De verpleegkundige betreft eventueel familie/naasten bij de besluitvorming (hoeft niet)				
		-De verpleegkundige rapporteert afspraken/voortgang/punten met betrekking tot het SDM-proces in het EPD		2	5	
Bevindingen						
Communicatie en het opbouwen van relaties – Context 4 van de 7 participanten hebben de patiënt actief betrokken bij het SDM-proces.						
Tijdens de observaties zijn geen familieleden of naasten betrokken geweest bij het SDM-proces tijdens de patiëntenzorg.						
Bij 5 van de 7 observaties is niet geobserveerd of de verpleegkundigen afspraken/voortgang of andere punten m.b.t. SDM-proces rapporteren in het EPD. Bij 2 observaties is dit wel gelukt, zij hebben bovengenoemde punten <u>niet</u> gerapporteerd in het EPD.						
Werken aan SDM Stappen: Verkennen en besluiten	Balans vinden	-De verpleegkundige zoekt samen met patiënt naar evenwicht tussen het nemen van beslissingen d.m.v. praten, openheid en/of informatievoorziening	3	4		
		-De verpleegkundige draagt verschillende zorgmogelijkheden aan op een voor de patiënt begrijpelijke manier	4	3		
		-De verpleegkundige verteld de voor- en nadelen met betrekking tot de zorgmogelijkheden op een niet-sturend en concrete manier	2	4	1	
		-De verpleegkundige checkt (tussentijds) of informatie is begrepen d.m.v. de terugvraagmethode (in hoeverre dit mogelijk is)	3	3	1	
		-De verpleegkundige benoemd zo concreet mogelijk de verwachtingen en doelen van de patiënt		7		
		-De verpleegkundige begeleidt de patiënt bij de verkregen informatie	4	3		
		-De verpleegkundige herhaalt zo nodig de gegeven informatie	4	3		
		Bevindingen				
Werken aan SDM – Balans vinden Bij 4 van de 7 participanten heeft de onderzoeker geobserveerd dat er <u>niet</u> samen naar evenwicht wordt gezocht m.b.t. het nemen van beslissingen. Er werd niet tot weinig gesproken met de patiënt over het nemen van beslissingen, de verpleegkundigen lieten hierin de regie te weinig bij de patiënt liggen en namen zelf de overhand. 3 verpleegkundigen hadden al een plan gemaakt voor de patiënt. Dit was dan geen voorstel waar de patiënt en verpleegkundige nog over in gesprek konden gaan, het plan werd medegedeeld en de patiënt had hierin geen zeggenschap.						
De meerderheid van de geobserveerde verpleegkundigen, 4 van de 7 participanten, dragen zorgmogelijkheden aan op een voor de patiënt begrijpelijke manier. Zij doen bijvoorbeeld een voorstel voor de patiëntenzorg en laten hierin de patiënt zelf of samen beslissen. Bij de 3 geobserveerde verpleegkundigen die geen zorgmogelijkheden aandroegen, heeft de onderzoeker geobserveerd dat de verpleegkundige dan zelf al een plan had gemaakt voor de patiënt en de patiënt hier in mee ging. De patiënt kreeg hierin niet de mogelijkheid om eigen inbreng te geven en zelf of in overleg met de verpleegkundige, beslissingen te nemen m.b.t. de zorgverlening.						
4 van de 6 geobserveerde verpleegkundigen hebben geen voor- en nadelen benoemd m.b.t. de verschillende zorgmogelijkheden. De 2 verpleegkundigen waarbij dit wel geobserveerd werd, werden de verschillende zorgmogelijkheden onderbouwt door aan de patiënt uit te leggen wat eventuele gevolgen kunnen zijn t.a.v. de verschillende zorgmogelijkheden.						
De helft van de geobserveerde verpleegkundigen vraagt regelmatig aan de patiënt of alle informatie begrepen is en of er nog vragen zijn. De andere helft van de verpleegkundige doet dit niet. Door geen van de verpleegkundige werd de terugvraagmethode toegepast.						
Geen van de geobserveerde verpleegkundigen hebben de verwachtingen en doelen van de patiënt concreet benoemd. Dit werd ook nergens genoteerd op bijvoorbeeld het whiteboard in de patiëntenkamer of op een dagschema.						

4 van de geobserveerde verpleegkundigen begeleiden de patiënt bij de verkregen informatie en herhalen dit zo nodig. Dit deden ze meerdere keren gedurende de dienst. De verpleegkundige vroeg meerdere keren aan de patiënt na of alles is begrepen of dat er nog vragen en/of onduidelijkheden zijn. Ook werd er gevraagd of patiënten nog verdere uitleg of herhaling van de gegeven informatie nodig had. Echter werd dit door 3 van de participanten niet gedaan.					
Beslissen	-De verpleegkundige vat opties, voorkeuren en overwegingen samen	2	5		
	-De verpleegkundige gaat na of de patiënt kan deelnemen aan beslissen over de zorgverlening	3	4		
	-De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt	4	3		
	-De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de waarden van de patiënt	4	3		
	-De patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de patiënt	4	3		
	-Als patiënt advies van verpleegkundige vraagt: de verpleegkundige onderbouwt zijn/haar advies met de besproken wensen en voorkeuren van de patiënt		1		6
	-De verpleegkundige overlegt en/of onderhandeld met de patiënt (indien nodig) om samen tot een weloverwogen beslissing te komen	3	4		
	-De verpleegkundige moedigt de patiënt aan om een beslissing te nemen	3	4		

Bevindingen

Werken aan SDM – Beslissen

2 van de 7 participanten heeft opties, voorkeuren en overwegingen niet samengevat.

3 van de 7 participanten gaat na of de patiënt kan deelnemen aan SDM. Dit werd afgetast bij de patiënt. Echter werd dit door 4 participanten niet gedaan.

4 van de 7 participanten hebben ervoor gezorgd dat de patiënt beschikt over de informatie die nodig is om beslissingen te nemen waarbij rekening werd gehouden met de wensen, waarden en voorkeuren van de patiënt. Door 3 van de participanten werd dit niet gedaan.

Door 1 patiënt werd de verpleegkundige om advies gevraagd m.b.t. het nemen van een beslissing. Hierbij heeft de verpleegkundige haar advies niet onderbouwt met de besproken wensen en voorkeuren van de patiënt. De verpleegkundige heeft de keuze voor de patiënt gemaakt toen de patiënt om advies vroeg. Bij 6 van de participanten was dit niet van toepassing doordat de patiënten niet om advies van de verpleegkundigen hebben gevraagd.

3 van de 7 participanten hebben overlegt en/of onderhandeld met de patiënt om tot een weloverwogen beslissing te komen en werd de patiënt aangemoedigd om een beslissing te nemen. Bij de participanten die dit niet deden, werd de keuze voor de patiënt gemaakt of werd er een plan voorgelegd door de verpleegkundige waarin de patiënt geen zeggenschap kreeg en niet werd gekeken naar de wensen, waarden en voorkeuren van de patiënt.

Actie voor SDM Stappen: Handelen en evalueren	Actie ondernemen op de beslissing	-De verpleegkundige voert actie uit met en/of voor de patiënt a.d.h.v. SDM	3	4		
	Verpleegkundige evalueert de beslissing	-De verpleegkundige evalueert de beslissing d.m.v. een korte mondelinge evaluatie		7		

Bevindingen

Actie voor SDM – Actie ondernemen op beslissing

Bij 3 van de 7 observaties heeft de onderzoeker geobserveerd dat de actie werd uitgevoerd a.d.h.v. het SDM-proces.

Bij 4 van de 7 observaties heeft de onderzoeker geobserveerd dat de actie niet werd uitgevoerd a.d.h.v. het SDM-proces. De onderzoeker heeft het volgende geobserveerd:

- Een participant heeft de beslissing voor de patiënt gemaakt
- Bij drie participanten heeft geen overleg plaatsgevonden volgens SDM, werd er geen rekening gehouden met de wensen, waarden en voorkeuren van de patiënt of de patiëntenzorg werd uitgevoerd a.d.h.v. het voorgelegde plan van de verpleegkundige. De patiënt had hierin geen zeggenschap en heeft geen eigen beslissingen genomen.

Actie voor SDM – Verpleegkundige evalueert de beslissing

Bij geen van de observaties heeft na het uitvoeren van de actie a.d.h.v. het SDM-proces een korte mondelinge evaluatie plaatsgevonden tussen de verpleegkundige en de patiënt.

Bijlage V – Transcript focusgroep

Vraag 1 – Hoe wordt SDM ervaren tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Bij de ervaringen van de participanten werden veel verschillende punten opgehangen. Ervaringen zijn persoonsgebonden, vandaar dat de keuze is gemaakt om deze allemaal over te nemen vanuit de geeltjes op de poster. De ervaringen zijn geclusterd onder vier topics, namelijk: regie/overleg/afstemming patiënt, belastbaarheid patiënt, patiënt betrekken visite en ziekte-inzicht.

Topic	Ervaringen van participanten op geeltjes	Toelichting/reacties
Regie/overleg/afstemming patiënt	<i>“Eigen regie bij de patiënt laten”</i>	
	<i>“Doen veel in overleg met de patiënt, patiënt heeft zeggenschap”</i>	00:11:43 <i>“We doen veel in overleg met de patiënt, de patiënt heeft wel echt zeggenschap. Van wilt u nu gewassen worden of wat vind u hiervan, vind u dit allemaal nog goed maar ook als de patiënt zegt van uh ik zie het eigenlijk allemaal niet meer zitten, we wimpelen niet af maar gaan bewust om met wat patiënten aangeven en we schenken daar ook aandacht aan”</i>
	<i>“Vragen naar behoefte van patiënt wat zij willen/afstemming”</i>	
	<i>“Dagschema afstemming”</i>	
	<i>“Voorstel doen eerst verzorgen of eten”</i>	
	<i>“Vooral met eten/drinken/fysio overleg → advies → uitleg”</i>	
	<i>“ADL zorg/fysio/eetmomenten worden afgestemd”</i>	00:16:25 <i>“Je overlegt ‘S ochtends eigenlijk altijd wel met de patiënt wil je eerst eten of toch eerst wassen, de fysio niet altijd natuurlijk want zij zitten ook met tijdsplanningen maar dat overleg ik tenminste zelf wel altijd wat de patiënt graag wil. Als de patiënt eerst wil eten wie ben ik dan om hem eerst te wassen”</i>
	<i>“Ik probeer de zorg zo goed mogelijk op de wensen van de patiënt af te stemmen want ik denk dat de patiënt dit fijn vind”</i>	
	<i>“Ik denk dat je dit veel doet zonder dat je dit echt benoemd”</i>	
Belastbaarheid patiënt	<i>“Rekening houden met belastbaarheid van de patiënt fysiek/psychisch”</i>	
Patiënt betrekken visite	<i>“Tijdens de visite zou de patiënt soms meer betrokken mogen worden bij de bespreking hiervan”</i>	00:14:54 <i>“Tijdens een visite bv merk ik soms dat een patiënt afgezonderd wordt en de artsen in een kringetje bij elkaar staan en er dan over de patiënt wordt gepraat en dat de patiënt hier niet goed bij betrokken wordt. Dat vind ik jammer want daar heeft de patiënt wel recht op. Op dat stukje mag de patiënt zeker meer betrokken worden in dat proces vind ik”</i> 00:15:22 <i>“Sommige artsen benoemen het wel naar de patiënt, zij geven dan aan aan de patiënt dat we even over u gaan praten”</i> 00:15:30 <i>“Er worden ook heel vaak moeilijke termen gebruikt en dan zie je de patiënt af en toe kijken van wat is dit”</i> 00:15:43 <i>“En dat is dan inderdaad als verpleegkundige als je dan zon visite en mensen kijken je zo aan van wat is er gezegd dan probeer je dat wel nog terug te herhalen naar de patiënt wat er is besproken terwijl</i>

		<i>eigenlijk een arts dat hoort te doen maar dat is ook wel een beetje om die patiënt tevredenheid te behouden</i>
Ziekte-inzicht	<i>"Soms heeft patiënt niet genoeg ziekte inzicht, ik zou dat beter kunnen doen"</i>	

Vraag 2 – Hoe wordt het betrekken van patiënten ervaren tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Ook bij deze vraag werden veel verschillende punten opgehangen door de participanten. Ervaringen zijn persoonsgebonden, vandaar dat ook hier de keuze is gemaakt om deze allemaal over te nemen vanuit de geeltjes op de poster. De ervaringen zijn geclusterd onder vier topics, namelijk: stimuleren eigen regie, overnemen van zorg, betrokkenheid waarborgen en ziekte-inzicht.

Topic	Ervaringen van participanten op geeltjes	Toelichting/reacties
Stimuleren eigen regie	<i>"Door SDM stimuleer je zelfzorg van de patiënt en eigen regie"</i>	
	<i>"Wisselend, soms weten patiënten het niet zo goed. Je kunt hierdoor de zelfzorg stimuleren"</i>	
	<i>"Altijd vragen naar de wens van de patiënt. Indien het beter voor de patiënt is zou ik daarin advies geven"</i>	
	<i>"Rekening houden met wens patiënt t.a.v. ADL met bewaken van grenzen door verpleegkundige"</i>	
Overnemen van zorg	<i>"Lastig, vaak verzwakken patiënten en dan aannemen dat er hulp nodig is. Wordt snel overgenomen"</i> <i>"Verwennen"</i>	00:12:14 "Dan spreek ik even voor mezelf: lastig, vaak verzwakt door eerdere IC verloop, waardoor ik het persoonlijk heel snel overneem en maar aanneem dat die hulp ook nodig is, terwijl er best wel meer ruimte zou zijn voor de patiënt zelf, denk ik wel maar ik wil ook graag door dat je vaak een hele zieke patiënt erbij hebt dus het is ook een kwestie van tijd. Maar ik heb ook wel verwennen, die mensen zijn vaak zo ziek dus die kunnen die extra lieve zorg ook wel altijd gebruiken en ik vind het ook leuk om fruitsalade voor de mensen te maken of de boterhammen te smeren. Dat vind ik ook wel wat waarde hebben" 00:13:14 "Ik vind dit wel herkenbaar, al probeer ik ook wel de patiënt zelf een washandje te geven en te stimuleren van probeer je eigen gezicht te wassen omdat ze vaak denk ik meer kunnen dan dat ik denk dat kan" 00:13:33 "Daar ligt soms denk ik ook wel een valkuil. Dan ben ik meer naar het verwennen aan het kijken want dan denk ik van ohja kom maar ik help je wel want je bent zo ziek terwijl ik ook weer denk van het is belangrijk dat je je spierkracht weer opbouwt" 00:13:50 "Maar soms maak je een bewuste keuze om dat soort dingen over te nemen en dan marge over te houden om goed in de stoel te zitten ofzo"
	<i>"Patiënt proberen te betrekken bij de zorg maar soms wordt dit onbewust al overgenomen door de verpleegkundige"</i>	
Betrokkenheid waarborgen	<i>"Ik denk dat je het nog meer zou kunnen doen"</i>	
	<i>"Betrokkenheid van de patiënt proberen te waarborgen"</i>	

	<i>"Patiënt proberen te betrekken bij de zorg maar soms wordt dit onbewust al overgenomen door de verpleegkundige"</i>	
Ziekte-inzicht	<i>"Prettig om te doen als patiënt goed ziekte inzicht heeft"</i>	00:13:58 <i>"Dat vind ik ook het ziekte inzicht van een mens is ook niet vaak dat ze die marges niet goed aan kunnen geven en dat je dan toch bepaalde ja dat je het wel uit legt maar dan inderdaad wel de beslissing voor de patiënt neemt en dan praat ik uit eigen ervaring"</i> 00:14:14 <i>"Daar ben ik het mee eens ja"</i> 00:14:15 O <i>"En kies je er dan voor om het niet te vragen of te overleggen van te voren met de patiënt?"</i> 00:14:22 <i>"Meestal zeg ik het wel maar ik denk niet dat het in overleg vorm is maar ik denk meer van ik dat het beter is als we het wassen samen doen zodat er daarna ruimte is om te eten en de patiënt nog wat energie over heeft"</i>

Vraag 3 – Wat zijn bevorderende factoren tijdens de uitvoering van SDM tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Bij de bevorderende factoren werden veel verschillende punten opgehangen. Achteraf waren deze punten te clusteren in vijf topics, namelijk: meer tijd, meer/beter ziekte-inzicht van de patiënt, goede communicatie, zorgvraag beter inzichtelijk en dagschema.

Tijdens het gesprek werd er nog een topic aangehaald, namelijk: het dagschema. Deze heeft de onderzoeker er tijdens de focusgroep nog bijgeplakt. Echter ontstond over deze topic een discussie en waren de meningen in de groep sterk verdeeld. De ene participant geeft aan *"ik zelf kan nooit voldoen aan een dagschema"* *"het is gewoon niet haalbaar, te strak gepland"* waarop een andere participant reageert *"maar voor sommige patiënten is het wel belangrijk"* *"het is belangrijk dat je structuur biedt aan de patiënt"*. Uit deze discussie kon de onderzoeker opmaken dat het dagschema vanuit twee verschillende kanten wordt ervaren.

De participanten zijn het meeste met elkaar eens over de topics: meer tijd (opgeplakt door vier participanten), goed ziekte-inzicht van de patiënt (opgeplakt door drie participanten) en goede communicatie met de patiënt (opgeplakt door vier participanten). Deze drie topics worden geïnterpreteerd als de meest bevorderende factoren m.b.t. tot de uitvoering van SDM.

Topics	Toelichting/reacties
Meer tijd	00:20:12 <i>"Ja ik denk soms meer tijd want je hebt gewoon niet altijd heel veel tijd en dan denk je dan doe ik het even snel want dan gaat het wat sneller. Dus ik denk dat dat wel een factor is soms die kan meespelen en dat de patiënten zelf meer kunnen doen en dat dit het dat een beetje wegneemt"</i> 00:20:39 <i>"Ik ben het daar wel mee eens, als de afdeling vol ligt en er is een patiënt die zich zelf kan wassen en we krijgen een acute opname dan denk ik van kom maar effe gauw"</i>
Meer/beter ziekte-inzicht van de patiënt	00:20:59 <i>"Het ziekte-inzicht van de patiënt werkt ook wel bevorderend, dan kunnen mensen wel alert zijn en kalm en binnen de RASS score vallen maar niet alle mensen hebben evenveel ziekte-inzicht"</i>
Communicatie met de patiënt	00:21:19 <i>"Communicatie patiënt maar ook fysio/logo en artsen. Het komt geregeld voor dat jij op de post met de fysio een tijdstip afsprekt maar de patiënt hier eigenlijk niet bij betreft"</i> 00:24:11 <i>"Dat je samen met de patiënt dus bepreekt en overlegt dat je dingen doet. Er is wel een grens die wij moeten bewaken, hoe belastbaar die patiënt is maar je kunt wel in overleg samen bekijken wanneer gaan we wat doen of waarom een bepaalde keuze gemaakt wordt dat je dit wel deelt met de patiënt"</i>

	<i>“Regelmatig vragen aan de patiënt of hij/zij alles begrepen heeft wat er besproken is, en anders nog eens samenvatten”</i>
Zorgvraag beter inzichtelijk	
Dagschema	00:21:49 <i>“Het dagschema staat vaak zo vol gepland dat er eigenlijk weinig flexibiliteit mogelijk is omdat disciplines ook vast zitten aan tijden en dan kan de patiënt heel veel willen maar er is maar beperkt ruimte waarin die nog kan kiezen als het ware”</i> 00:22:10 <i>“Ik kan zelf nooit voldoen aan een dagschema”</i> 00:22:28 <i>“Het is gewoon niet haalbaar, te strak gepland”</i> 00:22:29 O: <i>“En bespreek je doelen dan ook met de patiënt?”</i> 00:22:31 <i>“Ja als ze een dagschema hebben en de patiënt is zover dan wordt dit wel besproken en genoteerd”</i> 00:22:40 O: <i>“En ik hoorde jou net zeggen dat je het niet fijn vind om met een dagschema te werken, dat je hier geen voorstander van bent”</i> 00:22:47 <i>“Nee want inderdaad dan moet je je voor je gevoel aan dat schema houden en soms is dat helemaal niet handig”</i> 00:22:55 <i>“Maar voor sommige patiënten is het wel belangrijk”</i> 00:22:59 <i>“Het heeft twee kanten”</i> 00:23:02 <i>“Ergens vind ik van mezelf dat ik dit ook goed kan plannen, daar heb ik geen schema voor nodig”</i> 00:23:09 <i>“Het is belangrijk dat je structuur biedt aan de patiënt”</i> 00:23:32 <i>“En in hoeverre wordt het dagschema in goed overleg met de patiënt gemaakt? Want daar gaat het dan ook om”</i> 00:23:39 <i>“Niet heel veel”</i>

Vraag 4 – Wat zijn belemmerende factoren tijdens de uitvoering van SDM tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Ook bij de belemmerende factoren werden veel verschillende punten opgehangen. De punten zijn geclusterd in negen topics, namelijk: te weinig tijd/niet haalbare doelen, hoge werkdruk, patiënt heeft geen ziekte-inzicht, communicatie/taalbarrière, monitoring/apparatuur (geluiden), hospitalisatie, isolatie, patiënt werkt niet mee, onvoldoende faciliteiten op IC voor zelfzorg.

De participanten kwamen het meest overeen bij de volgende topics: te weinig tijd (opgeplakt door zes participanten), hoge werkdruk (opgeplakt door vier participanten), patiënt heeft geen ziekte-inzicht (opgeplakt door vier participanten), communicatie/taalbarrière (opgeplakt door vier participanten), monitoring/apparatuur (opgeplakt door drie participanten). Deze vijf topics worden beschouwd als de meest belemmerende factoren m.b.t. de uitvoering van SDM.

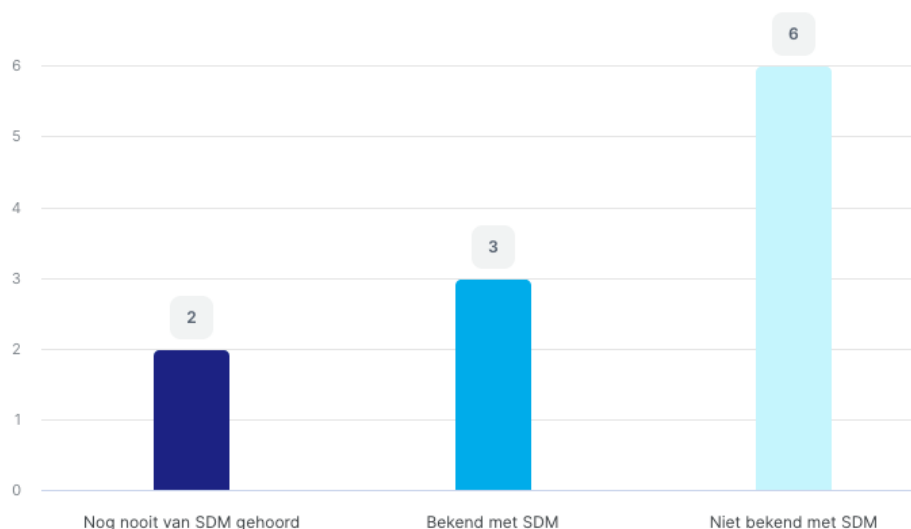
Topics	Toelichting/reacties
Te weinig tijd/niet haalbare doelen	00:30:24 <i>“Je kunt de patiënt wel vragen maar als de tijd er toch niet is weet je al dat je niet aan de doelen kan voldoen dus dan heet het ook niet zo’n meerwaarde om te vragen wat hij wil en dan achteraf te zeggen ja maar dat gaat toch niet. Wat betreft de patiënten zorg vind ik het wat anders als het gaat over wil die wel de medicijnen of niet de medicijnen of wel dit beleid of niet dit beleid. Als hij daar zeggenschap in wil vind ik dat anders dan echt in de ADL”</i> 00:31:00 <i>“Zeggenschap in beleid is ook meer voor de arts en natuurlijk is het voor ons belangrijk om als de patiënt iets niet wil om dat te bespreken”</i>

	00:31:02 "Nou dat weet ik niet of ik wil wel zuurstof of geen zuurstof om daarnaar te luisteren en daarin mee te gaan of niet en je weerlegd het wel maar je bent wel de eerste persoon die daar met de patiënt samen over beslist en dan gaat overleggen. Op de IC is de patiënt zonder jou nergens" 00:29:00 "De patiënt heeft ook helemaal geen inzicht in jou overige taken, in wat er nog allemaal te doen staat dus soms zijn het ook geen haalbaar doelen waar je in mee kunt gaan"
Hoge werkdruk	00:29:42 "Ik denk als de werkdruk hoog is dat je niet gewoon met de patiënt in discussie kan of kan vragen maar dat je het gewoon doet" 00:29:59 "Dat je denkt van hij moet nu maar eten want we moeten ook verder, prioriteiten stellen vanuit onze kant dan. Vanuit ons gekeken en niet vanuit de patiënt" 00:30:09 "Of hij moet nu terug in bed anders is er dadelijk geen tijd meer voor" 00:30:14 "Of je krijgt nu de opname, doe de patiënt maar even gauw naar bed"
Patiënt heeft geen ziekte-inzicht	
Communicatie/taalbarrière	00:27:48 "Dat had ik met taalbarrière, dan kun je niet vragen of alles begrepen is"
Monitoring/apparatuur (geluiden)	00:28:06 "Ik had nog ruis op de afdeling door apparatuur en geluiden maar dit kun je niet helemaal wegnemen natuurlijk want daarvoor zijn een IC bewaakte afdeling maar het kan wel ontevredenheid geven" 00:28:16 "Ik denk ook dat de monitoring op zich want ook die kabeltjes enzo belemmerd de patiënt om dingen zelf te doen omdat ze bang zijn dat ze iets los trekken of noem maar op. Nu is dan goede communicatie ook belangrijk om te zeggen dat wij dat wel zien gebeuren en dat dat evengoed wel kan. Maar ik denk wel dat dat een belemmerende factor kan zijn"
Hospitalisatie	00:28:49 "Patiënten die gehospitaliseerd zijn het is heel lastig denk ik om ze te motiveren om echt mee te doen in de dagelijkse zorg"
Isolatie	00:32:24 "Isolatie kan een belemmerende factor zijn omdat je je iedere keer aan en uit moet kleden en minder snel de kamer op te gaan en meer gebundeld dingen doet om daarmee ook tijd te besparen want steeds aan en uitkleden kost ook veel tijd. Mijn ervaring is ook dat je niet zo snel een kamer opgaat om een praatje te maken als je je helemaal moet aankleden en verder niks hoeft te doen daar. Bij een andere patiënt zou je dat misschien wel doen omdat je daar gemakkelijk naar binnen kunt lopen"
Patiënt werkt niet mee	00:27:54 "Patiënt die niet wil meewerken" 00:27:58 "Een neerslachtige patiënt die lastig te motiveren is, dat is ook altijd lastig want die willen gewoon niks"
Onvoldoende faciliteiten op IC voor zelfzorg	00:28:35 "Geen badkamer, keuken, we hebben niet eens een toilet op de afdeling"

Bijlage VI – Samenvatting focusgroep

De focusgroep heeft plaatsgevonden in het Viecuri Medisch Centrum van 14:45u-15:30u. De focusgroep ging van start met negen participanten, zij hebben voorafgaand aan de focusgroep het Informed Consent ondertekend. Later kwamen er nog drie participanten binnen die tijdens of na de focusgroep het Informed Consent ondertekend hebben.

Op het moment van de voorstelronde waren er elf participanten aanwezig. Hieronder een opsomming van participanten die bekend zijn met Shared Decision Making (SDM), niet bekend zijn met SDM of nog nooit van SDM hebben gehoord.



Tijdens de focusgroep zijn er vier vragen behandeld. Twee vragen over de ervaringen van de BAZ/IC-verpleegkundigen m.b.t. SDM en twee over de bevorderende en belemmerende factoren m.b.t. SDM. De participanten kregen per vraag een aantal minuten de tijd om zoveel mogelijk punten op de geeltjes te schrijven en deze vervolgens op de poster te plakken.

Vraag 1 – Hoe wordt SDM ervaren tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Bij de ervaringen van de participanten werden veel verschillende punten opgehangen. Ervaringen zijn persoonsgebonden, vandaar dat de keuze is gemaakt om deze allemaal over te nemen vanuit de geeltjes op de poster. De ervaringen zijn geclusterd onder vier topics, namelijk: regie/overleg/afstemming patiënt, belastbaarheid patiënt, patiënt betrekken visite en ziekte-inzicht.

Topic	Opgeschreven op de geeltjes
Regie/overleg/afstemming	"Eigen regie bij de patiënt laten"
	"Doen veel in overleg met de patiënt, patiënt heeft zeggenschap"
	"Vragen naar behoefte van patiënt wat zij willen/afstemming"
	"Dagschema afstemming"
	"Voorstel doen eerst verzorgen of eten"
	"Vooral met eten/drinken/fysio overleg → advies → uitleg"
	"ADL zorg/fysio/eetmomenten worden afgestemd"
	"Ik probeer de zorg zo goed mogelijk op de wensen van de patiënt af te stemmen want ik denk dat de patiënt dit fijn vindt"
Belastbaarheid	"Ik denk dat je dit veel doet zonder dat je dit echt benoemd"
	"Rekening houden met belastbaarheid van de patiënt fysiek/psychisch"

Betrokkenheid visite	<i>“Tijdens de visite zou de patiënt soms meer betrokken mogen worden bij de bespreking hiervan”</i>
Ziekte-inzicht	<i>“Soms heeft patiënt niet genoeg ziekte inzicht, ik zou dat beter kunnen doen”</i>

Door negen participanten werden ervaringen opgeschreven die vallen onder het topic regie/overleg/afstemming patiënt. Zo vertelde een participant over zijn/haar ervaring *“We doen veel in overleg met de patiënt, de patiënt heeft wel echt zeggenschap. Van wilt u nu gewassen worden of wat vind u hiervan, vind u dit allemaal nog goed maar ook als de patiënt zegt van uh ik zie het eigenlijk allemaal niet meer zitten, we wimpelen niet af maar gaan bewust om met wat patiënten aangeven en we schenken daar ook aandacht aan”* een andere participant deelde ook zijn/haar ervaring *“Je overlegt ‘S ochtends eigenlijk altijd wel met de patiënt wil je eerst eten of toch eerst wassen, de fysio niet altijd natuurlijk want zij zitten ook met tijdsplanningen maar dat overleg ik tenminste zelf wel altijd wat de patiënt graag wil. Als de patiënt eerst wil eten wie ben ik dan om hem eerst te wassen”*.

Door een participant werd opgeschreven dat de patiënt tijdens de artsenvisite meer betrokken zou mogen worden. Zo verteld de participant *“Tijdens een visite bv merk ik soms dat een patiënt afgezonderd wordt en de artsen in een kringetje bij elkaar staan en er dan over de patiënt wordt gepraat en dat de patiënt hier niet goed bij betrokken wordt. Dat vind ik jammer want daar heeft de patiënt wel recht op. Op dat stukje mag de patiënt zeker meer betrokken worden in dat proces vind ik”*. Vanuit meerdere participanten werd hierop de bevestiging gegeven het eens te zijn met deze topic *“En dat is dan inderdaad als verpleegkundige als je dan zon visite en mensen kijken je zo aan van wat is er gezegd dan probeer je dat wel nog terug te herhalen naar de patiënt wat er is besproken terwijl eigenlijk een arts dat hoort te doen maar dat is ook wel een beetje om die patiënt tevredenheid te behouden”*.

Vraag 2 – Hoe wordt het betrekken van patiënten ervaren tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Ook bij deze vraag werden veel verschillende punten opgehangen door de participanten. Ervaringen zijn persoonsgebonden, vandaar dat ook hier de keuze is gemaakt om deze allemaal over te nemen vanuit de geeltjes op de poster. De ervaringen zijn geclusterd onder vier topics, namelijk: stimuleren eigen regie, overnemen van zorg, betrokkenheid waarborgen en ziekte-inzicht.

Topic	Opgeschreven op de geeltjes
Stimuleren eigen regie	<i>“Door SDM stimuleer je zelfzorg van de patiënt en eigen regie”</i>
	<i>“Wisselend, soms weten patiënten het niet zo goed. Je kunt hierdoor de zelfzorg stimuleren”</i>
	<i>“Altijd vragen naar de wens van de patiënt. Indien het beter voor de patiënt is zou ik daarin advies geven”</i>
	<i>“Rekening houden met wens patiënt t.a.v. ADL met bewaken van grenzen door verpleegkundige”</i>
Overnemen van zorg	<i>“Lastig, vaak verzwakken patiënten en dan aannemen dat er hulp nodig is. Wordt snel overgenomen”</i>
	<i>“Verwennen”</i>
	<i>“Patiënt proberen te betrekken bij de zorg maar soms wordt dit onbewust al overgenomen door de verpleegkundige”</i>
Betrokkenheid waarborgen	<i>“Ik denk dat je het nog meer zou kunnen doen”</i>
	<i>“Betrokkenheid van de patiënt proberen te waarborgen”</i>
	<i>“Patiënt proberen te betrekken bij de zorg maar soms wordt dit onbewust al overgenomen door de verpleegkundige”</i>
Ziekte-inzicht	<i>“Prettig om te doen als patiënt goed ziekte inzicht heeft”</i>

Door vier participanten werden ervaringen opgeschreven die vallen onder het topic stimuleren eigen regie. Er werden verschillende dingen benoemd zoals het stimuleren van de zelfzorg, vragen naar de wensen van de patiënt en het bewaken van de grenzen/advies geven door de verpleegkundige.

Door twee participanten werden ervaringen opgeschreven die vallen onder het topic overnemen van zorg. Een van de participanten licht haar antwoord toe: *“Dan spreek ik even voor mezelf: lastig, vaak verzwakt door eerdere IC verloop, waardoor ik het persoonlijk heel snel overneem en maar aanneem dat die hulp ook nodig is, terwijl er best wel meer ruimte zou zijn voor de patiënt zelf, denk ik wel maar ik wil ook graag door dat je vaak een hele zieke patiënt erbij hebt dus het is ook een kwestie van tijd. Maar ik heb ook wel verwennen, die mensen zijn vaak zo ziek dus die kunnen die extra lieve zorg ook wel altijd gebruiken en ik vind het ook leuk om fruitsalade voor de mensen te maken of de boterhammen te smeren. Dat vind ik ook wel wat waarde hebben”* hierop kwamen verschillende reacties van participanten *“Daar ligt soms denk ik ook wel een valkuil. Dan ben ik meer naar het verwennen aan het kijken want dan denk ik van ohja kom maar ik help je wel want je bent zo ziek terwijl ik ook weer denk van het is belangrijk dat je je spierkracht weer opbouwt”* waarop weer door een andere participant gereageerd wordt *“Maar soms maak je een bewuste keuze om dat soort dingen over te nemen en dan marge over te houden om goed in de stoel te zitten ofzo”*.

Bij het topic betrokkenheid waarborgen werd door drie participanten aangegeven dat het van belang is om de betrokkenheid van de patiënt tijdens de patiëntenzorg te waarborgen, dat de patiënt nog wel meer betrokken zou mogen worden bij de dagelijkse patiëntenzorg en dat de patiëntenzorg soms toch onbewust overgenomen wordt door de verpleegkundige.

Door een participant werd de ervaring opgeschreven dat SDM prettig is om te doen als de patiënt goed ziekte-inzicht heeft *“Dat vind ik ook het ziekte inzicht van een mens is ook niet vaak dat ze die marges niet goed aan kunnen geven en dat je dan toch bepaalde ja dat je het wel uit legt maar dan inderdaad wel de beslissing voor de patiënt neemt en dan praat ik uit eigen ervaring”* waarop door meerdere participanten wordt aangegeven het hiermee eens te zijn. De onderzoeker reageert hierop met de vraag: *“En kies je er dan voor om het niet te vragen of te overleggen van te voren met de patiënt?”* waarop een participant reageert *“Meestal zeg ik het wel maar ik denk niet dat het in overleg vorm is maar ik denk meer van ik dat het beter is als we het wassen samen doen zodat er daarna ruimte is om te eten en de patiënt nog wat energie over heeft”*.

Vraag 3 – Wat zijn bevorderende factoren tijdens de uitvoering van SDM tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Bij de bevorderende factoren werden veel verschillende punten opgehangen door de participanten. Achteraf waren de bevorderende factoren te clusteren in vijf topics, namelijk: meer tijd, meer/beter ziekte-inzicht van de patiënt, goede communicatie met de patiënt/disciplines, zorgvraag beter inzichtelijk en dagschema.

Topic	Toelichting geeltjes
Meer tijd	<i>“Meer tijd”</i>
Meer/beter ziekte-inzicht	<i>“Meer/beter ziekte-inzicht van de patiënt”</i>
Goede communicatie met patiënt/disciplines	<i>“Communicatie met patiënt en andere zoals fysio/logo/artsen”</i>
	<i>“Regelmatig vragen aan de patiënt of hij/zij alles begrepen heeft wat er besproken is, en anders nog eens samenvatten”</i>
	<i>“Overleg gaat goed, opties worden patiënt gegeven”</i>
	<i>“Duidelijke eigen wens van de patiënt maar open voor uitleg”</i>
Zorgvraag beter inzichtelijk	

Door vier van de participanten werd meer tijd als bevorderende factor aangegeven *“Ik denk soms meer tijd want je hebt gewoon niet altijd heel veel tijd en dan denk je dan doe ik het even snel want dan gaat het wat sneller. Dus ik denk dat dat wel een factor is soms die kan meespelen en dat de patiënten zelf meer kunnen doen en dat dit het dat een beetje wegneemt”* meerdere participanten hebben aangegeven het hiermee eens te zijn *“Ik ben het daar wel mee eens, als de afdeling vol ligt en er is een patiënt die zich zelf kan wassen en we krijgen een acute opname dan denk ik van kom maar effe gauw”*.

Drie participanten hebben aangegeven dat het ziekte-inzicht van de patiënt een bevorderende factor is m.b.t. SDM. Een van de participanten licht haar antwoord toe: *“Het ziekte-inzicht van de patiënt werkt ook wel bevorderend, dan kunnen mensen wel alert zijn en kalm en binnen de RASS score vallen maar niet alle mensen hebben evenveel ziekte-inzicht”*. Meerdere participanten reageerde hier bevestigend op.

Goede communicatie met de patiënt werd door vier verschillende participanten benoemd *“Communicatie patiënt maar ook fysio/logo en artsen. Het komt geregeld voor dat jij op de post met de fysio een tijdstip afsprekt maar de patiënt hier eigenlijk niet bij betreft” “Dat je samen met de patiënt dus bepreekt en overlegt dat je dingen doet. Er is wel een grens die wij moeten bewaken, hoe belastbaar die patiënt is maar je kunt wel in overleg samen bekijken wanneer gaan we wat doen of waarom een bepaalde keuze gemaakt wordt dat je dit wel deelt met de patiënt”*. Ook werd door een participant de terugvraagmethode en samenvatting geven aan de patiënt benoemd *“Regelmatig vragen aan de patiënt of hij/zij alles begrepen heeft wat er besproken is, en anders nog eens samenvatten”*. Dit werd als herkenbaar gezien door meerdere participanten.

Tijdens het gesprek werd er nog een topic aangehaald, namelijk: het dagschema. Deze heeft de onderzoeker er nog bijgeplakt tijdens de focusgroep. Echter ontstond over deze topic een discussie en waren de meningen in de groep sterk verdeeld. Een participant gaf aan *“Het dagschema staat vaak zo vol gepland dat er eigenlijk weinig flexibiliteit mogelijk is omdat disciplines ook vast zitten aan tijden en dan kan de patiënt heel veel willen maar er is maar beperkt ruimte waarin die nog kan kiezen als het ware”* waarop gereageerd wordt door twee andere participanten *“Ik kan zelf nooit voldoen aan een dagschema”* en *“Het is gewoon niet haalbaar, te strak gepland”*. Vervolgens stelt de onderzoeker de vraag aan een van de participanten: *“Ik hoorde je net zeggen dat je het niet fijn vind om met een dagschema te werken, dat je hier geen voorstander van bent”* waarop de participant vervolgens op reageert: *“Nee want inderdaad dan moet je je voor je gevoel aan dat schema houden en soms is dat helemaal niet handig”* waarop andere participanten reageren *“Maar voor sommige patiënten is het wel belangrijk”, “Het heeft twee kanten”, “Het is belangrijk dat je structuur biedt aan de patiënt”*. *“En in hoeverre wordt het dagschema in goed overleg met de patiënt gemaakt? Want daar gaat het dan ook om”* waarop tenslotte wordt gereageerd door een participant *“Niet heel veel”*. Uit deze discussie kan de onderzoeker opmaken dat het dagschema vanuit twee verschillende kanten wordt ervaren door de participanten.

De participanten kwamen het meeste met elkaar overeen bij de volgende topics: meer tijd, goed ziekte-inzicht van de patiënt en goede communicatie met de patiënt/disciplines. Deze drie topics worden door de onderzoeker geïnterpreteerd als de meest bevorderende factoren m.b.t. tot de uitvoering van SDM.

Vraag 4 – Wat zijn belemmerende factoren tijdens de uitvoering van SDM tijdens de dagelijkse patiëntenzorg?

Ook bij de belemmerende factoren werden veel verschillende punten opgehangen. De punten zijn geclusterd in negen topics, namelijk: te weinig tijd/niet haalbare doelen, hoge werkdruk, patiënt heeft geen ziekte-inzicht, communicatie/taalbarrière, monitoring/apparatuur

(geluiden), hospitalisatie, isolatie, patiënt werkt niet mee en onvoldoende faciliteiten op IC voor zelfzorg.

Topic	Toelichting geeltjes
Te weinig tijd/niet haalbare doelen	
Hoge werkdruk	
Patiënt heeft geen ziekte-inzicht	
Communicatie/taalbarrière	
Monitoring/apparatuur (geluiden)	
Isolatie	
Patiënt werkt niet mee	<i>“Neerslachtige patiënt”</i>
	<i>“Patiënt moeilijk te motiveren”</i>
	<i>“Patiënt die niet wil meewerken”</i>
Onvoldoende faciliteiten op IC voor zelfzorg	

Door zeven participanten werd het topic meer tijd/niet haalbare doelen benoemd. Eén van de participanten licht haar antwoord toe: *“Je kunt de patiënt wel vragen maar als de tijd er toch niet is weet je al dat je niet aan de doelen kan voldoen dus dan heet het ook niet zo’n meerwaarde om te vragen wat hij wil en dan achteraf te zeggen ja maar dat gaat toch niet. Wat betreft de patiënten zorg vind ik het wat anders als het gaat over wil die wel de medicijnen of niet de medicijnen of wel dit beleid of niet dit beleid. Als hij daar zeggenschap in wil vind ik dat anders dan echt in de ADL”* *“De patiënt heeft ook helemaal geen inzicht in jou overige taken, in wat er nog allemaal te doen staat dus soms zijn het ook geen haalbaar doelen waar je in mee kunt gaan”*.

Hoge werkdruk werd benoemd door vier participanten, met als toelichting: *“Ik denk als de werkdruk hoog is dat je niet gewoon met de patiënt in discussie kan of kan vragen maar dat je het gewoon doet”* *“Dat je denkt van hij moet nu maar eten want we moeten ook verder, prioriteiten stellen vanuit onze kant dan. Vanuit ons gekeken en niet vanuit de patiënt”*. Meerdere participanten hebben aangegeven dit te herkennen.

Communicatie werd benoemd bij bevorderende factoren m.b.t. de uitvoering van SDM. Participanten geven aan dat als de communicatie niet optimaal is, dit als een belemmerende factor wordt ervaren. Echter werd hier door twee participanten nog een belemmerende factor aangehaald, namelijk taalbarrière: *“Dat had ik met taalbarrière, dan kun je niet vragen of alles begrepen is”*. Veel participanten reageerde hier bevestigend op.

Door drie participanten werd aangegeven dat de monitoring en apparatuur op de IC als belemmerend wordt ervaren *“Ik denk ook dat de monitoring op zich want ook die kabeltjes enzo belemmerd de patiënt om dingen zelf te doen omdat ze bang zijn dat ze iets los trekken of noem maar op. Nu is dan goede communicatie ook belangrijk om te zeggen dat wij dat wel zien gebeuren en dat dat evengoed wel kan. Maar ik denk wel dat dat een belemmerende factor kan zijn”*. Meerdere participanten stemde hiermee in.

Isolatie als belemmerende factor werd aangegeven door één participant, echter bevestigde direct meerdere participanten isolatie ook te zien als een belemmering *“Isolatie kan een belemmerende factor zijn omdat je je iedere keer aan en uit moet kleden en minder snel de kamer op te gaan en meer gebundeld dingen doet om daarmee ook tijd te besparen want steeds aan en uitkleden kost ook veel tijd. Mijn ervaring is ook dat je niet zo snel een kamer opgaat om een praatje te maken als je je helemaal moet aankleden en verder niks hoeft te*

doen daar. Bij een andere patiënt zou je dat misschien wel doen omdat je daar gemakkelijk naar binnen kunt lopen”.

Door drie participanten werd aangegeven dat het een belemmerende factor is m.b.t. SDM als de patiënt niet mee werkt *“Een neerslachtige patiënt die lastig te motiveren is, dat is ook altijd lastig want die willen gewoon niks”*. Meerdere participanten gaven aan dit als herkenbaar te zien.

Het werkt volgens bijna alle participanten niet mee dat er onvoldoende faciliteiten op de IC aanwezig zijn voor zelfzorg *“Geen badkamer, keuken, we hebben niet eens een toilet op de afdeling”*.

De participanten kwamen het meest overeen bij de volgende topics: te weinig tijd, hoge werkdruk, patiënt heeft geen ziekte-inzicht, communicatie/taalbarrière en monitoring/apparatuur. Deze vijf topics worden geïnterpreteerd door de onderzoeker als de meest belemmerende factoren m.b.t. de uitvoering van SDM.