

Dit is een post-peer-review, pre-copy bewerkingsversie van een artikel gepubliceerd in Huisarts en wetenschap. De definitieve, geauthentiseerde versie is online beschikbaar op:
<https://doi.org/10.1007/s12445-019-0265-x>.

Wat maakt samen beslissen zo complex?

Evaluatie van een aanpak voor praktijkondersteuners

Stephanie Lenzen, Ramon Daniëls, Loes van Bokhoven, Trudy van der Weijden, Anna Beurskens

Inleiding

Van praktijkondersteuners wordt verwacht dat zij samen met chronische zieke patiënten doelen en actieplannen formuleren. Dit vraagt een verandering van hun rol: van medisch expert naar coach. Wij onderzochten de ervaringen van praktijkondersteuners en patiënten met COACH, een nieuwe aanpak voor gezamenlijke besluitvorming, en hun mening over de implementatiemogelijkheden van deze aanpak.

Methode

Vijftien praktijkondersteuners in Noord-Limburg kregen een training in de nieuwe aanpak; 23 patiënten deden mee aan het onderzoek. De kwantitatieve en kwalitatieve procesevaluatie omvatte individuele interviews (n = 15), een focusgroep (n = 9) en vragenlijstonderzoek bij de praktijkondersteuners, interviews met patiënten (n = 10) en dertien audio-opnamen van een consult.

Resultaten

De praktijkondersteuners vonden COACH waardevol om tot persoonsgerichte doelen te komen, maar moeilijk te integreren in de bestaande werkrouines. Ze ervoeren een rolconflict ten aanzien van het medisch protocol en voelden zich daarin weinig ondersteund door de huisartsen. De helft van de geïnterviewde patiënten merkte geen verschil in de werkwijze van de praktijkondersteuner; de anderen meldden dat de praktijkondersteuner meer vragen had gesteld en dat zij meer inzicht in hun situatie hadden gekregen.

Conclusie

Om praktijkondersteuners daadwerkelijk te kunnen inschakelen bij gezamenlijke besluitvorming, zullen praktijkondersteuners en huisartsen samen moeten nadenken over een gezamenlijke rolopvatting.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Lenzen SA, Daniëls R, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, Beurskens A. What makes it so difficult for nurses to coach patients in decision making? A process evaluation. Int J Nurs Stud 2017;80:1- 11.

INLEIDING

Praktijkondersteuners spelen een belangrijke rol in het zelfmanagement van chronisch zieke patiënten. Zij zien deze patiënten vaak en worden geacht samen met de patiënt een individueel zorgplan op te stellen. Een goed zorgplan omvat niet alleen medische doelen, maar ook doelen over het dagelijks functioneren, de omgeving en het psychosociaal welbevinden van de patiënt.¹ Voor praktijkondersteuners is dat een uitdaging, omdat zij meestal volgens een vast medisch protocol werken.² Gezamenlijke besluitvorming vraagt van praktijkondersteuners dat zij uit hun rol stappen van protocollair werkend medisch expert en zich meer opstellen als persoonsgericht werkende coach, met aandacht voor persoonlijke doelen en actieplannen. Hoe die rolverandering in de praktijk zijn beslag moet krijgen, is nog onduidelijk.

Wij ontwikkelden samen met zorgprofessionals, experts en patiënten een aanpak om gezamenlijke besluitvorming over zelfmanagementdoelen en actieplannen te ondersteunen, de *conversation approach* (COACH), en onderzochten de implementatie van deze aanpak en de ervaringen van praktijkondersteuners en patiënten.^{3,4}

METHODE

Aanpak

COACH omvat vier elementen. Ten eerste is er de *Handreiking gezamenlijke besluitvorming*, een raamwerk voor gezamenlijke besluitvorming waarin niet alleen aandacht is voor het actieplan maar ook voor gezamenlijk doelen stellen [online tabel 1].⁵⁻⁷ Het tweede element is het vierbollenmodel, een gesprekstool om die doelen samen met de patiënt te exploreren vanuit een biopsychosociaal perspectief. Het vierbollenmodel is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability & Health (ICF) en vertaalt deze in eenvoudiger bewoordingen [figuur 1]. Het derde element omvat vier voorbeeldprofielen van patiënten, aangezien elke patiënt een ander type coaching nodig heeft [tabel 2].¹⁰ Het vierde element is een training bestaande uit een trainingsdag, e-coaching, coaching-on-the-job en een follow-upbijeenkomst, waarin de nadruk ligt op bewustwording van de eigen overtuigingen en leerbehoeftes.

Figuur 1. Vierbollenmodel



- Mijn gezondheid = medische (lichamelijke en mentale) klachten en hoe de patiënt deze ervaart.
Mijn activiteiten = belemmeringen die de patiënt ervaart in dagelijkse activiteiten.
Mijn eigen manier = hoe de patiënt omgaat met klachten en belemmeringen en hoe hij deze wil aanpakken.
Mijn omgeving = ervaren ondersteuning vanuit de sociale en de fysieke omgeving.

Tabel 2. Vier typen patiënten en wijze van coaching bij elk type

acceptatie ↑ hoog laag	type 2	type 1
	gemotiveerd om regie over gezondheid te nemen en doelen te stellen, maar weinig vaardigheden om dat te doen en weinig inzicht in eigen situatie	zelfbewust, goed geïnformeerd, neemt regie over eigen gezondheid
	type 4	type 3
	passief, terughoudend, vindt het moeilijk om te reflecteren, lijkt ongemotiveerd	laat (passieve of actieve) weerstand zien, legt de verantwoordelijkheid voor het niet-halen van doelen buiten zichzelf
	laag	hoog
	veronderstelde controle →	

Coaching

- Type 1: Weinig ondersteuning nodig bij het exploreren van de situatie en het stellen van doelen (laat de patiënt bijvoorbeeld het vierbollenmodel zelfstandig invullen en doelen formuleren)
Type 2: Bied structuur en overzicht (bespreek bijvoorbeeld de vier bollen een voor een), ondersteun de patiënt bij het stellen van doelen: niet te veel en op korte termijn haalbaar
Type 3: Toon empathie voor weerstand en voor gevoelens bij de patiënt, deel de eigen professionele expertise en ondersteun het stellen van haalbare doelen
Type 4: Toon empathie en bekrachtig de patiënt, geef structuur in de communicatie (Bv: een bol per consult), en het identificeren van doelen (geef voorbeelddoelen)

Opzet en deelnemers

Voor deze kwalitatieve en kwantitatieve procesevaluatie rekruteerden we 15 praktijkondersteuners, werkzaam bij zorggroep Cohesie in Noord-Limburg. De deelnemende praktijkondersteuners waren vrouwen in de leeftijd van 28 tot 55 jaar (gemiddeld 44,2 jaar) die werkten met chronisch zieke patiënten, minimaal een jaar werkervaring hadden en interesse getoond hadden in een training gezamenlijke besluitvorming. De praktijkondersteuners volgden de COACH-training en includeerden in totaal 23 patiënten met een chronische aandoening, onder wie 13 vrouwen, in de leeftijd van 41 tot 88 jaar (gemiddeld 62 jaar). De medisch-ethische toetsingscommissie van Zuyderland Heerlen keurde het onderzoek goed.

Dataverzameling en analyse

In het kader van het kwalitatieve onderzoek interviewden we alle praktijkondersteuners individueel over hun ervaringen met de COACH-aanpak en namen negen praktijkondersteuners deel aan een focusgroep. Daarnaast interviewden we tien patiënten. Alle gesprekken werden opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd in sessies met het hele onderzoeksteam.¹¹ Er werd een analysedagboek bijgehouden.¹²

In het kader van het kwantitatieve onderzoek vulden alle praktijkondersteuners voor, tijdens en na de training een vragenlijst in over hun werkwijze met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming. Bovendien vroegen we hen om audio-opnamen van consulten. In totaal ontvingen we 45 ingevulde vragenlijsten en 13 audio-opnamen (vier praktijkondersteuners leverden ieder twee opnamen, vijf praktijkondersteuners leverden één opname, de overige zes leverden geen opnamen). De analyse van de vragenlijsten gebeurde met beschrijvende statistiek (gemiddelde en mediaan), die van de audio-opnamen met een observatieformulier.

RESULTATEN

Ervaringen van praktijkondersteuners

De praktijkondersteuners vonden de patiëntprofielen waardevol en hadden ze gebruikt om te analyseren wat de patiënt nodig had om tot gezamenlijke besluitvorming te komen en weerstand tegen gedragsverandering te overwinnen.

Poh 1: 'Als je een moeilijke patiënt voor je hebt zitten, kunnen de profielen helpen om te denken van "Ja, wat heeft hij nu nodig?". Misschien moet ik niet te veel van hem vragen.' (Poh, 43 jaar)

Het vierbollenmodel stimuleerde praktijkondersteuners om meer naar de omgeving en de copingstijlen van de patiënt te kijken. De gezamenlijk geformuleerde doelen werden daardoor meer persoonsgericht.

Poh2: 'Ja, mensen komen hier met hun diagnose diabetes. Maar dat is niet het hele verhaal. Met de vier bollen kun je het grotere geheel inzichtelijk maken.' (Poh, 30 jaar)

De praktijkondersteuners hadden de training als heel positief ervaren. De individuele coaching leidde ertoe dat zij zich bewust werden van hun eigen sterke kanten en valkuilen.

Poh3: 'Het is echt heel goed om te weten waar je allergisch voor bent. Door het proces heen leerde ik waar mijn allergieën zitten. Als je dat weet, dan kun je er veel beter mee omgaan.' (Poh, 48 jaar)

Ondanks de waardering voor de COACH-aanpak dachten de praktijkondersteuners dat het niet eenvoudig zal zijn deze te integreren in de dagelijkse praktijk. In het kader van het onderzoek gaf de zorggroep hen de vrijheid om niet ieder consult dezelfde items na te lopen, maar tijd in te ruimen voor het verhelderen van doelen en actieplannen. Buiten dat onderzoeksverband misten ze handvatten om COACH te integreren in de bestaande protocollen; vooral door tijdgebrek.

Poh4: 'Tijd is echt een probleem, hè? Ik heb geen tijd voor dit soort gesprekken als ik ook nog mijn protocol moet afwerken.' (Poh, 39 jaar)

Veel praktijkondersteuners meenden dat zij van de huisarts niet mochten afwijken van het protocol en voelden zich onvoldoende ondersteund. Zij hadden behoefte om ervaringen uit te wisselen en te reflecteren op hun nieuwe rol.

Poh5: 'Ik zou dan echt graag meer feedback willen hebben en het erover willen hebben met collega's en met de huisartsen. Volgens mij moeten wij dit samen oppakken in onze praktijk.' (Poh, 28 jaar)

Praktijkondersteuners ervoeren een innerlijk rolconflict. Hoe belangrijk ze het ook vonden om tot persoonsgerichte doelen te komen, toch zagen ze het verzamelen van meetwaarden en het geven van medisch advies als hun hoofdverantwoordelijkheid.

Poh6: 'Misschien is dat niet correct, maar ik moet toch ook gewoon naar die bloedwaarden kijken eerst. Soms is dat gewoon mijn eerste prioriteit.' (Poh, 43 jaar)

Wat is bekend?

- Praktijkondersteuners spelen een belangrijke rol in het zelfmanagement van chronisch zieke patiënten.
- Zelfmanagementondersteuning vraagt van praktijkondersteuners dat zij uit hun rol stappen van protocollair werkend medisch expert en meer aandacht hebben voor persoonlijke doelen en actieplannen.

Wat is nieuw?

- Er zijn praktische tools ontwikkeld die praktijkondersteuners kunnen helpen meer persoonsgericht te werken en tot gezamenlijke besluitvorming te komen.
- Praktijkondersteuners ervaren door de overgang naar meer persoonsgericht werken een rolconflict waarover de hele huisartsenpraktijk zou moeten nadenken.

Implementatie

De praktijkondersteuners focusten ook tijdens het onderzoek vaak op de medische aspecten en spraken daardoor weinig over het dagelijks functioneren of de omgeving van de patiënt. Expliciete doelen werden nauwelijks geformuleerd. Getuige de vragenlijsten waren de praktijkondersteuners al bij aanvang van het onderzoek tevreden over hun eigen werkwijze; die tevredenheid nam toe op de twee latere meetmomenten.

Ervaringen patiënten

Van de tien geïnterviewde patiënten merkten er vijf geen verschil in de werkwijze van hun praktijkondersteuners. De anderen gaven aan dat hun praktijkondersteuner meer vragen stelde en beter luisterde. Twee patiënten meldden dat zij door het vierbollenmodel meer inzicht hadden gekregen in hun eigen situatie; twee anderen vonden het fijn dat zij een concreet actieplan hadden afgesproken.

P1: 'Ja, we hebben gewoon afgesproken dat ik twee kilo ga verliezen in de komende twee maanden. Ik ga drie keer per week een rondje wandelen.' (Patiënt, 60 jaar)

BESCHOUWING

Uit onze interviews blijkt dat praktijkondersteuners de COACH-aanpak waarderen, en dan vooral het werken met patiëntprofielen. Het gebruik van patiëntprofielen staat in de belangstelling, zie bijvoorbeeld de Self Management Screening (SeMaS).¹³ Er is echter meer onderzoek nodig naar de determinanten voor deze profielen, hun implementatie en hun effect op de gezamenlijke besluitvorming.

Ondanks hun waardering voor COACH vonden de praktijkondersteuners de aanpak moeilijk te integreren in bestaande werkrouines en protocollen. Weinig patiënten ervoeren een verschil in de werkwijze van hun praktijkondersteuner. Ander onderzoek bevestigt dit.

Praktijkondersteuners zien vaak het medische management en de metingen als hun kerntaak, en voelen zich voornamelijk verantwoordelijk voor de medische gezondheid van patiënten. Dat beperkt de mogelijkheden om tot gezamenlijke besluitvorming te komen.^{14,15} Enige jaren geleden werd al geconstateerd dat huisartsen praktijkondersteuners meer steun moeten bieden bij de overgang van ziektegeoriënteerd naar persoonsgericht werken.¹⁶ Omdat praktijkondersteuners en huisartsen nauw samenwerken, vraagt deze verandering vooral om een gezamenlijke visie op de rol van de praktijkondersteuner. De eerste stap daarin is consensus over het belang van persoonsgerichte coaching en welke consequenties de nieuwe werkwijze heeft voor het hele team.¹⁷

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van ons onderzoek is dat we zowel kwalitatieve als kwantitatieve data gebruikt hebben. Daardoor hebben we een compleet beeld kunnen krijgen van de ervaringen van praktijkondersteuners en patiënten met COACH, en van de daadwerkelijke toepassing in de praktijk.

Een beperking is dat we alleen praktijkondersteuners hebben geïncludeerd die intrinsiek gemotiveerd waren om aan gezamenlijke besluitvorming te gaan doen. Een andere beperking is dat de patiënten zijn geselecteerd door de deelnemende praktijkondersteuners.

CONCLUSIE

COACH geeft praktijkondersteuners handvatten om maatwerk te leveren en naar de mens achter de patiënt te kijken. Patiënten kunnen door COACH een breder inzicht krijgen in hun eigen situatie. Om meer aandacht te kunnen besteden aan persoonsgerichte doelen en actieplannen zullen praktijkondersteuners echter anders moeten omgaan met de bestaande protocollen en metingen. Dit vraagt reflectie van de hele huisartsenpraktijk.

LITERATUUR

1. Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Van Dulmen AM, et al. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.
2. Schurmans MJ, Lambregts J, Grotendorst A; Projectgroep V&V 2020. Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, deel 3. Utrecht: V&VN, 2012.
3. Lenzen SA, Daniëls R, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, Beurskens A. Development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plans with primary care patients. BMC Health Serv Res 2018;18:891.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Lenzen SA, Daniëls R, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, Beurskens S. Wat maakt samen beslissen zo complex? Evaluatie van een aanpak voor praktijkondersteuners. Huisarts Wet 2019;62(10):14-7.

DOI:10.1007/s12445-019-0265-x.

Zuyd Hogeschool, Heerlen: dr. S.A. Lenzen, lectoraat Autonomie en participatie van chronisch zieken (tevens CAPHRI, Maastricht): stephanie.lenzen@zuyd.nl; prof. dr. A. Beurskens, lectoraat Autonomie en participatie van chronisch zieken, hoogleraar Doelgericht meten in de dagelijkse zorgpraktijk (tevens CAPHRI, Maastricht); dr. R. Daniëls, lectoraat Ondersteunende technologie in de zorg. Maastricht University, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht: dr. M.A. van Bokhoven, huisarts; prof. dr. G.D.E.M. van der Weijden, arts-epidemioloog, hoogleraar Implementatie van richtlijnen in de geneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.