

# GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING OVER DOELEN EN ZORGAFSPRAKEN

---

Handreiking



Zorginstituut Nederland



# INHOUDSOPGAVE

<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken</b>	<b>4</b>
<b>Uitleg onderdelen handreiking</b>	<b>5</b>
Vorbereiding consult	6
Samen doelen stellen	7
Samen zorgafspraken maken	9
Afspraken uitvoeren en evalueren	10
<b>Voorbeeld - Casussen</b>	<b>11</b>
<b>Literatuur</b>	<b>14</b>

# VOORWOORD

Deze handreiking “Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken” is het resultaat van het project “Gezamenlijke besluitvorming”, uitgevoerd door InEen, Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, in samenwerking met de Ondernemende Huisarts, het NHG, Huisartsopleiding VUmc en NCPF, en in opdracht van het Zorginstituut Nederland.

De aanleiding van het project vindt zijn oorsprong in een aantal ontwikkelingen rond het inzetten van een Individueel Zorgplan (IZP) in de huisartspraktijk die eind 2013 bij elkaar kwamen. Het Zorginstituut zocht naar mogelijkheden om het Raamwerk Individueel Zorgplan ontwikkeld door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (CPZ) verder uit te werken. Het doel van het project “Gezamenlijke besluitvorming” was:

*Het ontwikkelen van een handreiking voor het proces van gezamenlijke besluitvorming op basis van persoonsgerichte doelen in aansluiting op het raamwerk Individueel Zorgplan.*

Overleg tussen deelnemers vanuit de verschillende organisaties leidde tot een concept handreiking welke in een pilot met acht zorgprofessionals op hanteerbaarheid en meerwaarde is onderzocht en bijgesteld.

De huidige versie van de handreiking kan beschouwd worden als een raamwerk voor gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken in de huisartspraktijk. De verschillende onderdelen van dit raamwerk zullen inhoudelijk verder ingevuld moeten worden met interventies, technieken en/of hulpmiddelen. Ook is meer onderzoek nodig naar de hanteerbaarheid en het effect van de verschillende onderdelen.

**Contactpersonen:**

Ramon Daniëls PhD  
Zuyd Hogeschool  
ramon.daniels@zuyd.nl

Frederik Vogelzang  
Programmamanager InEen  
f.vogelzang@ineen.nl

Job den Boer  
Nederlands Huisartsen Genootschap  
j.denboer@nhg.org

# INLEIDING

De huisarts en de praktijkondersteuner ondersteunen mensen met een chronische aandoening bij het realiseren van een optimale kwaliteit van leven. Het leveren van persoonsgerichte zorg en het bevorderen van een actieve rol van de patiënt in zijn/haar proces is daarbij van belang. Het Individueel Zorgplan (IZP) wordt in de zorg aan mensen met een chronische aandoening beschouwd als de spil van persoonsgerichte zorg. In een IZP zijn persoonsgerichte doelen en zorgafspraken opgenomen. Persoonsgerichte doelen zijn de resultaten die voor de patiënt zelf belangrijk zijn te bereiken. Zorgafspraken zijn de acties of actieplannen die de patiënt zelf, naasten of zorgprofessionals uitvoeren om deze doelen te bereiken.

Het IZP is het resultaat van een proces van gezamenlijke besluitvorming over zowel de doelen als de zorgafspraken tussen patiënt en zorgprofessional. Het uitgangspunt daarbij is dat het samen werken aan en met een IZP het zelfmanagement van patiënten stimuleert. Er is al de nodige aandacht voor het gezamenlijk besluiten nemen over behandelingen en zorgafspraken (shared decision making en keuzehulpen) maar het expliciet gezamenlijk aandacht besteden en besluiten nemen over doelen is relatief nieuw. Werken met een IZP vraagt van zowel patiënten als zorgprofessionals een andere werkwijze. Voor zorgprofessionals is het wennen om patiënten de ruimte te geven, te begeleiden en motiveren om hun eigen prioriteiten te stellen. De prioriteiten van de patiënt zijn niet altijd dezelfde als die van de zorgprofessional. Het werken met een IZP maakt dat inzichtelijk en geeft handvatten om daarover in gesprek te gaan om tot gezamenlijke besluitvorming te komen.

Het doel van de handreiking "Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken" is het ondersteunen van het proces van gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken tussen een zorgprofessional in de huisartsenpraktijk (huisarts of praktijkondersteuner) en een patiënt met één of meerdere chronische aandoeningen.

In deze notitie vindt u de handreiking "Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken" die uit vier onderdelen bestaat. Per onderdeel vindt u een korte uitleg. Ook bevat dit document vier voorbeeld-casussen ter illustratie.

# HANDREIKING GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING OVER DOELEN EN ZORGAFSPRAKEN

Deze handreiking kent vier onderdelen: Voorbereiden, Samen doelen opstellen, Samen zorgafspraken maken en Afspraken uitvoeren en evalueren.

De handreiking heeft een cyclisch karakter. Dit betekent dat de verschillende onderdelen niet noodzakelijkerwijs binnen één consult in de aangegeven volgorde hoeven te worden toegepast. De onderdelen kunnen worden verdeeld over meerdere gesprekken. Afhankelijk van de patiënt en diens problematiek kunnen de onderdelen uit de handreiking meer of minder diepgravend worden doorlopen.

Onderdelen	Toelichting
<b>Vorbereiding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– informeer de patiënt over doel consult</li> <li>– vraag om voorbereiding op consult</li> </ul>
<b>Samen doelen vaststellen</b>	
a Exploreren (patiëntperspectief)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bespreek huidige en gewenste situatie</li> <li>– achterhaal de drijfveren voor verandering</li> </ul>
b Informeren (zorgverlenersperspectief)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geef relevante informatie</li> <li>– pas deze aan op de situatie van de patiënt</li> </ul>
c Doelen formuleren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ondersteun bij het benoemen van voorkeuren</li> <li>– stel samen expliciete doelen op</li> <li>– ga uit van voorkeuren en haalbaarheid</li> <li>– leg doelen vast in het IZP/dossier</li> </ul>
<b>Samen zorgafspraken maken</b>	
a Keuzeproces toelichten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– maak duidelijk dat er iets te kiezen valt</li> </ul>
b Opties bespreken	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vraag patiënt naar opties, benoem zelf opties</li> <li>– bespreek voor- en nadelen van deze opties</li> <li>– reik beschikbare keuzehulpen aan</li> <li>– help bij het formuleren van voorkeuren</li> </ul>
c Besluiten nemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– besluit samen over opties en acties</li> <li>– maak daarover expliciete zorgafspraken</li> <li>– leg deze vast in het IZP/dossier</li> </ul>
<b>Afspraken uitvoeren en evalueren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– beleg alle afgesproken acties</li> <li>– volg ze op</li> <li>– reflecteer samen periodiek op de voortgang</li> <li>– stel samen doelen en acties bij</li> </ul>

# UITLEG ONDERDELEN HANDREIKING

Hieronder vindt u per onderdeel van de handreiking een uitleg. Mogelijke acties van de zorgprofessional en verwijzingen naar voorbeelden van instrumenten/technieken worden per onderdeel gepresenteerd.

De lijst van voorbeelden is geen volledige inventarisatie van instrumenten/technieken. Voor sommige onderdelen, vooral voor de onderdelen samen doelen stellen en afspraken uitvoeren en evalueren, zijn er momenteel nog maar beperkt instrumenten/technieken beschikbaar. Verder onderzoek dient patiënten te betrekken bij het ontwikkelen van dergelijke instrumenten/technieken.

## Vorbereiding consult

Het informeren van de patiënt over het IZP is relevant om de patiënt zoveel mogelijk een actieve rol te laten innemen. Veel patiënten zullen in het dagelijks leven niet gewend zijn om bewust en expliciet doelen en zorgafspraken op te stellen. Een goede uitleg hierover, eventueel ondersteund met voorbeelden, is nodig om wederzijds de verwachtingen aan het gesprek duidelijk te krijgen. Deze uitleg kan ook al vooraf aan het consult schriftelijk of op een andere manier gegeven worden. De patiënt wordt dan al uitgenodigd na te denken over wat hij of zij belangrijk vindt en wat hij of zij wil bespreken met de zorgprofessional. Vorbereiding vooraf aan het consult kan het voordeel hebben dat de patiënt meer tijd heeft voor reflectie op zijn persoonlijke situatie. De vraag voor voorbereiding zal niet voor iedere patiënt geschikt zijn.

Onderdeel	Mogelijke acties professional	Voorbeelden instrumenten/ technieken
Vorbereiden consult	<ul style="list-style-type: none"><li>– Vraag de patiënt eventueel om zich voor te bereiden op het consult.</li><li>– Informeer de patiënt over het doel van het gesprek.</li><li>– Informeer de patiënt over wat een IZP is en waarom een IZP gebruikt wordt.</li><li>– Leg uit wat er wordt bedoeld met doelen en zorgafspraken in een IZP.</li><li>– Check of de wederzijdse verwachtingen aan het gesprek gelijk zijn.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– 3 goede vragen: <a href="http://www.3goedevragen.nl/">http://www.3goedevragen.nl/</a></li><li>– Instrumenten zoals genoemd vanaf pagina 12 in Model voor een cliëntgericht zorg/leefplan (Ieder(in) e.a. 2015)</li></ul>

## Samen doelen stellen

De persoonlijke doelen van de patiënt vormen het uitgangspunt voor persoonsgerichte zorg. Doelen kunnen worden beschouwd als het resultaat van het samenbrengen van het perspectief van de patiënt en het professionele perspectief van de zorgprofessional (zie raamwerk IZP). Om het perspectief van de patiënt in kaart te brengen is het relevant om de huidige en de gewenste situatie van de patiënt open te exploreren en om te begrijpen wat de patiënt belangrijk vindt en graag wil en wat de wensen en drijfveren voor verandering zijn. Afgestemd op de situatie van de patiënt, kan de zorgprofessional de patiënt informeren over onderwerpen die vanuit zijn/haar perspectief voor deze patiënt van belang kunnen zijn (denk aan leefstijl factoren, het omgaan met de aandoening of aanpassingen in de omgeving die nodig zijn). In dialoog kunnen de patiënt en de zorgprofessional vervolgens hun perspectieven proberen samen te brengen en hieruit doelen formuleren.

Een doel wordt globaal gedefinieerd als een voor de patiënt gewenst toekomstig uitkomst/resultaat. Ondanks aanhoudende discussies over criteria voor een goed doel, lijkt er consensus te zijn over de volgende aspecten. Een doel moet:

- Inspirerend en motiverend voor de patiënt zijn
- Zo concreet, duidelijk en meetbaar mogelijk geformuleerd zijn
- Haalbaar zijn voor de patiënt
- Geformuleerd zijn vanuit het perspectief van de patiënt en
- Zoveel mogelijk geformuleerd zijn in de taal van de patiënt

In het kader van zelfmanagement moeten en hoeven doelen niet alleen op medisch vlak te liggen, maar kunnen ook betrekking hebben op wat iemand graag wil doen in zijn alledaagse leven, de emoties en/of aspecten van kwaliteit van leven van een patiënt. Er zijn verschillende modellen beschikbaar die als raamwerk voor verschillende typen van doelen gebruikt kunnen worden, zoals de "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) of het model SFMPC (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief).

Onderdeel	Mogelijke acties professional	Voorbeelden instrumenten/technieken
Exploreren (patiënt perspectief)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Ondersteun de patiënt om zijn of haar perspectief/verhaal op de huidige situatie te vertellen.</li><li>– Ondersteun de patiënt om zijn of haar/perspectief/verhaal op de gewenste situatie te vertellen.</li><li>– Ga met de patiënt op zoek naar de wensen en drijfveren voor verandering.</li><li>– Stel open vragen, vraag door en vat het verhaal van de patiënt samen.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– <a href="http://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie">4 bollen model</a> (gebaseerd op de ICF) (<a href="http://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie">http://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie</a>)</li><li>– SFMPC model (Voorbeeld: <a href="https://www.achmea.nl/zorgaanbieders/downloads/Bijlage-voorbeeld-zorgbehandelplan-NHG-praktijkwijzer-kwetsbare-ouderen">https://www.achmea.nl/zorgaanbieders/downloads/Bijlage-voorbeeld-zorgbehandelplan-NHG-praktijkwijzer-kwetsbare-ouderen</a>.)</li></ul>



<p>Informereren (zorgverlener-perspectief)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Check of de patiënt behoefte heeft aan meer informatie over bepaalde onderwerpen.</li> <li>– Informeer de patiënt over onderwerpen die vanuit professionele expertise van belang zijn voor de patiënt en zijn situatie (zoals leefstijl factoren of omgang met klachten).</li> <li>– Check of de patiënt de informatie heeft begrepen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Technieken Motivational interviewing</li> </ul>
<p>Doelen formuleren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Breng het perspectief van de patiënt en van de professional samen.</li> <li>– Laat patiënt zoveel mogelijk zelf de doelen formuleren.</li> <li>– Bespreek de haalbaarheid van de doelen.</li> <li>– Formuleer doelen expliciet.</li> <li>– Leg doelen vast (opschrijven).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Leefplan GGZ: <a href="https://www.movisie.nl/tools/leefplan-ggz">https://www.movisie.nl/tools/leefplan-ggz</a></li> <li>– SMARTIE: <a href="https://www.movisie.nl/tools/smartie-doelen-formuleren">https://www.movisie.nl/tools/smartie-doelen-formuleren</a></li> <li>– Technieken Motivational Interviewing (o.a. voor- en nadelen matrix, meten bereidheid voor verandering en vertrouwen in eigen vermogen)</li> </ul>

## Samen zorgafspraken maken

Als de persoonlijke doelen van de patiënt voor zowel de patiënt als de zorgprofessional duidelijk zijn, kunnen zorgafspraken worden opgesteld. Zorgafspraken zijn afspraken over acties die een patiënt (met of zonder ondersteuning van een zorgprofessional of andere personen) kan uitvoeren om een doel te bereiken. Zorgafspraken kunnen behandelingen omvatten (veranderen medicatie, verwijzing naar een specialist etc.), maar ook betrekking hebben op "regelwerk" (zoeken van peer supportgroepen, informeren bij verzekering over mogelijke vergoedingen etc.).

Als structuur voor de gezamenlijke besluitvorming over zorgafspraken is het veel gebruikte model van Glyn Elwyn gekozen in deze handreiking. In dit model worden verschillende fasen van gezamenlijke besluitvorming over zorgafspraken gehanteerd, beginnend met het benadrukken dat er iets te kiezen valt, het vragen naar en benoemen van de verschillende opties, het bespreken van opties met voor- en nadelen en het nemen van een gezamenlijke besluit.

Onderdeel	Mogelijke acties professionals	Voorbeelden instrumenten/technieken
Keuzeproces toelichten	<ul style="list-style-type: none"><li>– Herhaal de vastgelegde doelen van de patiënt.</li><li>– Als er meerder opties zijn: Leg uit dat er iets te kiezen valt.</li><li>– Geef aan dat bij het kiezen van opties de voorkeuren van de patiënt een belangrijke rol spelen.</li></ul>	
Opties en voorkeuren bespreken	<ul style="list-style-type: none"><li>– Vraag de patiënt naar opties voor acties die kunnen bijdragen aan het bereiken van het doel.</li><li>– Benoem zelf opties voor acties.</li><li>– Bespreek de voor- en nadelen en risico's van alle opties (ook buiten eigen voorkeur).</li><li>– Ondersteun de patiënt bij het formuleren van voorkeuren.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– 3 goede vragen: <a href="http://www.3goedevragen.nl">http://www.3goedevragen.nl</a></li><li>– Option grids: <a href="http://optiongrid.org/">http://optiongrid.org/</a></li><li>– Keuzehulpen: <a href="http://keuzehulpen.thuisarts.nl/">http://keuzehulpen.thuisarts.nl/</a></li></ul>
Besluiten nemen	<ul style="list-style-type: none"><li>– Besluit samen over opties en de acties die erbij horen.</li><li>– Formuleer zorgafspraken.</li><li>– Leg zorgafspraken vast (opschrijven).</li></ul>	

## Afspraken uitvoeren en evalueren

Het werken met doelen en zorgafspraken (of met een IZP) is een proces dat niet in één consult afgerond zal zijn. Het verloop van een chronische aandoening en de betekenis daarvan voor de patiënt is voor iedere patiënt anders. Een op de patiënt individueel afgestemde evaluatie is een belangrijk onderdeel van het proces. Acties worden op basis van doelen uitgevoerd en na enige tijd zal er samen geëvalueerd worden hoe de acties verlopen zijn en of zij bijdragen aan het bereiken van het doel. Mogelijke barrières en knelpunten die de patiënt is tegengekomen worden besproken en de doelen en zorgafspraken worden eventueel bijgesteld en vernieuwd.

Onderdeel	Mogelijke acties professionals	Voorbeelden instrumenten/technieken
Afspraken uitvoeren en evalueren	<ul style="list-style-type: none"><li>– Zorg dat alle afgesproken acties belegd worden bij de verantwoordelijke personen.</li><li>– Volg de acties op.</li><li>– Maak een vervolgspraak.</li><li>– Reflecteer na verloop van tijd met de patiënt op voortgang en stel eventueel samen doelen en acties bij.</li></ul>	

# VOORBEELD - CASUSSEN

## Mevrouw O. (Chronische zorg)

Mevrouw O. is 63 jaar. Zij is al 10 jaar bekend met COPD, en vorig jaar gediagnosticeerd met reumatoïde arthritis, waarvoor ze behandeld wordt door de reumatoloog. De behandeling van haar COPD vindt plaats bij de huisarts; zij komt hiervoor in ieder geval 2 maal per jaar bij de praktijkondersteuner.

Een week voor de halfjaarlijkse controle bij de POH krijgt Mevrouw O. informatie thuis gestuurd over het gebruik van het Individueel Zorgplan tijdens het consult. Ze wordt in de brief uitgenodigd om alvast na te denken over wat zij wil bespreken tijdens het consult en wat belangrijk voor haar is.

Tijdens het consult *exploreren* mevrouw O. en de POH samen de *huidige situatie* van mevrouw O. en wat *zij zou willen* in de toekomst. Mevrouw O. vindt het vooral belangrijk om haar vrijwilligerswerk te kunnen blijven doen. Zij merkt echter dat zij hiervoor de laatste tijd energie te kort komt. Naast de benauwdheid heeft ze steeds meer pijn in haar gewrichten waardoor het haar niet lukt om te sporten en conditie op te bouwen. Ze kan dat moeilijk accepteren en wordt er vaak moedeloos van. In overleg met de POH komt mevrouw O. tot de conclusie dat ze anders met haar beperkingen om zal moeten gaan en haar energie beter moet leren verdelen. Dit wordt haar doel voor de komende tijd. Omdat ze niet goed weet hoe ze dit moet aanpakken stelt de POH voor om begeleiding van de POH-GGZ te vragen. Dit lijkt mevrouw O. een goed idee. Er wordt een *vervolgafpraak* gemaakt over 3 maanden om de resultaten te evalueren.

*In deze casus wordt de patiënt vooraf aan het consult over COPD uitgenodigd na te denken over wat ze wil m.b.t. haar chronische aandoening. Dat leidt uiteindelijk niet tot een andere behandeling van de COPD, maar tot een zorgafpraak met de POH GGZ over het beter leren omgaan met de beperkingen.*

## Meneer P. (Preventieve zorg)

De heer Pieters komt bij de huisarts. Op een keuring is een hoog cholesterol vastgesteld. In het gesprek met de huisarts wordt duidelijk dat de heer Pieters bezorgd is over zijn risico op een hartziekte omdat zijn vader ook een hartinfarct heeft gehad. Dat wil hij voorkomen.

De huisarts inventariseert met de heer Pieters samen alle risicofactoren voor hart- en vaatziekte. Het risico blijkt enigszins verhoogd. De huisarts geeft uitleg en bespreekt de verschillende opties voor vermindering van dat risico, zoals leefstijlveranderingen en medicatie. Hij geeft de keuzehulp verhoogd vasculair risico mee, verwijst naar de website thuisarts.nl en maakt een nieuwe afspraak voor de volgende week.

De week erna komt de heer Pieters samen met zijn echtgenote terug. Ze hebben de informatie en de keuzehulp uitgebreid gelezen en ze hebben een plan gemaakt om hun leefstijl te verbeteren. Ze gaan samen meer bewegen, en minder en gezonder eten. De heer Pieters wil daarmee 5 kg afvallen. Hij ziet voorlopig af van medicatie.

De huisarts spreekt met de heer Pieters af dat ze over 3 maanden opnieuw de risicofactoren, waaronder het cholesterol in kaart zullen brengen om te zien of de geplande leefstijlverandering het vasculair risico heeft verminderd.

*In deze casus wordt de vraag van de patiënt over het cholesterol omgezet in een doel, te weten het voorkomen van een hartinfarct, en wordt in overleg en op basis van keuze-informatie uit de beschikbare opties een zorgafspraken gemaakt, te weten: aanpassing van de leefstijl.*

### **Mevrouw B. (Ouderenzorg)**

Mevrouw B. is 85 jaar en woont sinds 2 jaar in een verzorgingshuis. Vanuit het project ouderenzorg van de praktijk gaat de praktijkondersteuner bij haar langs om te kijken hoe het met haar gaat. In het gesprek blijkt eenzaamheid haar belangrijkste probleem. Ze krijgt niet veel visite. Graag zou ze wat meer aanspraak hebben. Maar omdat ze incontinent is en bang is dat ze steeds naar de wc moet blijft ze liever op haar kamer. Ook is zij in het verleden een paar keer gevallen en daarom angstig dat dit weer gebeurt.

In het verzorgingshuis worden elke dag gezamenlijke activiteiten georganiseerd. Het zou haar eenzaamheid verminderen als zij hieraan kan deelnemen. Dit wil ze graag proberen.

Haar *doel* wordt om twee keer per week deel te nemen aan deze activiteiten. Om dit te kunnen doen bespreken mevrouw B., de POH en de verzorgende de benodigde *acties*.

Ten eerste moet er iets aan de incontinentie gedaan worden. Mevrouw B geeft aan dat ze 'in nog geen honderd jaar zo'n luier aantrekt'. Ze laat een consult bij de huisarts inplannen om te bespreken of bijvoorbeeld bekkenbodetherapie, een ring of een operatie een mogelijkheid voor haar zou zijn. Daarnaast besluiten zij een ergotherapeut in te schakelen om na te gaan hoe met hulpmiddelen of aanpassingen in de kamer de valkans kan worden verkleind. Mevrouw B. zal de verzorging vragen of ze haar twee keer per week willen komen ophalen en naar de gemeenschappelijke ruimte willen begeleiden.

Over twee maanden spreken ze een vervolgspraak af om te evalueren hoe het gegaan is en of er nog nieuwe acties nodig zijn.

*In deze casus wordt de belangrijkste klacht van de patiënt over eenzaamheid omgezet in een doel, te weten 2x per week naar de gezamenlijke activiteiten, en worden er in overleg een aantal zorgafspraken gemaakt, waarbij ook meerdere opties zullen worden besproken.*

### **Bram (incidentele zorg)**

Moeder komt met zoontje Bram van 6. Hij hoort slecht. Na anamnese en onderzoek blijkt hij een OME, ofwel slijmoren te hebben. Zijn broertje had dit ook en heeft daarvoor buisjes gekregen van de KNO-arts. Moeder vraagt zich af of dit ook de beste optie is voor Bram. Huisarts geeft uitleg en geeft informatie van thuisarts en keuzehulp 'trommelvliesbuisjes' mee en maakt een nieuwe afspraak voor volgende week.

Later die week belt moeder de nieuwe afspraak af: ze heeft samen met haar man de informatie en keuzehulp uitgebreid gelezen en ze hebben besloten voorlopig af te zien van een operatie voor Bram. Ze hebben morgen een afspraak gemaakt met de juffrouw op school om de adviezen die in de informatie stonden ook met haar door te nemen (zoals vooraan in de klas zitten, duidelijk met gezicht naar Bram toe praten etc.).

De huisarts spreekt met moeder af dat ze opnieuw naar het spreekuur komt als de klachten bij Bram over 3 maanden nog onveranderd zijn.

*Deze casus laat zien dat het doel van de patiënt/verzorger na het overwegen van de opties verandert van "ik wil dat hij weer beter kan horen" naar "we willen hem zo goed mogelijk ondersteunen totdat hij weer beter kan horen".*

# LITERATUUR

Bodenheimer T, Grumbach K. Self-management support for people with a chronic illness. In: Shanahan JF, Brown R, editors, Improving primary care – strategies and tools for a better practice. 1st ed. New York: the MacGraw-Hill Companies; 2007

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27:1361-7.

Ieder(in), NPCF, PGO support, LPGGz, Vilans. Model voor een cliëntgericht zorg/leefplan 2015.

Lenzen S, Daniëls R, van Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Setting goals in chronic care: shared decision making as self-management support by the family physician. European Journal of General Practice. 2015;21:138-144

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Helping people change. New York: Guilford Press; 2012

Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisartsenzorg voor ouderen met complexe problematiek. Verkrijgbaar via:

[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/final\\_nhg\\_leago\\_kaart\\_novog\\_o.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/final_nhg_leago_kaart_novog_o.pdf)

Rebel M, Engels J, Boshuizen D. Opschrijven maakt het verschil; ervaringen met het individueel zorgplan. Kwaliteit in Zorg. 2011;2:12-15

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. 2013, den Haag.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Sturen op gezondheidsdoelen. 2011, den Haag.

Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal-setting and action planning in the rehabilitation setting: Development of a theoretically informed practice framework. Clin rehab 2011;25:468–82.

Thuisarts.nl. Keuzehulpen overzicht. Verkrijgbaar via: <http://keuzehulpen.thuisarts.nl/>

Van Veenendaal H, Stalmeier P, Van de Broek I, Baas-Thijssen M, Drenthen T, Hilders C, Otten W. Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. Kwaliteit in zorg. 2013;3:4-6

Verbeek G. Van zorgplan naar leefplan. Ontwikkeling en gebruik van leefplannen bij ouderen en mensen met een handicap. Maarssen: Elsevier; 2005.

Wade D. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how – Editorial. Clinical Rehabilitation. 2009;23:291 – 293

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Verkrijgbaar via: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Zorginstituut Nederland. Raamwerk Individueel Zorgplan. Verkrijgbaar via:  
[https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-  
www/kwaliteit/zorginzicht/zorgstandaarden/zorgstandaarden/zorgstandaarden/zinl%3Aparagra  
ph%5B4%5D/zinl%3Adocuments/raamwerk-individueel-  
zorgplan/Raamwerk+Individueel+Zorgplan.pdf](https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-<br/>www/kwaliteit/zorginzicht/zorgstandaarden/zorgstandaarden/zorgstandaarden/zinl%3Aparagra<br/>ph%5B4%5D/zinl%3Adocuments/raamwerk-individueel-<br/>zorgplan/Raamwerk+Individueel+Zorgplan.pdf)Voorbeeld - Casussen