

Instructie gesprekstrainers

Veerkrachtig Samen Beslissen: Een praktische interprofessionele gesprekstraining over proactieve zorgplanning bij ouderen.

De leerdoelen die centraal staan in de gesprekstraining:

- 1) De cursist voert een PZP gesprek met een (simulatie)patiënt, gebaseerd op de eigen praktijk.
- 2) De cursist wisselt standpunten uit met betrekking tot de inhoud van het PZP gesprek.
- 3) De cursist benoemt welke signalen een patiënt uit t.a.v. wel of niet klaar zijn voor een PZP-gesprek.
- 4) De cursist weet hoe te handelen bij het opmerken van deze signalen.
- 5) De cursist benoemt de interdisciplinaire samenwerking en samenwerkingsafspraken rondom proactieve zorgplanning in de eigen setting, maar ziet ook de verbetermogelijkheden hierin.
- 6) De cursist maakt gebruik van passende hulpmiddelen in het voeren van PZP gesprekken en vastleggen van de uitkomsten hiervan.

Indeling trainingsprogramma:

Tijdsduur	Onderdeel	Door:
5 min	1. Welkom, introductie, korte uitleg theorie PZP gespreksvaardigheden	Organisator
15 min	2. Nabespreking opdrachten	Organisator
90 min	3. Simulatie gesprekken adhv casusformat, met actieve rol voor elke deelnemer	Gesprekstrainers
10 min	4. Evaluatie	Organisator

Hieronder wordt de invulling van elk onderdeel uitgelegd; deze indeling is richtinggevend voor de inhoud, maar er kan uiteraard van worden afgeweken als de omstandigheden hierom vragen.

Welkom, introductie, korte uitleg theorie PZP gespreksvaardigheden

Plenair: Deelnemers welkom heten, controleren of ze ook zijn aangehaakt als pilot-praktijk, korte check-in (is het voor iedereen gelukt om voor te bereiden, wat verwachten ze ervan, bepaalde leerwensen?). Starten met 0-meting voor

pilotpraktijken (digitaal via QR code van Heike), met daarbij uitleg van Inge over praktische zaken.

Terugblikken op weblecture, zijn daar nog vragen over?

Nabespreking opdrachten

Plenair: Zie bijlage 1 de opdrachten zelf, en in het rood aangevuld wat hierover besproken kan worden. Let op, hiervoor staat maar 10 min, dus het is aan te raden om het belangrijkste te kiezen.

Simulatie gesprekken adhv casusformat, met actieve rol voor elke deelnemer.

Dit gebeurt in 3 groepen van +-4 tot 7 personen. Er zal waarschijnlijk tijd zijn om ongeveer 3 casussen te bespreken. Bespreek eerst alle casussen, en laat de groep kiezen welke ze bespreken.

Het is de bedoeling om elke deelnemer in elke casus een actieve rol te geven. Dat kan de rol zijn van casusinbrenger (en dus gespreksvoerder), simulatiepatiënt (die de rol speelt van de gesprekspartner, kunnen er meerdere zijn), of observant (die specifiek observeert op de leerwensen van de casusinbrenger, dit kunnen ook meerdere personen zijn). De gesprekstrainer houdt uiteraard de eigen rol en is verantwoordelijk voor procesbewaking en feedback. Elke deelnemer heeft telkens één rol, liefst variëren in die rollen per casusinbreng.

Per gespreksronde (duurt +- 25 min per casus, waarvan 15 min gespreksvoering, 10 min feedback):

Stap 1: De casusinbrenger legt de casus nogmaals uit (adhv de elementen in het casusformat) en legt uit welke betrokkenen er zijn, hoe de samenwerking nu verloopt. Ook wordt benadrukt waar de moeilijkheid nu precies zit voor in het gesprek. Vervolgens komen tot de leervragen/leerwensen.

Stap 2: De gesprekstrainer verdeelt de verschillende rollen van simulatiepatiënt (afhankelijk van de casus hoeveel dit er zijn), de rest van de deelnemers zijn observators. Als er meerdere observators zijn, dan richten die zich allemaal op een andere specifieke leervraag van de casusinbrenger.

Stap 3: het gesprek wordt gesimuleerd. Dat kan wat gekunsteld aanvoelen, het is aan de gesprekstrainer om daarin te sturen naar een open en serieuze leeromgeving. Het kan helpen om iets te doen in de setting van de gesprekspartners (dicht bij elkaar zetten of tegenover elkaar zitten, waarbij ze elkaar aankijken, ipv middenin de groep blijven zitten). De gesprekstrainer observeert in het gesprek op het algemene verloop en let daarbij specifiek op de volgende gespreksvaardigheden:

- LSD (luisteren, samenvatten, doorvragen),
- ANNA (Altijd Navragen Nooit Aannemen),
- NIVEA (Niet Invullen Voor Een Ander),
- het laten vallen van stiltes,
- het 'terugvragen' (ik wil controleren of ik het goed heb uitgelegd, wat is je bijgebleven van dit gesprek, wat zou je er thuis over uitleggen?),
- het stellen van open vragen en een open houding,
- toepassing van gezamenlijke besluitvorming.

De deelnemers zijn hier ook actief op geïnstrueerd in de voorbereiding. Het kan helpen om je per casus op 2 of 3 aspecten te focussen, bij elke casus weer andere elementen.

Stap 4: feedback en gezamenlijk terugblikken. Vraag eerst de inbrenger hoe hij/zij het vond gaan. Daarna vraag je de simulatiepatiënt(en) hoe die het gesprek hebben ervaren. Dan mogen de observatoren aangeven wat ze hebben gezien en feedback geven op de leerwensen. Tot slot vult de gesprekstrainer aan wat hij/zij zag en welke praktische tips nog meegegeven kunnen worden.

Stap 5: Zoom in op de samenwerking in deze casus; waar liggen knelpunten, waar liggen kansen? Hoe kan dit omgezet worden tot een verbetering in de toekomstige samenwerking?

Na deze 5 stappen, kan een nieuwe casus behandeld worden. Maximaal 3 casussen te bespreken.

De laatste 5 minuutjes zijn om even gezamenlijk af te sluiten met de subgroep. Hoe hebben ze de oefening ervaren, met welke inzichten gaan ze nu aan de slag, welke inspiratie hebben ze opgedaan?

4. Evaluatie

Eerst plenair en mondeling. Eventueel via Tips en Tops! Schrijf eventuele verbeterpunten op en geef deze door aan: sabine.pieters@zuyd.nl. Deze zullen gebruikt worden ter verbetering van de training.

Daarna vullen de pilot praktijken een digitale evaluatie in, aangereikt door Heike.

Bijlage 1: voorbereidende opdrachten:

Opdracht 1: Weblecture

Bekijk de [korte weblecture \(20 min\)](#) waarin het concept van Proactieve Zorgplanning en de achtergrond van Veerkrachtig Samen Beslissen wordt uitgelegd. Mochten er vragen zijn, stel die dan gerust tijdens de gesprekstraining op locatie.

Tijdens training bespreken: Checken of hier nog vragen over zijn.

Opdracht 2: Fasering van PZP

Bekijk de 5 clips waarin elk een andere fase centraal staat. Let op, het zijn korte clips die enkel een gedeelte van het gesprek weergeven ter illustratie. Klik op de hyperlink om de clips te bekijken.

Schrijf bij elke clip op:

- Aan welk(e) aspect(en) herken je dat het juist om deze fase gaat?
- Wat vind je goed aan dit gesprek?
- Wat kan volgens jou beter aan dit gesprek?



	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Hyperlink clip	Interesse wekken	Signaleren-uitnodigen	Informeren-behoefte	Vastleggen	Uitwisselen-checken
Welk aspect?					
Wat gaat goed?					
Wat kan beter?					

Tijdens training bespreken: Checken of iedereen juiste clip bij juiste fase heeft geplaatst. Korte plenaire discussie over de fasen, en of deze altijd even goed te onderscheiden zijn. Bevragen of ze ook wel eens patiënten zien die in meerdere

fasen tegelijk zitten, en/of naasten die juist in compleet andere fasen zitten.
Inzoomen op zaken die iedereen hetzelfde heeft gezien, of juist aspecten waar een
enkeling een heel specifieke mening over heeft.

Opdracht 3: Artikel "Jolien Claudemans: 'Praat met alle kwetsbare patiënten over toekomstige zorg'" data-bbox="115 86 879 126"/>

Lees het artikel door. Let op! In het artikel wordt nog gesproken met de oude term, namelijk Advance Care Planning. De gangbare Nederlandse term is nu proactieve zorgplanning.

Eén van de conclusies uit het onderzoek van Claudemans luidt: 'betere voorlichting is nodig voor patiënten en hun familie over wat ze kunnen verwachten van zorg en over het belang van deze gesprekken op een niet-acuut moment'

Vraag 1: Denk na, vertrekkend vanuit je eigen werksituatie, over a) de inhoud van deze voorlichting, b) de wijze waarop jij deze voorlichting zou geven en c) op welk moment je de voorlichting gaat geven. Schrijf kort jouw bevindingen op bij a), b) en c).

Claudemans stelt in het artikel: 'Systematische ACP-gesprekken kun je voorbereiden door een groepsvoorlichting aan ouderen of kwetsbaren en hun naasten'.

Vraag 2: Benoem vanuit je persoonlijke mening voor- en nadelen van deze aanpak en noteer deze.

De auteur adviseert: Vermijd het woord "levenseinde". Een groot deel van de mensen klapt dan dicht.

Vraag 3: Ben je het eens met Claudemans? Motiveer!

Claudemans geeft aan dat bepaalde taken ook gedelegeerd kunnen worden aan andere zorgverleners, zoals de praktijkondersteuner. Ook benadrukt ze het belang over het communiceren van behandelwensen. Ze geeft ook het advies "Maak duidelijk dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun keuzes: als ze tot andere inzichten komen, moeten ze dat zelf bespreken met hun naasten en zorgverleners. "

Vraag 4: Wie (welke discipline) is ervoor verantwoordelijk dat het ACP gesprek op de agenda komt? En wie moet het proces opvolgen?

Tijdens training bespreken: Waren er bepaalde eye-openers? Hoe gaf het ze inzicht op hun eigen visie op proactieve zorgplanning? Hoe kijken ze naar de verantwoordelijkheid om gesprek aan te gaan? Anders naar gaan kijken, na alles info?

Opdracht 4: Hulpmiddelen in PZP

Er bestaan meerdere hulpmiddelen binnen de diverse fasen van PZP. Zie blz 21 van de interactieve pdf, meegestuurd met deze e-mail, of zie ze hieronder opgesomd. Oriënteer je op onderstaande hulpmiddelen en beoordeel welke bruikbaar zijn voor jouw eigen werkpraktijk.

- Fase 1: publiekscampagnes, gesprekskaarten, 4-bollenmodel, dobbelstenen, posters en filmpjes
- Fase 2: Propal-COPD, I-HARP, SPICT, RADPAC, surprise question
- Fase 3: Thuisarts.nl, een handreikingen een thema-boekjes, en informatiemateriaal voor mensen die niet (goed) Nederlands spreken.
- Fase 4: de keuzehulp op thuisarts.nl, het formulier "Uniform vastleggen proactieve zorgplanning" , verschillende wensenboekjes, het online inventarisatie tool "Wat ik belangrijk vind".
- Fase 5: formulier "Uniform vastleggen proactieve zorgplanning"

Tijdens training bespreken: Welke hulpmiddelen sprongen eruit? Welke gebruiken ze al, welke nog niet? Hoe is het weggezet in de eigen praktijk?

Opdracht 5: Casus voorbereiden volgens format, voor tijdens de gesprekstraining

Tijdens training bespreken: liefst per groepje +-3 casussen oefenen. Selectie ervan ligt bij groep.

Situatie/casus in kaart brengen	
Huidige samenwerking binnen praktijk (betrokken disciplines, verslaglegging, afspraken, etc):	
KORT relevante medische voorgeschiedenis (diagnose, comorbiditeit, behandeling)	
evt. Surprise question, geschatte levensverwachting als van toepassing gezien situatie	
Lichamelijk (somaatich/ADL)	Psychisch
Sociaal (Maatschappelijk en communicatief)	Spiritueel/existentieel
Betekenisgeving door de patiënt	

