Goal setting in de revalidatie is het proces van onderhandelen van behandeldoelen en het vaststellen hiervan. Uit onderzoek blijkt dat het actief betrekken van de patiënt bij het proces van goal setting kan leiden tot meer motivatie tijdens de revalidatie en het verbeteren van de kwaliteit van leven (Levack, 2015).

In de praktijk blijkt het lastig om patiënten en hun naasten te betrekken bij goal setting. Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Het betrekken van de patiënt bij het opstellen van behandeldoelen wijkt af van de gangbare werkwijze binnen de geriatrische revalidatie en het is bekend dat gedragsverandering moeilijk is. Daarnaast kost het bespreken en terugkoppelen van doelen met de patiënt tijd. Het vraagt vaardigheden van zowel de individuele zorgverlener als van het multidisciplinaire team: vaardigheden om de doelen met de patiënt te onderzoeken en formuleren, en daarnaast om een eenduidige benadering van deze doelen en van de communicatie daarover door de verschillende zorgverleners. Tenslotte vraagt het kennis en vaardigheden van de patiënt en zijn naasten. Niet elke patiënt ambieert dezelfde rol in de besluitvorming over de behandeldoelen en bovendien kan deze behoefte veranderen tijdens het revalidatieproces. (Rose et al. 2017, Brown et al. 2014, ervaring uit onderzoek Ewout Smit).

Binnen het UNO-VUmc is een pilot uitgevoerd gericht op de implementatie van een goal setting interventie. Het lukte niet om de interventie te implementeren. Ook in verschillende zorgorganisaties binnen het UNO-VUmc proberen zorgverleners patiënten te betrekken bij het opstellen van hun behandeldoelen. Ondanks alle inspanningen leidt dit niet tot een best practice waarvan zorgverlener en patiënt voordelen ervaren.

Daarom zijn binnen het UNO-VUmc aanbevelingen voor goal setting ontwikkeld, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en op ervaringen uit de praktijk.

|  |
| --- |
| 1. De **rol die de patiënt** **wil** spelen in de besluitvorming verschilt tussen patiënten en kan tijdens het revalidatieproces veranderen. Dit is een terugkerend aandachtspunt in gesprekken met de patiënt.
2. De meeste patiënten zijn niet gewend aan het werken met doelen en willen gewoon beter worden. De **taal** die de zorgverleners gebruiken wordt vaak als jargon ervaren. Het is in het gesprek over behandeldoelen van groot belang om aan te sluiten bij de taal van de patiënt.
3. Het onderhandelen over revalidatiedoelen en het vaststellen ervan is een **samenspel** tussen het multidisciplinaire team van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In dit proces wordt de balans gezocht tussen doelen van de patiënt en zijn naasten, expertise van de zorgverleners en de kaders die gesteld worden door bijvoorbeeld financiering.
4. Er dient aandacht te zijn voor de vraag **wie de behandeldoelen met de patiënt bespreekt**.
5. De zorgverleners uit het multidisciplinaire team **committeren** zich aan de gestelde doelen en stemmen hun behandeling en begeleiding erop af.
6. De gestelde doelen worden in het MDO **geëvalueerd**.
7. Er dient aandacht te zijn voor de **evaluatie van de doelen met de patiënt en zijn naasten**.
 |

Het invoeren van bovenstaande aanbevelingen kan op twee verschillende manieren:

1. Per aanbeveling beoordelen of deze al wordt toegepast of nog moet worden ingevoerd en daarvoor een plan op maat maken.
2. Het invoeren als ‘stappenplan’ waarin alle aanbevelingen zijn opgenomen. Zie hiervoor het stappenplan op de volgende pagina’s.

Een uitgewerkt stappenplan waar bovenstaande punten in zijn verwerkt staat hieronder vermeld:

|  |
| --- |
| **Stap 1 - Eerste contact** |
| **1a SO-patiënt (dag van opname)** |
| Onderwerpen in dit gesprek zijn:1. Welke rol wil de patiënt in zijn besluitvorming? (hiervoor een schaal gebruiken\*)
2. Achterhalen doelen patiënt. Hierbij eventueel ook checklist doelen\*\* gebruiken.
3. De grote wens van de patiënt.
4. Wanneer gaan we deze doelen evalueren?
 |
| **1b Andere disciplines** |
| Bespreken doelen in individuele zorg/behandelsituatie.  |
| **Stap 2 - 1e MDO *(indien MET patiënt, dan stap 2a en 2b samenvoegen)*** |
| **2a MDO (zonder patiënt)** |
| Hier wordt met de input uit stap 1 en stap 2 * Vastgesteld welke rol patiënt wil in besluitvorming,
* Doelen geformuleerd,
* Op basis daarvan een behandelplan vastgesteld.
* Vastgesteld wie de doelen terugkoppelt aan de patiënt.
 |
| **2b Terugkoppeling doelen naar patiënt en naaste.** |
| Vragen aan de patiënt:* Is dit wat u wilt?
* Wat is voor u het belangrijkst?

Vaststellen behandelplan. Patiënt krijgt doelen zelf (digitaal of op papier) |
| **Stap 3 – Elk volgend MDO *(indien MET patiënt, dan 3a en 3b samenvoegen)*** |
| **3a Voorbereiden met patiënt en naaste**  |
| Hierbij aandacht voor * Rol in besluitvorming (is dit veranderd t.o.v. vorige keer?)
* Stand van zaken huidige doelen
* Andere doelen?
 |
| **3b Elk volgend MDO: Evaluatie doelen in MDO.** |
| * Welke doelen zijn behaald en kunnen daardoor vervallen?
* Lukt het de andere doelen te behalen? Zo ja, hoe lang duurt dat? Zo nee, wat is de consequentie?
* Zijn er nieuwe doelen?
* Wie bespreekt de evaluatie van de doelen met de patiënt?
 |
| **3c Elk volgend MDO Terugkoppeling evaluatie doelen met patiënt en naaste** |
| Wie dit doet is afgesproken bij stap 3a. |

\*Hiervoor kan de indeling uit het rapport van IQ-healthcare worden gebruikt:

1. paternalistische besluitvorming (er wordt voor de patiënt besloten; evt wordt daarna aan de patiënt toestemming gevraagd, dan is het ‘simple consent’)
2. informed consent, (de arts informeert de patiënt uitgebreid en neemt daarna zelf de beslissing)
3. gezamenlijke besluitvorming (arts en patiënt besluiten samen op basis van gedeelde informatie)
4. geïnformeerde besluitvorming (arts informeert de patiënt; patiënt besluit).

\*\*Sommige organisaties hebben een basiszorgplan voor elke doelgroep. Daarin staan alle mogelijk relevante doelen, ook doelen die minder voor de hand liggend zijn. Dit basiszorgplan kan als checklist gebruikt bij het stellen van doelen. Organisaties kunnen zelf een checklist opstellen.