ARTIKEL

Samen beslissen bij mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen

Een overzicht van hulpmiddelen

Auteur: *Hille Voss, Iris Hendriks, Jeroen Bos en Petra Boersma*



Hille Voss
onderzoeker
Ben Sajet centrum



Iris Hendriks
onderzoeker
Ben Sajet centrum



Jeroen Bos
Hogeschool van Amsterdam



Petra Boersma
programmaleider Ben Sajet centrum en Inholland

Correspondentie: hille.voss@bensajetcentrum.nl, Zwanenburgwal 206, 1011 JH Amsterdam

Samenvatting

Achtergrond: Samen beslissen is belangrijk in de langdurige zorg, zowel bij medische beslissingen als bij dagelijkse activiteiten. Mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen hebben vaak moeite hun wensen en behoeften te uiten, waardoor zij minder betrokken worden bij beslissingen. Deze scoping review brengt bestaande hulpmiddelen in kaart die samen beslissen voor deze doelgroep ondersteunen.

Methode: Een systematische zoekopdracht werd uitgevoerd in PubMed, Psychology & Behavioral Sciences en Google Scholar. Daarnaast werd gezocht in de grijze literatuur, waaronder Nederlandse interventiedatabanken. Communicatie- of netwerkgerichte instrumenten of methodieken voor samen beslissen, beschikbaar in het Nederlands en toepasbaar bij de beschreven doelgroep werden geïncludeerd.

Resultaten: Elf hulpmiddelen zijn geïncludeerd. De hulpmiddelen richtten zich op mensen met een verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel (n = 3), ouderen (n = 3), mensen met dementie (n = 2), mensen met psychische problemen (n = 1), mensen met hart- en vaatziekten (n = 1) en mensen met laaggeletterdheid (n = 1). De hulpmiddelen omvatten vragenlijsten, handreikingen en interactieve vormen zoals een spel en werkboek gericht op beslissingen over zorg en ondersteuning.

Conclusie: Er zijn relatief weinig toegankelijke hulpmiddelen beschikbaar voor mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen. Bestaande hulpmiddelen richten zich voornamelijk op gesprekken met professionals over zorg of specifiek over de laatste levensfase. Minder hulpmiddelen richten zich op het maken van keuzes in het dagelijks leven. Samen beslissen voor deze doelgroep met diverse mogelijkheden en beperkingen vraagt om maatwerk. Toegankelijke hulpmiddelen kunnen dit proces ondersteunen door structuur te bieden en het bewustzijn over het belang van gezamenlijke besluitvorming te vergroten.

1. Inleiding

Samen beslissen, ook wel gezamenlijke besluitvorming, wordt in de literatuur beschreven als “een proces waarin beslissingen gezamenlijk worden genomen, waarbij betrouwbare informatie over verschillende opties op een toegankelijke manier wordt gedeeld” (Elwyn e.a., 2017). Samen beslissen vindt zijn oorsprong in de medische behandelcontext (Stiggelbout e.a., 2015). Waar vroeger de arts vaak de beslissing nam op basis van zijn

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

of haar professionele kennis (“doctor knows best”), wordt nu steeds meer gestreefd naar een gelijkwaardige dialoog tussen zorgverlener en patiënt waarbij het perspectief, de waarden en voorkeuren van de patiënt nadrukkelijk worden meegenomen in het besluitvormingsproces (Elwyn e.a., 2017).

Een veelgebruikt model voor samen beslissen bestaat uit drie stappen (‘three-talk model’; Elwyn e.a., 2012): 1. informeren over keuze, 2. opties uitleggen en voorkeuren bespreken, en 3. gezamenlijk besluit nemen. In 2017 is het model herzien met meer nadruk op samenwerking en overleg (Elwyn e.a., 2017). Steeds vaker wordt benadrukt hoe belangrijk het is om de cliënt goed te betrekken en te informeren, zodat de client begrijpt waar de beslissing over gaat (Noordman e.a., 2022). Samen beslissen kan op deze manier bijdragen aan persoonsgerichte zorg, verbetering van gezondheidsuitkomsten en vermindering van onnodige behandelingen (Pel e.a., 2020).

Vanwege het belang van participatie, persoonsgerichte zorg en het uitgangspunt “Niets over ons, zonder ons”, staat samen beslissen ook steeds centraler in de zorg en krijgt gezamenlijke besluitvorming expliciete aandacht in kwaliteits- en beleidsdocumenten (de Veer e.a., 2023; Pel & Bakker, 2022). Zo benadrukt het Kader Passende Zorg (Zorginstituut Nederland, 2022) dat één van de basisprincipes is dat “passende zorg samen met de patiënt tot stand komt”. In het Integraal Zorgakkoord: ’Samen werken aan gezonde zorg’ is zelfs vastgelegd dat samen beslissen in 2025 volledig ingebed moet zijn in de gehele zorg, in alle domeinen (ActiZ, 2022).

Daarmee wordt duidelijk dat samen beslissen niet alleen relevant is bij medische beslissingen, maar ook bij keuzes in de dagelijkse, langdurige zorg, zoals hoe iemands dag wordt ingevuld, met wie iemand woont of welke vorm van ondersteuning het meest passend is (de Veer e.a., 2023). Uit onderzoek blijkt dat mensen met een beperking zelf graag betrokken willen zijn bij deze beslissingen (Daly e.a., 2018; Voss e.a., 2020) en dat het bijdraagt aan hun zelfvertrouwen en tevredenheid (Frounfelker & Bartone, 2021).

Toch is samen beslissen in de langdurige zorg zeker niet vanzelfsprekend (Noorlandt e.a., 2020; Pel & Bakker, 2022). Mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen, bijvoorbeeld volwassenen met een licht verstandelijke beperking en ouderen met een psychiatrische aandoening, kunnen hun waarden, wensen en behoeften vaak niet goed zelfstandig of verbaal verwoorden. Hierdoor is er een groot risico dat zij niet worden gehoord en worden belangrijke beslissingen vaak over hen genomen in plaats van samen met hen (Arstein-Kerslake, 2017; Voss e.a., 2020; Watson, 2016).

Deze doelgroep heeft specifieke ondersteuning nodig om actief te kunnen participeren in beslissingsprocessen, onder andere door eenvoudige taal, hulpmiddelen of begeleiding van een vertrouwde professional (Woelders-Peters, 2020). Cliënten en hun naasten worden niet altijd uitgenodigd om mee te denken, soms uit bescherming omdat professionals inschatten dat het te belastend zou zijn (Daly e.a., 2018; Voss e.a., 2020). Ook tijdsdruk, onzekerheid over hoe het gesprek te voeren of een gebrek aan geschikte hulpmiddelen kunnen belemmerende factoren zijn (Dulmen e.a., 2020; Pel e.a., 2021; Hoffman, 2018).

> “Uit onderzoek blijkt dat mensen met een beperking zelf betrokken willen zijn bij beslissingen en dat dit bijdraagt aan zelfvertrouwen en tevredenheid”

Het doel van deze scoping review is om een overzicht te bieden van Nederlandstalige hulpmiddelen die kunnen helpen bij het proces van samen beslissen voor mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen. Door professionals te informeren over relevante en praktisch toepasbare instrumenten voor samen beslissen kunnen zorgverleners beter ondersteund worden bij het samen beslissen en daarmee het bieden van passende zorg aan cliënten in de langdurige zorg. Dit onderzoek richt zich op de vraag: welke bestaande hulpmiddelen helpen om met mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen te komen tot samen beslissen?

2. Methode

Zoekstrategie

Voor het identificeren van relevante bronnen zijn de volgende nationale en internationale databases geraadpleegd: Pubmed, Psychology & behavioral science (EBSCO) en Google Scholar. Daarnaast is gezocht naar relevante bronnen op websites van een aantal Nederlandse organisaties en beroepsverenigingen, te weten Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), V&VN, Patientenfederatie, Nivel, Verwey-Jonker en Pharos en diverse interventiedatabanken van Vilans, Movisie en Trimbos instituut.

In dit onderzoek richten we ons op volwassenen met beperkte cognitieve en/of verbale vermogens, specifiek mensen met een licht verstandelijke beperking en ouderen met een psychiatrische aandoening die langdurige intramurale zorg ontvangen. Bij het zoeken naar bronnen hebben we echter ook hulpmiddelen meegenomen die zich niet exclusief op deze groepen richten, maar mogelijk wel bij hen van toepassing zijn. Hulpmiddelen hoefden niet alle stappen van het proces van samen beslissen te adresseren, maar moesten wel expliciet gericht zijn op een keuze en het nemen van een beslissing. Hulpmiddelen die zich uitsluitend richten op het verkennen van wensen en voorkeuren zijn daarom geëxcludeerd.

De zoekstrategie is opgesteld in samenwerking met een informatiespecialist van Hogeschool Inholland en is gebaseerd op vijf kernconcepten: mensen met (verstandelijke) beperkingen of

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

ouderen, communicatieve beperkingen, hulpmiddelen, samen beslissen en naasten en professionals (zie bijlage 1). De selectie van relevante bronnen is uitgevoerd eind 2024 door drie onderzoekers op basis van de vooraf geformuleerde in- en exclusiecriteria (zie hieronder). Twee onderzoekers hebben elk een deel van de selectie uitgevoerd: één richtte zich op de resultaten uit de wetenschappelijke literatuur, terwijl de andere de grijze literatuur beoordeelde. De derde onderzoeker heeft de volledige lijst met geselecteerde bronnen doorgenomen. Twijfelgevallen zijn besproken totdat overeenstemming werd bereikt.

Inclusiecriteria

- Hulpmiddelen: communicatie-instrumenten en netwerkgerichte methodieken gericht op samen beslissen.
- Taal: publicaties in het Nederlands en Engels.
- Publicatietypes: wetenschappelijke artikelen, rapporten, handleidingen en andere relevante documenten uit de grijze literatuur.

Exclusiecriteria

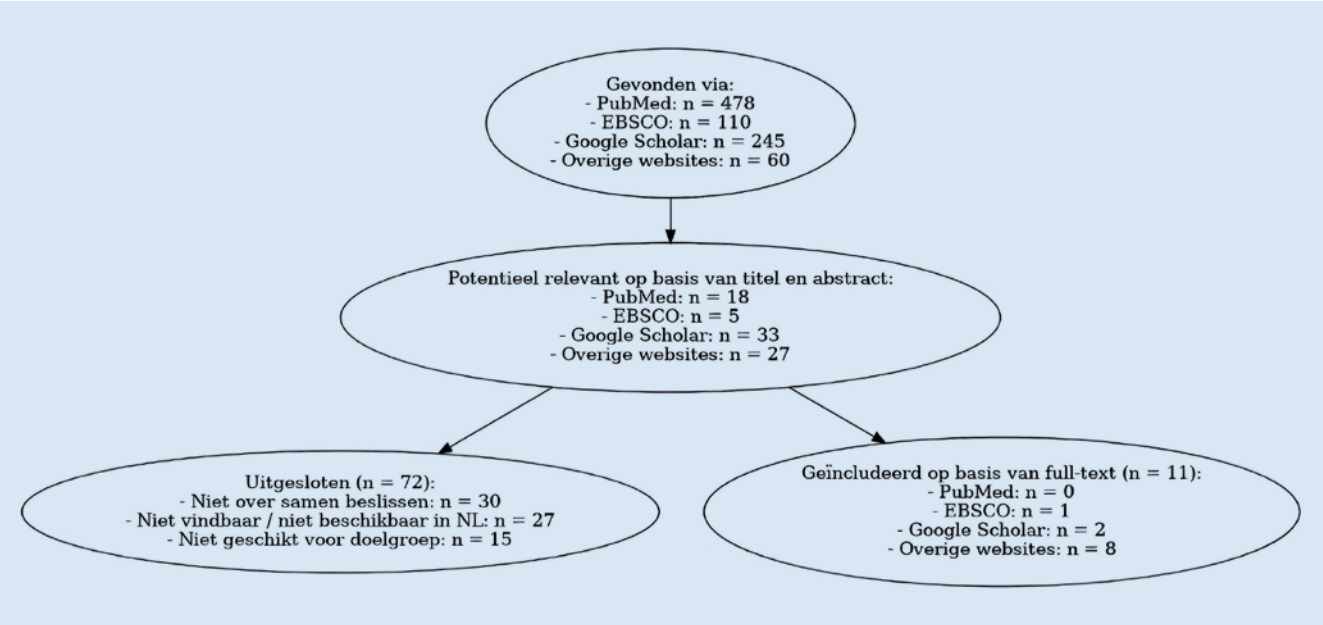
- Hulpmiddelen die niet geschikt zijn voor toepassing bij volwassenen met beperkte cognitieve en/of communicatieve vaardigheden.
- Hulpmiddelen die niet specifiek gaan over het maken van een (gezamenlijke) keuze, maar bijvoorbeeld gericht zijn op het bespreken van wensen en behoeften.
- Hulpmiddelen die (alleen) bestaan uit een training voor zorgverleners.
- Hulpmiddelen die niet vindbaar of niet in het Nederlands beschikbaar zijn.

3. Resultaten

In totaal werden 893 bronnen gevonden via wetenschappelijke zoekmachines en 60 via overige websites (zie Figuur 1), zoals Nederlandse organisaties en beroepsverenigingen en diverse interventiebanken. Hulpmiddelen werden uitgesloten wanneer deze niet expliciet betrekking hadden op samen beslissen (n = 30), bijvoorbeeld omdat ze zich uitsluitend richtten op het achterhalen van voorkeuren of wensen, zoals wensenboekjes, zonder aandacht voor het maken van keuzes. Ook zijn hulpmiddelen uitgesloten die niet vindbaar of niet beschikbaar waren in het Nederlands (n = 27). Daarnaast bleken sommige hulpmiddelen niet geschikt voor toepassing bij de beoogde doelgroep (n = 15), bijvoorbeeld omdat ze te talig waren, oftewel dat het taalniveau te hoog was (> B1) en geen ondersteunend beeldmateriaal bevatte en/of specifiek ontwikkeld waren voor een andere doelgroep, zoals mensen met een dwarslaesie. Uiteindelijk bleven elf hulpmiddelen over die voldeden aan de inclusiecriteria en waarvan de inhoud volledig beschikbaar was.

De elf geïncludeerde hulpmiddelen richtten zich op toepassing bij diverse doelgroepen: mensen met een verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel (n = 3), ouderen (met complexe zorgvragen) (n = 3), mensen met dementie (n = 2), mensen met psychische aandoeningen (n = 1), mensen met hart- en vaatziekten (n = 1) en mensen met laaggeletterdheid (n = 1), zie tabel 1. Qua vorm varieerden de hulpmiddelen van vragenlijsten (n = 6) tot een stappenplan of handreiking (n = 3) en meer interactieve vormen (n = 2): een spel en een werkboek. De samen-beslishulpmiddelen richtten zich met name op thema's als kwaliteit van leven en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL; n = 5), gezondheid en zorg (n = 4), en zorg rondom het levenseinde (n = 4). De meeste hulpmiddelen zijn gericht op professionals om gezamenlijk in te vullen of te bespreken met cliënten en/of naasten (n = 7). Ook zijn de meeste hulpmiddelen (n = 8) zowel online als op papier in te vullen of te gebruiken.

Figuur 1. Flowchart van in- en exclusie proces van de gevonden hulpmiddelen*



* sommige hulpmiddelen zijn via meerdere bronnen gevonden. Zo kwamen bepaalde hulpmiddelen zowel voor in een (Engelstalig) wetenschappelijk artikel als in een interventiedatabank of op een website van een zorgorganisatie. In de flowchart is de vindplaats van het daadwerkelijke hulpmiddel aangehouden als bron. Hierdoor zijn relatief veel hulpmiddelen geïncludeerd vanuit de categorie 'overige websites'.

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

Tabel 1. Beschrijving geïncludeerde hulpmiddelen voor samen beslissen

#	Naam	Doelgroep voor wie ontwikkeld	Beschrijving	Praktische toepassing	Wetenschappelijke onderbouwing
1	Samenspraak: samen beslissen in de palliatieve zorg https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7849221/pdf/12479_2020_Article_836.pdf	Mensen met een verstandelijke beperking	Bordspel met gesprekskaarten, illustraties, een handleiding en een werkboekje om wensen voor de laatste levensfase te bespreken en beslissingen te nemen. Begeleiders kunnen een speciaal ontwikkelde scholing volgen om de gesprekken goed te voeren.	SamenSpraak is een bordspel met vier thema's: Wie Ben Jij?, Ziekte/Levenseinde, Maken van Keuzes en Toepassing. Het spel kan worden gespeeld met mensen met een verstandelijke beperking in de laatste levensfase. De gesprekken kunnen zich steeds herhalen.	Een Delphi-studie met 90 experts, waaronder mensen met een verstandelijke beperking, zorgprofessionals en onderzoekers, leidde in twee online vragenlijstrondes tot consensus over de relevantie en haalbaarheid van de interventie. De procesevaluatie van SamenSpraak liet positieve eerste resultaten zien. Vier zorgorganisaties deden mee, 97 zorgverleners volgden de scholing en 56 mensen met een verstandelijke beperking namen deel aan de gesprekken (Noorlandt, e.a. 2021).
2	Gesprekshulp Samen proactief zorg plannen https://dedicatedwerkwijze.nl/wp-content/uploads/2021/10/Gesprekshulp-1.pdf	Mensen met dementie	Gesprekshulp om vroegtijdig in overleg te gaan met de naasten van een cliënt die is opgenomen in een zorginstelling. Het doel is om samen te kijken naar de beste manier om optimale zorg te bieden en om duidelijke afspraken te maken en vast te leggen.	De gesprekshulp wordt gebruikt als leidraad tijdens het 6-weken gesprek tussen de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV'er) en de naaste(n) van een cliënt die recent is opgenomen. De gesprekshulp wordt vooraf naar de naaste(n) gestuurd, zodat zij zich kunnen inlezen en eventuele vragen of aanvullende onderwerpen kunnen noteren. De EVV'er gebruikt de gesprekshulp om het gesprek gestructureerd te laten verlopen. Er wordt besproken hoe de opnameperiode is ervaren, welke behoeften en wensen er zijn en welke zorg optimaal aansluit bij de situatie van de cliënt. Naasten kunnen hun eigen vragen en aandachtspunten inbrengen.	De gesprekshulp is onderdeel van de DEDICATED-werkwijze, die zorgprofessionals ondersteunt in palliatieve zorg voor mensen met dementie. Het onderzoek richtte zich op de basis van hoogwaardige palliatieve dementiezorg, waarbij de perspectieven van mensen met dementie, mantelzorgers en verpleegkundigen zijn onderzocht via interviews, vragenlijsten en literatuurstudie. De terugkerende thema's uit deze studies vormden de basis voor de DEDICATED-aanpak (Bolt, 2021).

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

3	Samen Beslis Hulp https://www.vilans.nl/kennis/samen-beslis-hulp	Ouderen met complexe zorgvragen	Vragenlijst om duidelijkheid te krijgen over wat belangrijk is in het leven van de oudere. De Samen beslis hulp is onderdeel van de toolbox 'Persoonsgericht Samen Beslissen'.	Deze vragenlijst kan worden ingevuld in gesprek met verschillende type zorg- en hulpverleners in de eerste en tweede lijn. Het bestaat uit twee delen. Het eerste deel wordt voorafgaand aan het gesprek met de zorgverlener ingevuld. Dit kunnen ouderen zelf op de computer invullen en uitprinten. Deel 2 kan ingevuld worden tijdens het gesprek. De cliënt deelt zijn persoonlijke situatie, behoeften en verwachtingen. Samen wordt gekeken naar de best passende zorgopties.	Interviews, vragenlijsten en een Delphi-methode is ingezet om een model voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen vorm te geven en daar consensus over te bereiken. Ook zijn twee video-observatiestudies uitgevoerd naar het gebruik van de Samen Beslis Hulp in de praktijk. Hoewel de interventie door patiënten overwegend positief beoordeeld werd, bleek dat de Samen Beslis Hulp slechts in 12% van de gesprekken met de geriater aan de orde kwam (Pel-Littel, 2020).
4	Triadekaart https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-04/Triadekaart-2015-6e-druk.pdf	Mensen met (ernstige) psychische problemen	De Triadekaart kan worden gebruikt door professionals om samen met de patiënt en naasten zorg en ondersteuning te verdelen. Het biedt structuur voor het gesprek over zorgtaken en ondersteuning. Er is ook een aparte versie voor naasten beschikbaar.	De Triadekaart bestaat uit twee delen met een geïntegreerde handleiding: deel 1 (inventarisatie) en deel 2 (tips voor het vervolg). Deel 1 bevat een takenlijst over behandeling, gezondheid en herstel, crisis/opname, huishouden en persoonlijke verzorging, sociale contacten en dagbesteding, administratie, vertegenwoordiging en regelzaken, en contact en ondersteuning binnen de triade. Cliënt/bewoner, naaste en hulpverlener kunnen vooraf aankruisen welke onderwerpen besproken moeten worden. Deel 2 omvat drie vervolgstappen: afspraken vastleggen, een vervolgafspraak plannen en bepalen wanneer de kaart opnieuw wordt doorgenomen.	Quasi-experimenteel onderzoek bij 15 teams die met de Triadekaart gingen werken. Via dossieronderzoek en enquêtes is informatie verzameld over het gebruik van de kaart en de samenwerking bij invoering en een jaar daarna. In teams waar aandacht was geweest voor de Triadekaart kwam bij meer cliënten het netwerk in beeld en sprak men elkaar ook vaker face-to-face (Van Busschbach, Bak & Bruggeman, 2021).

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

5	Vierstappenmodel Samen beslissen, kadernotitie V&VN https://www.venvn.nl/media/jpif3nto/kadernotitie-samen-beslissen_versie-2.pdf	Patiënten, waaronder (kwetsbare) ouderen	Het Vierstappenmodel richt zich voornamelijk op zorgverleners en biedt structuur om samen met de patiënt en naasten tot een beslissing over zorg en behandeling te komen.	De 4 stappen zijn: 1. Keuze: duidelijk maken aan de patiënt dat er een keuze is en dat de mening van de patiënt hierbij belangrijk is. 2. Opties uitleggen: zorgverlener legt verschillende behandelopties met voor- en nadelen uit. 3. Voorkeur: zorgverlener en patiënt bespreken de voorkeuren van de patiënt. 4. Beslissing: integreer kennis en voorkeuren om gezamenlijk tot een besluit te komen.	Deze vier stappen komen voort uit een analyse waarin de overeenkomsten tussen internationaal gebruikte modellen voor Samen Beslissen zijn beschreven (Stiggelbout, e.a., 2015).
6	Website Wat er toe doet https://watertoedoet.info/	Mensen met hart- en vaataandoeningen	Interactieve website met 4 vragen om erachter te komen wat er toe doet in iemands leven en samen te bedenken welke aanpak, behandeling of zorg daaraan bijdraagt. Er is ook een printversie, flyers en animatiefilmpjes beschikbaar.	De patiënt beantwoordt vier vragen: 1. Wat is voor mij belangrijk in het leven? 2. Wat is NU voor mij belangrijk in het leven? 3. Wat wil ik kunnen doen? 4. Wat heb ik nodig om dit te kunnen doen? Onderwerpen waaruit patiënten kunnen kiezen zijn: mijn familie, mijn lichamelijke gezondheid, mijn psychische gezondheid, mijn huis en buurt, wat ik dagelijks doe, dat ik overal naar toe kan gaan, mijn relatie, mijn vrienden, mijn persoonlijke groei.	Onbekend
7	Werkboek laat je horen https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/werkboek-laat-je-horen-nah	Mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)	Het werkboek nodigt mensen met NAH uit om na te denken en geeft hen inspraak over de zorg en ondersteuning. Door het werkboek leren begeleiders en ondersteuners en mensen met NAH elkaar beter kennen op een gelijkwaardige manier.	Het werkboek is opgedeeld in vier hoofdstukken: 1. Elkaar leren kennen: door te vertellen over jezelf, ook als ondersteuner, wordt de relatie gelijkwaardiger. 2. Jouw mening geven: wat vind je fijn, wat is voor jou belangrijk in je leven en wat heb je daarvoor nodig? 3. Inspraak: hoe kun je jouw mening het beste uiten? Wat vind je een prettige manier? 4. Actie: in dit onderdeel leg je de afspraken vast. Het boek is net als een puzzel, begin bij het stuk wat het beste past. Invullen kost 60-75 minuten en het boek kan gratis gedownload en digitaal of schriftelijk ingevuld worden.	Het werkboek is ontwikkeld op basis van de gesignaleerde behoefte vanuit 'Gewoon Bijzonder onderzoek naar inspraak en medezeggenschap door mensen met NAH'. Op basis van de uitkomsten werden vanuit het projectteam een aantal voorstellen voor kennisproducten voorgelegd aan mensen uit de doelgroep: mensen met NAH en hun begeleiders van drie zorgorganisaties. Het boek wordt door mensen met NAH gewaardeerd en heeft effect op het bevorderen van de gelijkwaardigheid tussen begeleider en cliënt (Breed, e.a., 2019).

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

8	Persoonsgericht Samen Beslissen: een gesprek in 4 fases https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/persoonsgerichte-zorg/persoonsgericht-samen-beslissen/gesprek-in-4-fasen	Ouderen en ouderen met dementie	Gespreksmodel voor zorgverleners om samen met ouderen en hun naasten te kiezen voor zorg en ondersteuning die past bij hun wensen. Niet de ziekte staat centraal, maar wat belangrijk is in het dagelijks leven van de oudere.	Het gespreksmodel bestaat uit 4 fases. Fase 1: Voorbereiden en team vormen. Fase 2: Doelen bespreken. Fase 3: Opties bespreken. Fase 4: Besluit nemen en vastleggen. Voor samen beslissen bij dementie staan een aantal aandachtspunten en voorbeeldvragen voor het gesprek.	Het gespreksmodel is onderdeel van de methodiek "Persoonsgericht Samen Beslissen" (zie ook hulpmiddel 3), gebaseerd op literatuuronderzoek en praktijkonderzoek (Pel-Littel, 2020).
9	Eenvoudige tool Mijn Positieve Gezondheid (PG) https://www.iph.nl/eenvoudige-tool-mijn-positieve-gezondheid/	Mensen die moeite hebben met (begrijpend) lezen	De tool bevat vragen om in gesprek te gaan over wat belangrijk is voor een persoon en wat ze nodig hebben om dat te kunnen bereiken, op basis van de zes dimensies van positieve gezondheid (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks leven).	De Eenvoudige tool Mijn Positieve Gezondheid kan samen met een zorgprofessional worden ingevuld door mensen die moeite hebben met (begrijpend) lezen. Er is een digitale versie met voorleesfunctie en een papieren versie. Zorgprofessionals kunnen het begeleidingsdocument gebruiken met tips voor 'het andere gesprek' over gezondheid. Daarna helpt het actiewiel bij het komen tot haalbare acties. Het bestaat uit vijf stappen: hoe gaat het nu, wat wil je, wat kun je, wat besluit je, wat maakt dat je het niet doet en wat heb je nodig om het toch te doen.	Binnen het gedachtengoed van PG is de brede invulling van gezondheid uitgewerkt in zes dimensies. Die dimensies zijn voortgekomen uit onderzoek naar wat mensen zelf verstaan onder gezondheid. Voor praktisch gebruik zijn deze later herformuleerd naar een eenvoudiger taalniveau (B1). De eerste evaluatie van het PG-gedachtengoed laat veelbelovende resultaten zien, zowel op individueel als op collectief niveau, in de verschuiving van een ziektegerichte naar een gezondheidsgerichte benadering van zorg (Van Vliet, e.a., 2024).
10	Gespreksleidraad gezamenlijke besluitvorming in complexe situaties https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/vier-tools-voor-samen-beslissen	Mensen met dementie	Gespreksleidraad die specifiek is toegesneden op de dementiesituatie en gericht op zorgprofessionals in het algemeen (verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkenden, huisartsen) en casemanagers in het bijzonder. In aanvulling op de gespreksleidraad zijn praktische tools ontwikkeld, waaronder een filmpje, een zelfbeoordelingsinstrument, een zelfscorelijst en een intervisie-instrument.	De gespreksleidraad bestaat uit 7 stappen voor gezamenlijke besluitvorming: 0. Een goede relatie opbouwen met de cliënt en diens netwerk; 1. De kwestie bespreken; 2. De mogelijk heden bespreken; 3. Achterhalen van voor- en nadelen en risico's door mogelijkheden te bespreken en uit te proberen; 4. De voorkeuren bespreken; 5. De beslissing nemen, rekening houdend met de belangen van de betrokkenen; 6. Terugkijken. Bij elke stap staan voorbeeldvragen en aandachtspunten voor professionals. De volgorde hoeft niet strikt gevolgd te worden, maar alle stappen moeten zorgvuldig en met alle betrokkenen worden doorlopen.	Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd met 113 respondenten uit 23 zorgnetwerken in Nederland. Elk netwerk bestond uit een persoon met dementie (n=23), diens mantelzorgers (n=44) en professionele zorgverleners (n=46), waaronder casemanagers en wijkverpleegkundigen. Alle netwerkleden zijn driemaal geïnterviewd over samen beslissen. Op basis hiervan is de gespreksleidraad ontwikkeld, en sindsdien toegepast in verschillende trainingen voor casemanagers en wijkverpleegkundigen (Groen-van de Ven, e.a, 2018).

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

11	Besluitvorming in de palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Over verhuizingen& medische interventies. Een handreiking voor zorgverleners in de verstandelijk gehandicaptenzorg https://www.nivel.nl/nl/publicatie/besluitvorming-de-palliatieve-zorg-voor-mensen-met-een-verstandelijke-beperking-over	Mensen met een verstandelijke beperking	Een handreiking voor zowel gedragsdeskundigen, artsen, begeleiders en andere zorgverleners die palliatieve zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking. Voor familie en andere naasten van mensen met een verstandelijke beperking is een aparte brochure geschreven over besluitvorming in de palliatieve zorg.	De handreiking is een hulpmiddel voor zorgverleners om samen met de cliënt en naasten besluiten te nemen. De hoofdstukken over verhuizingen en medische interventies geven inzicht in de overwegingen en waarden die belangrijk kunnen zijn bij deze besluiten. Elk hoofdstuk start met een samenvatting en concrete handvatten voor het nemen van een besluit. In de bijlage staan besluitvormingskaarten, één over verhuizingen en één over medische interventies. Deze kaarten kunnen gebruikt worden als geheugensteun bij vraagstukken over de woonplek en de inzet van medische interventies.	Het onderzoek is gestart met een literatuurstudie en groepsgesprekken met naasten, begeleiders en artsen en mensen met een verstandelijke beperking. Dit leverde een lijst met ethische overwegingen en strategieën op die vervolgens zijn voorgelegd aan zorgverleners. Zij gaven aan welke zij herkennen en welke meer en minder belangrijk zijn (Bekkema, e.a., 2014; Bekkema, e.a., 2015).

“Uit deze scoping review blijkt dat er relatief weinig hulpmiddelen zijn voor samen beslissen met mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen”

4. Discussie en conclusie

Uit deze scoping review blijkt dat er relatief weinig hulpmiddelen zijn voor samen beslissen met mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen. Van de 83 potentieel relevante bronnen zijn slechts elf hulpmiddelen geïncludeerd die mogelijk toepasbaar zijn voor deze doelgroep. Hoewel de gevonden hulpmiddelen uiteenlopen qua vorm en thema’s, richt het merendeel zich op beslissingen over zorg en ondersteuning of zijn ontwikkeld voor gesprekken met (medische) professionals. Dit sluit aan bij de oorsprong van samen beslissen in de medische context (Stiggelbout e.a., 2015). Minder hulpmiddelen richten zich op het maken van keuzes in de dagelijkse langdurige zorg met verzorgers of begeleiders. Dit terwijl bekend is dat wanneer mensen keuzes kunnen maken over hun dagelijkse activiteiten, dit van positieve invloed is op hun zelfvertrouwen en tevredenheid (Frounfelker & Bartone, 2021).

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat enkele toegankelijke hulpmiddelen om wensen en voorkeuren in kaart te brengen in de dagelijkse zorg en begeleiding voor deze doelgroep, zoals wensenboekjes, zijn geëxcludeerd. Dit soort hulpmiddelen richten zich niet direct op het afwegen van opties en het komen tot een gezamenlijke beslissing, zoals beschreven in het veelgebruikte samen-beslismodel van Elwyn en collega’s (2012, 2017). Hoewel deze hulpmiddelen voor het in kaart brengen van wensen en voorkeuren relevant zijn ter voorbereiding of ondersteuning van samen beslissen, bestaat het risico dat het besluit zelf onderbelicht raakt en dat uiteindelijk de professional of naaste de beslissing neemt in plaats van dat deze gezamenlijk wordt genomen. In deze review zijn daarom alleen hulpmiddelen geïncludeerd die ook ingaan op het nemen van een gezamenlijk besluit.

Deze scoping review heeft zich ook specifiek gericht op hulpmiddelen die in het Nederlands beschikbaar zijn, waarbij praktische toepasbaarheid bij de doelgroep voorop stond. Hiervoor is bewust gezocht in de grijze literatuur. Positief is dat de meeste hulpmiddelen wetenschappelijk zijn onderzocht, veelal in samenwerking met de doelgroep zelf. Uit onderzoek weten we dat hulpmiddelen hierdoor beter aansluiten bij de wensen, mogelijkheden en vaardigheden van de doelgroep (Noordmann e.a., 2022). Positief is ook dat er de laatste jaren steeds meer aan-

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

dacht is voor samen beslissen in de zorg (Zorginstituut Nederland, 2025). Deze groeiende focus, onder andere gestimuleerd door beleidsmaatregelen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Integraal Zorgakkoord (IZA), zorgt ervoor dat er naar verwachting meer praktische hulpmiddelen en tools zullen worden ontwikkeld, ook voor specifieke doelgroepen.
Hoewel deze ontwikkelingen veelbelovend zijn voor de toekomst, laat het huidige beeld nog een duidelijk gat zien: er zijn op dit moment nog weinig toegankelijke hulpmiddelen die samen beslissen ondersteunen voor mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen. Dit roept vragen op over de praktische invulling van samen beslissen voor deze doelgroep. Een aantal hulpmiddelen wordt positief beoordeeld, maar het is onduidelijk in hoeverre zij geschikt zijn voor de gehele doelgroep. Daarbij speelt mee dat de mogelijkheden van mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen sterk verschillen; niet iedereen kan lezen, begrijpen of spreken zoals de (veelal talige) hulpmiddelen veronderstellen. Voor deze doelgroep kan het bespreken van voorkeuren en behoeften, bijvoorbeeld via picto- of wensenboekjes, een waardevolle stap zijn in het betrokken worden bij beslissingen over hun leven. Waarbij dit in sommige situaties kan betekenen dat (een deel van) de beslissing uit handen wordt gegeven. Dit benadrukt de belangrijke rol van naasten en mentoren, waarbij een goede band essentieel is voor samen beslissen (Voss e.a., 2020).

Samen beslissen vraagt om maatwerk, afgestemd op de mogelijkheden van het individu, en zijn of haar naasten (Daly e.a., 2018; Stein & Kerwin, 2010). Reflectie en bewustwording binnen teams van begeleiders en verzorgers over het belang van het maken van eigen keuzes en hoe samen beslissen het beste kan worden ingericht passend bij de cognitieve en communicatieve mogelijkheden van cliënten, kunnen bijdragen aan goede en respectvolle zorg (van Dulmen e.a., 2020). Om samen beslissen ook voor mensen met cognitieve en communicatieve beperkingen mogelijk te maken, is het dus van belang om breed te kijken naar diverse manieren voor samen beslissen en om aan te sluiten bij de individuele mogelijkheden. Het gebruik van bestaande, toegankelijke hulpmiddelen kan hierbij een belangrijke rol spelen. Bijvoorbeeld door structuur te bieden of het beslissingsproces te begeleiden, maar ook door zorgprofessionals bewust te maken van het belang van gezamenlijke besluitvorming en van het juiste moment en de manier waarop hulpmiddelen kunnen worden ingezet. Dit vraagt om tijd, scholing en een cultuur waarin het bespreken van wensen en voorkeuren en het betrekken van cliënten en hun naasten bij beslissingen als belangrijk of zelfs vanzelfsprekend wordt gezien – óók wanneer die keuzes klein of alledaags lijken.

"Samen beslissen vraagt om maatwerk, afgestemd op de mogelijkheden van het individu, en zijn of haar naasten"

Referenties

- ActiZ. (2002). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg.* https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg
- Arstein-Kerslake, A. (2017). *Restoring voice to people with cognitive disabilities.* Cambridge University Press.
- Bekkema, N., Veer, A.J.E. de, Wagemans, A.M.A., Hertogh, C.M.P.M., & Francke, A.L. (2014). Decision making about medical interventions in the end-of-life care of people with intellectual disabilities: a national survey of the considerations and beliefs of GPs, ID physicians and care staff. *Patient Education and Counseling, 96*(2), 204-209. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.014
- Bekkema, N., De Veer, A. J. E., Wagemans, A. A., Hertogh, C. M. P. M., & Francke, A. L. (2015). 'To move or not to move': A national survey among professionals on beliefs and considerations about the place of end-of-life care for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(3), 226-237. https://doi.org/10.1111/jir.12130
- Bolt, S. R. (2021). *The fundamentals of a DEDICATED palliative approach to care for people with dementia* (Proefschrift, Universiteit Maastricht). https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/files/72878698/c7183.pdf
- Breed, M., van der Borg, W., Hendrikx, A., Govaers, A., van de Bilt, A., Koops, A., Craenen, M. & Abma, T. (2019) Gewoon Bijzonder. Onderzoek naar inspraak en medezeggenschap door en voor mensen met NAH Eindrapportage. Vilans, Hersenletsel.nl, & Amsterdam UMC. https://media.vilans.nl/image/upload/v1657789863/Downloads/rapportage-onderzoek-nah-zeggenschap.pdf
- Dulmen, Roodbeen en Noordman (2020). Tijd voor samen beslissen. Perspectieven van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars ten aanzien van tijd om samen te beslissen. Utrecht: Nivel. https://www.nivel.nl/nl/publicatie/tijd-voor-samen-beslissen-perspectieven-van-patienten-zorgverleners-en-0
- Frounfelker, S. A., & Bartone, A. (2021). The importance of dignity and choice for people assessed as having intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 25*(4), 490-506. https://doi.org/10.1177/1744629520905204
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). 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
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., & van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ, 359*(4891), 1-7. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4891
- Groen-van de Ven, L., Smits, C., Span, M., Jukema, J., Coppoolse, K., de Lange, J., ... & Vernooij-Dassen, M. (2018). The challenges of shared decision making in dementia care networks. *International Psychogeriatrics, 30*(6), 843-857. https://doi.org/10.1017/S1041610216001381
- Hoffmann, T., Jansen, J., & Glasziou, P. (2018). The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity. *PLoS medicine, 15*(3), e1002530. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002530
- Noordman, J., Oosterveld-Vlug, M., & Rademakers, J. (2022). Shared decision making in clinical practice: experiences and needs of patients with limited health literacy. *European Journal of Health Communication, 3*(1), p. 31-52. https://doi.org/ 10.47368/ejhc.2022.102

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

- Noorlandt, H. W., Echteld, M. A., Tuffrey-Wijne, I., Festen, D. A. M., Vrijmoeth, C., van der Heide, A., & Korfage, I. J. (2020). Shared decision-making with people with intellectual disabilities in the last phase of life: a scoping review. *Journal of Intellectual Disability Research, 64*(11), 881-894. https://doi.org/10.1111/jir.12774
- Noorlandt, H., Felet, F., Korfage, I., & Echteld, M. (2021). SamenSpraak: Een gesprekshulpmiddel voor gezamenlijke besluitvorming. *Pallium,23*(1), 20–22. https://doi.org/10.1007/s12479-020-0836-3.
- Noorlandt, H. W., Korfage, I. J., Tuffrey-Wijne, I., Festen, D., Vrijmoeth, C., van der Heide, A., & Echteld, M. (2021). Consensus on a conversation aid for shared decision making with people with intellectual disabilities in the palliative phase. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 34*(6), 1538-1548. https://doi.org/10.1111/jar.12898
- Pel-Littel, R. E. (2020). Shifting from "What is the matter?" to "What matters to you?" Shared decision making for older adults with multiple chronic conditions and their informal caregivers (Proefschrift, Universiteit van Amsterdam). https://dare.uva.nl/search?identifier=3bc62e82-b4bc-4b3e-8f68-81ee98fd6620
- Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., van Etten-Jamaludin, F. S., van Weert, J. C., ... & Scholte Op Reimer, W. J. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatrics, 21*(112), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y
- Pel-Littel, R., & Bakker, A. (2022). *Kadernotitie samen beslissen in het verpleegkundig domein*. Utrecht: V&VN. kadernotitie-samen-beslissen_versie-2.pdf
- Stein, G. L., & Kerwin, J. (2010). Disability perspectives on health care planning and decision-making. *Journal of Palliative Medicine, 13*(9), 1059–1064. https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0159
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. (2015). Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling, 98*(10), 1172-1179. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022
- Van Busschbach, J. T., Bak, M., & Bruggeman, R. (2021). Gebruik van Triadekaart en invloed op de samenwerking met naastbetrokkenen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 63*(11), 782–788.
- Van de Pol, M. H., Fluit, C. R., Lagro, J., Slaats, Y. H., Rikkert, M. G. O., & Lagro-Janssen, A. L. (2016). Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 1069-1077. http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.014
- Van Vliet, M., De Kleijn, M., van den Brekel-Dijkstra, K., Huijts, T., van Hogen-Koster, S., Jung, H. P., & Huber, M. (2024). Rapid review on the concept of positive health and its implementation in practice. *Healthcare, 12*(6), 1-18. https://doi.org/10.3390/healthcare12060671
- Veer, A., Zagt, A., & Groot, K. (2023). *Ervaringen en wensen van zorgprofessionals bij samen beslissen: een vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners.* Utrecht: Nivel. https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ervaringen-en-wensen-van-zorgprofessionals-bij-samen-beslissen-een-vragenlijstonderzoek
- Voss, H., Vogel, A., Wagemans, A. M., Francke, A. L., Metsemakers, J. F., Courtens, A. M., & de Veer, A. J. (2020). What is important for advance care planning in the palliative phase of people with intellectual disabilities? A multi-perspective interview study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33*(2), 160-171. https://doi.org/10.1111/jar.12653
- Woelders-Peters, S. M. W. (2020). Power-full patient participation: Opening spaces for silenced knowledge. (Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam). https://research.vu.nl/en/publications/power-full-patient-participation-opening-spaces-for-silenced-know/
- Watson, J. (2016). The right to supported decision-making for people rarely heard. (Proefschrift, Deakin University). https://dro.deakin.edu.au/articles/thesis/The_right_to_supported_decision-making_for_people_rarely_heard/21107707?file=37449970
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg. Van goede zorg verzekerd.* Diemen: Zorginstituut Nederland. https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2022/06/28/kader-passende-zorg
- Zorginstituut Nederland. (2025). *Praktijkgids Samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden.* Diemen: Zorginstituut Nederland. https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/09/10/praktijkgids-samen-beslissen-bij-beperkte-gezondheidsvaardigheden
- GGZ Standaarden. (2025). Zorgstandaard Psychische stoornissen en een laag IQ. Geraadpleegd op 11 maart 2026 van https://www.ggzstandaarden.nl /zorgstandaarden/psychische-stoornissen-en-een-laag-iq

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen

Bijlage 1. Opzet zoekstrategie

1. Doelgroepen:
Intellectual Disability, learning disabilities OR Geriatric Psychiatry
OR Disabled persons OR Aged AND

2. Beperkingen:
communication disorders OR Speech disorders OR Articulation Disorders AND

3. Hulpmiddelen:
Instrumentation OR Program OR tools OR conversation aid OR methods
OR Surveys and Questionnaires OR self-assessment OR In-dialogue AND

4. Samen beslissen:
Decision Making, Shared OR shared decision making OR advance care planning
OR supported decision making OR decision-making OR clinical decision making
OR consensus AND

5. Naasten en professionals:
Relatives OR Family OR Health Personnel OR professionals OR caregivers
OR carers OR formal carers OR informal carers

© 2026, Uitgeverij Van Gorcum, Assen