

Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg

Het Platform Gedeelde Besluitvorming streeft naar een veel bredere toepassing van gedeelde besluitvorming (shared decision making) in Nederland. Want, gedeelde besluitvorming – op de juiste wijze toegepast – is effectiever dan traditionele manieren van voorlichting en informatieoverdracht. Ondanks dat meer dan de helft van de zorgverleners van mening is dat zij in de praktijk gedeelde besluitvorming reeds toepassen, blijkt uit onderzoek dat dit percentage veel lager ligt. Er is dus een wereld te winnen. Maar hoe gaat effectieve gedeelde besluitvorming in zijn werk? Welke elementen leiden ertoe dat andere resultaten worden bereikt en welke resultaten mag je ervan verwachten?

Door: H. van Veenendaal, P. Stalmeier, I. van den Broek, M. Baas-Thijssen, T. Drenthen, C. Hilders en W. Otten

Gedeelde besluitvorming is aan een opmars bezig. Met de toename van de beschikbaarheid van een preventief, diagnostisch en therapeutisch arsenaal, neemt ook het aantal voorkeursgevoelige situaties toe (Van der Weijden et al., 2012). De patiënt krijgt dus steeds vaker iets te kiezen, waarbij verschillende patiënten in dezelfde situatie tot een andere keuze kunnen komen. Gedeelde besluitvorming is een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen. Voorbeelden zijn beslissingen over preventie, screening, diagnostiek of behandeling waarbij er meerdere, qua effectiviteit min of meer gelijkwaardige opties zijn, ieder met voor- en nadelen. Belanghebbende rapporten (onder meer Visiedocument Medisch Specialist 2015; Klink et al., 2012; RVZ-advies, juni 2013) zien deze vorm van besluitvorming als een goede mogelijkheid om ongewenste variatie tussen professionals te verkleinen, om de interactie tus-

sen professionals en patiënten te verbeteren, en de compliance en kwaliteit van zorg voor de patiënt te verhogen. Meer recent ontstaat de gedachte dat gedeelde besluitvorming ook een kans is om kosten te verlagen, maar om dit als uitgangspunt in plaats van een mogelijke uitkomst van gedeelde besluitvorming te zien, is volgens ons een bedreiging voor goede zorg.

De essentie van gedeelde besluitvorming

Om tot effectieve gedeelde besluitvorming te komen is in ieder geval nodig (Stiggelbout et al., 2012) dat de patiënt:

- zich bewust wordt van het feit dat er niet één beste behandeloptie is en dat de patiënt hierin kan meedenken;
- duidelijk wordt geïnformeerd over alle mogelijke opties, waarbij niets doen óók een optie kan zijn;
- de voor- en nadelen van de verschillende opties begrijpelijk gepresenteerd krijgt,

	Traditionele zorg	Gedeelde zorg
Relatie patiënt-zorgprofessional(s)?	Professional is expert, vertelt patiënt wat te doen Passieve rol patiënt	Professional expert ziekte Patiënt expert eigen leven
Wie 'hoofdbehandelaar'/probleemoplosser? Wie verantwoordelijk voor resultaat?	Professional(s)	'Partnership': patiënt & professional delen verantwoordelijkheid
Wat is doel?	Naleven instructies van professional (compliance)	Patiënt bepaalt doelen Professional helpt patiënt 'informed' keuzes te maken

Tabel 1. Gedeelde zorg (Bodenheimer, 2002)

voorzien van concrete informatie over de (gevisualiseerde) kansen/risico's hiervan. Waar mogelijk krijgt de patiënt gepersonaliseerde (op maat) informatie, zeker als persoonlijke patiëntkenmerken maken dat bepaalde kansen en risico's afwijken van de gepresenteerde algemene informatie;

- expliciet wordt gevraagd wat hij van de voor- en nadelen vindt en wat de patiënt zelf belangrijk vindt (individuele waarden en voorkeuren). De patiënt geeft informatie over bedenkingen, angsten, wensen enzovoort;
- in overleg met de professional tot de best passende keuze komt, of ervoor kiest deze keuze aan de professional over te laten.

Gedeelde besluitvorming past bovendien goed bij de maatschappelijke trend van aanbod- naar vraaggestuurde zorg, waarin de patiënt meer regie en verantwoordelijkheid op zich neemt. Tabel 1 beschrijft verschillen tussen een meer traditionele vorm van zorgverlening en gedeelde zorg.

Hoe gemakkelijk is het?

Het uitvoeren van gedeelde besluitvorming vraagt een andere opstelling van de professional. Artsen zijn gewend een advies te geven. Artsen onderschatten de informatiebehoeften van hun patiënten: ze kunnen moeilijk inschatten welke patiënten willen meebeslissen en welke behandeling patiënten dan willen (Stalmeier et al., 2007). Ze overschatten de mate waarin ze gedeelde besluitvorming reeds toepassen (Van der Weijden et al., 2012). Daarnaast wordt gedacht dat gedeelde besluitvorming meer tijd kost of de angst bij patiënten vergroot. Dit wordt niet gesteund door onderzoek, alhoewel een eerste gesprek meer tijd in beslag kan nemen. Tijd die mogelijk later wordt teruggewonnen. Daarmee lijken de barrières voor implementatie vooral te liggen in onbekendheid met gedeelde besluitvorming, het gebrek aan vaardigheden (zoals coaching) om het toe te passen en persoonlijke weerstand.

Effecten

Uit onderzoek blijkt dat het goed inrichten en ondersteunen van het besluitvormingsproces met gedeelde besluitvorming en keuzehulp patiënten helpt. Het onderscheidende effect is dat patiënten besluitvaardiger worden. Ze kunnen en willen zelf kiezen (Stalmeier et al., 2009). Verder zijn ze beter geïnformeerd, zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, ze voelen zich vaker tevreden over het besluit en twijfelen minder over hun genomen beslissing (Stacey et al., 2011). De

meeste patiënten willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke medische beslissingen; een klein deel (20-40%) laat de beslissing liever aan de arts over. Mogelijk verhoogt gedeelde besluitvorming de compliance en maakt het dat patiënten vaker voor opties kiezen waarbij kwaliteit van leven (versus bijvoorbeeld overleving) vooropstaat. Alhoewel gedeelde besluitvorming niet bedoeld is om in te zetten vanuit financieel oogpunt, kan het in sommige gevallen leiden tot kostenbesparing doordat bewust gekozen opties vaak minder invasief zijn of doordat wordt afgezien van diagnostiek of behandeling (Lee et al., 2013).

Platform Gedeelde Besluitvorming

Op 22 juni 2011 werd een landelijk Platform Gedeelde Besluitvorming opgericht (Van der Weijden et al., 2011). Het Platform richt zich op het realiseren van een maximale toepassing van gedeelde besluitvorming in de zorgpraktijk in Nederland. De wetenschappelijke onderzoeksresultaten zijn er, maar die kennis komt nog lang niet altijd in de spreekkamer terecht. Het Platform wil de rol vervullen van expertisecentrum op het gebied van gedeelde besluitvorming in Nederland. De integratie van gedeelde besluitvorming met zorgstandaarden- en richtlijnontwikkeling is van belang. En ook gaat het om een maximaal gebruik en vindbaarheid

Wat is bekend?

Elke professional onderkent het belang van goede informatie voor de patiënt en zijn familie. Een patiënt heeft immers recht om goed geïnformeerd te worden (bijvoorbeeld in het kader van de WGBa) en het is nodig om gewenst gedrag in het kader van het omgaan met de ziekte (of het risico daarop) te ondersteunen.

Wat is nieuw?

Gedeelde besluitvorming – op de juiste wijze toegepast – is effectiever dan traditionele vormen van informatieoverdracht, zeker als het gaat om het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt in zijn zorg en het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Professionals kunnen hun zorg zo leveren dat de inhoud en vorm in lijn zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. Dat geldt zeker bij zogenoemde preferentiegevoelige beslissingen, waarbij er meer dan één behandeloptie is of waarbij er dilemma's bestaan door een weging van voor- en nadelen. Dat vraagt om een dialoog met patiënten. Patiënten hebben specifieke ondersteuning nodig in die dialoog.

Wat kun je ermee?

Gedeelde besluitvorming kan een belangrijke pijler zijn van goede zorg en het vergroten van de eigen regie van patiënten. Keuzehulp voor patiënten kunnen helpen een goede gedeelde besluitvorming te ondersteunen. Er zijn reeds vele keuzehulp ontwikkeld die de patiënt inzicht geven in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties van iedere optie en de manier waarop hij de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). Zo wordt de patiënt uitgenodigd actief deel te nemen aan de besluitvorming. Er is een landelijk platform opgericht dat zich inzet voor een bredere toepassing van gedeelde besluitvorming, waarbij geïnteresseerden zich kunnen aansluiten.

van valide keuzehulp ter ondersteuning van de gedeelde besluitvorming. In Nederland zijn inmiddels circa twintig keuzehulp ontwikkeld (www.kiesbeter.nl/medische-informatie/keuzehulp/default.aspx) en daarbuiten nog veel meer (www.med-decs.org/).

Om de bekendheid met gedeelde besluitvorming en keuzehulp bij relevante partijen te vergroten, ervaringen en methoden voor effectieve gedeelde besluitvorming en onderzoek daarnaar te kunnen uitwisselen en advies en ondersteuning te kunnen bieden bij implementatie zijn drie werkgroepen gevormd:

1. Onderzoek/Wetenschap,
2. Onderwijs/Training,
3. Implementatie/Ontwikkeling instrumenten.

Salzburg Statement voor Shared Decision Making

In 2010 waren 18 landen vertegenwoordigd op een Salzburg Global Seminar waarin werd stilgestaan bij de rol die patiënten kunnen en zouden moeten hebben in gezondheidszorgbeslissingen. Op deze bijeenkomst is het 'Salzburg Statement' opgesteld. Door dit statement te ondertekenen wordt een oproep aan zowel artsen, onderzoekers, beleidsmakers als patiënten gedaan om samen te werken als co-producenten van gezondheid. De Nederlandstalige vertaling van het Salzburg Statement is te vinden op www.zelfmanagement.com/downloads/679/salzburg-nl-verklaring-over-gedeelde-besluitvorming-1.pdf.

Participeren? Doe mee!

In het najaar wordt een landelijk congres georganiseerd over gedeelde besluitvorming. Tweemaal per jaar vindt een netwerkbijeenkomst plaats. Het Platform maakt gebruik van de LinkedIn-groep 'Platform SDM/GB'. Meer informatie is te krijgen bij de auteurs.

Voorbeeld: invoeren van keuzehulp voor mannen met prostaatkanker

Mannen met vroege prostaatkanker staan voor de keuze chirurgie of bestralen. Voor de behandeling van gelokaliseerde prostaatkanker bestaan verschillende goede behandelopties: operatie (radicale prostatectomie), uitwendige bestraling en inwendige bestraling (brachytherapie). Deze behandelingen leveren een vergelijkbare kans op genezing, maar verschillen in type ingreep en in type bijwerkingen dat ze kunnen veroorzaken. Om patiënten te informeren over de voor- en nadelen van verschillende behandelopties en ze te betrekken in de behandelkeuze, is in dit onderzoek een keuzehulp (<http://www.med-decs.org/images/pdf/patientbrochure.pdf>) ontwikkeld en gerandomiseerd aan 240 mensen aangeboden. Operatie bleek de meest gegeven behandeling in beide groepen (78% in de controlegroep, 68% in de interventiegroep) en patiënten in de keuzehulpgroep kozen vaker voor brachytherapie. De keuzehulp had geen effect op gevoelens van spijt een jaar na behandeling voor patiënten zonder ernstige bijwerkingen. Bij patiënten met ernstige bijwerkingen in het eerste jaar na hun behandeling, bleek de keuzehulp tot minder spijt te leiden. Gebruik van de keuzehulp lijkt patiënten voor te bereiden en te beschermen tegen negatieve consequenties van hun behandeling (Van Tol-Geerdink et al., 2013).

Literatuur

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. en K. Grumbach (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, Nov. 20, 288 (19), 2469-75.
- Coulter, A., en A. Collins (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. The King's Fund. www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html.
- Klink, J., Kremer, K. en S. Cools (2012). Visser. *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten* (augustus). www.booz.com/media/file/BoozCo_Kwaliteit-als-medicijn.pdf.
- Lee, E.O. en E.J. Emanuel (2013) Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *N Engl J Med*, January 3, 368, 6-8.
- Medisch Contact (2011). SDM voor beginners inclusief interviews met experts, 1 juli. medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/98716/shared-decision-making-voor-beginners.htm.
- Stacey, D., Bennett, C.L., Barry, M.J., Col, N.F., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Légaré, F. en R. Thomson (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.*, Oct 5, 10, CD001431.
- Stalmeier, P.F.M., Tol Geerdink, J.J. van, Lin, E.N.J.Th. van, Schimmel, E.C., Huizenga, H., Daal, W.A.J. van en J.W. Leer (2009). De patiënt kiest: werkzaam en effectief. *Ned Tijdschr Geneesk*, 153, 600-605.
- Stalmeier, P.F.M., Tol Geerdink, J.J. van, Lin, E.N.J.Th. van, Schimmel, E.C., Huizenga, H., Daal, W.A.J. van en J.W. Leer (2007). Doctors' and patients' preferences for participation and treatment in curative prostate cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 3096-3100.
- Stiggelbout, A.M., Weijden, T. van der, Wit, M.P. de, Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., Trevena, L. en G. Elwyn (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*, Jan 27, 344, e256.
- Weijden, T. van der en A. Sanders-van Lennep (2012). Keuzehulp voor de patiënt. *Huisarts Wet*, 55 (11), 516-21.
- Weijden, T. van der, Veenendaal, H. van, Drenthen, T., Versluis, M., Stalmeier, P., Koelewijn-van Loon, M., Stiggelbout, A. en D. Timmermans (2011). Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 105 (4), 283-8.
- Tol-Geerdink, J.J. van, Willem Leer, J., Weijerman, P.C., Oort, I.M. van, Vergunst, H., Lin, E.N. van, Alfred Witjes, J. en P.F. Stalmeier (2013). Choice between prostatectomy and radiotherapy when men are eligible for both: a randomized controlled trial of usual care vs decision aid. *BJU Int.*, Apr, 111 (4), 564-73.
- Visiedocument 'De Medisch Specialist 2015'. Orde van medisch Specialisten (oktober 2012). <http://www.orde.nl/assets/structured-files/Downloads/Visiedocument+web.pdf>.

Informatie over de auteurs

- Drs. H. (Haske) van Veenendaal**, adviseur en lid MT CBO, h.vanveenendaal@cbo.nl.
- Dr. P. (Peep) Stalmeier**, onderzoeker Radboud UMC, p.stalmeier@ebh.umcn.nl.
- Drs. I. (Inge) van den Broek**, Beleidsadviseur de Hart&Vaatgroep, I.vandenBroek@hartenvaatgroep.nl.
- M. (Monique) Baas-Thijssen**, oncologieverpleegkundige LUMC, M.C.M.Baas-Thijssen@lumc.nl.
- Dr. T. (Ton) Drenthen**, teamleider Preventie & Patiëntenvoorlichting NHG, T.Drenthen@nhg.org.
- Dr. C. (Carina) Hilders**, gynaecoloog/stafvoorzitter Reinier de Graaf Gasthuis, Hilders@rdgg.nl.
- Dr. W. (Wilma) Otten**, onderzoeker TNO, wilma.otten@tno.nl. Alle auteurs zijn lid van het dagelijks bestuur van het Platform Gedeelde Besluitvorming.