

Hulp van NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming

Gerda van der Weele, Jako Burgers

Als ze de keuze hebben, willen de meeste patiënten graag actief betrokken worden bij besluiten over onderzoeken en behandelingen. Toch gebeurt dat lang niet altijd naar tevredenheid, want gedeelde besluitvorming vraagt aanpassingen in de praktijkvoering en communicatieve vaardigheden. Voor- en tegenstanders zijn het erover eens dat gedeelde besluitvorming er niet toe mag leiden dat de arts de patiënt ‘in de steek laat’, en goed moet zijn afgestemd op de individuele patiënt. Het NHG faciliteert gedeelde besluitvorming in de spreekkamer door ‘keuzetabellen’ aan te bieden in de NHG-Standaarden en via Thuisarts.nl.

De overgrote meerderheid van de patiënten in Nederland wil actief betrokken zijn bij de besluitvorming over onderzoeken en behandelmogelijkheden. Toch dat gebeurt lang niet altijd naar tevredenheid.¹ Artsen, ook huisartsen, zijn terughoudend, want gedeelde besluitvorming vraagt meer consulttijd en dus aanpassingen in de praktijkvoering.² En er is discussie over het principe van gedeelde besluitvorming. Voor- en tegenstanders vinden elkaar daarbij op twee belangrijke thema's: gedeelde besluitvorming mag er niet toe leiden dat de arts patiënten ‘in de steek laat’ door hen de eindverantwoordelijkheid voor het beleid op te leggen, en de toepassing ervan moet zo flexibel zijn dat de aard en mate van participatie goed zijn afgestemd op de individuele patiënt.³ Met deze principes als



Keuzetabellen in de NHG-Standaarden kunnen ondersteunen in situaties waarin er keuzemogelijkheden zijn.

Foto: Shutterstock

uitgangspunt zetten wij in deze beschouwing uiteen hoe de NHG-Standaarden gedeelde besluitvorming in de spreekkamer kunnen faciliteren.

GEDEELDE BESLUITVORMING BIJ GELIJKWAARDIGE KEUZEN

Naast probleem- en vraagverheldering, het bespreken van ongerustheid en het geruststellen van de patiënt omvat een consult allerlei medisch-inhoudelijke beslissingen: vraag je aanvullende diagnostiek aan, schrijf je een antibioticumkuur voor, verwijst je naar een specialist? De NHG-Standaarden geven voor zulke beslissingen aanbevelingen op basis van ac-

Gedeelde besluitvorming mag niet leiden tot het afschuiven van verantwoordelijkheden op de patiënt

tueel wetenschappelijk bewijs en professionele consensus. Als er overtuigend wetenschappelijk bewijs is voor één bepaalde optie zijn de aanbevelingen directief. Zo is de eerste stap bij de behandeling van diabetes mellitus type 2 met bloedglucoseverlagende middelen: ‘Start met metformine’. Ook wanneer iedereen het eens is over het te volgen beleid, is de aanbeveling directief: ‘Verwijs patiënt bij alarmsignalen naar een specialist’. Vaak echter is het bewijs voor een behandeloptie minder overtuigend, incompleet of zwak. In die gevallen is het niet duidelijk of actief iets doen beter is dan afwachten, of zijn er meerdere min of meer gelijkwaardige opties en moet men een balans vinden tussen de gewenste effecten en de potentiële nadelen. Dit leidt tot aanbevelingen waarbij er iets te kiezen

valt. Dat heeft consequenties voor de voorlichting, de communicatie en de besluitvorming tijdens het consult.

Als er meerdere opties zijn (inclusief de keuze om af te wachten) die elk hun eigen gewenste en ongewenste effecten hebben, ontstaat er een preferentiegevoelige situatie: de persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt gaan een rol spelen. Bij langer bestaande klachten van een hernia kun je kiezen tussen doorgaan met conservatief beleid of een operatie. Statistisch is het herstel na een jaar hetzelfde, maar bij conservatief beleid treedt dat herstel doorgaans later op. Aan de andere kant brengt operatie een klein risico op complicaties met zich mee. Er zijn dan veel vragen die relevant worden. Hoeveel last ervaart de patiënt? Hoe goed helpen pijnstillers? Welke invloed hebben de klachten op het functioneren? Is er sprake van ziekteverzuim? Welke verwachtingen heeft de patiënt van een operatie? Hoe bang is de patiënt voor ziekenhuisopname, operatie en eventuele complicaties?

In situaties zoals deze is niet meer alleen de inschatting van de arts, maar ook de voorkeur van de patiënt belangrijk: gedeelde besluitvorming is aan de orde. Het proces van gedeelde besluitvorming doorloopt verschillende fasen. In de keuzefase (*choice talk*) wordt duidelijk dát er een keuze bestaat. Daarna bespreekt de huisarts de voor- en nadelen van alle keuzemogelijkheden, inclusief afwachtend beleid, en controleert of de patiënt de informatie heeft begrepen (*option talk*). Vervolgens worden de waarden, voorkeuren en behandeldoelen van de patiënt geëxploreerd (*preference talk*). Tot slot komt men in de besluitvormingsfase tot een gezamenlijk besluit (*decision talk*).⁴ In al die gespreksfasen gaat het om wederzijdse informatie en kennisoverdracht; communicatieve vaardigheden zijn cruciaal. Het *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk* geeft daarvoor praktische handvatten.⁵

Tabel

Voorbeelden van keuzesituaties met gelijkwaardige opties en uitwerking in de betreffende Standaard

NHG-Standaard	Keuzesituatie	Gelijkwaardige opties
Schildklierandoeningen [2013]	Behandelopties bij hyperthyreoïdie op basis van de ziekte van Graves of een multinodulair struma	Thyreostaticum Radioactief jodium Hemithyreoidectomie
Urineweginfecties [2013]	Cystitis bij gezonde niet-zwangere vrouwen [vanaf 12 jaar]	Afwachtend beleid [ruim drinken en zo nodig pijnstilling] Meegeven ‘uitgesteld antibioticumrecept’
Incontinentie voor urine bij vrouwen [2015]	Behandelopties bij stressincontinentie	Bekkenbodemspieroefeningen Pessarium Midurethraalbandje
Lumbosacraal radiculair syndroom [2015]	Afwegingen bij de keuze tussen voortgezette conservatieve behandeling en operatieve behandeling [bij een klachtenduur van gemiddeld twaalf weken]	Voortzetten conservatieve behandeling Operatie
Verdachte huidafwijkingen [2017]	Behandelingsopties actinische keratose	Afwachtend beleid 5-fluorouracilcrème Cryotherapie
	Behandelingsopties basaalcelcarcinoom en ziekte van Bowen zonder hoogrisicokenmerken	Chirurgische excisie 5-fluorouracilcrème Cryotherapie



ONDERSTEUNING VINDEN IN NHG-STANDAARDEN

Het proces van gedeelde besluitvorming begint met het voorleggen van een keuze en informatie geven over de voor- en nadelen. Dat zal gebeuren op basis van onderzoek en ervaring, en men kan daarvoor te rade gaan bij de richtlijnen.⁶ De aanbevelingen in NHG-Standaarden zijn waar mogelijk evidencebased en worden gedetailleerd toegelicht in noten, maar dat resulteert niet altijd in een helder overzicht dat direct bruikbaar is in het arts-patiëntcontact. Dat laatste vergt een overzichtelijke presentatie van alle belangrijke aspecten, met een juiste balans tussen compactheid en voldoende detail. Voor situaties waarin alle opties gelijkwaardig zijn, zijn daarom in diverse NHG-Standaarden ‘keuzetabellen’ opgenomen (het zijn niet altijd tabellen in strikte zin, in de NHG-Stan-

DE KERN

- De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij de besluitvorming over hun behandeling, maar dat gebeurt nog onvoldoende.
- Gedeelde besluitvorming vereist dat de huisarts feitelijke informatie over alle opties, inclusief afwachtend beleid, overzichtelijk presenteert en adequaat communiceert.
- NHG-Standaarden bevatten niet alleen evidence-based behandeladviezen, maar ook keuzetabellen die gedeelde besluitvorming ondersteunen in situaties waarin er keuzemogelijkheden zijn.

daard Urineweginfecties wordt de situatie bijvoorbeeld uitgelegd in gewone tekst). Deze keuzetabellen zijn gebaseerd op het principe van *option grids*,⁷ ze geven een kort overzicht van de voor- en nadelen, bij voorkeur met maat en getal. Zo bevat de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (2017) keuzetabellen voor de behandelopties bij actinische keratosen en bij laagrisicovormen van de ziekte van Bowen en oppervlakkig basaalcelcarcinoom. De [tabel] geeft ook enkele andere voorbeelden.

IN HOEVERRE WIL DE PATIËNT BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZIJN?

De gespreksfase waarin de arts de behandeldoelen, individuele waarden en voorkeuren van de patiënt exploreert, expliciteert en weegt, is het aangewezen moment om na te gaan in hoeverre de patiënt bij de besluitvorming betrokken kan en wil zijn. Niet alleen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, maar ook hoogopgeleide patiënten en zelfs zieke dokters worden soms in verlegenheid gebracht als men hen vraagt naar hun eigen voorkeuren.

De overgrote meerderheid van de patiënten wil wel in enige mate betrokken worden bij het beleid, vooral als de klachten chronisch zijn.⁸ De arts moet zich daarbij wel realiseren dat een eenmalig gesprek hierover niet volstaat, de patiënt kan mettertijd van mening veranderen over die betrokkenheid. Belangrijk is ook dat men de patiënt, als die dat wil, de tijd moet geven om informatie te verzamelen en te overleggen met naasten. Daarbij kan een keuzetabel goede diensten bewijzen. Keuzehulpen bevatten vaak een keuzetabel, maar keuzehulpen

gaan verder: ze geven niet alleen een overzicht van de gewenste en ongewenste effecten van elke optie en de waarschijnlijkheid dat deze optreden, maar vragen de zorggebruiker ook expliciet naar diens eigen voorkeuren en helpen zo de afweging te maken. Nederlandstalige keuzehulpen zijn te vinden op [Thuisarts.nl](https://keuzehulpen.thuisarts.nl/) (<https://keuzehulpen.thuisarts.nl/>).

WERK IN UITVOERING

De keuzetabellen in de NHG-Standaarden zijn primair gericht op de huisarts, ook qua taalgebruik. Om ze voor patiënten begrijpelijk en bruikbaar te maken moeten aangepaste versies worden gemaakt (vergelijk bijvoorbeeld de tabel in de keuzehulp Hernia: afwachten of operatie op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) met tabel 4 van de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom). In samenwerking met het Longfonds, Diabetes Vereniging Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en InEen ontwikkelt het NHG beslisondersteunende instrumenten voor patiënten met COPD respectievelijk diabetes mellitus type 2. Bij dit project zijn vanaf het begin patiënten betrokken die inventariseren wat de belangrijkste items en vragen zijn die in de keuzetabel besproken en beantwoord zouden moeten worden. De hoop is dat er uiteindelijk één versie ontstaat die voor zowel de huisarts als de patiënt bruikbaar is.

Naast samenwerking met patiëntenorganisaties lijkt het ook zinvol multidisciplinaire samenwerking te zoeken voor het ontwikkelen van beslisondersteunende instrumenten die transmurale bruikbaar zijn. Immers, vaak gaat de keuze niet alleen tussen behandelingen die in de eerste lijn kunnen worden gegeven, maar zijn er ook opties in het geding waarvoor een verwijzing nodig is, zoals het plaatsen van trommelvliesbuisjes of een tonsillectomie. Het is in ieders belang dat

Keuzetabellen in richtlijnen kunnen gedeelde besluitvorming ondersteunen

informatie uit verschillende bronnen goed aansluit. Het NHG heeft samen met Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten gewerkt aan een aantal 'consultkaarten'; een voorbeeld is de Consultkaart Carpaletunnelsyndroom.

OPTIES TRANSPARANT WEERGEVEN

Veel aanbevelingen in de huisartsgeneeskundige richtlijnen voor medisch verantwoord handelen laten meerdere opties open. Wij, als auteurs van de NHG-Standaarden, zien het als onze taak die opties transparant weer te geven en voor specifieke keuzesituaties hulpmiddelen aan te reiken die gedeelde besluitvorming in de praktijk ondersteunen. Richtlijnen, keuzetabellen en keuzehulpen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden om dat doel te helpen bereiken.⁹

We realiseren ons dat het succes van gedeelde besluitvorming in de spreekkamer hiermee niet gegarandeerd is. Om gedeelde besluitvorming een succes te laten worden zijn ook communicatieve vaardigheden, toepassingsvaardigheden en inzicht in de eigen attitude nodig. Daarvoor zijn inmiddels scholingen

Informatie uit verschillende bronnen moet goed aansluiten

beschikbaar zoals de NHG-Leergang Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg, waarin de huisarts aan de hand van eigen videomateriaal leert hoe en wanneer gedeelde besluitvorming toe te passen. Op deze wijze verwachten wij dat gedeelde besluitvorming beslist beter wordt. ■

LITERATUUR

1. Harnas S, Van der Kraan J, Knops A, De Groot J. Samen beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past: Rapport mededactie. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, 2017.
2. Pieterse A, Brand P, Basoski N, Stiggelbout A. Alles wat u moet weten over gedeelde besluitvorming. *Medisch Contact* 2017;(12):34-6.
3. Montori VM, Kunneman M, Stiggelbout AM. Gedeelde besluitvorming is een debat met geschillen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D2095.
4. 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.
5. Van der Weijden T. Samen beslissen. In: *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk*. Redactie: Dielissen PW, Van der Jagt EJ, Timmerman AA. Houten: Prelum, 2016.
6. Van der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, Knaapen L, Légaré F, Boivin A, et al. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf* 2013;22:855-63.
7. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, et al. Option grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Couns* 2013;90:207-12.
8. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. Advies aan de minister van VWS; publicatienummer 13/02. Den Haag: RvZ; 2013.
9. Van der Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient decision aids: An inevitable relationship. *J Clin Epidemiol* 2012;65:584-9.

Van der Wee GM, Burgers JS. Hulp van NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 1041-4. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. G.M. van der Wee, senior wetenschappelijk medewerker, g.vanderwee@nhg.org; prof.dr. J.S. Burgers, afdelingshoofd. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.