

Keuzehulpen voor de patiënt

INLEIDING

Artsen zouden zorg zo moeten leveren dat de inhoud en vorm in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt.¹ Iedere patiënt zou moeten kunnen zeggen: 'Ik heb precies de hulp gekregen die ik nodig had en die ik wilde, op het juiste moment en op de juiste manier.' De huisartsgeneeskunde evolueert van een aanbod- naar een vraaggestuurde zorg. Maar ook al is patiëntgerichtheid vanuit ethisch perspectief een doel op zich,² en is de dialoog tussen arts en patiënt met de invoering van de Wet Geneeskundige Behandeloevereenkomst ook juridisch gewaarborgd, de praktijk is vaak weerbarstig. Hier valt bij aan te tekenen dat patiënten ook niet altijd goed weten, of weten te formuleren, welke zorg ze willen ('Dokter, u hebt er voor geleerd, zegt u het maar'). Tegelijkertijd onderschatten artsen de informatiebehoeften van hun patiënten.³ Patiënten hebben ondersteuning nodig in de dialoog.

Samenvatting

Van der Weijden T, Sanders-van Lennep A. Keuzehulpen voor de patiënt. Huisarts Wet 2012;55(11):516-21.

Patiëntgerichtheid is vanuit ethisch perspectief een doel op zich. Artsen moeten hun zorg zo leveren dat de inhoud en vorm in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. Dat geldt zeker bij zogenaamde preferentie- of optiegevoelige 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 ondersteuning nodig in die dialoog. Zogenaamde keuze- of beslishulpen voor patiënten lijken in deze behoefte te kunnen voorzien. In deze nascholing bespreken we de volgende vragen en aspecten. Wat zijn keuzehulpen? Wat is het doel van keuzehulpen? We beschrijven de historie en recente ontwikkelingen. Hoe moeten ze worden gebruikt? In de spreekkamer van de huisarts, bij wie (niet), en hoe dan? Zijn er keuzehulpen beschikbaar in Nederland? We geven enkele voorbeelden van keuzehulpen. Wat is de toekomst voor keuzehulpen?

Keuzehulpen voor patiënten geven de patiënt inzicht in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties van iedere optie en de manier waarop hij de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). De patiënt kan desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming. Keuzehulpen kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces. De verwachting is dat keuzehulpen voor patiënten geïntegreerd zullen worden in de besiskundige instrumenten voor artsen, zoals klinische praktijkrichtlijnen.

Zogenaamde keuze- of beslishulpen voor patiënten lijken in deze behoefte te kunnen voorzien. Neutrale en goed onderbouwde keuzehulpen staan niet alleen bij artsen en patiënten, maar ook bij beleidsmakers in de belangstelling, omdat ze soulaas lijken te bieden voor een aantal relevante problemen.

Ten eerste het probleem dat het preventief, diagnostisch en therapeutisch arsenaal toeneemt, met afwegingen tussen voor- en nadelen van deze interventies. Steeds vaker zijn er zogenaamde preferentie- of optiegevoelige beslissingen. Dit zijn beslissingen waarbij er meer dan een behandeloptie is of waarbij er dilemma's bestaan door een weging van voor- en nadelen. Er zijn beslisproblemen waarbij de uitkomsten van de verschillende opties gelijkwaardig zijn: alle opties zijn ongeveer even effectief en even veilig. Een andere categorie beslisproblemen betreft de keuze tussen opties waarbij men de uitkomsten en de bijwerkingen heel verschillend kan beoordelen – de ene optie is effectiever dan de andere, maar ook minder veilig of meer belastend.

Ten tweede ontstaat er een probleem als de patiënt te weinig of onjuiste informatie heeft over de aandoening. Met behulp van een keuzehulp informeert de patiënt zichzelf over ziekte en gezondheid. Dit is positief als hierdoor kennis (is macht) verschuift naar de patiënt, de patiënt meer betrokken is en zich verantwoordelijker gaat voelen voor zijn of haar eigen gezondheid.

Een derde probleem betreft het gebrek aan therapietrouw bij de behandeladviezen die patiënten krijgen. De gemiddelde therapietrouw is 50%, met een variatie van slechts 20% voor leefstijladviezen tot 80% voor chronische medicatie.⁴ Dit leidt tot ineffectieve, ondoelmatige en soms zelfs onveilige zorg als patiënten bijvoorbeeld antibiotica gaan onderdosereren. Er zijn aanwijzingen dat patiënten die een grotere inbreng in het contact hebben zich ook verantwoordelijker voelen en daardoor de behandeling beter uitvoeren.

Een vierde probleem is ongewenste interdoktervariatie.

De kern

- Keuzehulpen voor patiënten zijn vooral aangewezen bij zogenaamde preferentiegevoelige beslissingen.
- Keuzehulpen geven de patiënt inzicht in welke opties beschikbaar zijn, wat de mogelijke consequenties van iedere optie zijn en hoe de patiënt de consequenties van iedere optie kan waarderen. Ten slotte kan de patiënt desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming.
- Keuzehulpen voor patiënten kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces.
- Voor implementatie is het wenselijk dat men keuzehulpen voor patiënten integreert in de besiskundige instrumenten voor artsen, zoals de klinische praktijkrichtlijnen.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: prof.dr. T. van der Weijden, hoogleraar implementatie van richtlijnen in de geneeskunde, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Gezondheidszorg; A. Sanders-van Lennep, huisartsdocent en -onderzoeker, huisartsenopleiding Utrecht • Correspondentie: trudy.vanderwijden@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Interdoktervariatie is op zich geen probleem en moet er juist zijn, maar ze is vaak vele malen hoger dan we op basis van demografische verschillen in de behandelde populaties per huisarts mogen verwachten. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de voorkeuren van dokters voor een bepaalde behandeling een onevenredig grote rol kunnen spelen, ook wanneer er andere goed te verdedigen behandelopties zijn.⁵

In deze nascholing bespreken we de volgende vragen en aspecten:

- Wat zijn keuzehulpen? Wat is het doel van keuzehulpen?
- Historie en recente ontwikkelingen.
- Hoe moeten ze worden gebruikt? In de spreekkamer van de huisarts, bij wie (niet), en hoe dan?
- Zijn er keuzehulpen beschikbaar in Nederland? Enkele voorbeelden van keuzehulpen.
- Wat is de toekomst voor keuzehulpen?

WAT ZIJN KEUZEHULPEN?

Een keuzehulp is een ondersteunend middel voor gedeelde besluitvorming. Een keuzehulp kan een korte folder, en boekje, een cd-rom of een website zijn, die de patiënt thuis kan bekijken om het consult waarin de keuze is besproken goed te laten bezinken, of als voorbereiding voor een consult waarin de patiënt en de huisarts de preferentiegevoelige beslissing zullen bespreken. Patiënt en huisarts of praktijkondersteuner kunnen tijdens het consult de kern van de keuzehulp, het overzicht van de opties, en de beschrijving van de voor- en nadelen per optie (de *factsheet*) bekijken. Een goede keuzehulp wordt door onafhankelijke personen samengesteld. De informatie moet gebalanceerd en volledig zijn, en het taalniveau en de lay-out zo neutraal, eenvoudig en aantrekkelijk mogelijk. De keuzehulp beoogt de patiënt inzicht te verschaffen in de volgende kwesties:⁶

1. Welke opties beschikbaar zijn. De keuzehulp beschrijft het specifieke besluit dat de patiënt moet nemen, de specifieke patiëntendoelgroep en een overzicht van de opties, inclusief de optie afwachten.
2. Wat de mogelijke consequenties van iedere optie zijn. De keuzehulp beschrijft de voor- en nadelen per optie aan de hand van uitkomsten die relevant zijn voor de gezondheid en de kwaliteit van leven. Wat is het natuurlijke beloop van de aandoening, wat is de kans op (fout-)positieve en (fout-)negatieve testresultaten, wat is de kans op succes en op schade (numerieke kans op genezing en op ongewenste bijwerkingen) van de behandeling? Het kan een moeilijke boodschap zijn. Zo kan de PSA-test een afwijkende uitslag geven bij mannen die nooit kanker zullen krijgen, en dan tot onnodige prostaatbiopsen leiden. Andersom sluit een goede uitslag bij mannen niet uit dat ze toch kanker krijgen. Hier moet de keuzehulp dan voor de leek maat en getal aangeven.
3. Hoe de patiënt de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). Patiënten krijgen hulp om hun voorkeuren te verhelderen, te construeren en te be-

noemen. Bijvoorbeeld door de mogelijke waarderings van de keuzeopties te schetsen, geïllustreerd aan de hand van stellingen waarop de patiënt kan scoren, of door metingen van kwaliteit van leven.

4. Dat als de patiënt dat wenst, hij of zij actief deel kan nemen aan de besluitvorming. De keuzehulp beschrijft een stappenplan ten behoeve van de besluitvorming en de mogelijke rol van de patiënt daarin.

Onderdeel 1) en 2) vormen de kern van de keuzehulp (de *factsheet*). De kwaliteit hiervan staat of valt met effectieve risicocommunicatie. Risicocommunicatie gaat over meer dan alleen kansen in een bepaalde tijdspanne. De keuzehulp moet de patiënt ook informeren over de aandoening zelf, de ernst van de aandoening en de bijwerkingen van de medische interventies. Zowel onder- als overschatting van het risico op aandoeningen komt veel voor, en veel mensen vinden het moeilijk om vat te krijgen op een abstract begrip als risico. Het is lastig om kansen te vergelijken als de noemer niet constant blijft, zoals bij *single-event-frequenties* ('Uw risico is 1 op 5'). Bij percentages ontstaat ook vaak onbegrip omdat het totaal waarvan het percentage deel uitmaakt, onduidelijk kan zijn. Men moet de referentieklaas dus duidelijk omschrijven. Patiënten begrijpen numerieke informatie beter als men deze uitdrukt in natuurlijke frequenties, bijvoorbeeld: 'Als een groep van 100 personen zoals u 10 jaar gevolgd wordt, dan zullen X van die personen de aandoening ontwikkelen.' Er zijn verschillende manieren om een waardeoordeel in risicocommunicatie te leggen. In de literatuur noemt men dit het *framing-effect*. Bij negatieve framing worden alleen de potentiële negatieve uitkomsten benoemd. De manier van 'framen' heeft invloed op keuzen die patiënten maken en kan men beter vermijden door beide kanten van het verhaal te beschrijven. Het visuali-

Abstract

Van der Weijden T, Sanders-van Lennep A. Patient decision aids. *Huisarts Wet* 2012;55(11):516-21.

From an ethical perspective, patient-centeredness is a goal in itself. Doctors should provide care in such a way that its form and content are compatible with the values and preferences of individual patients. This is particularly true for so-called preference or option-sensitive decisions, where there is more than one treatment option or when there are dilemmas in making the balance between the advantages and disadvantages of the different options. This needs to be discussed with patients, who often need support when making decisions. Such support can be provided by patient decision aids. These instruments are discussed in this article. What are decision aids? What is their function? The history of these instruments and recent developments are described. How should they be used – in the doctor's office, how and by whom? Are decision aids available in the Netherlands? Examples are given. What is the future of decision aids?

Patient decision aids provide patients with insight into available treatment options, the potential consequences of each option, and the way in which these consequences should be weighed (preference construction). If desirable, patients can have an active role in decision-making. Decision aids can effectively support shared decision-making and improve the quality of the decision-making process. It is expected that patient decision aids will be incorporated in decision-making instruments for doctors, such as clinical guidelines.



Foto: Illustratie/Hollandse Hoogte

seren van numerieke risico-informatie is een manier om bovenstaande valkuilen te omzeilen, bijvoorbeeld aan de hand van een populatiediagram met tien rijen van tien poppetjes, waarvan men sommige (de zieken) een andere kleur kan geven of kan omcirkelen. Het is dan duidelijk wat de referentiegroep (de noemer) is en de risico's worden tegelijkertijd positief en negatief gekaderd.

Er zijn kwaliteitscriteria voor inhoud en format van keuzehulp, de zogenaamde IPDAS-criteria (International Patient Decision Aids Standards),⁶ maar het veld is nog volop in ontwikkeling. De IPDAS-groep beschrijft ook de gewenste systematiek bij het ontwikkelen van een keuzehulp.⁸ Die ontwikkeling is arbeidsintensief en kostbaar, en daarom zijn er ook al initiatieven voor keuzehulp (factsheets) die men goedkoop en snel kan ontwikkelen.⁹

HISTORIE EN RECENTE ONTWIKKELINGEN

In bepaalde regio's in Amerika en Canada bestaan keuzehulp voor patiënten al langere tijd. De Dartmouth Medical School (Hanover New Hampshire VS) beschikt over een apart

centrum voor *shared decision making* (SDM), waar de artsen een patiënt naar kunnen verwijzen voor meer dan dertig onderwerpen, en waar getrainde coaches zitten die de juiste keuzehulp aan de patiënt meegeven, of, als de patiënt dat wenst, ter plekke samen met de patiënt doornemen.¹⁰ De keuzehulp zijn ontwikkeld door de onafhankelijke organisatie Foundation for Informed Decision Making, die John Wennberg en Albert Mulley in 1989 hebben opgericht.¹¹ De beweging is ontstaan vanuit het perspectief van gezondheidszorgonderzoek naar interdoktervariatie en de interne geneeskunde. In Canada heeft Annette O'Connor in 1995 de Patient Decision Aids Research Group opgericht.¹² Hier is de beweging ontstaan vanuit het verpleegkundige perspectief. Op deze website staat een inventarisatie van ruim 250 keuzehulp uit de hele wereld.

In Nederland is er sinds circa vijftien jaar aandacht voor SDM.¹³ In 2011 vond het internationale congres over SDM in Maastricht plaats¹⁴ en is het Nederlandse Platform voor SDM opgericht¹⁵.

Hebben keuzehulp wel het gewenste effect? Er is een Cochrane-review van 86 gerandomiseerde experimenten waarin men patiënten die werden blootgesteld aan een keuzehulp, al dan niet met gedeelde besluitvorming tijdens het consult, vergeleek met patiënten die de gebruikelijke voorlichting hadden gekregen.¹⁶ De patiënten in de experimentele groep hadden meer kennis, hadden twee keer zo vaak een betere risicoperceptie (vooral als risico's numeriek waren voorgesteld) en waren meer betrokken bij het overlegproces. Bovendien pasten de gemaakte keuzen meer bij de voorkeuren van de patiënten. Er was een trend zichtbaar naar een gunstig effect op therapietrouw, maar die was niet significant. De gevolgen voor de daadwerkelijke keuzen waren variabel, behalve een duidelijke en significante daling in keuzen voor electieve chirurgische procedures (20% minder vaak). Deze had overigens niet geleid tot negatieve effecten op de gezondheid. Ook niet op angst van patiënten. Er zijn overigens ook geen positieve effecten op gezondheid gevonden. De vraag is of we dat kunnen verwachten; het gaat immers om dilemma's waarbij er meestal gelijkwaardigheid is tussen de opties. De consultduur veranderde gemiddeld met +2,5 minuut (spreiding -8 tot +23 minuten).

HOE EN WAAR MOETEN ZE WORDEN GEBRUIKT?

Elk consultatiemodel in de hulpverlening is in grote lijnen opgebouwd rond ten minste een van drie vormen van patiëntenparticipatie [figuur 1].¹⁷ Het eerste en oudste heeft tot eind jaren zeventig onwrikbaar stand gehouden. De hulpverlener is de dirigent in het gesprek, terwijl de patiënt een passieve, luisterende rol toebedeeld krijgt (het paternalistisch model). Het gesprek is een kwestie van eenrichtingsverkeer, waarbij de arts sturend en beleidend optreedt. Patiënten kunnen deze overdracht van verantwoordelijkheid als vertrouwenwekkend ervaren. Het andere uiterste is het model van de geïnformeerde patiënt. Ook hier is sprake van eenrichtingsverkeer. De arts geeft informatie en opties, maar laat het dan aan de patiënt over om zelf de afweging te maken tussen de opties. De arts is

Figuur 1 Het model van gedeelde/gezamenlijke besluitvorming

	Paternalisme	Gedeelde besluitvorming	Geïnformeerde patiënt
Informatietransfer	→	↔	→
Wikken en wegen	arts	arts en patiënt	patiënt
Besluitvorming	arts	arts en patiënt	patiënt

hier de expert en laat de geïnformeerde patiënt keuzen maken zonder te sturen (het informatieve model). De arts kan naast de objectieve informatie ook nog verklaringen en toelichting geven. Deze vorm van zelfbeschikking kan voor mondig, rationaliserende patiënten belangrijk zijn. Bij het tussenmodel is er sprake van wederzijds overleg en zijn beide gesprekspartners evenwaardig in het uitwisselen van informatie (gezamenlijke of gedeelde besluitvorming). Het is een integratie van de twee voorgaande modellen waarbij de arts optreedt als expert, informatie en verklaringen geeft, en de patiënt trekt bij elk van deze processen. De patiënt is de ervaringsdeskundige in zijn eigen leven en gezondheid, geeft informatie en verklaringen in het licht van zijn ziektebeleving, en geeft inzicht in de haalbaarheid van de verschillende opties.

Om een gedeeld besluit te verkrijgen komen de waarden en voorkeuren van patiënten samen met de professionele waarden en normen van de behandelende arts. Eerst legt de arts uit dat er verschillende opties zijn (voor screening, diagnostiek, behandeling of palliatie), dat er wat te kiezen is. De huisarts schetst de opties en geeft op een neutrale manier informatie over de kansen op effecten en bijwerkingen. Hierbij spelen de keuzehulp en vooral de factsheet een belangrijke rol. Eventueel gaat de huisarts nader in op de onzekerheden van de opties. De patiënt geeft informatie over zijn of haar angsten, bedenkingen en wensen. Dan volgt het wikken en wegen, oftewel het delibereren, over de opties. De arts kan een optie aanbevelen. De patiënt brengt zijn of haar voorkeur naar voren, of construeert die voorkeur ter plekke op basis van zijn of haar omstandigheden en waarden in het leven. De arts moet luisteren en proberen te begrijpen waarom de patiënt eventueel een andere optie wil kiezen dan in zijn of haar ogen de beste is. Tot slot is er de besluitvorming. Soms schikt de patiënt zich naar de arts, soms de arts naar de patiënt, maar

Van specifieke lagerugklachten is bekend dat contextfactoren van grote invloed zijn op het herstel van de patiënt (NHG-Standaard M54). Behalve het advies actief te blijven, zijn er voor deze aandoening geen behandelmethoden die aantoonbaar meer effectiviteit sorteren dan het contexteffect. De huisartsenopleiding Utrecht en het NIVEL verrichten momenteel een geclusterd gerandomiseerd onderzoek naar het effect van gedeelde besluitvorming, gevolgd door een positieve bekrachtiging van de gekozen aanpak door huisartsen vergeleken met gebruikelijke zorg door de controleartsen, op het herstel van patiënten met niet-chronische specifieke lagerugklachten (Nederlandse Trialregister NTR 1960).

Voor het onderzoek hebben 69 huisartsen getracht ieder 10 patiënten met lagerugklachten in te sluiten en video-opnamen te maken van de consulten. De deelnemende patiënten vulden voor en na het consult vragenlijsten in en op 2, 6, 12 en 26 weken. De interventieartsen kregen een training van tweemaal 2,5 uur in gedeelde besluitvorming en positief bekrachtigen. Daarbij was er uitgebreid aandacht voor het exploreren van angsten en behandelvoorkeuren, en aan deliberatie, adviseren, luisteren, onderhandelen en bereiken van consensus. De interventieartsen maakten voor de gedeelde besluitvorming gebruik van een keuzehulp.

In dit onderzoek hebben we ervoor gekozen om de keuzehulp te beperken tot de factsheet. Deze bestond uit een eenvoudige visualisatie van de evidence voor de patiënt (**figuur 2**), die werd gebruikt tijdens het consult, en een uitgebreid overzicht van de evidence en referenties voor de arts.

Momenteel analyseren we de eerste resultaten. De keuzehulp bleek een effectief instrument om de verschillende opties te bespreken en vooral om de overdracht van evidence-based medicinen kennis neutraal te framen. Opvallend is dat artsen in de intakefase open en explorerende vragen stellen, maar dit lastig vinden in de beleidsfase, waar dit nodig is om de zorgen en verwachtingen van patiënten met betrekking tot de therapeutische opties boven tafel te krijgen. Daarnaast vinden ze het lastig om inhoudelijk op gelijkwaardige basis met de patiënt te spreken, terwijl zij als arts het consult op procesniveau moeten bewaken. Veel artsen gaven aan de gelijkwaardige deliberatie met de patiënt over de verschillende behandelopties te zien als 'het hart van het huisartsenvak'.

meestal ontstaat er consensus. Uiteraard kunnen de arts en patiënt alsnog overeenkomen om het paternalistische model toe te passen, als de patiënt ondanks een korte uitleg over het dilemma aangeeft echt niet bij de uiteindelijke beslissing betrokken te willen worden.

ZIJN ER KEUZEHELPEN BESCHIKBAAR?

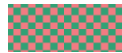
Hoewel er al zestien keuzehulpjes beschikbaar zijn op kiesbeter.nl [**tabel**],¹⁸ zijn ze onder artsen en patiënten nog nageenough onbekend. Om de bekendheid te vergroten heeft Peep Stalmeier van Radboud UMC bestaande keuzehulpjes voor de Nederlandse gebruiker geïnventariseerd.¹⁹ Integratie van een keuzehulp in de spreekkamer vraagt bepaalde competenties van de huisarts die al passen bij de taakopvatting van de moderne huisarts. Toch zal het werken met keuzehulpjes een aanpassing van veel huisartsen vragen, al is het maar omdat het op de korte termijn meer tijd kan kosten. Delegatie naar de praktijkondersteuners lijkt een interessante optie. Het is overigens ook voorstelbaar dat keuzehulpjes tijdwinst kunnen opleveren, doordat de huisarts de patiënt de keuzehulp kan meegeven, en daarom minder tijd besteed aan het geven van mondelinge informatie tijdens het consult. We staan aan het begin van een medisch informatietijdperk waarin onafhan-

Tabel Keuzehulpjes die beschikbaar zijn voor het publiek op kiesbeter.nl

Titel van de keuzehulp
Kindergeneeskunde
Medicamenteuze behandeling van kinderen met ADHD
Chirurgische behandeling van tonsillitis (amandelen knippen)
Behandeling van chronische otitis media bij kinderen
GGZ
Behandeling van angststoornissen
Behandeling van depressie
Behandeling van depressie bij personen met Turkse of Marokkaanse achtergrond
Cardiovasculair risico
Cardiovasculair risicomanagement (primaire preventie)
Cardiovasculair risicomanagement bij personen met diabetes
Cardiovasculair risicomanagement bij personen met hart- en vaatziekten
Andere curatieve behandelingen
Chirurgische behandeling van borstkanker
Behandeling van hernia nucleus pulposi
Behandeling van menopausale klachten
Behandeling van spontane pneumothorax (klaplong)
Preventie en screening overig
Contraceptie
Screening op prostaatkanker
Prenatale screening op het downsyndroom

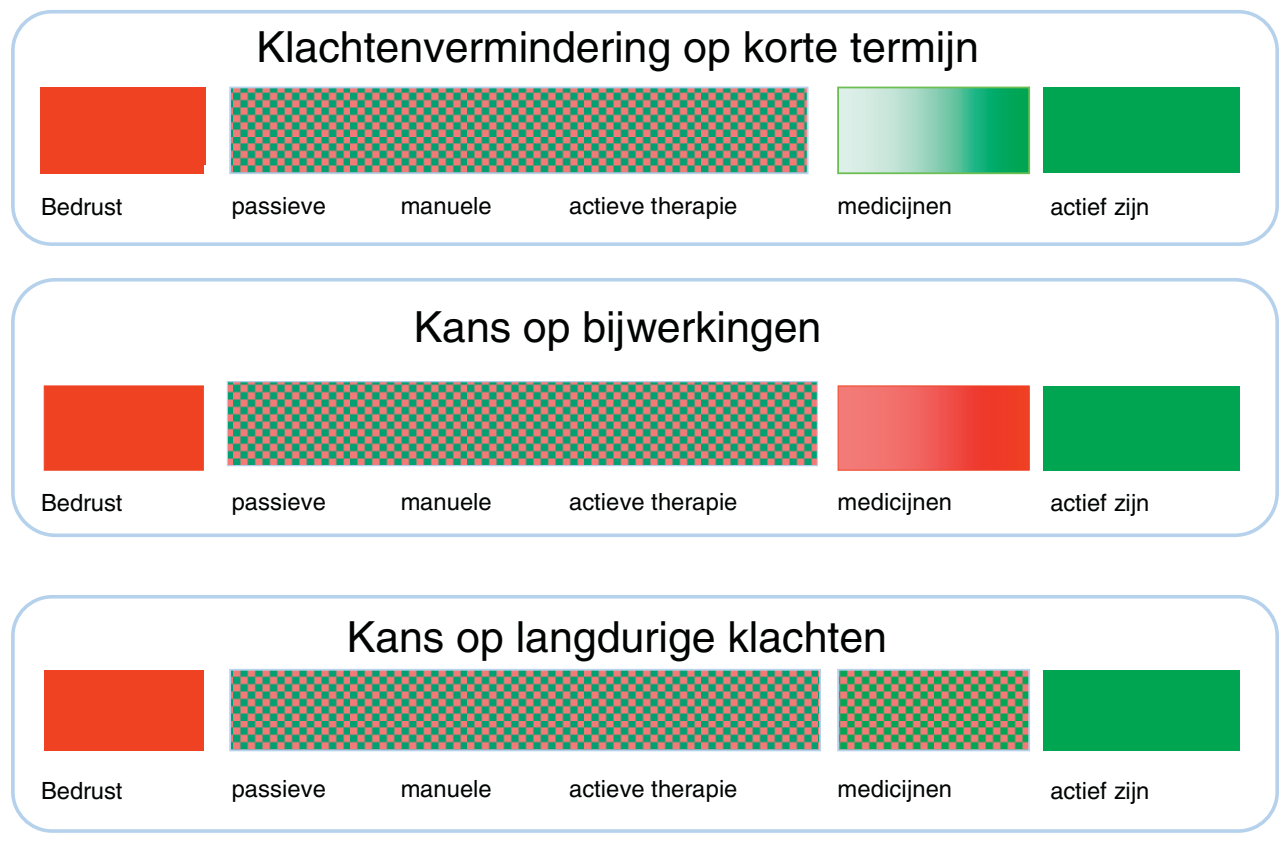
In de onderstaande figuren kunt u zien hoe effectief de verschillende therapieën bij de meeste mensen zijn. Wat de kans op nadelige effecten van de therapie (bijwerkingen) zijn en of de therapie helpt om langdurige klachten te voorkomen. De figuren kunnen u helpen om samen met uw dokter te beslissen hoe u met uw rugpijn wilt omgaan.

U kunt ervoor kiezen verschillende therapieën te combineren.



Een dergelijke kleur betekent dat we niet goed weten of het wel of niet helpt. Misschien heeft u zelf wel een voorkeur voor een therapie.

Figuur 2 Keuzehulp. (Sub)acute aspecifieke lagerugklachten, uitsluitend patiëntendeel. Het EBM-deel voor de arts is niet zichtbaar



kelijke, nationaal gevalideerde keuzehulpen vanzelfsprekend zullen worden. Het is denkbaar dat keuzehulpen en gedeelde besluitvorming op termijn tot tijdsbesparing leiden.

In de box lichten we een lopend project toe in de huisartsgeneeskunde waarbij gedeelde besluitvorming en een keuzehulp centraal staan.²⁰

BESCHOUWING

Het indicatiegebied voor gedeelde besluitvorming en keuzehulpen staat nog ter discussie. Gedeelde besluitvorming is duidelijk geïndiceerd voor relevante preferentiegevoelige beslissingen. Het pater- of maternalistische model zal ook een gewenst model blijven in de huisartsgeneeskunde, maar als er verschillende opties zijn, moet de huisarts de patiënt op zijn minst uitnodigen om betrokken te zijn bij de besluitvorming.

De verwachting is dat men keuzehulpen zal integreren tot een samenhangend geheel met de professionele en patiëntenversies van door de medische beroepsgroepen geacordeerde klinische praktijkrichtlijnen, die preferentiegevoelige

aanbevelingen bevatten.²¹ Hierdoor gaan ook de artsen profiteren doordat ze compacte factsheets ter beschikking krijgen waarin de kennis over relevante effecten en risico's is samengevat en gevisualiseerd op voor patiënten toegankelijke wijze, en dus ook voor artsen die minder vertrouwd zijn met het epidemiologische jargon. De patiëntenperspectieven zijn dan op collectief niveau al nadrukkelijk meegewogen in die klinische praktijkrichtlijnen.²² Dergelijke besliskundige tools kunnen de implementatie van evidence-based practice faciliteren, waarin men maatwerk levert aan de individuele patiënt met zijn of haar unieke profiel, context en preferenties.

Keuzehulpen zal men ook integreren met de zelfmanagementinstrumenten die beschikbaar komen voor de zorgvrager. Patiënten zullen (steeds meer en beter) toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier en in de toekomst zal een patiënt vóór een consult per e-mail uitgenodigd worden een aan het dossier gelinkte keuzehulp al gedeeltelijk door te nemen en in te vullen, zodat het consult gewijd kan worden aan gedeelde besluitvorming met de al geïnformeerde patiënt. De geacordeerde

de keuzehulpen worden verspreid door en voor de patiënten met behulp van de sociale media. De apps voor smartphones met medisch beslistkundige informatie zijn al populair onder artsen, en deze zullen ook steeds meer evolueren tot gezamenlijke producten en toegankelijk worden voor patiënten.

CONCLUSIE

Keuzehulpen voor patiënten zijn vooral aangewezen bij preferentiegevoelige beslissingen. Ze geven de patiënt inzicht in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties van iedere optie en de manier waarop hij de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). De patiënt kan desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming. Keuzehulpen voor patiënten kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces. In de toekomst zullen keuzehulpen voor patiënten geïntegreerd worden in de beslistkundige instrumenten voor artsen, zoals de klinische praktijkrichtlijnen. ■

LITERATUUR

- 1 Berwick DM. What 'Patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff* 2009;555-65.
- 2 Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- 3 Coulter A. Do patients want a choice and does it work? *BMJ* 2010;341:c4989.
- 4 Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO, 2003.
- 5 Westert GP, Faber M. Commentary: The Dutch approach to unwarranted practice variation. *BMJ* 2011;342:d1429.
- 6 Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter, A et al on behalf of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. *Br Med J* 2006;333:417-21.
- 7 Van der Weijden T, Timmermans D, Wensing M. 'Dus alles is goed dokter?' Hoe informeer ik mijn patiënten over grote en kleine risico's? *Huisarts Wet* 2006;49:550-3.
- 8 <http://ipdas.ohri.ca>.
- 9 www.optiongrid.co.uk.
- 10 http://patients.dartmouth-hitchcock.org/shared_decision_making.html
- 11 <http://informedmedicaldecisions.org>.
- 12 <http://decisionaid.ohri.ca>.
- 13 Van der Weijden T, Van Veenendaal H, Drenthen T, Versluijs M, Stalmeier P, Loon MK, et al. Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011;105:283-8.
- 14 www.isdm2011.org.
- 15 Zie bij www.zelfmanagement.com.
- 16 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10:CD001431.
- 17 Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:68192.
- 18 <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/thema/alle-keuzehulpen>.
- 19 <http://dekeuzehulpverzameling.nl>.
- 20 <http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=1960>
- 21 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.
- 22 Van der Weijden T, Légaré F, Boivin A, Burgers JS, Van Veenendaal H, Stiggelbout AM, et al. How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol. *Implement Sci* 2010;5:10.

Nico van Duijn

Dorpsdokter

Huismensen, stadsmensen en dorpsmensen, het zijn drie soorten mensen.

Huismensen wonen in hun huis naar hun zin. Waar het staat, het maakt ze niets uit als ze maar niet ongewild andere mensen tegenkomen. Hun ideaal is een vrijstaand huis, zonder inkijk. Ze willen zelf bepalen wanneer ze welke mensen spreken. Hier zijn hele wijken voor gebouwd.

Stadsmensen wonen zo graag in de mensendrukke dat ze een vermogen betalen voor een paar vierkante meter tweehoog, zonder lift. Op straat moppen ze op schijttende duiven. De natuur is iets voor de vakantie. Ze willen omringd

zijn door onbekende mensen, naar wie ze kijken. Contact is een interessante optie.

Dorpsmensen zwaaien graag naar anderen. Ze hebben contact, ook met anderen die ze niet verkiezen. Dorpsmensen vinden het een genoegzaam onderdeel te zijn van een gemeenschap, met alle warmte en nargheid van dien. Ze weten wie de bijstand belazert en wie zwanger is. Over jou weten ze ook van alles, mooie dingen, slordige zaken. Dit is niet zozeer gewenst, interessant of zelfs belangrijk. Het is zo.

De huisarts kan een huismens zijn, een stadsmens of een dorpsmens. Een huismens-huisarts gaat achteraf wonen, Almere of Huizen maakt niet uit.

Een stadsmens-huisarts werkt in Almere Haven en woont in Amsterdam. Een dorpsmens-huisarts woont en werkt in Almere Haven, zoals ik. Na een gebeurtenis in de spreekkamer sta je achter de patiënt bij de kassa van Albert Heijn. Na het overlijden van haar man kom je de weduwe tegen op de markt. Dank je wel, een verhaal, de nieuwe baby met oma die vraagt wanneer jij opa wordt - het overkomt je, zonder afspraak. Ik vind dat prettig. Ik maak deel uit van iets groters, vrolijk en triest, generaties lang.

Huismensen bepalen wie ze af en toe spreken. Stadsmensen bepalen voortdurend wie ze niet spreken. Dorpsmensen bepalen niets. Het gebeurt. ■

