

Samen beslissen is beter

Samenvatting

Van Veenendaal H, Rietmeijer CBT, Voogdt-Pruis HR, Raats CJ. Samen beslissen is beter. *Huisarts Wet* 2014;57(10):524-7.

Gedeelde besluitvorming is hot. Door de groeiende beschikbaarheid van een preventief, diagnostisch en therapeutisch arsenaal ontstaan er steeds meer situaties waarin er niet één duidelijke, kant-en-klare oplossing is, maar waarin de wensen en de context van de patiënt bepalen wat de beste beslissing is. Gedeelde besluitvorming is noodzakelijk bij preferentiegevoelige beslissingen, waarbij er meer dan één behandeloptie is en het afwegen van de voor- en nadelen voor dilemma's zorgt. Mits goed uitgevoerd, leidt gedeelde besluitvorming tot zorg die naar inhoud en vorm meer in lijn ligt met de waarden en voorkeuren van de patiënt. Deze manier van besluitvorming wordt door patiënten als prettiger ervaren en vergroot hun betrokkenheid.

Huisartsen kunnen goed patiëntgericht communiceren, maar zij doen dat vooral bij de hulpvraagverheldering. Gedeelde besluitvorming in de zin dat huisarts en patiënt gezamenlijk een beslissing nemen waarbij de voorkeuren van de patiënt expliciet aan de orde zijn gekomen – ook in latere stadia – is minder gemeengoed. Gedeelde besluitvorming vraagt meer van de arts: extra inspanning en de vaardigheid om voor- en nadelen en risico's uit te leggen, de beroepsattitude om ruimte te willen geven aan de eigen voorkeuren van de patiënt, zodat deze een persoonlijke afweging kan maken, én de toepassing van keuze-instrumenten.

INLEIDING

Shared decision making, oftewel gedeelde besluitvorming, is hot. Veel artsen denken dat ze aan gedeelde besluitvorming doen, maar blijktens onderzoek valt dat tegen.^{1,2} In deze beschouwing zullen wij toelichten wat gedeelde besluitvorming is, welke onderbouwing ervoor bestaat en hoe het in de praktijk kan worden toegepast.

In de dagelijkse praktijk is er meestal niet één 'beste', kant-en-klare oplossing om met de vraag van een patiënt om te gaan. Door het groeiende arsenaal van preventieve, diagnostische en therapeutische mogelijkheden ontstaan er steeds meer voorkeursgevoelige situaties in de huisartsenzorg, situaties waarin de wensen en de context van de patiënt bepalen wat de 'beste' beslissing is inzake diagnostiek of behandeling.³ Zo kan een patiënt de keuze hebben uit meerdere behandelingen die een gelijke kans op genezing geven, maar waarvan de bijwerkingen of de invloed op de kwaliteit van leven verschillen. In zo'n situatie komen verschillende patiënten tot verschillende keuzes. Ook als de patiënt die beslissing liever

overlaat aan de arts, is dat evengoed een keuze. Het is niet ethisch om preventieve, diagnostische of therapeutische handelingen uit te voeren waarvoor de patiënt niet gekozen zou hebben indien deze goed geïnformeerd zou zijn.⁴

Gedeelde besluitvorming houdt in dat de zorgverlener de patiënt (en zo nodig diens naasten) ondersteunt bij het maken van de best passende keuze, eventueel met gebruikmaking van keuzehulp of keuzekaarten. Een goed voorbeeld is de oudere patiënt die een PSA-test overweegt. Aan zo'n test kleven risico's, en als men de patiënt niet goed en uitgebreid informeert over de voor- en nadelen, kan het zijn dat de beslissing voor de patiënt uiteindelijk niet tot de best mogelijke uitkomst leidt.⁴ Indien goed toegepast, verhoogt gedeelde besluitvorming niet alleen de kwaliteit van de zorg aan individuele patiënten maar reduceert het ook ongewenste variatie in handelen tussen zorgverleners onderling, verbetert het de communicatie tussen zorgverlener en patiënt en kan het de therapietrouw vergroten. Mogelijk zorgt het ook voor lagere kosten in de zorg, maar daarbij moet worden aangetekend dat het inzetten van gedeelde besluitvorming om kosten te verlagen contraproductief kan werken op de kwaliteit van de zorg.⁵

PATIËNTGERICHT COMMUNICEREN

In de huisartsenzorg ligt patiëntgericht werken aan de basis van ieder consult. Huisartsen hebben, vanuit hun medische verantwoordelijkheid, aandacht voor de voorgeschiedenis, de klacht, de ziekte en de therapie, maar zij besteden ook aandacht aan de beleving, de gedachten en de gevoelens van de patiënt. Dat uit zich in het belang dat de huisarts hecht aan de (werkelijke) hulpvraag van de patiënt, naast de klacht. Vindt de patiënt de rugpijn vooral hinderlijk of maakt hij zich grote zorgen? Komt hij voor verlichting van de pijn of voor geruststelling? Als de huisarts zijn uitleg en zijn behandelingsvoorstel laat aansluiten bij de beleving, de wensen en de waarden van de patiënt, voelt deze zich beter geholpen, neemt diens therapietrouw toe en verbetert de uitkomst in termen van gezondheid.⁶ Bij dit patiëntgericht

De kern

- Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) is noodzakelijk bij preferentiegevoelige beslissingen. Het verhoogt de kwaliteit van de zorg en reduceert ongewenste variatie tussen zorgverleners.
- Huisartsen kunnen goed patiëntgericht communiceren, maar zij doen dat vooral bij de hulpvraagverheldering. Gedeelde besluitvorming in latere stadia van het zorgproces is minder gebruikelijk.
- Gedeelde besluitvorming vraagt meer van de huisarts: inspanning en vaardigheden om voor- en nadelen en risico's uit te leggen, om de patiënt ruimte te geven voor een persoonlijke afweging, én om keuze-instrumenten te gebruiken.

CBO, Platform Gedeelde Besluitvorming, Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht: H. van Veenendaal, adviseur en lid managementteam, lid DB Platform Gedeelde besluitvorming; dr.ir. H.R. Voogdt-Pruis, adviseur; dr. C.J. Raats, adviseur. Huisartsopleiding VUmc, Amsterdam: C.B.T. Rietmeijer, huisarts, supervisor/coach, onderwijsontwikkelaar arts-patiëntcommunicatie • Correspondentie: h.vanveenendaal@cbo.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

uitleggen en adviseren zoekt de huisarts naar de juiste balans tussen informatie verstrekken en vragen naar de beleving van de patiënt en naar diens begrip van de situatie. Hiervoor gebruikt men wel de term ‘frisbeeën’:⁷ het om en om uitzenden en ontvangen van informatie, als tegenpool van het traditionele consult waarin de dokter een monoloog houdt en waarin weinig plaats is voor de inbreng van de patiënt. Frisbeeën is, samen met hulpvraagverheldering, de kern van patiëntgerichte communicatie en de basis van gedeelde besluitvorming.

Veertig jaar huisartsopleiding heeft ertoe geleid dat huisartsen vaardig zijn in hulpvraagverheldering. Patiëntgerichtheid bij uitleg en advisering daarentegen is veel minder gemeengoed, en dat geldt ook voor gedeelde besluitvorming. Artsen kunnen moeilijk inschatten welke patiënt wil meebeslissen en welke behandeling die patiënt dan wil.⁸ Ze overschatten de mate waarin ze gedeelde besluitvorming toepassen,³ en sommige artsen denken ten onrechte dat gedeelde besluitvorming de angst bij patiënten vergroot.⁹

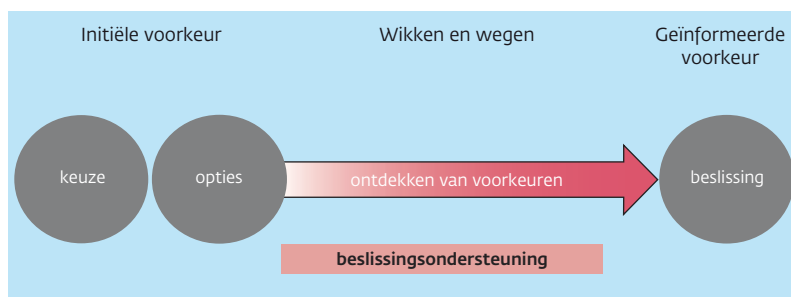
WAT IS GEDEELDE BESLUITVORMING?

Gedeelde besluitvorming is een effectieve manier om samen met de patiënt te komen tot een passende beslissing over diagnostiek, behandeling of zorg, gebaseerd op klinisch bewijs en de voorkeuren en waarden van de patiënt. De zorgverlener geeft evidence-based informatie over de verschillende opties, uitkomsten en onzekerheden, en ondersteunt de patiënt vervolgens in het besluitvormingsproces en bij het bepalen van de keuze. De patiënt moet wel weten of een eenmaal gemaakte keuze nog bijgesteld kan worden. Uiteindelijk gaan zorgverlener en patiënt over tot uitvoering van de beslissing.¹⁰ Hier blijft het niet bij: gedeelde besluitvorming vindt op diverse momenten in het zorgproces plaats. Na een eerste beslissing volgen meestal nieuwe keuzes. Huisarts-columnist Jos van Bommel gaf in 2013 in *De Stentor* een goed voorbeeld van het dilemma na een positieve PSA-test.¹¹

Elwyn heeft een model ontwikkeld voor het proces van gedeelde besluitvorming in de praktijk.^{12,13} Het proces start met het geven van informatie van hoge kwaliteit die aansluit op wat de patiënt al weet, en met het corrigeren van misvattingen en lacunes in diens kennis. Daarna vraagt de arts de patiënt de verschillende opties in overweging te nemen met hun voor- en nadelen, en tot slot de eigen voorkeuren te bepalen. Sommige patiënten reageren verbaasd of ongemakkelijk op het feit dat daarmee de verantwoordelijkheid voor de besluitvorming voor een deel of zelfs geheel bij henzelf komt te liggen. [Figuur 1] brengt dit proces in beeld en benoemt de verschillende fasen.

- *Initiële voorkeur* is de begintoestand van het proces, waarin de patiënt op basis van wat hij op dat moment weet misschien al een bepaalde voorkeur heeft. Doel van het besluitvormingsproces is te komen tot een geïnformeerde voorkeur. In deze fase is ‘Keuze’ (*choice talk*) de eerste stap, waarin het speelveld wordt bepaald. De zorgverlener geeft expliciete informatie over het feit dat er een keuzemogelijkheid bestaat tussen verschillende opties in de gegeven

Figuur 1 Gedeelde besluitvorming: het model van Elwyn^{12,13}



situatie en vraagt de patiënt of deze wil deelnemen aan het keuzeprocess. ‘Opties’ (*option talk*) is de tweede stap, waarin de zorgverlener uiteenzet welke opties er zijn – al dan niet overgaan tot bepaalde diagnostiek, behandeling of zorg – en de bijbehorende voor- en nadelen toelicht. Het bespreken van kansen en risico’s is een belangrijk onderdeel van deze stap; het gebruik van keuzehulpen kan zinvol zijn.

- *Wikken en wegen* is de fase waarin de patiënt zich bewust wordt dat er keuzemogelijkheden zijn, en de verschillende opties leert begrijpen. In deze fase heeft patiënt tijd en ondersteuning nodig om er achter te komen ‘wat er voor hem het meest toe doet’. Er kan meer dan één contactmoment nodig zijn en dat hoeft niet altijd face-to-face. In deze fase kunnen *beslissingsondersteuning* en gesprekken met anderen nuttig zijn. Er zijn vele instrumenten ontwikkeld die het proces van gedeelde besluitvorming ondersteunen: beknopte instrumenten die zorgverlener en patiënt samen kunnen gebruiken tijdens een contactmoment, en uitgebreidere instrumenten (drukwerk, film, internet) die de patiënt buiten de contactmomenten kan raadplegen.⁶ Keuzehulpen kunnen de patiënt inzicht geven in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties en de persoonlijke waardering van die consequenties (zie onder andere <http://keuzehulpen.thuisarts.nl>, www.med-decs.org en <https://decisionaid.ohri.ca>). Ook zijn er keuzekaarten (zie www.

Abstract

Van Veenendaal H, Rietmeijer CBT, Voogdt-Pruis HR, Raats CJ. Shared decision making is better. Huisarts Wet 2014;57(10):524-7.

Shared decision making is hot. The expanding arsenal of preventive, diagnostic, and therapeutic possibilities means that increasingly often there is not one clear, ready-made solution to a clinical problem, but one in which the patient’s perspective and values determine the best decision. While general practitioners’ patient-centered communication skills are good, they typically use these skills to clarify the problem. Real shared decision making, in the sense that doctor and patient collaborate to reach a decision that incorporates the patient’s preferences, also in a later phase, occurs in a minority of consultations. Shared decision making, if done well, leads to care that is consistent in content and form with the patient’s values and preferences. However, shared decision making asks more of GPs: extra effort and skills to explain the advantages and disadvantages of treatment, and a professional attitude that allows patients to express their preferences and to assess choices, and the use of decision support tools.

optiongrid.org) om de voor- en nadelen van beleid te bespreken; de risicokaart Cardiovasculair risicomangement is een goed voorbeeld.

- *Geïnformeerde voorkeur* is de nagestreefde eindtoestand: de patiënt heeft bepaald 'wat er voor hem er het meest toe doet' en ontwikkelt op basis daarvan een persoonlijke voorkeur voor één van de beschikbare opties. Essentieel is dat de patiënt de belangrijkste voor- en nadelen van iedere optie begrijpt. In deze fase draait het om de 'Beslissing' (*decision talk*): de zorgverlener helpt de patiënt zijn eigen voorkeuren te bepalen en komt samen met de patiënt tot de best passende keuze. Wat heeft de meeste betekenis voor de patiënt, en leiden deze voorkeuren naar een bepaalde optie?

Casus

De heer P., 71 jaar oud, komt bij de huisarts op het spreekuur. Bij zijn broer van 76 is onlangs prostaatkanker vastgesteld en zijn vader overleed aan prostaatkanker. De heer P. is bang dat het erfelijk is en wil graag een PSA-onderzoek laten doen. De huisarts gaat na of meneer op de hoogte is van de opties voor onderzoek en wat hij reeds weet over de voor- en nadelen van het wel of niet ondergaan van een PSA-test. In het keuzegesprek geeft de huisarts aan hoe groot de kans is dat de heer P. belast is met een erfelijke vorm van prostaatkanker en maakt hij helder dat de heer P. een keuze heeft: wel of geen PSA-test ondergaan.

Wanneer duidelijk is dat meneer P. dit begrijpt, kan de huisarts ingaan op de voor- en nadelen van de verschillende opties, inclusief de voor- en nadelen van het afzien van een PSA-test. In deze fase van wikken en wegen wijst de huisarts ook op de keuzehulp prostaatkanker [figuur 2]. Samen gaan de huisarts en de patiënt na of er bedenktijd nodig is, bijvoorbeeld voor overleg met naasten.

Zodra de heer P. aangeeft dat hij toe is aan een beslissing, volgt het beslissingsgesprek. De huisarts vraagt expliciet naar de voorkeuren van de patiënt met betrekking tot de besproken opties. Welke voor- en nadelen hebben de meeste betekenis voor hem? Leiden deze voorkeuren naar een bepaalde optie? Nadat de huisarts heeft gecontroleerd of meneer P. alle noodzakelijke informatie heeft gekregen, nemen zij gezamenlijk een beslissing.

IS HET EFFECTIEF?

Dat gedeelde besluitvorming effectiever is dan traditionele voorlichting en informatieoverdracht, blijkt uit een meta-analyse van 86 gerandomiseerde trials. Het onderscheidende effect is dat patiënten besluitvaardiger worden. Zij zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, zijn vaker tevreden over het besluit en twijfelen minder over hun genomen beslissing.⁹ De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij belangrijke medische beslissingen, al laat nog steeds 20-40% de beslissing liever aan de arts over.¹⁴ Onduidelijk is vooralsnog of gedeelde besluitvorming de compliance verhoogt en of patiënten vaker voor opties kiezen waarbij de kwaliteit van leven vooropstaat (versus bijvoorbeeld overleving).¹² In een meta-analyse is gebleken dat het gebruik van een keuzehulp niet per se meer tijd kost dan reguliere zorg.⁹ In de praktijk blijkt dat vooral het eerste gesprek meer tijd in beslag kan nemen, tot ongeveer 25%.³ Die tijd kan later worden teruggewonnen omdat de patiënt beter geïnformeerd is, meer betrokken raakt bij de behandeling en wellicht ook vaker afziet van een (vervolg)behandeling. Gedeelde besluitvorming leidt in sommige gevallen tot kostenbesparing doordat de gekozen optie vaak minder invasief is of doordat de patiënt bewust afziet van (verdere) diagnostiek of behandeling.^{15,16}

TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Gedeelde besluitvorming ligt in het verlengde van patiëntgericht communiceren: het afstemmen van een medisch advies op de gedachten en gevoelens van de patiënt. Als de richtlijnen duidelijk zijn en het advies weinig 'bijwerkingen' heeft, is dit relatief eenvoudig. Als de richtlijnen of de situatie van de patiënt veel ruimte laten voor verschillende opties, die elk hun eigen voor- en nadelen hebben, wordt het een stuk ingewikkelder. Dan biedt gedeelde besluitvorming een toegevoegde

Figuur 2 Onderdeel uit de Keuzehulp Testen op prostaatkanker (wordt najaar 2014 herzien, zie voor de meest recente versie: <http://keuzehulpen.thuisarts.nl>)

Keuzeoverzicht	
Waarom wel/geen PSA-test	
Onderstaande tabel zet de keuzemogelijkheden wel of geen PSA-test op prostaatkanker naast elkaar. U vindt hier een overzicht van de verschillende mogelijkheden. Het overzicht leidt u niet automatisch naar de beste keuze. U kunt het met uw arts bespreken zodat u gezamenlijk tot een passende keuze kunt komen.	
Waarom wel laten testen op prostaatkanker?	Waarom niet laten testen op prostaatkanker?
Als de uitslag van de PSA-test normaal is, kan dat geruststellend zijn.	Als uw PSA-waarde verhoogd is en verder onderzoek geen prostaatkanker aantoon, dan bent u voor niets 'de medische molen' ingegaan en heeft u zich ongerust gemaakt, achteraf onnodig.
De PSA-test kan prostaatkanker helpen opsporen, voordat u misschien klachten krijgt.	De PSA-test en het aanvullend onderzoek maakt kanker niet altijd zichtbaar. Na een normale uitslag kunt u zich ten onrechte opgelucht, of juist toch nog bezorgd voelen.
Als u er door de test vroeg bij bent, dan is behandeling goed mogelijk.	Er bestaat een grote kans dat de onderzoekers door de PSA-test een langzaam groeiend gezwel (tumor) vinden waarvan u nooit last gekregen zou hebben.
Als u mede dankzij de PSA-test een behandeling ondergaat, heeft u misschien een grotere kans op genezing en leeft u misschien langer.	Aanvullend onderzoek na de PSA-test kan geestelijk en lichamelijk belastend zijn.
Als de behandeling in een vroeg stadium slaagt, krijgt u niet te maken met de gevolgen van verder gevorderde prostaatkanker, zoals uitzaaien.	De behandeling van prostaatkanker kan allerlei bijwerkingen hebben, zoals erectieproblemen, plasklachten, darmproblemen, retrograde ejaculatie (bij klaarkomen komt sperma in de blaas en niet uit de penis).
Als u regelmatig een PSA-test laat doen, dan kan verandering in uw PSA-gehalte in de gaten worden gehouden.	Het is niet bekend of vroege ontdekking en medische behandeling van prostaatkanker de genezingskans, levensduur en kwaliteit van leven verbetert.

waarde doordat het de betrokkenheid van de patiënt bij de uiteindelijke beslissing vergroot. Van de huisarts vraagt het de vaardigheid om met de patiënt te delen dat er meerdere vergelijkbare alternatieven zijn en dat er niet één optie is die boven de andere te verkiezen is. Het is daarbij de kunst voor- en nadelen goed te bespreken met de patiënt en ook de risico's van iedere beslissing ter sprake te brengen. De huisarts moet ook het vermogen hebben ruimte te geven aan de eigen voorkeuren van de patiënt, zodat deze zelf een afweging kan maken.

Gedeelde besluitvorming vraagt dus nogal wat van de huisarts. In plaats van zijn advies te 'verkopen', het voorkeursbeleid waarmee hij vertrouwd is, wat relatief makkelijk voor hem is, moet hij nu samen met de patiënt de verschillende opties bespreken, met als mogelijke uitkomst een beleid waarmee hij zich minder vertrouwd voelt. Dat vraagt extra aandacht, tijd, moed en een iets andere kijk op de eigen professionele houding en verantwoordelijkheid. Andere barrières voor de implementatie komen vooral voort uit onbekendheid met wat gedeelde besluitvorming precies inhoudt, uit een gebrek aan vaardigheden om het toe te passen en uit persoonlijke weerstand (bijvoorbeeld denken dat patiënten zoiets niet kunnen of willen).^{17,18}

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen de patiënt op weg kunnen helpen door samen met de patiënt een aantal vragen te beantwoorden:¹⁹

- Wat zijn mijn opties?
- Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deze opties?
- Hoe waarschijnlijk is het dat deze voor- en nadelen op mij van toepassing zijn?

In Australië en de Verenigde Staten staan deze vragen op posters aan de muur van de spreekkamer. Wat ons betreft kunnen er nog twee vragen aan toegevoegd worden:

- Wat vind ik het belangrijkste? Bij welke optie, c.q. bij welke voor- en nadelen, is daar meer of minder sprake van?
- Welke best passende beslissing wil ik in overleg met mijn zorgverlener nemen?

Platform Gedeelde Besluitvorming

Op 22 juni 2011 is in Nederland een landelijk Platform Gedeelde Besluitvorming opgericht (www.zelfmanagement.com/themas/gedeelde-besluitvorming).^{20,21} Doelstellingen van dit platform zijn het realiseren van een maximale toepassing van gedeelde besluitvorming in de zorgpraktijk en het vergroten van de aan-

dacht voor gedeelde besluitvorming in kwaliteitsstandaarden en in onderwijs. Ook richt het platform zich op maximaal gebruik en vindbaarheid van valide keuzehulpen en instrumenten ter ondersteuning van de gedeelde besluitvorming.

TOT BESLUIT

Meer dan de helft van de huisartsen is van mening dat zij gedeelde besluitvorming in de praktijk al toepassen. Toch is er in veel consulten nog niet werkelijk sprake van gedeelde besluitvorming in de zin dat de voorkeuren van de patiënt er expliciet bij betrokken worden en de beslissing gezamenlijk genomen wordt.

Huisartsen kunnen goed patiëntgericht communiceren, met aandacht voor de beleving van de patiënt, maar zij doen dat vooral aan het begin van het consult (hulpvraagverheldering). Om te komen tot daadwerkelijke afstemming, dus ook in de fase van uitleg en advies, zal het nodig zijn verschillende opties te bespreken en de gedachten en gevoelens van de patiënt bij de gestelde diagnose en voorgestelde therapie aan de orde te laten komen. Gedeelde besluitvorming is vooral aan de orde bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen waarbij er meer dan één behandeloptie is en wanneer het afwegen van de voor- en nadelen voor dilemma's zorgt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de keuze tussen meerdere mogelijkheden van preventie, screening, diagnostiek of behandeling, die alle ongeveer even effectief zijn. Gedeelde besluitvorming, mits goed uitgevoerd, leidt tot zorg die naar inhoud en vorm meer in lijn ligt met de waarden en voorkeuren van de patiënt. Deze manier van besluitvorming wordt door patiënten als prettiger ervaren en vergroot hun betrokkenheid. Keuzehulpen en andere instrumenten kunnen worden gebruikt om gedeelde besluitvorming in de praktijk toe te passen. Gedeelde besluitvorming stelt extra eisen aan de arts: extra inspanning en de vaardigheid om de voor- en nadelen en risico's uit te leggen, de beroepsattitude om ruimte te willen geven aan de eigen voorkeuren van de patiënt zodat deze een persoonlijke afweging kan maken, én het gebruik van keuze-instrumenten. Ingevoerde keuzes vergen daarbij van de huisarts meer vaardigheden én meer tools. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.