

Gedeelde besluitvorming

Ruth Pel-Littel · Haske van Veenendaal

Samenvatting

Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) houdt in dat zorgverlener en patiënt gezamenlijk beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen en over de acties die worden ondernomen om die doelen te bereiken. Wordt dit proces goed doorlopen, dan leidt deze werkwijze tot keuzes die beter aansluiten bij de behoeften van de individuele patiënt en tot een hogere tevredenheid. Gedeelde besluitvorming bestaat uit drie stappen: keuzegesprek, optiegesprek en besluitvormingsgesprek. In complexe situaties, bijvoorbeeld bij complexe ouderenzorg, kan dit model uitgebreid worden met vier extra stappen. Het proces bestaat dan uit: voorbereidingsgesprek, doelengesprek, keuzegesprek, optiegesprek, waardegesprek, besluitvormingsgesprek, evaluatiegesprek. Om patiënten te ondersteunen bij de afweging van de verschillende opties, zijn keuzehulpen ontwikkeld. Gedeelde besluitvorming leent zich vooral voor preferentiegevoelige besluiten, omdat dan de waarden en voorkeuren van patiënten een grotere rol spelen. Zorgverleners denken vaak dat ze aan gedeelde besluitvorming doen, maar uit observaties in onderzoek blijkt dat dit in de praktijk niet het geval is. Er is daarom nog veel winst te behalen door bewustwording in combinatie met de juiste vaardigheden in te zetten in de communicatie met de patiënt.

Drs. R. Pel-Littel (✉)
Utrecht, Nederland
e-mail: r.pel-littel@vilans.nl

Drs. H. van Veenendaal
e-mail: haskevanveenendaal@gmail.com

Bijblijven, DOI: 10.1007/s12414-015-0074-5
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Inleiding

We leven steeds langer. Dat heeft ook tot gevolg dat we meer kans hebben om te leven met één of meer chronische ziekten. Daarnaast worden we gestimuleerd om zelf meer regie te nemen als het om gezondheid en ziekte gaat. Die ontwikkeling heeft consequenties voor de relatie tussen de huisarts en de patiënt. Dat de dokter bepaalt wat goed is voor de patiënt, lijkt definitief verleden tijd. Steeds meer patiënten zoeken zelf informatie op internet en worden hun eigen dokter, met alle (positieve én negatieve) gevolgen van dien.

Tussen de twee uitersten – een paternalistische benadering enerzijds en volledige autonomie van de patiënt anderzijds – bevindt zich het principe van gedeelde besluitvorming. Bij gedeelde besluitvorming worden de medische kennis van de arts en de kennis die de patiënt over zichzelf heeft (waarden, behoeften en voorkeuren) op een gelijkwaardige manier ingebracht. Diagnostiek en behandelingen sluiten daardoor beter aan bij de behoeften van de individuele patiënt en de resultaten zijn beter.

Het toepassen van de principes van gedeelde besluitvorming is in de praktijk echter niet zo eenvoudig. Zorgverleners denken vaak dat ze gedeelde besluitvorming toepassen, maar in veel gevallen ervaren patiënten dit niet zo. In deze bijdrage worden de principes van gedeelde besluitvorming besproken. Ook geven we praktische tips voor de toepassing.

Gedeelde besluitvorming

Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) houdt in dat zorgverlener en patiënt gezamenlijk beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen en de acties die worden ondernomen om die doelen te bereiken. Dit gebeurt op basis van wetenschappelijke en professionele kennis (primair de zorgverlener) en ervaringskennis, de waarden en wensen van de patiënt. Op deze wijze wordt evidence-based gehandeld in de spreekkamer. Ook wordt voldaan aan het recht van de patiënt om volledige informatie over alle behandel- en zorgopties te krijgen en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan [1].

Gezamenlijke besluitvorming is gebaseerd op vier ethische principes [2]:

1. erkennen van de autonomie van de patiënt;
2. vermijden van schade door een goede afweging van voor-, nadelen en risico's;
3. tegengaan van onder- en overbehandeling;
4. rechtvaardigheid.

Ook wettelijk gezien is er een stevige basis voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming. In 1983 werd, bij de herziening van de Nederlandse Grondwet, vastgelegd dat ieder mens recht heeft op autonomie en zeggenschap over lijf en leden. In 1995 werd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vastgelegd, dat behandelaars verplicht zijn patiënten te informeren over de aard van behandelingen, voordelen, nadelen en risico's. Patiënten zijn op hun beurt verplicht de arts te informeren over hun persoonlijke situatie. Dit zijn in feite de basisprincipes van gezamenlijke besluitvorming.

Wat levert gedeelde besluitvorming op?

In meer dan 80 internationale gerandomiseerde onderzoeken is onderzocht wat het oplevert als zorgverleners en patiënten samen beslissen over zorg en/of behandelingen [3]. Daaruit blijkt dat gezamenlijke besluitvorming bij patiënten leidt tot:

- meer kennis;
- beter begrip van risico's;
- meer vertrouwen in de gekozen behandeling;
- grotere betrokkenheid om besluiten samen te nemen en een hogere tevredenheid;
- minder vaak 'niet' besluiten (dat kwesties openblijven);
- minder vaak keuze voor grote operaties.

Gedeelde besluitvorming is ook maatschappelijk van belang. Zorg die aansluit bij de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt is vaak ook doelmatiger. De beschikbare middelen (arbeid, energie, geld) zijn beperkt en dit zal inde toekomst eerder af- dan toenemen. Zij moeten dus effectief worden besteed [4, p. 11]. Dat gedeelde besluitvorming financieel voordeliger is, wordt in sommige studies aangetoond, in andere niet [3].

Hoe wordt gedeelde besluitvorming toegepast in de huisartsenpraktijk in Nederland?

Dat de arts en de patiënt samen belangrijke beslissingen nemen, lijkt vanzelfsprekend. Het gebeurt in de praktijk echter nog maar mondjesmaat. Veel zorgverleners denken dat ze samen met patiënten beslissen, maar uit observaties in diverse onderzoeken en ook uit de meldactie Samen Beslissen van de Patiëntenfederatie NPCF blijkt dat 63% van de patiënten niet meerdere opties kreeg voorgelegd en/of niet werd betrokken bij het besluit over verder te zetten stappen. Slechts één op de tien zorgverleners past gedeelde besluitvorming toe zoals het bedoeld is [5].

Is gedeelde besluitvorming altijd toepasbaar?

Moeten besluiten altijd gezamenlijk worden genomen? Nee, in acute en acuut levensbedreigende situaties is er soms geen tijd voor gezamenlijke besluitvorming. De zorgverlener handelt dan op basis van zijn medische kennis en expertise of beslist samen met directbetrokkenen. Ook lenen niet alle besluiten zich voor gedeelde besluitvorming; vooral bij eenvoudige, niet preferentiegevoelige, aandoeningen volstaat een informed consent. Wel is het zo dat de patiënt soms (ten on)terechte opties in gedachten heeft, die in een proces van gedeelde besluitvorming transparant worden en ervoor zorgen dat patiënten niet blijven zitten met twijfels of spijt over het ingezette beleid.

Soms zijn patiënten om andere redenen niet in staat om te participeren aan gezamenlijke besluitvorming. Bijvoorbeeld in het geval van psychiatrische ziekten of

cognitieve beperkingen. Dan zal vaak de familie, bijvoorbeeld de directe mantelzorger, mee beslissen over de zorg of de behandeling. In sommige situaties kan dit ingewikkeld zijn, bijvoorbeeld wanneer de belangen van de patiënt en de familie verschillen.

Een model voor gedeelde besluitvorming

Vanuit de medisch curatieve zorg is een algemeen internationaal model voor gedeelde besluitvorming ontwikkeld. Dit model gaat uit van enkelvoudige beslissingen waarbij het behandeldoel duidelijk is [1, 6].

1. Keuzegesprek: er valt iets te kiezen.
De zorgverlener nodigt de patiënt uit voor het keuzeproces.
2. Optiesgesprek: wat valt er te kiezen?
De zorgverlener bespreekt met de patiënt wat de mogelijkheden zijn (wat betreft gezondheids-/behandeldoelen). Wat zijn de consequenties op de korte, middellange en lange termijn? De patiënt denkt na over de mogelijkheden.
3. Besluitvormingsgesprek: wat wordt het gezamenlijke besluit?
Patiënt en hulpverlener komen samen tot een besluit waarin voorkeuren en waarden bepalend zijn omtot het meest passende besluit te komen voor deze individuele patiënt.

Gedeelde besluitvorming bij oudere patiënten met complexe problematiek

In het hiervoor besproken model voor gezamenlijke besluitvorming gaat het over enkelvoudige keuzes. Bij oudere patiënten met complexe problematiek spelen dikwijls problemen op meerdere niveaus en is het nodig om eerst de doelen en problemen van de patiënt te verkennen [7, 8]. Deze fase ontbreekt in het huidige model.

Daarnaast wordt vaak gedacht dat gezamenlijke besluitvorming niet bij iedereen kan worden toegepast. Bijvoorbeeld niet bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of ouderen. Toch blijkt uit onderzoek, dat gezamenlijke besluitvorming bij deze groepen juist tot heel goede resultaten leidt. Belangrijk is wel dat er dan rekening gehouden wordt met specifieke kenmerken en dat interventies daarop aangepast worden [9]. Zo kunnen ouderen in vergelijking met jongeren minder goed en minder snel grote hoeveelheden informatie verwerken. Korte duidelijke informatie is dus belangrijk. Visuele ondersteuning en bijvoorbeeld ‘terugvertellen’ (‘teach back’) ook.

Ouderen zijn juist wel heel ervaren in het nemen van beslissingen. Zij hebben veel levenservaring en weten in veel gevallen goed wat ze wel en wat ze niet willen [10]. Aan de andere kant is hun houding ten opzichte van de zorgverlener vaak nog traditioneel en is men niet gewend dat er iets te kiezen is en dat hun persoonlijke waarden en voorkeuren daarin de doorslag mogen geven. Verder wordt vaak vergeten de oudere te vragen wat voor rol hij of zij wil vervullen bij de besluitvorming.

Hoewel de meeste mensen graag mee beslissen, vinden sommige ouderen het prettiger als de zorgverlener voor hen besluit. Daarbij mag natuurlijk wel verwacht worden dat de zorgverlener een besluit neemt dat het best aansluit bij de situatie en de wensen van de patiënt. Dit kan een uitkomst zijn van het proces van gedeelde besluitvorming. De hulpverlener kan dit alleen zorgvuldig doen als hij de stappen van gedeelde besluitvorming allemaal doorloopt en niet aan het begin in de valkuil trapt om te vragen of de patiënt wil ‘mee beslissen’.

Ook bij mensen met cognitieve beperkingen en/of lage gezondheidsvaardigheden kan gedeelde besluitvorming worden ingezet [9]. Het bieden van structuur in het gesprek, visuele ondersteuning, terugvertellen en het betrekken van naasten zijn dan extra belangrijk.

Marjolein van de Pol, kaderhuisarts ouderengeneeskunde in het Radboudumc, heeft het 3-stappen model voor gedeelde besluitvorming omgevormd tot een model dat meer recht doet aan de vaak complexe problematiek bij kwetsbare ouderen. We hebben dit gecombineerd met het model dat eerder voor huisartsen werd beschreven [11].

Model voor gezamenlijke besluitvorming met ouderen met complexe problematiek [8]

Het model bestaat in totaal uit zeven stappen. Deze zijn vooral bedoeld om een duidelijke structuur aan het gesprek te geven. Deze structuur helpt de zorgverlener én de patiënt om die onderdelen bij het gesprek te betrekken die ervoor zorgen dat de patiënt weet dat er opties zijn waaruit hij kan kiezen in overleg met de zorgverlener. Het gesprek verheldert verder de voor- en nadelen van deze opties, brengt een proces van wikken en wegen tot stand en helpt uiteindelijk vast te stellen of en hoe gezamenlijk een beslissing kan worden genomen. Hoewel dit schools lijkt, is het advies wel om deze stappen en volgorde aan te houden. Dit kan in (een proces van) één of meerdere gesprekken plaatsvinden, afhankelijk van de soort keuze.

1 Voorbereiding op het gesprek

- Eerdere afspraken: heeft de patiënt eerder al iets besproken of vastgelegd wat voor hem belangrijk is in het leven (levensdoelen), of over behandeling in het algemeen? Of specifiek over bijvoorbeeld reanimatie of ingrijpende behandelingen? Deze informatie kan helpen om het gesprek te openen of als richtingaanwijzer dienen bij patiënten die op dat moment wilsonbekwaam zijn.
- Probleemanalyse: breng de huidige problemen van de patiënt functioneel in kaart. Hoe uitgebreid de analyse is, is afhankelijk van de situatie. Andere hulpverleners kunnen hieraan bijdragen. Voor een probleemanalyse kunnen zo nodig analysemethoden uit de geriatrie worden gebruikt (bijv. Comprehensive Geriatric Assessment of SFMPC-analyse), waarbij de problemen in overleg met de patiënt worden geprioriteerd.

2 Doelen van het gesprek

Leg de patiënt uit dat er sprake is van een probleem of ziekte (of dat de bestaande situatie is verergerd) en dat er verschillende mogelijkheden zijn. Leg uit dat elke patiënt uniek is en dat het daarom van belang is eerst een aantal algemene zaken te bespreken, voordat er keuzes gemaakt kunnen worden.

- Bepaal de partner in het keuze- en besluitvormingsproces:
 - Is deze patiënt in staat om besluiten te nemen (cognitief, emotioneel)? Zo nee, wie is dan de (juridisch) aangewezen persoon daarvoor en zou mede betrokken moeten worden?
 - Wil de patiënt de besluiten nemen met hulp van naasten? Zo ja, wie mag hem helpen?
- Identificeer belangrijke waarden en levensdoelen van de patiënt (welke rollen belangrijke waarden bij het maken van keuzes?):
 - Wat zijn belangrijke waarden in het leven van de patiënt (rol van levensvisie, beleving, spiritualiteit/religie, cultuur)?
 - Wat zijn levensdoelen van de patiënt (levensverlenging, functionele zelfstandigheid, comfort, etc.)?

3 Keuzegesprek

- Geef een samenvatting van de voorgaande stappen (het actuele probleem en de geïdentificeerde waarden en levensdoelen), en leg de patiënt uit dat er meerdere behandelmogelijkheden zijn en dat de patiënt daaruit een keuze kan maken.
- Nodig de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) uit om zijn behandelgoal(en) te formuleren. Benadruk hierbij dat de dokter/hulpverlener de medische expert is, maar dat de patiënt expert is op het gebied van zijn behandelgoals en prioriteiten en dat elke patiënt zijn eigen voorkeuren heeft (genezing, zo hoog mogelijke kwaliteit, géén behandeling, reis naar kleinkinderen maken, comfort, enzovoort).
- Controleer of de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) alles heeft begrepen en vat zo nodig nogmaals alles samen (of nog beter: via terugvertellen/teach back).

Tips keuzegesprek

De patiënt kan pas goed beoordelen of hij betrokken wil worden bij de besluitvorming als hij voldoende is geïnformeerd over alle mogelijke opties. De zorgverlener kan het gesprek op verschillende manieren aangaan.

- ‘Zoals we gezien hebben, zijn er verschillende opties in uw situatie. Zullen we er samen eens over nadenken en kijken wat voor u het meest passend is?’
- ‘Vindt u het prettig om mee te denken over de behandeling en wat heeft u van mij nodig om een beslissing te kunnen nemen?’
- ‘Mensen in uw situatie maken verschillende keuzes. Wat vooral van belang is, is dat het voor u haalbaar en inpasbaar is in uw dagelijks leven.’

4 Optiesgesprek

- Stel aan de hand van de geïdentificeerde waarden/levensdoelen en het behandelgoal een lijst op met behandelopties voor deze specifieke patiënt. Vraag of de patiënt zelf nog andere opties in gedachten heeft.
- Vraag naar en bespreek de risico's, voor- en nadelen van elke behandeloptie.
- Observeer hoe de patiënt reageert en betrek de partner en/of zijn vertegenwoordiger bij het gesprek.

Tips optiesgesprek

- Vraag aan de patiënt welke (reële en irreële) opties hij zelf ziet, wat hij al weet en wat hij verder nog wil weten. Tegenwoordig hebben veel patiënten al informatie op internet gezocht; erken deze informatie. ‘Goede vraag, ...’, ‘Blij dat u daarover begint, ...’.
- Vraag naar de voor- en nadelen van elke optie en vul deze aan. Patiënten hebben soms ‘foute’ overtuigingen. Deze dienen te worden gecorrigeerd.
- Gebruik beschikbare keuzehulpen, of schrijf zelf met de patiënt de voor- en nadelen van elke optie op een papier (of lege keuzehulp).
- De meeste patiënten (80%) willen meer informatie dan dat de arts verstrekt. Vaak wordt tegelijkertijd ook overbodige informatie gegeven.
- Informatie is het meest effectief als deze goed aansluit bij de behoefte van de patiënt (op maat). In die zin is het dus de uitdaging om volledige informatie op maat te geven.
- De ernst van de aandoening en het risico op complicaties beïnvloeden de informatiebehoefte van de patiënt.
- Maak de informatie specifiek en persoonlijk: ‘Wat betekent dit voor u?’, of ‘Ik zie u wegstaren. Mag ik vragen wat er in u omgaat?’
- Reageer op de non-verbale communicatie: ‘Neemt u mij niet kwalijk, ik zie u fronsen. Wat wilt u nog weten?’

5 Waardegesprek

- Inventariseer en bespreek de voorkeuren van de patiënt voor de behandelopties.
- Geef voorbeelden van andere patiënten in dezelfde situatie en geef aan welke overwegingen voor deze mensen de doorslag gaven.
- Vraag de patiënt wat voor hem de doorslag geeft. Laat de patiënt eventueel scoren op belangrijke waarden die in het gesprek geïdentificeerd zijn (bijv.: 'Kunt u een cijfer tussen de 1 en 10 geven hoe belangrijk u het vindt om op uw kleinkind te kunnen blijven passen?').
- Gebruik zo nodig en waar mogelijk keuzehulpen (*decision aids*) of visualiseer opties, voor- en nadelen en waarden van de patiënt.
- Ga na of de patiënt extra informatie en/of bedenktijd nodig heeft. Bijvoorbeeld om te overleggen met familie of lotgenoten (evt. via een patiëntenorganisatie).

6 Besluitvormingsgesprek

- Onderzoek of de patiënt (of anders diens vertegenwoordiger) klaar is om een besluit te nemen. Zo niet, ga dan terug naar de vorige fase (optiesgesprek).
- Focus op de voorkeuren van de patiënt en neem samen met de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) een besluit.
- Als de patiënt wil dat de huisarts een besluit neemt, benoem dit dan expliciet en sluit aan bij de levensdoelen, waarden en behandeldoelen die de patiënt heeft geformuleerd.

Tips besluitvormingsgesprek

- Vraag welke voor- en welke nadelen voor de patiënt het belangrijkste zijn. Welke waarden van de patiënt zijn bepalend voor de te maken keuze?
- Vraag of de patiënt klaar is om een beslissing te nemen, of dat er nog iets (tijd, gesprek met dierbaren, lotgenoten, etc.) nodig is.
- Neem gezamenlijk een beslissing of neem de beslissing voor de patiënt, als hij aangeeft dat te prefereren.
- Stel vast of de patiënt tevreden is met de genomen beslissing. 'Bent u tevreden met de afspraken?'
- Bespreek of het plan haalbaar is voor de patiënt: 'Veel mensen in uw situatie vinden het lastig om het plan op te volgen. Hoe doet u dat?'
- Help de patiënt om het plan haalbaar te maken: 'Zal ik u vertellen hoe anderen dat doen?'

7 Evaluatiegesprek

- Bespreek hoe de besluitvorming is verlopen. Staat iedereen achter het genomen besluit? Zo niet, ga dan terug naar een eerdere fase. Zo ja: regel follow-up voor het uitvoeren van het genomen besluit. Pas het behandelplan aan het genomen besluit aan.

Competenties om gedeelde besluitvorming toe te passen

De patiënt

Om te kunnen participeren aan gezamenlijke besluitvorming, hebben patiënten de volgende competenties nodig [12]:

- Gezondheidsvaardigheden: het kunnen lezen, begrijpen en toepassen van informatie is een belangrijke voorwaarde om te participeren aan besluitvorming. Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, visus- of gehoorbeperkingen en/of een taalachterstand hebben daarom extra ondersteuning nodig. Denk bijvoorbeeld aan aangepaste informatie: beeld in plaats van taal, groot lettertype of informatie in de eigen taal.
- Kennis, motivatie en zelfvertrouwen: bijna de helft van de Nederlanders heeft deze vaardigheden onvoldoende in huis om een actieve rol te spelen in gezamenlijke besluitvorming. Enerzijds ‘onderwaarden’ mensen vaak hun persoonlijke ervaringskennis en aarzelen ze die in te brengen. Anderzijds zijn mensen vaak bang om lastig gevonden te worden als ze zich actief opstellen en vrezen ze daardoor een minder goede behandeling te krijgen.
- Persoonlijke en situationele kenmerken beïnvloeden deze vaardigheden. Mensen met een andere culturele achtergrond kunnen bijvoorbeeld meer gewend zijn om als familie beslissingen te nemen in plaats van als individu. Andere invloeden zijn bijvoorbeeld: zich ziek of kwetsbaar voelen of omstandigheden die een grote invloed hebben op het dagelijks functioneren, zoals financiële zorgen of familieperikelen.

De zorgverlener

Om te kunnen participeren aan gedeelde besluitvorming hebben zorgverleners de volgende vaardigheden en kennis nodig [6, 11]:

- De overtuiging dat gezamenlijke besluitvorming in het belang van de patiënt is, dat de keuze niet aan hen als zorgverlener is, maar in eerste instantie aan de patiënt.
- Kunnen meedenken en coachen (neutraal zijn).
- Niet de richtlijn leidend laten zijn, maar de voorkeuren van de patiënt in combinatie met de richtlijn.
- Kunnen adviseren over het gebruik van keuzehulpmiddelen.

- Niet te snel naar een oplossing toewerken, maar de tijd nemen om de drie gespreksfasen te doorlopen, bij complexe beslissingen zelfs in meerdere consulten.

Hulpmiddelen die de patiënt ondersteunen

Om patiënten te ondersteunen bij het afwegen van verschillende opties zijn keuzehulpen ontwikkeld. Een keuzehulp is een website of folder met informatie over de voor- en nadelen van verschillende behandelmogelijkheden. Keuzehulpen kunnen bijdragen aan het gemakkelijker (kunnen) nemen van een besluit. De keuzehulpen die beschikbaar zijn, gaan vooral over specifieke medische aandoeningen. Dit maakt ze vaak minder geschikt voor de complexe besluitvorming bij ouderen met multimorbiditeit. Er zijn echter ook enkele algemene hulpmiddelen beschikbaar om patiënten te helpen bij het maken van keuzes [13, 14]:

- Keuzehulpen: <http://keuzehulpen.thuisarts.nl>
- Website Nederlands platform GB: <http://www.zelfmanagement.com/thema-s/gedeelde-besluitvorming/>
- Internationale verzamelplaats keuzehulpen: <http://www.med-decs.org/>
- Website OHRI, Canada: <http://decisionaid.ohri.ca/>
- Website Dartmouth-Hitchcock, VS: http://patients.dartmouth-hitchcock.org/shared_decision_making.html
- Option grid, VK: <http://www.optiongrid.co.uk/>

Conclusie

De afgelopen jaren zijn de medische mogelijkheden sterk uitgebreid, is veel meer informatie over gezondheid en ziekte snel beschikbaar voor patiënten en hebben patiënten een meer uitgesproken behoefte aan autonomie. Daar komt bij dat behandelingen succesvoller zijn wanneer patiënten hierin zelf een keuze mogen maken. Uit onderzoek blijkt, dat gedeelde besluitvorming een effectieve methode is om patiënten beter te betrekken bij de besluitvorming, zeker bij voorkeursgevoelige beslissingen. Bovendien blijken patiënten beter geïnformeerd en meer tevreden.

Gedeelde besluitvorming wordt in de praktijk weinig toegepast, omdat zorgverleners onvoldoende weten wat het verschil is met bijvoorbeeld patiëntgerichte communicatie, oplossingsgericht werken en motivational interviewing. Met de juiste attitude, vaardigheden en ondersteunende materialen (bijv. keuzehulpen) kunnen zorgverleners gedeelde besluitvorming via de in dit artikel beschreven zeven stappen, toepassen. Hiermee kan in vergelijking met de gebruikelijke manier van communicatie, een significante winst voor de patiënt worden geboekt.

Literatuur

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361–7 (Epub 2012 May 23. Review).
2. Stiggelbout AM, Weijden T van der, Wit MP de, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.* 2012;344:e256. doi:10.1136/bmj.e256.
3. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD001431.
4. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. Den Haag; 2013.
5. www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/zelfmanagement-nieuws-nog-weinig-samen-beslissen.html en Rapport Meldactie ‘Samen beslissen’, NPCF 2013.
6. Engels J. Factsheet Gezamenlijke besluitvorming. Utrecht: Vilans; 2013 (www.kennispleinchronischezorg.nl).
7. Robben SH, Perry M, Olde Rikkert MG, Heinen MM, Melis RJ. Care-related goals of community-dwelling frail older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(8):1552–4.
8. Pol M van de, Keijers K, Olde Rikkert M, Lagro-Janssen T. Stap voor stap samen beslissen. *Medisch Contact* 2014 (20 maart):602–4.
9. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, Elwyn G. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(4):e94670.
10. Finucane ML, Mertz CK, Slovic P, Schmidt ES. Task complexity and older adults’ decision-making competence. *Psychol Aging* 2005;20(1):71–84.
11. Veenendaal H van, Rietmeijer CBT, Voogdt-Pruis HR, Raats CJ. Samen beslissen is beter. *Huisarts Wet.* 2014;57(10):524–7.
12. Doekhie KD, Veer AJE de, Rademakers JJJM, Schellevis FG, Francke AL. Ouderen van de toekomst; Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg; Nivea-overzichtstudies. (en J.D.J.M. Rademakers (2014) Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden; Niet voor iedereen vanzelfsprekend). Utrecht: Nivel; 2014.
13. http://pac-card.com/wp-content/uploads/2011/06/EPT_hospitalcardA4_one-page-NED-112.pdf. Geraadpleegd op 2015 May 25.
14. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns.* 2010;80(1):94–9.

Drs. R. Pel-Littel, senior programmamedewerker en onderzoeker bij Vilans

Drs. H. van Veenendaal, zelfstandig adviseur