

STAND VAN ZAKEN

Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk

PATIËNTGERICHTE GESPREKVAARDIGHEDEN

Remke van Staveren

- De meeste patiënten (70%) willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke medische beslissingen; het overig deel (30%) laat de beslissing liever aan de arts over.
- Gezamenlijke besluitvorming levert meer patiënttevredenheid en een betere kwaliteit van leven op, en draagt bij tot een betere arts-patiëntrelatie. Patiënten die zelf beslissen, maken doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze.
- Bij gezamenlijke besluitvorming stelt de arts veel open vragen, geeft en vraagt veel informatie, vraagt of de patiënt wil participeren in de besluitvorming en houdt expliciet rekening met diens omstandigheden en voorkeuren.
- Gezamenlijke besluitvorming dient een individuele keuze blijven en geen nieuw dogma te worden.

Ingrijpen of aanzien? Bestralen of amputeren? 1 of 2 embryo's terugplaatsen? De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke medische beslissingen. 70% van de patiënten wil kunnen kiezen, terwijl 30% de beslissing liever aan de arts overlaat.¹ Met gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making') voldoet de arts aan die wens. Gezamenlijke besluitvorming is een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen. Dit zijn beslissingen over preventie, screening, diagnostiek of behandeling waarbij er meerdere, qua effectiviteit min of meer gelijkwaardige opties zijn, ieder met voor- en nadelen.

Het belang van gezamenlijke besluitvorming werd onlangs nog onderstreept door een algemene oproep aan artsen en patiënten in *British Medical Journal* om op dit gebied samen te gaan werken (het 'Salzburg statement') en door het recent gehouden internationale congres in Maastricht over gezamenlijke besluitvorming.² Gezamenlijke besluitvorming levert meer tevredenheid en een betere kwaliteit van leven op en draagt bij tot een betere arts-patiëntrelatie.³⁻⁵ Patiënten die zelf beslissen maken doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze.^{6,7} Of gezamenlijke besluitvorming ook de therapietrouw bevordert en gezondheidseffecten oplevert, staat niet vast.⁵ Ook onderzoek naar de benodigde consulttijd laat geen eenduidig beeld zien.^{4,8}

In de praktijk neemt het beslissingsproces vaak meerdere consulten in beslag. Eerst wisselen arts en patiënt informatie uit. Idealer krijgt de patiënt vervolgens de gelegenheid om over de opties na te denken, eventueel een keuzehulp te raadplegen en om met familie te overleggen. Tijdens een vervolgsconsult vraagt de arts of de

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ),

Altrecht, Utrecht.

Drs. R. van Staveren,

psychiater (r.van.staveren@altrecht.nl).

TABEL 1 Stappen in het proces van gezamenlijke besluitvorming**stappen**

wederzijds informatie uitwisselen
 bedenktijd inlassen, zodat de patiënt eventueel een keuzehulp of belangrijke anderen kan raadplegen
 vragen of de patiënt wil meebeslissen
 gezamenlijk een beslissing nemen
 gezamenlijk een plan opstellen
 vervolgspraken maken

patiënt wil en kan meebeslissen, waarna gezamenlijk een besluit wordt genomen en een plan wordt opgesteld (tabel 1).⁵

In dit artikel beschrijf ik patiëntgerichte gespreksvaardigheden die nodig zijn bij gezamenlijke besluitvorming. Hoe komen arts en patiënt aan voldoende informatie om een goede afweging te kunnen maken? Welke vraag stelt de arts om erachter te komen of de patiënt onder de huidige omstandigheden betrokken wil worden in het beslissingsproces? Hoe komen beiden tot een consensus die enerzijds zoveel mogelijk aan de richtlijnen voldoet en anderzijds haalbaar en inpasbaar is in het dagelijks leven van de patiënt?

ADVISERENDE STIJLEN

Afhankelijk van de mate waarin de patiënt wenst te participeren in de besluitvorming zijn er 3 adviserende stijlen mogelijk: een directieve, paternalistische stijl versus een niet-directieve, geïnformeerde-keuze stijl, met daartussenin de stijl van gezamenlijke besluitvorming.^{4,49} Wettelijk, volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), dient de arts de patiënt volledig te informeren over de bevindingen, de diagnostiek en alle relevante behandelopties, inclusief alle voor- en nadelen daarvan en over de kans op het optreden van die voor- en nadelen bij de patiënt. Ook het afzien van behandeling behoort tot die opties.

Volgens de klassieke paternalistische methode stelt de arts na het geven van informatie directief een behandeling voor. De arts neemt de beslissing en draagt de verantwoordelijkheid. Bij geïnformeerde keuze ('informed decision making' of 'informed choice') informeert de arts de patiënt, maar laat hij of zij de uiteindelijke beslissing aan de patiënt over. Het nadeel van geïnformeerde keuze is dat de patiënt in het uiterste geval het gevoel kan krijgen dat de arts de verantwoordelijkheid afschuift en de patiënt aan zijn lot overlaat. Slechts 1,2% van de onderzochte Canadese patiënten vindt geïnformeerde keuze dan ook een wenselijke stijl.¹⁰

Bij gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making') vraagt de arts de patiënt naar diens ideeën, wensen en voorkeuren en nodigt de patiënt uit om samen over de opties na te denken (zie tabel 1). De arts vult vanuit professionele kennis en ervaring de informatie aan. Arts en patiënt nemen vervolgens een gezamenlijk besluit en delen de verantwoordelijkheid.

Welke adviserende stijl het meest effectief is, hangt af van de individuele patiënt en van het type en de ernst van de hulpvraag.¹¹ Een actieve eigen participatie wordt vooral gewaardeerd door relatief gezonde patiënten (bijvoorbeeld bij een preventieconsult), door patiënten met een actieve copingstijl en door patiënten met een chronische ziekte.^{12,13} Onderzoek wijst uit dat een paternalistische stijl over het algemeen aangewezen is bij oudere patiënten, lager opgeleide patiënten en patiënten met een acute of ernstige somatische aandoening. Veel patiënten met een levensbedreigende ziekte zoals kanker vinden het juist prettig als hun arts de uiteindelijke beslissing neemt en daarmee de verantwoordelijkheid over het slagen (of falen) van de behandeling op zich neemt.^{9,12,13}

GEZAMENLIJK INFORMEREN**WELKE INFORMATIE?**

Het wederzijds uitwisselen van informatie is een voorwaarde bij gezamenlijke besluitvorming.^{4,14} De arts informeert de patiënt over de diagnostiek en de behandel-mogelijkheden, en de patiënt informeert de arts over zijn of haar ideeën, zorgen en verwachtingen. Uit onderzoek blijkt dat de hoeveelheid informatie een belangrijke factor is voor de tevredenheid van de patiënt en voor het onthouden en begrijpen van de informatie.¹ Artsen onderschatten meestal de gewenste hoeveelheid informatie: een overgrote meerderheid van de patiënten (80%) wil méér informatie van hun arts.¹⁵ Naast de mate waarin de patiënt geïnformeerd wenst te worden, is de hoeveelheid gewenste informatie mede afhankelijk van de ernst van de aandoening en van de grootte van de risico's op complicaties.^{9,15,16}

Om effectief te zijn, moet de informatie aansluiten bij de behoeften van de patiënt ('tailoring').^{1,17-19} Over het algemeen hebben patiënten er behoefte aan te weten en te begrijpen hoe de symptomen geïnterpreteerd moeten worden, of er iets mis is, en zo ja, wat daaraan gedaan kan worden. Verder hebben patiënten de behoefte zich gekend en begrepen te voelen, hun zorgen te uiten en gerustgesteld te worden.¹¹

DE PRAKTIJK: WEDERZIJDIG INFORMEREN

Om een wederzijds informatieproces op gang te brengen, vraagt u in eerste instantie wat de patiënt al weet en wat hij of zij verder wil weten. Veel patiënten zoeken tegen-

TABEL 2 Suggesties voor vragen ter inleiding van het wederzijds uitwisselen van informatie

vragen	achterliggende motivatie
'Wat weet u al over ...?'	lok uit, bied aan
'Wat wilt u nog meer weten?'	lok uit, bied aan
'Wat vindt u daarvan?'	vraag naar een reactie
'Wat betekent dit voor u?'	maak het specifiek en persoonlijk
'Mag ik u nog wat informatie geven?'	vraag toestemming, bied aan
'Weet u zo voldoende?'	controleer of de patiënt het begrepen heeft
'Wat zijn voor ú de belangrijkste punten?'	controleer wat de patiënt onthouden heeft

woordig zelf al informatie op, vooral op internet. U lukt met deze vragen als het ware het geven van informatie uit (tabel 2). Op deze manier weet u zeker dat u aansluit bij de vragen, problemen of belangstelling van de patiënt op dat moment. Reacties als: 'Goede vraag ...' of 'Blij dat u daarover begint...' geven de patiënt subtiel erkenning.²⁰ U herhaalt dit proces tot de patiënt geen vragen meer heeft. Belangrijke medisch-inhoudelijke informatie waar de patiënt niet spontaan om vraagt, bied u eventueel alsnog aan: 'Er is iets wat we nog niet besproken hebben. Ik vind het belangrijk u daarover te informeren.' U biedt de informatie vervolgens in kleine beetjes aan en vraagt telkens naar een reactie of u reageert op de non-verbale signalen van de patiënt: 'Ik zie u wegstaren. Mag ik vragen wat er in u omgaat?'. Een vraag als: 'Wat betekent dit voor u?' maakt de informatie specifiek en persoonlijk. Dit bevordert sterk het begrijpen en onthouden van de informatie.

DE PRAKTIJK: INFORMATIE BETER LATEN BEGRIPEN EN ONTHOUDEN

De patiënt begrijpt en onthoudt medische informatie beter als de arts eenvoudige, concrete bewoordingen gebruikt, als de informatie aansluit bij zijn dagelijkse werkelijkheid en als de arts de informatie ondersteunt met grafische hulpmiddelen of een keuzehulp.^{11,16,17} Stel vragen als: 'Hebt u hier nog vragen over?', 'Mist u nog bepaalde informatie?', of reageer op de non-verbale communicatie: 'Neemt u mij niet kwalijk, ik zie u fronsen. Wat wilt u nog weten?'

Ten slotte controleert u of de patiënt de informatie daadwerkelijk begrepen heeft en wat deze ervan onthouden heeft. Het helpt om de kernpunten te herhalen (eventueel schriftelijk) en hierin ordening aan te brengen: 'We hebben nu 3 belangrijke dingen besproken. Ten eerste..., ten tweede...'. Nog beter is het om de patiënt zelf de kernpunten te laten opnoemen, eventueel met aanvullende informatie van de arts. Dat kan bijvoorbeeld met een belang-

stellende – en niet-confronterende – vraag als: 'Wat zijn voor ú de belangrijkste punten?'

WIKKEN EN WEGEN: HET GEBRUIK VAN EEN KEUZEHELP

Keuzehulpen ('decision aids') kunnen het besluitvormingsproces ondersteunen. Een keuzehulp is een folder, een cd-rom of een website, die wordt bekeken tijdens het consult met de arts of door de patiënt thuis. Keuzehulpen zijn effectief: ze bevorderen patiëntparticipatie in de besluitvorming, verbeteren de kennis over diagnostische en therapeutische mogelijkheden, bevorderen een goede afweging van de voor- en nadelen daarvan en maken het nemen van een beslissing minder moeilijk.^{7,21,22} Indien de patiënt de keuzehulp thuis raadpleegt, biedt dat op natuurlijke wijze extra bedenktijd. Er staan verschillende keuzehulpen op de website van VWS (www.kiesbeter.nl). Er zijn keuzehulpen voor diverse onderwerpen, zoals ADHD bij kinderen, borstkanker, hart- en vaatziekten en anticonceptie. Via de site <http://dekeuzehulpverzameling.nl> kunnen ook keuzehulpen uit andere landen gevonden worden.

GEZAMENLIJK BESLUITEN

DE PRAKTIJK: VRAGEN OF DE PATIËNT WIL MEEBESLISSEN

De patiënt kan pas goed beoordelen of hij of zij betrokken wil worden bij het beslissingsproces wanneer hij voldoende geïnformeerd is.^{4,9} Vragen of de patiënt wil participeren kan met zinnen als: 'Zoals we gezien hebben, kunnen we verschillende dingen doen. Zullen we er eens samen over nadenken?' (tabel 3) of: 'Vindt u het prettig om mee te denken over de behandeling of heeft u liever dat ik een voorstel doe?'²³ Licht het verzoek tot gezamenlijke besluitvorming eventueel toe: 'Het is niet alleen van belang dat u medisch gezien de beste optie kiest. Wat vooral van belang is, is dat het voor u haalbaar en inpasbaar is in uw dagelijks leven. Om die reden wil ik graag weten hoe u er over denkt.'

TABEL 3 Suggesties voor vragen ter inleiding van het wederzijds uitwisselen van informatie

vragen	achterliggende motivatie
'Zullen we daar eens samen over nadenken?'	vraag naar de bereidheid tot participatie bij de besluitvorming
'Aan de ene kant kunt u ... en aan de andere kant ...'	maak een beslissingsbalans
'Wat zullen we doen?'	neem een gezamenlijke beslissing
'Is dat haalbaar voor u?'	vraag naar haalbaarheid en uitvoerbaarheid

LEERPUNTEN

- Het overgrote deel van de patiënten wil actief betrokken worden bij het maken van belangrijke medische beslissingen.
- Gezamenlijke besluitvorming wordt gebruikt bij belangrijke preferentiegevoelige beslissingen.
- Bij gezamenlijke besluitvorming is het wederzijds uitwisselen van informatie een voorwaarde.
- Een keuzehulp kan het beslissingsproces ondersteunen.
- De patiënt kan pas goed beoordelen of hij betrokken wil worden bij het beslissingsproces als hij of zij goed geïnformeerd is.
- Gezamenlijke besluitvorming is een keuze en dient geen nieuw dogma te worden.

DE PRAKTIJK: NEUTRAAL FORMULEREN

Bij gezamenlijke besluitvorming is het belangrijk dat de arts medisch gelijkwaardige opties ook als zodanig presenteert, zonder de eigen voorkeur bewust of onbewust te laten blijken.^{14,21} Een onbedoeld waardeoordeel kan deels worden voorkómen door het gebruik van absolute getallen en risico's, grafische hulpmiddelen en keuzehulpen.¹⁶ Ook de wijze waarop de arts formuleert ('framing') is van groot belang. Gevoelsmatig maakt het nogal wat uit of de patiënt moet beslissen over een therapie met een mortaliteit van 10%, of dezelfde therapie met een overlevingskans van 90%.^{16,21} De arts omzeilt dit probleem met een beslissingsbalans waarin beide kanten gelijkelijk benoemd worden: 'Dus aan de ene kant kunt u ... en aan de andere kant ...'

DE PRAKTIJK: CONTROLEREN OF DE BESLISSING HAALBAAR IS

Aan het einde van het besluitvormingsproces nemen arts en patiënt gezamenlijk een beslissing en stellen een plan op. Met een laatste controle stelt u vast of de patiënt tevreden is met de genomen beslissing en of het plan voor de patiënt haalbaar is: 'Bent u tevreden met ons behandelplan?'.¹ Een vraag als: 'Veel mensen in uw situatie vinden het lastig om het plan op te volgen. Hoe doet u dat?'

helpt de patiënt om het plan haalbaar te maken. Dit kan eventueel gevolgd worden door een suggestie: 'Zal ik u vertellen hoe anderen dat doen?'

CONCLUSIE

Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk onderdeel van patiëntgerichte communicatie, maar geen essentiële voorwaarde. In de praktijk willen sommige patiënten liever niet geïnformeerd worden, geen psychosociale zaken met hun arts bespreken of niet participeren in de besluitvorming. Andere patiënten beslissen misschien iets anders dan de arts zou wensen, zoals afzien van behandeling. Patiëntgerichtheid betekent vooral respect hebben voor de behoeften en waarden van de patiënt.²⁴ Gezamenlijke besluitvorming moet daarom geen nieuw dogma worden, maar een individuele keuze blijven. Zelfs aan het einde van het besluitvormingsproces moet het voor een patiënt mogelijk blijven de beslissing alsnog aan de arts over te laten: 'Zegt u het maar, dokter. Wat stelt u voor?'

Ten slotte nog dit: de beschreven gespreksvaardigheden en 'stappen' in het besluitvormingsproces zijn niet bedoeld als keurslijf, maar dienen vooral ter inspiratie. Al doende ontwikkelt de arts zijn of haar eigen stijl in gezamenlijke besluitvorming. Er ontstaat al een dialoog vanuit oprechte belangstelling voor de patiënt en met een enkele vraag als: 'Zullen we daar eens samen over nadenken?'

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: R. van Staveren ontving royalty's van een leerboek over patiëntgericht communiceren.

Aanvaard op 10 augustus 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3777

[Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- 1 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma; 2006.
- 2 Salzburg statement on shared decision making. *BMJ*. 2011;342:d1745.
- 3 Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage; 1995.
- 4 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999;49:477-82.
- 5 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 2000;50:892-99.
- 6 Stalmeier PFM, van Tol-Geerdink JJ, van Lin ENJTh, et al. De patiënt kiest voor werkbaar en effectief. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2009;153:600-6.
- 7 Van Peperstraten AM. Implementation of single embryo transfer. A patient directed strategy [proefschrift]. Nijmegen: RU Nijmegen; 2009.

- 8 L egar  F, Ratt  S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* 2008;73:526-35.
- 9 Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903-18.
- 10 Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision making in several patient populations. *Health Expect.* 2007;10:248-58.
- 11 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM. (Red.) Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL; 2004.
- 12 De Haes H, Koedoot N. Patient centered decision-making in palliative cancer treatment: A world of paradoxes. *Patient Educ Couns.* 2003;50:43-9.
- 13 Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen AM, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis F. De zakelijke huisarts en de niet mondige pati nt: veranderingen in communicatie. *Huisarts Wet.* 2008;51:6-12
- 14 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;44:681-92.
- 15 Palmboom GG, Willems DL, Janssen NBAT, de Haes JCJM. Doctor's views on disclosing or withholding information on low risks of complication. *J Med Ethics.* 2007;33:67-70.
- 16 Ubbink DTh, Knops AM, Bossuyt PMM, de Haes JCJM, Goossens A. Kiezen tussen verschillende behandelopties; hoe informeer ik mijn pati nt? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:B344.
- 17 Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96:219-22.
- 18 Trevena LJ, Davey HM, Barratt A, Butow P, Caldwell P. A systematic review on communicating with patients about evidence. *J Eval Clin Pract.* 2006;12:13-23.
- 19 Jansen J, van Weert J, van Dulmen S, Heeren T, Bensing J. Patient education about treatment in cancer care: an overview of the literature on older patients' needs. *Cancer Nurs.* 2007;30:251-60.
- 20 Van Staveren R. Pati ntgericht communiceren. Utrecht: de Tijdstroom; 2010.
- 21 Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am.* 2003;87:1115-45.
- 22 O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [Cochrane review]. *Cochr Datab Syst Rev.* 2009;3:CD001431.
- 23 Hoos AM, de Haes JCJM, Gart FD. Overleg en besluitvorming met pati nten. In: De Haes JCJM, Hoos AM, Van Everdingen JJE, redacteuren. *Communiceren met pati nten.* 1st dr. Hfdst4. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1999. p 63-77.
- 24 De Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Educ Couns.* 2006;62:291-8.