

Model voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen*

CONSENSUS BEREIKT MET DELPHI-PROCEDURE

Marjolein H.J. van de Pol, Cornelia R.M.G. Fluit, Joep Lagro, Antoinette L.M. Lagro-Janssen en Marcel G.M. Olde Rikkert

- DOEL** Het ontwikkelen van een model om gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen vorm te geven.
- OPZET** Online Delphi-forum.
- METHODE** Wij gebruikten de Delphi-methode om een model voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen vorm te geven en daar consensus over te bereiken. De consultatie vond plaats in 3 rondes. Het expertpanel bestond uit 16 patiënten (ronde 1) en 59 professionals (ronde 1-3). In ronde 1 werd het expertpanel bevraagd op belangrijke stappen in het proces van gezamenlijke besluitvorming en werd het conceptmodel geïntroduceerd. In rondes 2 en 3 werd het model aangepast en getoetst op de aspecten 'belang' en 'haalbaarheid'.
- RESULTATEN** Er werd consensus bereikt over het dynamische model voor gezamenlijke besluitvorming als geheel, voor zowel het belang (91% overeenstemming in het panel) als de haalbaarheid (76% overeenstemming in het panel).
- CONCLUSIE** Gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen is een dynamisch proces. Het vergt een continue, ondersteunende dialoog tussen zorgprofessional en patiënt.

Gezamenlijke besluitvorming ('shared decision-making', SDM) wordt door veel zorgprofessionals omarmd als een manier om patiënten te ondersteunen bij het maken van keuzes en het nemen van beslissingen over hun gezondheid.¹ Tijdens het proces van SDM delen zorgprofessionals en patiënten hun kennis, waarden en voorkeuren en exploreren ze gezamenlijk de beste keuze voor het probleem dat voorligt.

De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar methoden om SDM te implementeren in de medische praktijk.² In het bekendste en meest gebruikte model hiervoor worden 3 fases onderscheiden: (a) keuzegesprek, (b) optiegesprek en (c) besluitvormingsgesprek.³ Dit model is bij uitstek geschikt om in de medisch-curatieve setting tot SDM te komen. Het model is ontwikkeld voor besluitvorming met een patiënt met een enkelvoudige aandoening waarvoor meerdere min of meer gelijkwaardige, voorkeursgevoelige behandelmogelijkheden zijn, zoals in het geval van borst- of prostaatkanker.

Door de toenemende vergrijzing en betere behandelmethoden voor veel chronische aandoeningen zijn er steeds meer oudere patiënten die aan verschillende chronische aandoeningen lijden. De verschillende richtlijnen voor deze aandoeningen spreken elkaar vaak tegen.⁴ Daarnaast kunnen er nieuwe intercurrente aandoeningen optreden die het noodzakelijk maken om het beleid opnieuw te overwegen. In de zorg voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit wordt geadviseerd om de traditionele ziektegerichte aanpak te verlaten en over te stappen op een doelgerichte benadering,

**Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in Patient Education and Counselling (2016;99:1069-77) met als titel 'Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients'. Afgedrukt met toestemming.*

Radboudumc, Nijmegen.

Afd. Eerstelijns geneeskunde: dr. M.H.J. van de Pol, kaderhuisarts

ouderengeneeskunde; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.

Health Academy Nijmegen: dr. C.R.M.G. Fluit, arts.

Afd. Geriatrie: prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert, geriater.

HagaZiekenhuis, afd. Interne Geneeskunde, Den Haag.

Dr. J. Lagro, internist ouderengeneeskunde.

Contactpersoon: dr. M.H.J. van de Pol

(marjolein.vandepol@radboudumc.nl).

TABEL 1 Conceptmodel voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen en de feedback hierop in ronde 1 van een Delphi-forum

fase	element	samenvatting feedback
voorbereiding	historie: Heeft de patiënt eerder al iets besproken of vastgelegd ten aanzien van behandeling in het algemeen, of specifiek ten aanzien van bijvoorbeeld reanimatie?	Eerdere beleidsafspraken zijn niet altijd voorhanden. Als er wel iets bekend is, kan dit als startpunt voor het gesprek dienen.
	problemanalyse door de hulpverlener: Zijn alle problemen van de patiënt voldoende in kaart gebracht? Hoe interacteren deze problemen met het probleem waarover een besluit moet worden genomen?	Men vond een gedegen probleemanalyse erg belangrijk. Het was niet voor iedereen helder of hier een strikt medische analyse werd bedoeld, of ook welzijn en niet-medische problemen.
	start gesprek: Definieer tijdens het gesprek de rol van uw gesprekspartner en eventuele toehoorders. Welke rol willen patiënt en arts in het besluitvormingsproces hebben? Wie neemt in dit gesprek de beslissingen: patiënt, vertegenwoordiger of mantelzorger, dokter? Is er een toehoorder aanwezig, bijvoorbeeld verzorgende of een familielid?	Het definiëren van de gesprekspartner was niet voor iedereen helder. Wat als de patiënt niet zelf wil beslissen? En wat als de patiënt niet zelf kan beslissen? Het belang van informatie over de cognitieve status van patiënten werd benadrukt. Deze stap moet verder worden uitgewerkt.
	bevraag levensvisie en beleving: Welke rol speelt levensvisie, overtuiging of geloof in de besluitvorming? Welke beleving heeft de patiënt bij dit gesprek? inventarisatie van mogelijke behandeldoelen: Inventariseer ook de niet strikt medische doelen, bijvoorbeeld op het gebied van welzijn. Denk daarbij aan onafhankelijkheid, wonen, zorggerelateerde doelen, veranderend perspectief bij mensen met een chronische ziekte.	De termen 'levensvisie' en 'beleving' waren niet voor iedereen voldoende duidelijk. De term 'belangrijke waarden' werd voorgesteld, omdat dit zowel levensvisie als beleving, religie en cultuur dekt. De stappen 'inventarisatie van doelen' tot en met 'opties bespreken' werden waardevol geacht, maar waren niet volledig helder. Er was discussie over het verschil tussen behandeldoel en behandeling/therapie.
keuze aankondigen	aankondigen dat er een besluit moet worden genomen: Bied verschillende keuzemogelijkheden aan bij het voorliggende probleem en onderbouw deze. Beoordeel hoe de patiënt op de keuzes reageert en ondersteun de patiënt bij het wegen van de keuzes.	In een nieuwere versie van het 'keuze-opties-besluitvorming'-model is de keuzestap van naam gewijzigd ('teamgesprek') om de gezamenlijkheid van het proces te benadrukken. Enkele deelnemers suggereerden om dat ook in ons model te wijzigen. Sommige deelnemers vonden het definiëren van algemene levensdoelen en waarden een belangrijk hulpmiddel voor het vaststellen van het behandeldoel. Opties dienen daar dan op te worden aangepast.
opties bespreken	opties bespreken: Controleer wat de patiënt van het voorgaande heeft begrepen en stel aan de hand van voorgaande stappen een lijst met behandelopties voor, rekening houdend met geïdentificeerde behandeldoel. Beschrijf de behandelopties inclusief voor en nadelen en gebruik hiervoor eventueel keuzehulp, als die voorhanden zijn. Geef een samenvatting van de behandelopties.	Deze stappen vergen nog aanscherping en verduidelijking.
besluit nemen	besluit nemen: Focus op de voorkeuren van de patiënt en neem samen met de patiënt of diens vertegenwoordiger een besluit. Stel aan de hand van dit besluit een individueel behandelplan op.	Over deze stap was overeenstemming. Sommige deelnemers stelden nog een extra evaluatiestap voor. Uiteraard hoeven niet alle stappen in een gesprek te worden doorlopen.

waarbij de focus ligt op de belangrijkste problemen van de patiënt in plaats van op de onderliggende losse ziektebeelden.⁵ Zorgprofessionals voelen zich echter vaak overweldigd door de complexiteit van de problematiek bij kwetsbare ouderen en er zijn geen bruikbare model-

len beschikbaar om SDM met kwetsbare ouderen vorm te geven.^{6,7}

De bestaande modellen voor SDM richten zich vooral op besluitvorming in de therapeutische fase, maar bij kwetsbare ouderen met multimorbiditeit kan besluitvorming

al nodig zijn aan het begin van de diagnostische fase.⁶ Bovendien is bekend dat actieve participatie in SDM moeilijker is voor kwetsbare patiënten.⁸ Uit onderzoek blijkt dat SDM juist ook bij de groep kwetsbare ouderen tot goede resultaten leidt.⁹

Het doel van deze studie was daarom een consensusmodel te ontwikkelen voor SDM met kwetsbare ouderen met multimorbiditeit. In dit artikel bespreken wij de ontwikkeling van een conceptmodel hiervoor, de visie van een expertpanel op het conceptmodel en het resulterende consensusmodel.

METHODE

Tussen mei 2014 en januari 2015 hielden we een Delphi-forum om consensus te bereiken over een model voor SDM met kwetsbare ouderen.¹⁰ We ontwikkelden een conceptmodel voor SDM met kwetsbare ouderen op basis van het eerder genoemde model, de bestaande literatuur over besluitvorming met kwetsbare groepen en de ervaringen van zorgprofessionals in de spreekkamer (tabel 1).^{2,3,6,11}

HET DELPHI-EXPERTPANEL

Er werden 16 patiënten (ronde 1) en 59 professionals (ronde 1-3) uitgenodigd om deel te nemen. De patiëntengroep bestond uit 10 thuiswonende ouderen en 6 verzorgingshuisbewoners. De professionals waren artsen en verpleegkundigen die actief waren in de geriatrie of de ouderengeneeskunde, in onderzoek naar SDM, in medisch onderwijs of een combinatie daarvan.

OPZET EN ANALYSE

We voerden online een Delphi-forum uit in 3 rondes. De communicatie met de buitenlandse forumleden verliep in het Engels, die met de overige forumleden in het Nederlands. Een gedetailleerde beschrijving van de studieopzet en de analyse staat in de oorspronkelijke versie van dit artikel.¹²

In ronde 1 werd experts gevraagd om relevante onderdelen voor SDM met kwetsbare ouderen te identificeren, waarna het conceptmodel voor SDM werd geïntroduceerd en hun gevraagd werd hierop te reageren en het model waar nodig aan te vullen of aan te passen. De resultaten van ronde 1 werden geanalyseerd en gebruikt om het conceptmodel aan te passen.

In ronde 2 kregen de experts feedback op hun input uit ronde 1, waarna het nieuwe conceptmodel aan hen werd voorgelegd en gevraagd werd het belang en de bruikbaarheid per onderdeel van het model aan te geven op een 7-punts-Likertschaal (van 1 voor 'volledig oneens' tot en met 7 voor 'volledig eens'). Consensus werd gedefinieerd als $\geq 75\%$ overeenstemming in het panel, dat wil zeggen:

$\geq 75\%$ gaf een score ≥ 6 en $< 5\%$ een score ≤ 3 . Tevens werden de experts uitgenodigd om de verschillende onderdelen van het model nog te verhelderen of aan te passen waar zij dat wenselijk vonden en adviezen te geven over de communicatie van de verschillende onderdelen.

In ronde 3 kregen de experts feedback op hun input uit ronde 2 en werd het conceptmodel, dat op minimale punten was aangepast, nogmaals voorgelegd om consensus te bereiken. Ook werden de experts om adviezen gevraagd om de haalbaarheid te verhogen.

RESULTATEN

DEELNEMERS

Alle 16 uitgenodigde patiënten voltooiden ronde 1 van het Delphi-forum. Van de 59 professionals die deelname hadden toegezegd, voltooiden er 53 ronde 1 en 2 (90%) en 51 (86%) ook ronde 3. Van de patiëntengroep die deelnam hadden de 10 thuiswonende ouderen (5 mannen, 5 vrouwen; gemiddelde leeftijd: 72 jaar, SD: 6) 3 of meer chronische aandoeningen; de 6 kwetsbare verzorgingshuisbewoners (1 man, 5 vrouwen; gemiddelde leeftijd: 89 jaar, SD: 4) hadden 4 of meer chronische aandoeningen. De professionals (n = 53; 24 mannen, 29 vrouwen; leeftijd: 47 jaar, SD: 10) hadden verschillende en gecombineerde achtergronden als academicus (n = 3), arts (n = 45), verpleegkundige in de geriatrie (n = 3) of ouderengeneeskunde (n = 43), of waren werkzaam in onderzoek naar SDM (n = 21) of het onderwijs (n = 40). Alle patiënten kwamen uit Nederland; de professionals kwamen uit Europa (n = 49) of de VS of Canada (n = 4).

DELPHI-RONDES

Wij geven de resultaten weer per ronde.

Ronde 1 Zowel patiënten als professionals gaven aan dat de thema's die zij belangrijk vonden voor SDM ook terugkwamen in het conceptmodel. Er waren geen verschillen in de aangegeven thema's tussen patiënten en professionals. Wel gingen de professionals meer in detail in op de verschillende thema's. Het commentaar op het conceptmodel is samengevat in tabel 1.

Ronde 2 In ronde 2 werd consensus bereikt op alle elementen van het aangepaste conceptmodel ten aanzien van het belang. De elementen 'probleemanalyse', 'doelengesprek: identificeer belangrijke waarden en levensdoelen' en 'opties bespreken' bereikten geen overeenstemming ten aanzien van haalbaarheid. De professionals stelden enkele kleine aanpassingen voor en deden voorstellen voor communicatie.

Ronde 3 Het conceptmodel werd na de kleine aanpassingen opnieuw voorgelegd aan het expertpanel, waarna consensus werd bereikt voor het model als geheel (overeenstemming in het panel over het belang: 91%; over de

TABEL 2 Dynamisch en continu dialoogmodel voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen, inclusief enkele voorbeeldvragen

fase	toelichting	voorbeelden en voorbeeldzinnen
↑ voorbereiding	Eerdere afspraken: heeft de patiënt eerder al iets besproken of vastgelegd ten aanzien van behandeling in het algemeen, of specifiek ten aanzien van bijvoorbeeld reanimatie of ingrijpende behandelingen?	Eerdere afspraken kunnen behulpzaam zijn om het gesprek te openen of als richtingaanwijzer bij patiënten die op dit moment wilsonbekwaam zijn.
	Probleemanalyse: breng de huidige problemen van de patiënt functioneel in kaart. Uitgebreidheid van de analyse is afhankelijk van de situatie, andere hulpverleners kunnen hieraan bijdragen. Breng in overleg met de patiënt een prioritering aan in de problemen.	Indien wenselijk kan voor een probleemanalyse gebruik worden gemaakt van geriatrische analysemethoden, bijvoorbeeld 'Comprehensive geriatric assessment' of SAMPC-analyse.
doelen-gesprek	<p>Leg aan de patiënt uit dat er een nieuw (of verergering van een bestaand) gezondheidsprobleem is ontstaan en dat er keuzes moeten worden gemaakt over hoe nu verder. Leg uit dat elke patiënt uniek is en dat het daarom van het grootste belang is om, voordat er keuzes gemaakt kunnen worden, eerst een aantal algemene zaken te bespreken:</p> <p>Bepaal partner in het keuze- en besluitvormingsproces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is deze patiënt in staat om besluiten te nemen (cognitief, emotioneel)? Zo nee, wie vertegenwoordigt dan de patiënt? • Wil deze patiënt zelf de besluiten nemen? Zo nee, wie wijst de patiënt dan aan? Of: wie mag hem helpen bij het maken van keuzes en het nemen van besluiten? <p>Identificeer belangrijke waarden en levensdoelen van de patiënt en ga na welke rol deze spelen bij het maken van keuzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn belangrijke waarden in het leven van de patiënt? (rol van levensvisie, beleving, spiritualiteit of religie, cultuur) • Wat zijn levensdoelen van de patiënt? (bijvoorbeeld levensverlenging) • Wat zijn de angsten, wat is de hoop van de patiënt? 	<p>'Iedere persoon voelt zich anders als zich een gezondheidsprobleem voordoet. Wat denkt u nu over uw gezondheid?'</p> <p>'Weerhouden uw problemen u er op dit moment van om de dingen te doen die u graag doet?'</p> <p>'Vindt u het prettig als iemand u ondersteunt bij het nemen van beslissingen? Zo ja, wie zou u erbij willen betrekken?'</p> <p>'Wat deed u graag voordat u ziek werd?'</p> <p>'Hoe ziet een ideale dag er voor u uit? Wanneer vergeet u de tijd?'</p> <p>'Kunt u me iets vertellen over welke zaken voor u belangrijk zijn, zodat ik de zorg beter op u kan aanpassen?' (geef eventueel voorbeelden: lichaamsfuncties, levensverlenging, behoud cognitie, zo min mogelijk klachten, onafhankelijkheid)</p> <p>'Is het geloof belangrijk voor u?'</p> <p>'Ik zou graag met u bespreken hoe we ervoor kunnen zorgen dat u uw doelen kunt behalen...'</p> <p>'Denkt u weleens na over het einde van het leven? Kunt u me daar iets over vertellen?'</p>

haalbaarheid: 76%). De experts vonden de elementen 'identificeer belangrijke waarden en levensdoelen' en 'opties bespreken' het lastigst. Om de haalbaarheid van deze elementen te verhogen gaven de experts als advies te benadrukken dat SDM gezien moet worden als een continue, ondersteunende dialoog, waarbij het noodzakelijk kan zijn om terug te keren naar een vroegere fase of over te stappen naar een latere fase van het model. Goede communicatieve vaardigheden zijn daarbij essentieel voor zowel de zorgprofessional als de patiënt, evenals goede voorbereiding van de SDM. Daarnaast moet de zorgprofessional de patiënt blijven betrekken in het proces van besluitvorming ('patient empowerment'). Diverse professionals gaven voorbeeldzinnen om de communica-

tie en SDM te bevorderen. Het definitieve model en de voorbeeldzinnen staan in tabel 2.

BESCHOUWING

In een 3 rondes tellend Delphi-forum identificeerden we belangrijke elementen van gezamenlijke besluitvorming en bereikten we consensus over een model voor SDM met kwetsbare ouderen. SDM met kwetsbare ouderen kan zich afspelen in alle fases van een consultatie en kan worden gezien als een dynamisch proces waarin, in een continue, ondersteunende dialoog het perspectief van de patiënt en dat van de zorgprofessional met elkaar worden verbonden.

TABEL 2 Vervolg

fase	toelichting	voorbeelden en voorbeeldzinnen
↑ keuze-gesprek opties bespreken besluitvormings- gesprek evaluatiegesprek ↓	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 daar keuze in heeft. Nodig de patiënt (of diens vertegenwoordiger) uit om zijn of haar behandeldoel te formuleren en ondersteun hierbij. Benadruk dat de dokter of hulpverlener de medische expert is, maar dat de patiënt expert is op het gebied van zijn behandeldoelen en prioriteiten en dat elke patiënt zijn eigen voorkeuren heeft (genezing, zo hoog mogelijke kwaliteit, géén behandeling, reis naar kleinkinderen maken, comfort, et cetera).	'Laat me samenvatten wat we tot nu toe hebben...' 'Ik zie tranen in uw ogen als we het hebben over...' 'Kunt u me in uw eigen woorden vertellen wat er nu aan de hand is en wat u zou willen bereiken?..'
	Stel aan de hand van de geïdentificeerde waarden of levensdoelen en het behandeldoel een lijst op met behandelopties voor deze specifieke patiënt. Bespreek de risico's, voordelen en nadelen van elke behandeloptie. Wat heeft de patiënt voor de behandeling over? Observeer hoe de patiënt reageert en probeer de patiënt waar mogelijk bij de keuze te betrekken (of diens vertegenwoordiger, als de patiënt dat niet wil).	'Op basis van ons gesprek zijn dit de mogelijke opties...' 'In uw situatie zouden dit de opties zijn die daarbij aansluiten...' Gebruik zo nodig een beslishulp ('decision aid') als die voorhanden is.
	Onderzoek of de patiënt (of anders diens vertegenwoordiger) klaar is om een besluit te nemen. Zo niet, ga terug naar de vorige fase. Focus op de voorkeuren van de patiënt. Als de patiënt wil dat de dokter een besluit neemt, benoem dit dan expliciet en sluit aan bij de levensdoelen en waarden van patiënt.	'Bent u er klaar voor om een beslissing te nemen?' 'Hebt u nog meer tijd nodig?' 'Hebt u nog aanvullende vragen?'
	Bespreek hoe de besluitvorming is verlopen. Staat iedereen achter het genomen besluit? Zo niet, ga terug naar een eerdere fase. Zo ja, stel een behandelplan op dat gebaseerd is op het genomen besluit.	'Als u aan uw zoon zou vertellen wat we hebben besproken, wat zou u dan vertellen?' 'Bent u tevreden met de gemaakte afspraken?'

Er is de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar SDM. Dit is echter de eerste studie waarin een model werd ontwikkeld voor SDM met kwetsbare ouderen waarin de perspectieven van zowel patiënten als zorgprofessionals werden betrokken.^{2,3,13} De belangrijkste nieuwe elementen in ons model zijn: het samen met de patiënt identificeren van het belangrijkste probleem, de relatie van SDM met eerder gemaakte afspraken omtrent 'advance care planning', het vaststellen van besluitvormingscapaciteit en het identificeren van waarden en levensdoelen van de patiënt (zie tabel 2).

Een belangrijk onderdeel van het model is voorbereiding, namelijk: de tijd nemen om uit te zoeken of een patiënt al eerdere behandelafspraken heeft gemaakt en in kaart

brengen wat de belangrijkste actuele problemen zijn. Dat kan zorgprofessionals helpen de SDM als minder complex te ervaren.⁶ Bestaande SDM-modellen richten zich op medische besluitvorming bij enkelvoudige aandoeningen en missen een stap waarin het belangrijkste probleem wordt geïnventariseerd.³

Het uitvragen van doelen kan helpen om het besluitvormingsproces te verplaatsen van een focus op een aandoening en technische mogelijkheden naar een gesprek over wat echt belangrijk is in het dagelijks leven van de patiënt.¹⁴ Hierdoor zullen er relatief minder behandelopties besproken hoeven te worden, waardoor de hoeveelheid medische informatie die met de patiënt gedeeld moet worden relatief klein is; dat maakt dit model ook toepas-

LEERPUNTEN

- **Gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen staat nog in de kinderschoenen.**
- **Gezamenlijke besluitvorming is een dynamisch proces en vraagt om een continue, ondersteunende dialoog tussen patiënt en zorgprofessional.**
- **Het consensusmodel dat in dit artikel wordt gepresenteerd, kan zorgprofessionals helpen bij het vormgeven van gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse praktijk.**
- **Voorbeeldzinnen kunnen helpen om gezamenlijke besluitvormingsgesprekken te gaan voeren.**
- **Een goede voorbereiding, uitstekende communicatieve vaardigheden en een persoonsgerichte benadering zijn belangrijke uitgangspunten voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen.**

baar in meer acute situaties. Verder betrokken wij de doelgroep bij de ontwikkeling van ons praktische model; dat geeft toegevoegde waarde aan dit instrument voor communicatie met en zorg voor kwetsbare ouderen.^{15,16}

STERKE EN ZWAKKE PUNTEN

Onze studie kent diverse sterke punten. Ten eerste is de gebruikte Delphi-methode geschikt voor het bereiken van consensus over een belangrijk probleem.¹⁰ Ten tweede bestond ons Delphi-forum uit een internationaal panel van verschillende achtergronden, wat de resultaten verrijkt heeft. Zorgprofessionals uit verschillende gelegingen, zowel artsen en verpleegkundigen als experts op het gebied van communicatie en SDM, droegen bij aan het uiteindelijke model. Daarnaast betrokken we oudere patiënten met multimorbiditeit en kwetsbaarheid – de doelgroep van ons model – in het onderzoek. Dit is een eerste voorwaarde voor acceptatie en praktische uitvoerbaarheid van ons model.

Een mogelijke zwak punt is dat we geen familieleden of mantelzorgers bij de Delphi-rondes hebben betrokken. Ons model besteedt veel aandacht aan het exploreren van doelen en we denken dat familieleden en mantelzorgers hier goed in kunnen worden betrokken. Een andere mogelijke zwakte is dat de studie in het Engels en Nederlands werd uitgevoerd, waardoor vertalingsfouten kunnen ontstaan. De vertaling van het Nederlands naar het Engels en vice versa werd echter door een ‘native speaker’ gedaan. Ten slotte waren alle deelnemers afkomstig uit welvarende landen, wat moet worden meegenomen bij eventuele uitrol van ons model.

CONCLUSIES

Gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen met multimorbiditeit is een dynamisch proces dat gedurende alle fases van een consultatie plaats kan vinden. Het vraagt een continue, ondersteunende dialoog tussen patiënt en zorgprofessional, waarbij aandacht moet zijn voor de persoonlijke situatie van de patiënt in de context van het probleem waarover een besluit moet worden genomen. Tevens is van groot belang aan te sluiten bij de wijze waarop een kwetsbare oudere het liefst komt tot besluiten over persoonlijke zorg en welzijn.

Verder onderzoek is nodig om de effecten en haalbaarheid in de klinische praktijk te testen. Ook is onderzoek nodig om te identificeren welke competenties nodig zijn voor de goede uitvoering van gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 14 september 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D811

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D811**

LITERATUUR

- 1 Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344:e256.
- 2 Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2014;94:291-309.
- 3 Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1361-7.
- 4 Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716-24.
- 5 Morris RL, Sanders C, Kennedy AP, Rogers A. Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illn*. 2011;7:147-61.
- 6 Coleman EA. Challenges of systems of care for frail older persons: the United States of America experience. *Aging Clin Exp Res*. 2002;14:233-8.
- 7 Gionfriddo MR, Leppin AL, Brito JP, et al. A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol. *Syst Rev*. 2014;3:38.
- 8 Robben S, van Kempen J, Heinen M, et al. Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Fam Pract*. 2012;29:742-7.

- 9 Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;96:281-6.
- 10 Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alverti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS ONE.* 2011;6:e20476.
- 11 Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med.* 2011;171:75-80.
- 12 van de Pol MHJ, Fluit CRMG, Lagro J, et al. Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Educ Couns.* 2016;99:1069-77.
- 13 Légaré F, Ratté 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.
- 14 Oresanya LB, Lyons WL, Finlayson E. Preoperative assessment of the older patient: a narrative review. *JAMA.* 2014;311:2110-20.
- 15 Bernacki RE, Block SD, American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med.* 2014;174:1994-2003.
- 16 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:1957-68.