

Implementatie van Samen Beslissen

Overzicht van knelpunten en implementatiestrategieën

Notitie ten behoeve van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg



Inleiding

De transitie van de zorgverlener als traditionele paternalist naar een gids die de patiënt van relevante en objectieve informatie voorziet, de waarden en voorkeuren van de patiënt uitdiept en samen met hem of haar beslist over de voor hem of haar meest optimale behandeling. Dit principe staat internationaal bekend als *shared decision making* en kennen we in Nederland ook als 'Samen Beslissen' (NPCF).

Hoe te verbeteren? Effectieve implementatie vraagt een systematische aanpak met maatwerk gericht op de knelpunten met de meeste ruimte voor verandering. Efficiënte implementatie vraagt om een systematische aanpak gericht op de knelpunten die met relatief weinig inspanning of weerstand tot duurzame verandering leiden. De attitude wordt steeds positieve ten aanzien van Samen Beslissen, maar de stap van willen naar doen is een grote stap.

Het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg verkent op welke wijze vanuit de samenwerking van umc's kan worden bijgedragen aan de structurele inbedding van gedeelde besluitvorming in de patiëntenzorg van de umc's. Ten behoeve daarvan geeft deze notitie een beschrijvende analyse van inzichten in huidige knelpunten bij de implementatie van Samen Beslissen, en een overzicht van mogelijke implementatiestrategieën op basis van een literatuurstudie, interviews met voorlopers en experts van Samen Beslissen in Nederland¹, en de discussie binnen een expertbijeenkomst van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg in het voorjaar 2015.

De auteurs:

Prof. dr. Trudy van der Weijden

Dr. Leti van Bodegom-Vos

Prof. dr. Anne Stiggelbout

¹ Geïnterviewden: Paul Kil (St. Elisabeth ziekenhuis), Michiel Hageman (AMC/Patient+), Regina The en Clemens Karstens (Zorgkeuzelab®), Diana Delnoij (Zorginstituut Nederland), Teus van Barneveld (Kennisinstituut van Medisch Specialisten), Jako Burgers en Ivo Smeele (Nederlands Huisartsengenootschap), Sonja Kersten (IKNL), Peter van Splunteren (Trimbos Instituut), Haske van Veenendaal (CBO), Heleen Post (NPCF).

Inzicht in knelpunten bij de implementatie van Samen Beslissen

‘Samen Beslissen’ is een complex concept met een breed indicatiegebied op het snijpunt van arts-patiënt communicatie, medische besliskunde en evidence-based medicine, waarbij maatwerk moet worden geleverd per patiënt. Eenduidige taal en definitie ontbreken nog vooralsnog.

Er zijn knelpunten bij de individuele zorgverlener zoals algemene weerstand, gebrek aan inzicht in verschillen tussen patiëntvoorkeuren, gebrek aan kennis over wat Samen Beslissen precies is, gebrek aan vaardigheden, en overschatting van het eigen handelen. De patiënt heeft niet altijd het besef dat er meer dan één behandeloptie is, een te optimistische verwachting van het effect van de behandeling, weet niet wat Samen Beslissen precies is, of ontbeert voldoende gezondheidsvaardigheden. Bij kundige en gemotiveerde zorgverleners kunnen er knelpunten zijn op teamniveau zoals gebrek aan rolmodellen, gebrek aan steun van leidinggevenden, managers en beleidsmakers, en gebrek aan beloning. Op landelijk niveau bestaan knelpunten doordat richtlijnen te sterk geformuleerd zijn richting één optie, keuzehulpen voor patiënten gefragmenteerd worden aangeboden, en er te weinig afstemming is tussen richtlijnen voor zorgverleners en keuzehulpen voor patiënten.

In Tabel 1 zijn de knelpunten voor Samen Beslissen bij zorgverlener (Z) en patiënt (P), geclusterd naar ecologische niveaus, met illustraties voor implementatiestrategieën. De knelpunten staan eendimensionaal geclusterd, maar vertonen in werkelijkheid een complexe onderlinge samenhang en afhankelijkheid.

Tabel 1 Knelpunten voor Samen Beslissen.

	Knelpunt	Implementatiestrategie
De innovatie (Samen Beslissen en keuzehulpen)		
Z+P	Onduidelijk concept	Voorstel vanuit Platform Gedeelde Besluitvorming, iin samenwerking met NPCF
Z+P	Ontbreken eenduidige taal	‘Samen Beslissen’
Z+P	Onduidelijk indicatiegebied	Alle beslissingen, klein beginnen, linken aan personalized medicine
De eindgebruikers		
Z	Negatieve attitude	Overtuigen met evidence uit NL, tijd maken
	Misdiagnose van voorkeuren	Zorgverleners informeren over diversiteit in voorkeuren
	Gebrek aan kennis	Ontwikkelen van competenties
	Gebrek aan vaardigheden	Educatie zorgverleners, inktvlekwerking
	Overschatten eigen handelen	Interne toetsing
P	Geen besef meerdere opties	Patiëntversies van richtlijnen, de drie goede vragen campagne van NPCF
	Te optimistische verwachting	Disseminatie van keuzehulpen, option grids
	Wisselende attitude	Uitleg zorgverleners dat patiënten een ‘duwtje’ nodig hebben
	Gebrek aan kennis	Educatie, inzage in eigen dossier
	Gebrek aan gezondheidsvaardigheden	Zorgverleners passen screeningstools toe

Tabel 1 – vervolg. Knelpunten voor Samen Beslissen.

	Knelpunt	Implementatiestrategie
De directe sociale context		
Z	Gebrek aan rolmodellen	Effectief leiderschap, patiënt empoweren (de drie goede vragen)
	Gebrek aan steun van team	Interprofessioneel samenwerken, Samen Beslissen integreren in zorgproces
	Gebrek aan inzicht in behandelteam	Hoofdbehandelaar bekend en delegatie van taken
	Gebrek aan IZP methodiek	IZP methodiek aanreiken aan teams
P	Gebrek aan eenduidige informatie	Gidsen in sociale media, nationaal platform voor keuzehulpen
	Angst lastig gevonden te worden	De drie goede vragen campagne van NPCF
	Gebrek aan steun thuis	Opnemen van consulten
De lokale/regionale organisatie		
Z	Gebrek aan steun van management	Steun vanuit management
	Gebrek aan beloning	Externe toetsing en incentives
De landelijke organisatie, wet- en regelgeving, financiering		
	Te sterk geformuleerde richtlijnen	Meer onzekerheid (<i>equipoise</i>) toelaten in richtlijnen
	Gefragmenteerd aanbod keuzehulpen	Nationaal platform voor keuzehulpen
	Gebrek aan afstemming instrumenten	Linken keuzehulpen aan richtlijnen en aan patiënten dossier
	Gebrek controle op WGBO	Externe toetsing

Knelpunten gerelateerd aan de innovatie

Complex concept. Wat is het precies? Het is een complex concept bestaande uit beslistkundig en communicatief gedrag.

Ontbreken van eenduidige taal en definitie. Hoe noemen we het? Er zijn verschillende modellen, begrippenkaders van Samen Beslissen taal en ordening in omloop. Deze zijn abstract en daardoor lijkt het voor zorgverleners een 'gelopen race'.

Onduidelijk indicatiegebied. Wanneer doen we het (vooral)? De patiënt heeft altijd een keuze tussen wel of niet instemmen met de voorgestelde behandeloptie, dus er is altijd sprake van een dilemma, maar het is niet duidelijk of de intensiteit altijd hetzelfde moet zijn.

Knelpunten gerelateerd aan de individuele eindgebruikers (zorgverlener en patiënt)

Zorgverlener

Negatieve attitude ten aanzien van Samen Beslissen:

- als concept: zorgverleners voelen weerstand, omdat ze niet overtuigd zijn van de effecten van Samen Beslissen op relevante uitkomsten (niet op de hoogte van de evidence of niet geloven in de evidence), of omdat ze Samen Beslissen zien als een methode om patiënten zorg te onthouden, of omdat ze denken dat patiënten het niet willen en de informatie en onzekerheid cognitief en emotioneel niet aankunnen (Janssen 2009), of omdat ze denken dat ze de voorkeuren van hun patiënten goed genoeg kunnen inschatten en daardoor alleen de optie presenteren die ze voor de ingeschatte voorkeur relevant achten.

- als passend bij hun eigen patiënten: zorgverleners vinden de profielen van hun eigen patiënten uniek en de klinische context te afwijkend om verschillende opties aan te bieden, of zorgverleners vertrouwen de inhoud en validiteit van bestaande keuzehulpen niet (not-invented here syndroom).
- als praktisch haalbaar: het kost (te)veel tijd of het is moeilijk: gezondheidsvaardigheden inschatten of bepalen, risicocommunicatie over de opties, doornemen van een keuzehulp, delibereren. Zorgverleners voelen een lage eigen-effectiviteit ten aanzien van Samen Beslissen, weten niet van het bestaan van keuzehulpen of hoe ermee te werken.

Misdiagnose van voorkeuren. Artsen zijn over het algemeen niet goed in staat om de voorkeuren van hun patiënten in te schatten (Mulley 2012). Er is gebrek aan inzicht in verschillen tussen patiëntvoorkeuren. Soms is de voorkeur van de patiënt tav (door)behandeling vastgelegd, maar in spoedeisende situaties kan die informatie over de patiëntvoorkeur ontbreken.

Gebrek aan kennis over wat Samen Beslissen concreet behelst. Wat is het precies? Niet weten dat het niet perse meer tijd hoeft te kosten.

Gebrek aan vaardigheden. Artsen zijn niet standaard getraind in de belangrijke Samen Beslissen vaardigheden zoals heldere en neutrale risicocommunicatie, en effectieve waarden elicitering (Karnieli 2009). Er is grote variatie tussen de informatie die artsen geven over behandelopties en behandeluitkomsten (Knops 2010, Snijders 2014, Kunneman 2015).

Overschatting van het eigen handelen tav Samen Beslissen. Arsten denken dat ze het doen maar ze scoren meestal laag in objectieve observaties van het gedrag (Coulter 2011, Couet 2013, Kunneman 2015). Patiënten scoren op de CQ indexen op 'samen beslissen' doorgaans vrij goed, maar de vraag is of een dergelijke simpele meting een goed beeld van de werkelijkheid geeft.

Patiënt

Geen besef meerdere behandelopties. Geen besef dat er meerdere opties zijn in plaats van slechts één beste behandeling.

Te optimistische verwachting van het effect van de behandeling. Door gebrek aan kennis of foute kennis of optimisme hebben veel patiënten een te rooskleurig beeld van de te verwachten uitkomst van behandeling. De zorgverlener kan het lastig of ongewenst (hoop doet leven) vinden de patiënt daarin te corrigeren.

Wisselende attitude ten aanzien van Samen Beslissen. Patiënten willen (meer) betrokken worden in de besluitvorming (Coulter 2011, NPCF 2013), hoewel deze wens bij bepaalde subgroepen van kwetsbare patiënten minder uitgesproken is. De wens om mee te beslissen wisselt niet alleen tussen groepen patiënten maar ook binnen patiënten. Zodra patiënten geïnformeerd worden over het bestaan van meerdere opties, waaronder afzien van behandeling, en de voor- en nadelen van de behandelopties kan de passieve attitude omslaan naar een actieve houding (van Tol-Geerdink 2006).

Gebrek aan kennis over wat Samen Beslissen behelst of over patiëntgestuurde strategieën om Samen Beslissen te bevorderen, zoals bijvoorbeeld keuzehulpen of audio opname van het consult.

Gebrek aan gezondheidsvaardigheden Moeite met Nederlands of met begrijpend lezen of analfabetisme (Rademakers).

Knelpunten gerelateerd aan de directe sociale context van de eindgebruikers

Zorgverleners

Gebrek aan rolmodellen onder de opinieleiders die Samen Beslissen promoten. Het zit niet in de cultuur.

Gebrek aan steun van de leidinggevendenden om Samen Beslissen toe te passen, of van de teamgenoten of collega's in het multidisciplinair overleg. Gebrek aan steun in het team om te regelen dat patiënten voor het consult een keuzehulp hebben kunnen doornemen.

Gebrek aan inzicht in het behandelteam in een multidisciplinaire setting. Welke zorgverleners zijn betrokken bij de behandeling van de patiënt, wie is de hoofdbehandelaar?

Gebrek aan een methodiek om tot een individueel zorgplan te komen in multidisciplinair overleg (MDO). Er wordt veel tijd besteedt om tot consensus te komen over één behandeloptie, terwijl de voorkeur van de patiënt (nog) niet bekend is tijdens de discussie, en het efficiënter kan zijn om met meer dan een optie naar de patiënt te gaan.

Patiënt

Gebrek aan eenduidige informatie. De patiënt vindt online veel onbetrouwbare of onvolledige informatie. Er is zoveel algemene gezondheidsinformatie beschikbaar, dat het voor patiënten moeilijk is de weg te vinden en de betrouwbaarheid te beoordelen.

Angst als lastige patiënt gezien te worden (Frosch 2012, Henselmans 2014).

Gebrek aan steun in eigen netwerk om te delibereren over de opties.

Knelpunten gerelateerd aan de lokale of regionale organisatie (setting)

Gebrek aan steun van managers en beleidsmakers die niet op de hoogte zijn van of niet geloven in de evidence over de effecten van Samen Beslissen op relevante uitkomsten zoals mogelijke afname van ongewenste praktijkvariatie door afname van overbehandeling bij electieve invasieve ingrepen, of een mogelijke toename in therapietrouw.

Gebrek aan beloning Samen Beslissen past niet in huidige verdienmodel, het is geen indicator in DBCs. Er kan zelfs een discentive uitgaan van de DBCs als er een conflict is tussen het honoreren van de geïnformeerde voorkeur van de patiënt en de benchmarking (bijv. de kwetsbare oudere met een chronische aandoening die geen griepvaccinatie wenst JAMA over diabetespatiënt en Hb1AC).

Knelpunten gerelateerd aan de landelijke organisatie en politieke, juridische en economische kaders

Te sterk geformuleerde richtlijnen die 'beste behandeling' adviseren in plaats van option awareness creëren.

Gefragmenteerd aanbod van keuzehulpen. In Nederland is nu een gefragmenteerd aanbod via thuisarts.nl, kanker.nl, zorgkaartnederland.nl, Patient+.nl, Zorgkeuzelab.nl, uwbloedserieus.nl, apotheek.nl, en de websites van verzekeraars en collectebusfondsen.

Gebrek aan afstemming tussen beslissingsondersteunende instrumenten voor zorgverleners en patiënten. Voor zorgverleners worden klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld, voor patiënten samenvattingen van de richtlijnen en/of keuzehulpen.

Gebrek aan controle op WGBO. Hoewel de WGBO eist dat Samen Beslissen fullblown wordt toegepast is dit geen routine voor artsen, die soms niet verder gaan dan de minimum variant van het vragen van informed consent voor de behandeloptie die de arts voorstelt. De patiënt krijgt dus vaak geen alternatieve behandeling voorgesteld, anders dan (of inclusief) niet-behandelen.

Mogelijke strategieën voor implementatie van Samen Beslissen in NL

Strategieën gerelateerd aan de innovatie

Eenduidige definitie en taal voor Samen Beslissen / Gezamenlijke Besluitvorming / Gedeelde Besluitvorming) met verschillende stappen: keuze, optie, voorkeur en besluit:

- Keuzetaal: creëer 'option awareness' bij de patiënt, maak duidelijk dat er een dilemma is tussen wel of niet iets doen, of tussen meerdere interventies;
- Optietaal: communiceer de voor- en nadelen van de opties op neutrale wijze;
- Voorkeurtaal: bespreek de verwachtingen, angsten, voorkeuren van de patiënt;
- Beslistaal: stel een plan voor waarin de voorkeur van de patiënt is meegewogen of beslis samen om de beslissing uit te stellen.

Bij complexe zorgvragen gaan aan deze stap nog een doelen-stap vooraf.

Indicatiegebied. In principe moet Samen Beslissen toegepast worden bij alle beslissingen, maar dit kan tot geforceerd en kunstmatig gedrag leiden, Samen Beslissen als 'trucje'. De intensiteit van Samen Beslissen verschilt per patiënt en context. In het landelijke curriculum voor arts-patiënt communicatie van de huisartsopleiding wordt hiervoor de metafoor van het 'mengpaneel' gehanteerd, zoals dat gebruikt wordt door de geluidstechnicus. De arts zal in principe in elk consult bij het uitleggen en adviseren streven naar een dialoog, waarbij de volumeschuiven voor gedeelde besluitvorming in de verschillende fasen van het consult meer of minder open staan.

Strategieën gerelateerd aan de eindgebruikers

Zorgverlener

Overtuigen met evidence uit onderzoeksprojecten over Samen Beslissen uitgevoerd in Nederland.

Ontwikkeling van competenties van de zorgverleners. De beroepsorganisaties kunnen hierin het voortouw nemen, samen met patiëntvertegenwoordigers, en trainingprogramma's ontwikkelen en accrediteren. Het gaat vooral om de competenties communicatie, professionaliteit en samenwerking. Daarnaast moet de zorgverlener een goede inschatting kunnen maken van de informatiebehoefte en in welke mate de patiënt gecoacht kan worden om Samen Beslissen mogelijk te maken. Ook moet de zorgverlener de patiënt kunnen coachen bij het selecteren, lezen en interpreteren van beschikbare informatie.

Educatie

- *Doel* De zorgverlener moet minimaal inzicht hebben in de bovenstaand genoemde stappen/elementen van Samen Beslissen, lektaal weten te gebruiken, de patiënt empathisch uitnodigen om samen te beslissen, onzekerheid delen met de patiënt, diens geïnformeerde voorkeur respecteren, en op de hoogte zijn van keuzehulp (Stiggelbout 2012).
- *Vorm* Samen Beslissen aanleren als algemene vaardigheid heeft het gevaar dat het opgevat kan worden als een 'trucje'. Het lijkt efficiënt om te starten met aanleren van Samen Beslissen voor relatief 'kleine' beslissingen, om het dan uit te breiden naar andere beslissingen. Of start met aanleren bij een dramatische beslissing waarvoor duidelijk evidence bestaat over de wenselijke effecten van Samen Beslissen, en waarvoor een evidence-based richtlijn en keuzehulp voor handen zijn. Als de zorgverlener ervaart dat Samen Beslissen effectief en efficiënt toegepast kan worden op die ene beslissing zal het Samen Beslissen gedrag als een inktvlek uitbreiden naar andere thema's, en resulteren in een generieke Samen Beslissen attitude. Interprofessioneel leren lijkt een goede ingang, bijvoorbeeld AIOS samen met verpleegkundigen. Kennis en vaardigheden kunnen aangeleerd worden in de vorm van een geïntegreerd postgraduate programma waarbij Samen Beslissen aanhaakt aan bestaande klinische problemen, aan onderwijs in evidence-based medicine, en aan het communicatieonderwijs.
- *Timing* Starten in het basiscurriculum van artsen lijkt logisch, want vroeg geleerd is immers oud gedaan. Naast studenten verpleegkunde - verpleegkundigen spelen een centrale rol in de besluitvorming - zijn medisch studenten een belangrijke doelgroep omdat artsen

eindverantwoordelijk zijn in medische besluitvorming. Echter, bij geneeskunde is weinig ruimte in het curriculum en ook bij de student die zich eerst wil professionaliseren als arts en behoefte heeft aan zekerheid (communiceren van onzekerheid met patiënten is dan wellicht een brug te ver). In het basiscurriculum moet daarom minimaal awareness voor Samen Beslissen en de behoeften bij patiënten worden gecreëerd. De vervolgopleidingen tot specialist lijken zeer geschikt voor training over Samen Beslissen, met het accent op werkplekleren, of zelfs als onderdeel van de herregistratie van artsen.

Werken met screeningstools waarmee op een gevalideerde wijze kan worden ingeschat in hoeverre de patiënt in staat is tot zelfmanagement. Momenteel zijn diverse screeningstools ontwikkeld, zoals de SeMaS in Nijmegen, de vragenlijst van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement of de Quickscan gezondheidsvaardigheden van het CBO.

Patiënt

Besef dat er meerdere opties zijn door voorlichting, patiënten versies van richtlijnen, de 3-vragen campagne.

Ontwikkeling van competenties. Ook patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden kunnen effectief participeren in de besluitvorming als ze maar voldoende support en coaching krijgen (Coulter 2010).

Educatie door effectieve disseminatie van keuzehulpen en option grids. Belangrijk hierbij is aandacht voor health literacy: patiënten moeten een gedegen basis aan algemene gezondheidskennis bezitten om de informatiebronnen goed te kunnen begrijpen. Voorbeeld van inzet op patiënten: Patient Academy van het Radboudumc.

Strategieën gerelateerd aan de directe sociale context van de eindgebruikers

Zorgverlener

Effectief leiderschap om Samen Beslissen aan te moedigen en te steunen, en te streven naar een cultuur waarin het vanzelfsprekend is om de zorg vanuit de behoefte van de patiënt te benaderen, waarbij het praten over de optie van 'niet behandelen' of 'minder invasief behandelen' gemeengoed is en kwaliteit van leven meer op de voorgrond staat dan levensduur.

Rolmodellen. Concreet aan de slag met de voorlopers, o.a. de clinici die nu participeren in de expertmeetings.

Incentives voor zorgverleners om Samen Beslissen te implementeren door ethische, financiële, of professionele beloningen.

Inbedden in lokale zorgpaden door in kaart te brengen hoe het nu loopt en wat er anders moet om Samen Beslissen te faciliteren aanpassen in zorgpaden en protocollen.

Patiënt

Gidsen in social media. Patiënten nemen steeds meer controle door actief informatie te zoeken en informatie te delen via sociale media (lotgenotenfora). Zorgverleners en patiëntenorganisaties kunnen een cruciale rol spelen in het gidsen van patiënten naar neutrale en gecertificeerde informatie.

Opnemen van consult zodat de informatie thuis nog eens kan worden beluisterd met het thuisfront.

Strategieën gerelateerd aan de lokale of regionale organisatie (setting)

Zorgverlener

Steun vanuit Raad van Bestuur en management. formele steun uitdragen door ondertekening van het Salzburg Statement, en vertalen naar patiënten participatie initiatieven. Het veranderen van de mindset van de hele organisatie vergt een cultuuromslag. De laatste revolutie, van de autoriteitsgebaseerde geneeskunde naar evidence-based practice nam ongeveer 15 jaar in beslag.

Nu volgt de stap naar de evidence én waarden-gebaseerde geneeskunde, waarbij de waarden van de patiënt centraal staan.

Interne toetsing door monitoring en feedback. Het inzicht in eigen handelen van individuele zorgverleners en teams van zorgverleners kan verbeterd worden door een kernset van valide en acceptabele performance (proces van Samen Beslissen) en uitkomst-indicatoren (beleving van Samen Beslissen) te meten en deze data terug te geven aan zorgverleners voor interne (intercollegiale) toetsing. Medische studenten die onderzoekstages moeten lopen kunnen geworven worden voor het op valide wijze meten van de mate van Samen Beslissen bij verschillende afdelingen door uitzetten van vragenlijsten (SDMQ-9, Collaborate) en training in valide scores van audio opnames van consulten (OPTION5-item, analyse zoals Pieterse & Kunnenman LUMC), en analyses van opnames van MDO-overleg.

Inktvlekwerking. Goede succesvoorbeelden door kleine implementatieprojecten, op onderwerpen die niet te complex zijn, implementatie samen met patiëntorganisaties. De projecten over Samen Beslissen gehonoreerd bij Alpe d'Huez kunnen hierbij worden betrokken.

Interprofessionele samenwerking en taakdelegatie. In de geest van Samen Beslissen kan het multidisciplinair overleg (MDO) efficiënt en patiëntgericht consensus bereiken over het dilemma in het behandelplan, met de onzekerheden en de range van options, in plaats van het voeren van een lange discussie om tot één behandeloptie te komen. Het moet duidelijk zijn wie de hoofdbehandelaar is, die als coach voor de patiënt zal optreden. Naast de hoofdbehandelaar zullen ook andere zorgverleners als coach kunnen fungeren, de verpleegkundige kan hier een belangrijke, neutrale rol vervullen. De patiënt en coaches zouden via een elektronisch beveiligde verbinding informatie moeten kunnen uitwisselen en overleg voeren. In het geval van multi-morbiditeit of complexe problematiek worden in MDO de opties voor de patiënt besproken. Het team beslist gezamenlijk wie de regie voert (als hoofdbehandelaar of casemanager) en wie, welke informatie, wanneer bespreekt met de patiënt. Door optimale ondersteuning en delegatie van taken binnen het zorgteam, zoals naar verpleegkundigen en doktersassistenten, kan de zorgprofessional de tijd met de patiënt in de spreekkamer zo goed mogelijk benutten. Implementatie van het individuele zorgplan kan dit faciliteren.

De rol van hoofdbehandelaar. De huisarts kan de rol van 'poortwachter' verruilen voor rol van 'hoofdcoach'. De huisarts kan uitgenodigd worden deel te nemen aan het MDO als 'expert van de context'. De NPCF stelt een 'Kies gerust'-gesprek voor bij moeilijke beslissingen in de tweede lijn. Het gaat dan om een 'second opinion' gesprek met de huisarts, bij ziektes zoals borstkanker waarbij de doorlooptijden snel zijn en onvoldoende tijd ervaren kan worden voor gedeelde besluitvorming.

Samen Beslissen integreren in zorgproces en verwijzbeleid. Herinrichting zorgproces waardoor gedeelde besluitvorming wordt bevorderd, keuzehulpen inbouwen in een zorgpad (voorbeeld: urologie LUMC). De rol van de huisarts versterken en patiënten al informeren met keuzehulpen bij eventuele verwijzing voor electieve chirurgie zoals heup- en knieprotheses (voorbeeld: experiment Blauwe zorg MUMC+).

(Geautomatiseerd) distributiesysteem waarmee de juiste patiënt op het juiste moment een keuzehulp krijgt aangereikt en zo nodig coaching om zich voor te bereiden voor het besluitvormende consult. Dit vereist een goed georganiseerd afsprakensysteem. Een financiële incentive om keuzehulpen op het juiste moment bij de patiënt te krijgen kan hierbij helpen (Uy 2012). Compacte keuzehulpen (option grids) moeten beschikbaar zijn tijdens het consult.

Patiënt

Disseminatie van keuzehulpen voor optimale informatievoorziening. De informatie die patiënten tot hun beschikking hebben over hun gezondheid moet betrouwbaar, correct, eenduidig, makkelijk te

begrijpen en makkelijk te vinden zijn. Het ziekenhuis kan voorzien in een keuzehulpbibliotheek, met ondersteuning van staf die getraind is in coaching van patiënten met keuzehulpen.

Patiënt empoweren zoals bijv. met de ‘drie goede vragen’ campagne van NPCF. Patiënten worden aangespoord drie algemene vragen te stellen: “Welke (behandel)opties heb ik?”, “Welke resultaten kan ik verwachten?”, en “Wat zijn de risico’s voor mij?” (NPCF 2013, Shepherd 2011). De patiënt kan deze vragen van te voren thuis gestuurd krijgen, en posters in de wachtkamer en reminders op het bureau van de arts stimuleren de patiënt om deze vragen te stellen.

Strategieën gerelateerd aan landelijke organisatie & politieke, juridische en economische kaders

Tijd maken voor Samen Beslissen. Een concreet voorbeeld van een organisatorische aanpassing is de verlaging van de normpraktijk voor huisartsen, die in veel gevallen als ‘hoofdcoach’ zullen optreden en daar dan ook voldoende tijd voor moeten hebben. Administratieve rompslomp moet zoveel mogelijk worden beperkt.

Elektronisch patiënten dossier waar de patiënt zelf ook inzage in heeft en waarin patiëntspecifieke informatie wordt vastgelegd met betrekking tot behandelbeslissingen en overwegingen en welke zorgpaden er lopen. Iedereen is op ieder gewenst moment op de hoogte van de meest actuele gegevens rondom de gezondheid van de patiënt. De patiënt hoeft niet steeds informatie te herhalen, krijgt keuzehulpen automatisch en op het juiste moment aangereikt, en multidisciplinaire samenwerking wordt bevorderd. Het moet wel veilig zijn. Wanneer patiënten in hun dossiers hun doelen en voorkeuren gaan delen is er big data gevaar. Dit is immers belangrijke marketing informatie voor bedrijven en verzekeraars.

Klinische praktijk richtlijnen kunnen extra aandacht geven aan preferentie-gevoelige aanbevelingen, onzekerheid toelaten en ‘option awareness’ bij bepaalde aanbevelingen faciliteren door expliciet aan te geven hoe (assumpties over) patiëntwaarden en voorkeuren zijn gewogen in de aanbevelingen. Richtlijnaanbevelingen kunnen het gewenste proces voorschrijven (welke informatie over de opties wordt minimaal gedeeld met de patiënt), of bestaande keuzehulpen kunnen direct gelinkt worden aan de richtlijnaanbeveling (van der Weijden 2012, van der Weijden 2013), waarbij de fact sheet met de voordelen en nadelen (oa tav treatment burden, kosten) van de relevante opties in de richtlijn staat. In digitale versies van richtlijnen kan een algoritme ingebouwd worden zodat zorgpaden en (delen van) keuzehulpen op maat worden aangeboden aan individuele patiënten, met duidelijke timing van het overhandigen van de keuzehulp aan de patiënt.

Nationaal platform voor keuzehulpen. De keuzehulpen en option grids (antwoorden op Frequently Asked Questions van patiënten bij voorkeur gevoelige beslissingen, samengevat in een factsheet) worden, net als klinische praktijk richtlijnen, op systematische wijze ontwikkeld door zorgverleners en patiënten, in samenwerking met verzekeraars voor het doelmatigheidsperspectief. Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten en IKNL zijn hierin voorlopers. Dit alles geautoriseerd op procedurele stappen, bv in het toetsingskader van het Zorginstituut, en/of op inhoud en vorm, bv met de IPDAS criteria. Het Zorginstituut ziet een coördinerende rol voor kiesbeter.nl, maar dan moet duidelijk zijn wat het verschil is tussen behandelkeuzehulpen en zorgaanbiederkeuzehulpen. Thuisarts.nl van NHG lijkt een goede kandidaat voor een dergelijk platform. Zorgverleners en onderzoekers missen de expertise om dergelijke complexe producten te ontwerpen. Hiervoor zijn professionele tekstbureaus of grafische of industriële designers nodig. Er is een businessmodel nodig voor ontwikkelen en onderhoud van keuzehulpen zoals dat ook voor richtlijnen bestaat. De keuzehulpen worden doorgaans betaald vanuit premie of collectebusgelden en moeten dus beschikbaar zijn in het publieke domein.

Externe toetsing door monitoring en feedback op een kernset van valide en acceptabele performance (proces van Samen Beslissen) en uitkomstindicatoren (beleving van Samen Beslissen). Deze data worden publiek gemaakt en eventueel gekoppeld aan beloningen.

Personalised medicine als Trojaans paard. Parallele implementatie van personalized medicine en Samen Beslissen kan de default van paternalisme versneld doorbreken. Het bouwen van predicatieve modellen voor geïndividualiseerd risico profielen geeft inzicht in welke behandeling het beste past bij individuele patiënten wat betreft effecten en bijwerkingen. Personalized-medicine predictiemodellen kunnen Samen Beslissen wellicht faciliteren, doordat ze de mind-set van de zorgverlener richten op stratificatie en individualisering (Horwitz 2013).

Concluderend

Uit de beschrijving van knelpunten en mogelijke strategieën voor de implementatie van Samen Beslissen kan geconcludeerd worden dat er zijn vele knelpunten zijn, op vele niveaus. Het lijkt te vroeg om tot een generiek model voor implementatie te komen dat op korte termijn resulteert in verbeteringen op objectieve uitkomsten als kwaliteit van het besluitproces en praktijkvariatie. Eerst moet er duidelijkheid komen over de implementatieagenda voordat we tot een uitgewerkt actieplan over kunnen gaan.

Referenties

- Alston C, Berger ZD, Brownlee S, Elwyn G, Fowler FJ Jr, Kelly Hall L, Montori VM, Moulton B, Paget L, Haviland Shebel B, Singerman R, Walker J, Wynia MK, Henderson D. Shared Decision-Making Strategies for Best Care: Patient Decision Aids. Institute of Medicine Discussion Paper, IOM Roundtable on value and science-driven health care 2014.
- Agoritsas T, Fog Heen A, Brandt L, Alonso-Coello P, Kristiansen A, Akl EA, Neumann I, Tikkinen KAO, van der Weijden T, Elwyn G, Montori VM, Guyatt GH, Vandvik PO. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 2015;350:g7624.
- Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, Elwyn G, Légaré F. Assessment of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect* 2013.
- Coulter A, Stilwell D, Kryworuchko J, Mullen P, Ng C, van der Weijden T. A systematic development process for patient decision aids. *BMC Med Inform Dec Mak* 2013,13(Suppl 2):S2.
- Coulter A, Collins A. Making shared decision making a reality. No decision about me, without me. The King's Fund, London 2011.
- Elwyn G, Légaré F, Edwards A, van der Weijden T, May C. Arduous implementation: Does the Normalisation Process Model explain why it's so difficult to embed decision support technologies for patients in routine clinical practice. *Impl Science* 2008,3:5.
- Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AGK, Clay C, Légaré F, van der Weijden T, Lewis CL, Wexler RM, Frosch DL. Many miles to go... A systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13(Suppl 2):S14.
- Frosch DL, May SG, Rendle KA, Tietbohl C, Elwyn G. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:1030-8.
- Gravel K, Légaré F, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Impl Science* 2006;1:16.
- Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, van Dulmen S. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expect* 2014 May 12. doi: 10.1111/hex.12206. [Epub ahead of print].
- Janssen NB, Oort FJ, Fockens P, Willems DL, de Haes HC, Smets EM. Under what conditions do patients want to be informed about their risk of a complication? A vignette study. *J Med Ethics* 2009;35:276-82.
- Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Soc Sci Med* 2009;69:1-8.
- Knops AM, Ubbink DT, Legemate DA, de Haes JC, Goossens A. Information communicated with patients in decision making about their abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;39:708-13.
- Kunneman MA, Ten Hove L, Stiggelbout AM, De Haes JCJM, Smets EMA, Engelhardt EG, Pieterse AH. Reason for encounter: a missed opportunity for shared decision making *Med Decis Making* 2015;35:E59.
- Kunneman M, Marijnen CA, Rozema T, Ceha HM, Grootenboers DA, Neelis KJ, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Decision consultations on preoperative radiotherapy for rectal cancer: large variation in benefits and harms that are addressed. *Br J Cancer* 2015;112:39-43.
- Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010,5,CD006732.
- Légaré F, Elwyn G, Fishbein M, Frémont P, Frosch D, Gagnon MP, Kenny DA, Labrecque M, Stacey D, St-Jacques S, van der Weijden T. Translating shared decision-making into health care clinical practices: proof of concepts. *Implement Sci* 2008 Jan 14;3:2.

- Légaré F, Politi MC, Drolet R, Desroches S, Stacey D, Bekker H, the SDM-CPD team. Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Pat Educ Couns* 2012;88:159-69.
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 2012;345:e6572.
- Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, Finch T, Kennedy A, Mair F, O'Donnell C, Nio Ong B, Rapley T, Rogers A, May C. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine* 2010, 8:63.
- NPCF Meldactie Samen Beslissen. 2013.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De Participerende Patiënt. Advies 13/02 uitgebracht aan de minister van VWS. Den Haag, 2013.
- Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ* 2011;342:d1745.
- Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. *Pat Educ Couns* 2011;84:379–85.
- Snijders HS, Kunneman M, Bonsing BA, De Vries AC, Tollenaar RA, Pieterse AH, Stiggelbout AM. Preoperative risk information and patient involvement in surgical treatment for rectal and sigmoid cancer. *Colorectal Disease* 2014;16:O43-9.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD001431
- Stiggelbout AM, van der Weijden T, de Wit MPT, Frosch D, Légaré F, Montori VM, Trevena L, Elwyn G. Shared decision making: really putting patients at the centre of health care. *BMJ* 2012;344:e256.
- Uy V, May SG, Tietbohl C, Frosch DL. Barriers and facilitators to routine distribution of patient decision support interventions: a preliminary study in community-based primary care settings. *Health Expect* 2012;:1-12.
- van Tol-Geerdink JJ, Stalmeier PF, van Lin EN, Schimmel EC, Huizenga H, van Daal WA, Leer JW. Do prostate cancer patients want to choose their own radiation treatment? *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006;66:1105-11.
- Van der Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient decision aids. An inevitable relationship. *J Clin Epid* 2012;65:584-9
- Van der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, Knaapen L, Légaré F, Boivin A, Burgers JS, Stiggelbout AM, Faber M, Elwyn G. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf* 2013;22:855–63.
- Werkgroep Zorg 2015 Visiedocument: Coaching who cares? Het vervolg op Coach, Cure & Care 2015. Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals op de zorgverlener-patiënt relatie in Nederland. 2014.
- Zorginstituut: Toetsingkaders Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (1 april 2014).

Meer informatie

Meer informatie over het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg vindt u op onze website www.nfukwaliteit.nl of via kwaliteit@nfu.nl

Datum

november 2015

Ons kenmerk

ConsKvZ-1511.10/MV

