



Federatie
**Medisch
Specialisten**

VISIEDOCUMENT

Samen beslissen



Colofon

De werkgroep werd samengesteld na een oproep binnen de Raad Kwaliteit. Zij bestond voornamelijk uit medisch specialisten die daar op voordracht van hun wetenschappelijke vereniging in participeerden. Daarnaast namen een vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie Nederland en een bureaumedewerker van een wetenschappelijke vereniging deel aan de werkgroep.

Werkgroep:

- dr. E.R.A. van Arkel (vz), orthopedisch chirurg
- dr. J.W.M. Aarts, gynaecoloog
- dr. A.M. Boonstra (tot 1 september 2018), revalidatiearts
- dr. R.L. Braam, cardioloog
- dr. M.C. Burgmans, interventie radioloog
- dr. P.J.M. Kil, uroloog
- dr. M.L.Y.M. Oei, KNO-arts
- dr Y. Schoon, klinisch geriater
- L.P.J. Verheijen, aios anesthesiologie
- dr.ir. J.H.F.I. van Breugel, beleidsmedewerker Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- dr. A. Knops, Patiëntenfederatie Nederland

De werkgroep werd ondersteund door:

- A.Berendsen, MSc, beleidsadviseur Federatie Medisch Specialististen
- dr. I. Maas, sr. beleidsadviseur Federatie Medisch Specialististen
- M. Siregar, sr. communicatieadviseur Federatie Medisch Specialististen
- L. Wijgergangs (Marijn Communicatie)

Met advies van:

- dr. L. Welling, chirurg oncoloog en projectleider regionale oncologienetwerken, thema passend behandelplan
- prof. dr. C. Hilders, gynaecoloog en bijzonder hoogleraar Medisch management en Leiderschap (ErasmusMC) en directeur medische zaken Reinier de Graaf ziekenhuis Delft.

Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over dit document?

Neem dan contact op met de infodesk via info@demedischspecialist.nl of via (088) 505 34 34.

Copyright

© Federatie Medisch Specialististen

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen via onderstaande contactgegevens.

Vrijwaring

De auteurs hebben de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Utrecht, mei 2019

Samenvatting visiedocument samen beslissen

Samen beslissen speelt een belangrijke rol in het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. Hierin staat dat de partijen zich op verschillende manieren inzetten om samen beslissen in de spreekkamer verder te bevorderen. In het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' van de Federatie Medisch Specialisten wordt als een van de ambities genoemd dat samen beslissen in 2025 dagelijkse praktijk is. Samen beslissen moet dan het uitgangspunt zijn bij de benadering van elke patiënt. In de praktijk is dit niet altijd even gemakkelijk, zo blijkt ook uit een door de werkgroep uitgevoerde peiling en uit rapporten van de Patiëntenfederatie Nederland¹ en de NFK².

De Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten heeft in 2017 een werkgroep 'Samen Beslissen' ingesteld. De opdracht was om in kaart te brengen wat, vanuit het perspectief van de medisch specialist en de wetenschappelijke verenigingen, er nodig is om het proces van samen beslissen te bevorderen en om een visie op samen beslissen te ontwikkelen. De werkgroep heeft zich in eerste instantie gebogen over de definitie van samen beslissen en stelt met nadruk dat het moet worden gezien als een proces en niet als een activiteit die eenmalig in de spreekkamer uitgevoerd en vervolgens afgevoerd kan worden. De werkgroep geeft in haar visie concrete adviezen om het proces van samen beslissen in de praktijk verder te implementeren.

SAMEN BESLISSEN

Samen beslissen (gedeelde besluitvorming, shared decision making) gaat uit van het principe dat als patiënten goed geïnformeerd worden door artsen, en zelf actief betrokken worden bij de besluitvorming rond hun behandeling ze samen de best passende behandeloptie kiezen. Het gaat uit van de gedachte dat zorgverleners en patiënten verschillende, maar even belangrijke, expertise in te brengen hebben bij het maken van medische beslissingen. Samen beslissen betekent voor zorgverleners dat ze beter kunnen inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Voor de patiënt betekent samen beslissen dat er een keuze wordt gemaakt die het beste aansluit bij de eigen situatie en diens persoonlijke voorkeuren.

HET PROCES VAN SAMEN BESLISSEN

De werkgroep definieert samen beslissen als het proces waarin de arts³ en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.

Om ervoor te zorgen dat de beslissingen corresponderen met wat passend is voor de patiënt, bestaat het proces uit drie stappen:

1. Aangeven dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft.
2. Bespreken van de verschillende opties met de patiënt waarin de volgende punten worden meegenomen:
 - voor- en nadelen en risico's van de opties;
 - verwachte uitkomsten van de opties;
 - de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt;
 - de mogelijke invloed van de opties op diens persoonlijke situatie.
3. Het samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid.

Verder benoemt de werkgroep een aantal uitgangspunten en aandachtspunten voor een succesvolle toepassing van het proces van samen beslissen waaronder;

- bewustwording bij arts en patiënt,
- duidelijke en (op gezondheidsvaardigheden) afgestemde informatieverstrekking over alle opties (ook 'niets doen' of 'afwachten'),
- luisteren en in kaart brengen van overwegingen,
- attitude,
- motivatie en
- tijd voor het maken van de beslissing.

Ook geeft de werkgroep aan dat de informatie die de patiënt krijgt over verschillende behandelmogelijkheden niet door één zorgverlener verstrekt hoeft te worden, maar dat de patiënt waar nodig voor informatie over behandelalternatieven kan worden doorverwezen. Het goede gesprek met de patiënt hoeft ook niet noodzakelijkerwijs door dezelfde zorgverlener in hetzelfde gesprek plaats te vinden.

ONDERSTEUNENDE HULPMIDDELEN

Er zijn begrijpelijke en betrouwbare hulpmiddelen nodig om het proces van samen beslissen tussen arts en de patiënt te ondersteunen. Betrouwbaar wil zeggen: waar mogelijk gebaseerd op medisch-specialistische richtlijnen en gesteund door de beroepsgroep en patiëntorganisaties. De werkgroep deelt in de visie de hulpmiddelen in, in twee categorieën:

- Patiënteninformatie, bijvoorbeeld op Thuisarts.nl: bedoeld om de patiënt te informeren over de achtergrond van de verschillende opties.
- Keuze-ondersteunende hulpmiddelen, zoals keuzehulpen (o.a. consultkaarten): stimuleren de patiënt actief na te denken over persoonlijke voorkeuren wat aantoonbaar positief effect heeft op het proces van samen beslissen.

De werkgroep waarschuwt voor verschuiving van focus van de dialoog tussen arts en patiënt naar de inzet van keuzehulpen. Daarnaast worden keuzehulpen soms gebruikt voor andere doeleinden dan waarvoor deze bestemd zijn, bijvoorbeeld als indicator voor de kwaliteit van zorg en inkoopmiddel bij zorgverzekeraars.

In geen geval moet de indruk ontstaan dat het gebruik van keuzehulpen volstaat voor het proces van samen beslissen. En, voor samen beslissen is een keuzehulp ook niet strikt noodzakelijk. Het belangrijkste en onmisbare onderdeel van het proces van samen beslissen is het goede gesprek. Patiënten-informatie, uitkomst-informatie of keuzehulpen, hoe informatief ook, kunnen dit niet vervangen.

CONCRETE ADVIEZEN

De werkgroep richt zich in haar advies op de aandachtspunten die zich zo veel mogelijk binnen de beïnvloedings sfeer van de wetenschappelijke vereniging, de individuele medisch specialist en de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten bevinden. Kijkend naar de definitie van samen beslissen, richt het advies van de werkgroep zich op:

1. Attitude en bewustwording bij arts, patiënt en wetenschappelijke vereniging

Draagvlak en bewustwording bij alle betrokken partijen moet verhoogd worden omdat samen beslissen een proces is wat de zorgverlener en de patiënt in stappen doorlopen. Dit kan bereikt worden door voort te borduren op de bestaande campagnes en door aandacht te vragen voor het in de basisopleiding aanleren van benodigde vaardigheden.

2. Inrichting van het proces van samen beslissen

De medisch specialisten moeten ondersteund worden bij het goed organiseren van het proces van samen beslissen in hun zorginstelling (tijd, financiering, hulpmiddelen, ondersteuning). Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat het samen beslissen proces verschillende fases en met name ook overdenk- en overlegtijd behelst.

Voor de belemmerende factoren die momenteel ervaren worden op gebied van financiering, logistiek en tijd moeten er, in gesprek met stakeholders, oplossingen gevonden worden. Ook moet er gekeken worden naar een rol in het samen beslissen proces voor andere zorgverleners uit het (multidisciplinair) behandelteam.

3. Hulpmiddelen ter ondersteuning van het proces van samen beslissen

De werkgroep vindt dat de wetenschappelijke verenigingen samen met de betreffende patiëntenorganisaties de regie moeten pakken over de ontwikkeling en ontsluiting van keuzehulpen en patiënteninformatie. De behoefte-inschatting voor een keuzehulp bij iedere richtlijn kan door de betreffende richtlijnwerkgroep uitgevoerd worden, voor ontsluiting van keuzehulpen is een centrale ontsluitingsplek noodzakelijk. Tegelijkertijd dienen vraagstukken over onderhoud, beheer, financiering, toetsing/certificering van keuzehulpen, maar ook over eigenaarschap, verantwoordelijkheid, data(verzameling), toegang en gebruik met veldpartijen uitgewerkt te worden. De Leidraad Hoe maak ik een keuzehulp bij een richtlijn⁴ is leidend en moet verder verspreid en toegepast worden. De ontwikkeling en het gebruik van keuzehulpen en thuisartsinformatie dient gestimuleerd te worden, waarbij aandacht voor het juiste gebruik van uitkomstinformatie in het proces van samen beslissen.

4. Implementatie van samen beslissen (o.a. scholing van (aanstaande) artsen, faciliteren door ziekenhuizen)

De werkgroep beschouwt scholing als een belangrijk instrument voor implementatie van samen beslissen. Scholing over het proces van samen beslissen (zowel theorie als praktijk) moet een plek krijgen in het opleidingsplan voor de vervolgopleidingen medisch specialisten. Daarnaast moet ontwikkeling van adequate (na)scholing over samen beslissen (o.a. gespreksvaardigheden⁵) voor medisch specialisten, verpleegkundigen, patiënten gestimuleerd worden.

5. Evaluatie van het proces van samen beslissen en het gebruik van hulpmiddelen

De werkgroep vindt het belangrijk dat het proces van samen beslissen en de toepassing van hulpmiddelen op termijn geëvalueerd worden. Het ontwikkelen en inzetten van keuzehulpen en andere hulpmiddelen is namelijk geen garantie dat het proces van samen beslissen goed uitgevoerd wordt. Via kwaliteitsvisite kan gemonitord worden hoe vakgroepen invulling geven aan het proces van samen beslissen en kunnen patiëntervaringen gemeten worden.

FINALE AANBEVELING: VERVOLG

De werkgroep adviseert om een adviescommissie 'Samen beslissen' in te stellen die de adviezen uit deze visie uitwerkt tot een actieplan dat goed aansluit bij de afspraken die gemaakt zijn in het Bestuurlijk akkoord en het beleid dat de Federatie Medisch Specialisten hierop ontwikkelt.

Noten:

1. https://www.patiëntenfederatie.nl/images/Rapport_meldactie_Samen_Beslissen.pdf
2. <https://spks.nl/wp-content/uploads/2018/12/20181206-Factsheet-samen-beslissen.pdf>
3. In het visiedocument ligt de focus op de rol van de 'arts' in het proces van samen beslissen, dit sluit echter nadrukkelijk niet uit dat onderdelen van het proces kunnen worden ingevuld door een andere zorgverlener/lid van het (multidisciplinair) behandelteam.
4. Afzenders van de Leidraad zijn het NHG, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland en de FMS <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/2018%20leidraad%20keuzehulpen%20bij%20richtlijnen.pdf>
5. Geessink NH, Ofstad EH, Olde Rikkert MGM, van Goor H, Kasper J, Schoon Y. Shared decision-making in older patients with colorectal or pancreatic cancer: Determinants of patients' and observers' perceptions. *Patient education and counseling*. 2018;101(10):1767-74.



Inhoudsopgave

Samenvatting visiedocument samen beslissen	3
Voorwoord	8
01 Inleiding	9
02 Achtergrond en context	10
2.1 Definitie van samen beslissen	10
2.2 Politieke ontwikkelingen	11
2.3 Attitude en bewustwording	11
2.4 Hulpmiddelen	11
2.5 Uitgevoerde peilingen	13
03 Advies aan de Raad Kwaliteit en de wetenschappelijke verenigingen	16
3.1 Attitude en bewustwording bij arts, patiënt en wetenschappelijke vereniging	16
3.2 Inrichting van het proces van samen beslissen	16
3.3 Hulpmiddelen ter ondersteuning van het proces van samen beslissen	17
3.4 Implementatie en evaluatie van het proces van samen beslissen	17
3.5 Vervolg werkgroep	18

Voorwoord

Ons werk als medisch specialist gaat de komende jaren ingrijpend veranderen. De opkomst van netwerkgeneeskunde, empowerment van de patiënt en digitalisering stellen nieuwe eisen aan de kennis, kunde en vaardigheden van de medisch specialist. Centraal bij al deze veranderingen staat dat de patiënt zoveel mogelijk zelf de regie krijgt.

In het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' van de Federatie Medisch Specialisten wordt als een van de ambities genoemd dat samen beslissen in 2025 dagelijkse praktijk is. Samen beslissen moet dan het uitgangspunt zijn bij de benadering van elke patiënt. In de praktijk is dit niet altijd even gemakkelijk. In het Jaarplan 2017 van de Raad Kwaliteit van de Federatie is samen beslissen als kernwaarde opgenomen. De Raad Kwaliteit heeft zich daarbij tot doel gesteld om in samenwerking met patiëntenverenigingen het proces van samen beslissen te bevorderen. Om in kaart te brengen wat hiervoor nodig is, is de werkgroep 'Samen Beslissen' ingesteld.

De werkgroep heeft zich gebogen over een goede definitie van samen beslissen en stelt met nadruk dat het moet worden gezien als een proces en niet als een eenmalige activiteit die even in de spreekkamer uitgevoerd en vervolgens afgevinkt kan worden. De werkgroep heeft ook een peiling uitgevoerd onder medisch specialisten in samenwerking met de werkgroep van het SKMS-project 'Samen beslissen geïmplementeerd', om een goed beeld te krijgen over de huidige stand van zaken ten aanzien van samen beslissen.

Wat wij willen bereiken, is dat samen beslissen onderdeel is van het doen en laten van de medisch specialist, dat het verweven is in de handswijze. We hebben het er niet meer over, we doen het gewoon. Voordat we daar zijn, zal er nog heel wat moeten gebeuren en dit visiedocument biedt daar goede handvatten voor.

Namens de werkgroep
Ewoud van Arkel

01 Inleiding

Samen beslissen (gedeelde besluitvorming, shared decision making) gaat uit van het principe dat als patiënten goed geïnformeerd worden door artsen, en zelf actief betrokken worden bij de besluitvorming rond hun behandeling ze samen de best passende behandeloptie kiezen. Het gaat uit van de gedachte dat zorgverleners en patiënten verschillende, maar even belangrijke, expertise in te brengen hebben bij het maken van medische beslissingen. Samen beslissen betekent voor zorgverleners dat ze beter kunnen inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Voor de patiënt betekent samen beslissen dat er een keuze wordt gemaakt die het beste aansluit bij de eigen situatie en diens persoonlijke voorkeuren. De huidige literatuur⁶ laat zien dat samen beslissen de kennis en risicoperceptie van patiënten vergroot en hen actiever betreft bij het beslisproces. De kwaliteit van het gesprek en de besluitvorming worden beter indien de principes van samen beslissen worden toegepast, al dan niet met gebruik van keuzehulpen. Samen beslissen draagt daardoor bij aan een betere kwaliteit van zorg⁷ en hogere patiënttevredenheid met als resultaat een verbeterde kwaliteit van leven⁸. De beschikking over goede ondersteunende hulpmiddelen, zoals patiënteninformatie en keuzehulpen, draagt bij aan een goed proces van samen beslissen.

Patiënten zijn door het gebruik van keuzehulpen beter in staat te benoemen wat belangrijk is in hun individuele situatie. De positieve effecten van samen beslissen zijn groter bij groepen met beperkte gezondheidsvaardigheden; vooral als hiervoor specifiek ontwikkelde keuzehulpmiddelen worden gebruikt. Bovendien is er bewijs dat samen beslissen met inzet van keuzehulpen ook tot kostenreductie kan leiden, omdat patiënten vaker kiezen voor minder invasieve of kostbare interventies⁹.

Gebruikte begrippen in dit visiedocument

Als wij in dit visiedocument spreken over patiënteninformatie, bedoelen wij patiënteninformatie die gebaseerd is op medisch-specialistische richtlijnen en gepubliceerd wordt op Thuisarts.nl.

Als wij in dit document spreken over keuzehulpen, bedoelen wij beslissingsondersteunende keuzehulpen die gebaseerd zijn op de medisch-specialistische richtlijnen.

In dit document leggen we de focus op de rol van de 'arts' in het proces van samen beslissen, dit sluit echter nadrukkelijk niet uit dat onderdelen van het proces kunnen worden ingevuld door een andere zorgverlener/lid van het (multidisciplinair) behandelteam.

Noten:

6. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Apr 12; 4:[CD001431 p.]. ; Faber MJ, van Dulmen S, Kinnarsley P. Using interventions with patients before clinical encounters to encourage their participation: a systematic review. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R, editors. *Shared decision making in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 160-5.; Coulter A, Bertelsmann, Report 'National Strategies for Implementing Shared Decision Making', 2018
7. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(4):219-26. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2015;35(1):114-31.;
8. Elf M, Frost P, Lindahl G, Wijk H. Shared decision making in designing new healthcare environments-time to begin improving quality. *BMC health services research*. 2015;15:114.
9. Knops AM, Legemate DA, Goossens A, Bossuyt PM, Ubbink DT. Decision aids for patients facing a surgical treatment decision: a systematic review and meta-analysis. *Ann Srg*. 2013 May; 257(5):860-866



02 Achtergrond en context

2.1 DEFINITIE VAN SAMEN BESLISSEN

Samen beslissen is het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.

De werkgroep heeft de beschrijving die Glyn Elwyn geeft van het proces van samen beslissen¹⁰ als uitgangspunt genomen en aangepast op de visie van de werkgroep. Belangrijke uitgangspunten voor samen beslissen zijn dat:

- zowel arts als patiënt zich bewust worden van het feit dat ze samen beslissingen kunnen maken over de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats;
- de patiënt duidelijk wordt geïnformeerd over alle mogelijke opties;
- de arts luistert en samen met de patiënt in kaart brengt wat voor die patiënt belangrijke overwegingen zijn;
- de patiënt in overleg met de arts tot de beste passende keuze komt.

In het proces van samen beslissen worden de volgende stappen doorlopen om ervoor te zorgen dat de beslissingen corresponderen met wat passend is voor de patiënt.

Stap 1	Aangeven dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft.
Stap 2	Bespreken van de verschillende opties met de patiënt waarin de volgende punten worden meegenomen: <ul style="list-style-type: none">- voor- en nadelen en risico's van de opties;- verwachte uitkomsten van de opties;- de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt;- de mogelijke invloed van de opties op diens persoonlijke situatie.
Stap 3	Het samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid.

Aandachtspunten voor het proces van samen beslissen:

1. Er zijn meer opties waarbij 'niets doen' of 'afwachten' ook opties kunnen zijn.
2. De arts is bereid en gemotiveerd om de patiënt mee te laten beslissen.
3. De arts laat de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt meewegen in beleidsbeslissingen.
4. De patiënt moet de tijd hebben om over de beslissing na te denken (waarbij de benodigde tijd (Time out) o.a. afhangt van de behoefte van de patiënt en de medische urgentie om tot een besluit te komen).
5. De informatie aan de patiënt is afgestemd op diens gezondheidsvaardigheden.¹¹

Verdere overwegingen van de werkgroep:

- De beslissing die arts en patiënt gezamenlijk nemen, leidt tot gedeelde verantwoordelijkheid.
- Soms kan de verantwoordelijkheid volledig bij de patiënt komen te liggen, waarbij de arts zich ervan vergewist heeft dat de patiënt een weloverwogen, goed geïnformeerde beslissing heeft genomen. Aan de andere kant kunnen er situaties zijn waarbij de patiënt aangeeft geen beslissing te kunnen nemen en deze neerlegt bij de arts.
- Er zijn omstandigheden waarin samen beslissen niet kan, bijvoorbeeld in sommige acute situaties.
- Soms behoren de verschillende behandelopties tot de expertise van verschillende behandelaars¹². Het is niet vanzelfsprekend dat één arts details van iedere behandelmogelijkheid voldoende kent om een patiënt duidelijke en complete informatie te geven. Bij het proces van samen beslissen hoort dat de patiënt goede informatie krijgt over

- verschillende behandel mogelijkheden en waar nodig wordt verwezen voor informatie over behandelalternatieven.
- Het informeren van de patiënt over behandelopties en het bespreken van de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt hoeft niet noodzakelijkerwijs door dezelfde zorgverlener in hetzelfde gesprek te gebeuren. Deze onderdelen kunnen worden belegd bij verschillende leden van het (multidisciplinair) behandelteam afhankelijk van de lokale inrichting van het zorgproces.

2.2 POLITIEKE ONTWIKKELINGEN

Vanaf ongeveer 2005 wordt er in Nederland gewerkt aan het stimuleren van samen beslissen¹³. De aandacht voor dit onderwerp is de laatste jaren echter in een stroomversnelling gekomen door opname ervan in beleidsvisies van belangrijke spelers in de gezondheidszorg zoals het ministerie van VWS, beroeps- en patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

In 2015 stuurt de minister van Volksgezondheid, Edith Schippers, een brief naar de Tweede Kamer waarin zij aangeeft dat het tijd is voor een inhaalslag om te bereiken dat: 'elke patiënt kan meebeslissen over zijn behandeling, op voet van gelijkwaardigheid.' Hiervoor is de beschikking over juiste informatie nodig. Om dit te bereiken wordt het Jaar van de Transparantie gelanceerd, waarin verschillende partijen werken aan betere informatievoorziening (transparantie) in de zorg.

Aan het eind van haar regeringsperiode (februari 2017) geeft minister Schippers een vervolg aan de ambities rond transparantie, door als uitgangspunt te nemen dat: *'Meer informatie beschikbaar komt over voor patiënten relevante uitkomsten, zodat de patiënt beter kan kiezen in welke spreekkamer hij of zij terecht komt en dat vervolgens in die spreekkamer gezamenlijk de juiste beslissingen kunnen worden genomen.'*

Minister Schippers geeft hiermee het startsein voor een nieuwe fase. Zij wil bereiken dat er binnen vijf jaar voor ruim de helft van de ziektelast inzicht bestaat in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten. En dat deze informatie goed vindbaar is en goed te begrijpen is en in de praktijk kan worden gebruikt om samen te kiezen voor de best passende zorg. Deze ambitie is overgenomen door minister Bruins voor Medische Zorg en opgenomen in het Bestuurlijk akkoord Medisch Specialistische zorg 2019-2022.

Het Jaar van de Transparantie heeft een vervolg gekregen in de subsidieregeling van het Zorginstituut Transparantie over kwaliteit van zorg. Hierbij is de afgelopen jaren het accent verschoven van transparantie over kwaliteit van zorg naar het inzetten van uitkomsten in het proces van samen beslissen.

2.3 ATTITUDE EN BEWUSTWORDING

Samen beslissen is een gezamenlijk proces dat geïnitieerd kan worden door de arts of door de patiënt. Het is belangrijk dat beiden zich bewust zijn van het feit dat de beslissing samen gemaakt moet worden en dat daar een dialoog voor nodig is. Het bespreken van meerdere opties tijdens een consult, betekent niet per se dat er sprake is van samen beslissen. Het is essentieel dat de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt worden achterhaald en geïntegreerd in de beslissing. Samen beslissen tussen arts en patiënt moet vanzelfsprekend zijn. Meer aandacht hiervoor in opleiding en (na)scholing is nodig om een positief effect op de attitude en bewustwording van artsen te realiseren.

Zowel artsen als patiënten moeten zich dus bewust zijn van hun rol in het proces van samen beslissen. Beiden moeten open staan voor dialoog. Om de bewustwording van artsen en patiënten te bevorderen, zijn verschillende campagnes ingezet door de Federatie en Patiëntenfederatie Nederland zoals 'Betere zorg begint met een goed gesprek' (samen met NFU en NVZ)¹⁴ en '3 goede vragen'¹⁵ (inmiddels ook doorontwikkeld voor kinderen¹⁶). De campagnewebsite beginneengoedgesprek.nl speelt een verbindende rol door goede initiatieven rond samen beslissen te ontsluiten. Daarmee wordt een impuls gegeven aan alles dat door wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties, ziekenhuizen en UMC's wordt gedaan om samen beslissen mogelijk te maken.

2.4 HULPMIDDELEN

Naast bewustwording bij artsen en patiënten, zijn begrijpelijke en betrouwbare hulpmiddelen nodig om het proces van samen beslissen te ondersteunen. Betrouwbaar wil zeggen: waar mogelijk gebaseerd op medisch-specialistische richtlijnen en gesteund door de beroepsgroep en patiëntorganisaties. De werkgroep onderscheidt twee categorieën hulpmiddelen:

- Patiënteninformatie, bijvoorbeeld op Thuisarts.nl;
- Keuze-ondersteunende hulpmiddelen (zoals keuzehulpen) die arts en patiënt samen kunnen gebruiken.

Patiënteninformatie is met name bedoeld om de patiënt te informeren over de achtergrond van de verschillende opties. Keuze-ondersteunende hulpmiddelen stimuleren de patiënt actief na te denken over persoonlijke voorkeuren wat aantoonbaar positief effect heeft op het samen beslissen proces. Het uitdelen van patiënteninformatie (folders) of het laten invullen van bijvoorbeeld een keuzehulp zonder een goed gesprek, beschouwt de werkgroep niet als samen beslissen. En, voor samen beslissen is een keuzehulp ook niet strikt noodzakelijk. Door middel van het hanteren van gesprekstechniek en procesaanpassing kan de zorgverlener ook de stappen van samen beslissen toepassen en op die manier met de patiënt tot een gezamenlijk besluit komen.

In deze visie richt de werkgroep zich op patiënteninformatie en keuzehulpen gebaseerd op medisch specialistische richtlijnen omdat deze zich met name binnen de beïnvloedingssfeer van de Federatie en haar leden bevinden. Naast informatie op Thuisarts.nl en keuzehulpen worden er ook andere patiëntinformatie en keuze-ondersteunende hulpmiddelen ontwikkeld, wel of niet op basis van een richtlijn. De werkgroep adviseert om ook in die gevallen de Leidraad 'Hoe maak ik een keuzehulp bij een richtlijn?' zoveel mogelijk te volgen, om tot goede en betrouwbare informatie te komen.

Leidraad 'Hoe maak ik een keuzehulp bij een richtlijn?'

De ontwikkeling van keuzehulpen heeft een enorme vlucht genomen. Er is inzicht nodig welke keuzehulpen betrouwbaar zijn, of ze aansluiten bij de richtlijnen en of ze daadwerkelijk tegemoetkomen aan de informatiebehoefte van de patiënt. De criteria voor ontwikkeling van keuzehulpen zijn opgenomen in de leidraad 'Hoe ontwikkel ik een keuzehulp bij een richtlijn?'¹⁷ De werkgroep is betrokken geweest bij de totstandkoming van deze leidraad. In geval van een bestaande keuzehulp, meldt de leidraad dat een directe koppeling met richtlijnherziening nodig is zodat een wijziging van een richtlijn doorgevoerd wordt in de keuzehulp.

De leidraad helpt ontwikkelaars betrouwbare en actuele keuzehulpen te maken die door patiëntenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen worden ondersteund. Echter, daarmee zijn nog niet alle vraagstukken rond keuzehulpen opgelost, zoals omtrent het onderhoud en beheer, betrouwbaarheid en transparantie van eventuele algoritmes, dataverzameling en -eigendom, vindbaarheid, inrichting en uitvoering van evt. toetsing en het voorkomen van dubbel werk en extra kosten.

Een belangrijk criterium van keuzehulpen (waaronder consultkaarten) is dat er een volledig overzicht wordt gegeven van alle opties die relevant zijn met daarover de belangrijkste informatie. Als uitkomstinformatie onderdeel vormt van de keuzehulp, moet deze naar de mening van de werkgroep gebaseerd zijn op betrouwbare landelijke data. De informatie over de beschikbare opties en eventuele bijbehorende uitkomsten moet in alle keuzehulpen gelijk zijn, ongeacht in welk ziekenhuis de patiënt de keuzehulp aangeboden krijgt. Eventueel kan een ziekenhuis daarnaast lokale data inzichtelijk maken. Verder is het cruciaal dat in een keuzehulp een methode geïntegreerd is waarmee de persoonlijke voorkeuren van patiënten boven tafel komen, zodat deze in het beslisgesprek aan bod komen.

Ontwikkeling en onderhoud van hulpmiddelen

Medisch-specialistische richtlijnen vormen de basis voor de medische inhoud van een keuzehulp en patiënteninformatie. Daarom heeft de werkgroep met de adviescommissie Richtlijnen van de Raad kwaliteit gesproken over de wenselijkheid om ontwikkeling en onderhoud van hulpmiddelen voor samen beslissen (patiënteninformatie en keuzehulpen gebaseerd op richtlijnen) gekoppeld aan het proces van richtlijnontwikkeling (en -herziening) te laten plaatsvinden. Voor keuzehulpen is het wenselijk om tijdens het richtlijnontwikkelproces te identificeren of er een keuzesituatie is waarvoor bij patiënten een behoefte bestaat voor een keuzehulp. Het ontwikkelen van keuzehulpen zelf is geen onderdeel van het richtlijn-ontwikkeltraject. Die ontwikkeling kan elders belegd worden en is afhankelijk van prioriteit en beschikbare middelen van de

betrokken partijen. De leidraad 'Hoe maak ik een keuzehulp bij een richtlijn?' geeft goede criteria voor het ontwikkelen van keuzehulpen op basis van medisch-specialistische richtlijnen.

Voor ontwikkeling van medisch-specialistische patiënteninformatie heeft de Raad Kwaliteit afgesproken dat deze, indien het onderwerp er zich voor leent, standaard wordt ontwikkeld bij nieuwe richtlijn(modules) en ook wordt onderhouden bij het onderhoud van de richtlijn.

Ontsluiting van hulpmiddelen

Centrale ontsluiting van hulpmiddelen verhoogt de vindbaarheid en naar verwachting ook het gebruik. Door middel van een centrale vindplek, kunnen arts en patiënt er van uit gaan dat de informatie die op dat centrale punt gepubliceerd wordt (of waarnaar wordt doorgelinkt) betrouwbaar is en voldoet aan de (ontwikkel)criteria die artsen en patiënten (met eventueel andere partijen) daarvoor hebben opgesteld. Voor patiënteninformatie gekoppeld aan richtlijnen zijn de Federatie, de Patiëntenfederatie Nederland en het NHG overeengekomen dat [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) het meest geschikte platform is. In een project dat door het ministerie van VWS is gefinancierd in het kader van het Jaar van de Transparantie is een start gemaakt met ontwikkeling van patiënteninformatie bij richtlijnen in het format van Thuisarts.nl. Wetenschappelijke verenigingen hebben samen met patiëntenorganisaties en ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie voor 29 aandoeningen patiënteninformatie ontwikkeld en eind 2017 gepubliceerd op Thuisarts.nl. De Raad Kwaliteit heeft op basis van de ervaringen uit dit project besloten om bij richtlijnen waarvoor dit relevant is, de ontwikkeling van patiënteninformatie voor publicatie op Thuisarts.nl als structureel onderdeel van richtlijnontwikkeling/-herziening op te nemen. Hiermee wordt Thuisarts.nl duurzaam uitgebreid met relevante informatie over tweedelijnszorg.

[Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) is daarmee een centrale betrouwbare bron voor patiënteninformatie die:

- aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt/cliënt;
- goed vindbaar, inhoudelijk juist en actueel is;
- doorverwijst naar andere relevante informatie van betrouwbare bronnen (zoals websites van patiëntenorganisaties en zorgkaartnederland.nl);
- ook via andere platforms kan worden ontsloten (zoals zorgkaartnederland.nl, kiesbeter.nl, websites van patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen).

Voor keuzehulpen ontbreekt een centraal platform. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er vele ontwikkelaars zijn die zelf over de eigendomsrechten beschikken en niet altijd bereid zijn hun keuzehulpen publiek beschikbaar te stellen. Activiteiten met het Zorginstituut Nederland, ministerie van VWS, Patiëntenfederatie, NVZ, NFU en zorgverzekeraars om tot een oplossing hierover, te komen lopen op het moment van schrijven van dit document. De consultkaarten die zijn ontwikkeld door patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen zijn te vinden op de website [consultkaart.nl](https://www.consultkaart.nl).

Kanttekening bij toepassing van hulpmiddelen

De werkgroep signaleert dat er veel wildgroei is van patiënteninformatie en andere ondersteunende instrumenten. Ook worden keuzehulpen door verschillende partijen gebruikt voor andere doeleinden dan waarvoor deze bestemd zijn, bijvoorbeeld als indicator voor kwaliteit van zorg en inkoopmiddel bij zorgverzekeraars. De werkgroep maakt zich zorgen over deze ontwikkelingen die tot gevolg hebben dat de focus wordt verlegd van de dialoog tussen arts en patiënt naar de inzet van keuzehulpen bij samen beslissen. We moeten er voor waken dat de indruk ontstaat dat het gebruik van keuzehulpen volstaat voor samen beslissen.

Een ander zorgpunt is de koppeling die wordt gelegd tussen uitkomstinformatie en samen beslissen (zie 2.2 politieke ontwikkelingen). De uitgangspunten hierbij zijn dat uitkomsten in de spreekkamer worden gebruikt bij de besluitvorming over de best passende zorg en bij de keuze voor een zorgaanbieder. Dat laatste valt niet onder de definitie van samen beslissen die in deze visie wordt gehanteerd. Uitkomstinformatie kan het proces van samen beslissen in de spreekkamer over de best passende zorg op verschillende manieren ondersteunen:

1. Door de individuele patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs) worden door de arts teruggekoppeld aan deze patiënt en worden meegenomen in de gezamenlijke besluitvorming rond het zorgproces.
2. Landelijk verzamelde en geaggregeerde uitkomsten worden gebruikt om de patiënt te informeren over het effect van een behandeling bij vergelijkbare patiënten, wat de patiënt kan ondersteunen bij de keuze voor een behandeling (patients like me).

Ten aanzien van het gebruik van uitkomsten in de spreekkamer wil de werkgroep benadrukken dat ook dit alleen niet volstaat voor samen beslissen. Bovendien is niet voor alle besluiten die in het zorgtraject moeten worden genomen uitkomst informatie beschikbaar of relevant. Het belangrijkste en onmisbare onderdeel van het proces van samen beslissen is een goed gesprek, of vaak zelfs een aantal opeenvolgende gesprekken om te komen tot besluitvorming. Patiënten informatie, uitkomst informatie of keuzehulpen, hoe informatief ook, kunnen dit niet vervangen.

2.5 UITGEVOERDE PEILINGEN

Om een goed beeld te krijgen van de huidige stand van zaken ten aanzien van Samen Beslissen zijn verschillende peilingen uitgevoerd onder medisch specialisten, onder patiënten en onder bureaus van wetenschappelijke verenigingen.

Peiling medisch specialisten

De werkgroep heeft samen met de werkgroep van het SKMS-project 'Samen beslissen geïmplementeerd' een vragenlijst voor medisch specialisten (in opleiding) opgesteld en via de wetenschappelijke verenigingen laten uitzetten. In totaal vulden 827 respondenten de vragenlijst in, waarvan 807 zijn geïncludeerd.

Het proces van samen beslissen wordt positief benaderd door medisch specialisten. 87% is het ermee eens dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg. Driekwart van de respondenten vindt dat samen beslissen zorgt voor realistische verwachtingen van de behandelopties bij de patiënt. Veel van de respondenten (87%) informeert de patiënt mondeling over de wijze waarop besluitvorming plaatsvindt en vrijwel alle medisch specialisten (97%) benoemt expliciet dat er meerdere behandelopties zijn (waarbij soms 'niets doen' of 'afwachten' ook opties zijn).

De ervaring van medisch specialisten over hoe vaak een patiënt zelf actief aangeeft te willen participeren in de besluitvorming lijkt verdeeld, waarbij velen aangeven dat een patiënt slechts 'soms' (36%) of 'regelmatig' (30%) aangeeft dat deze wil participeren in de besluitvorming. Een ruime meerderheid (86%) is het niet eens met de stelling dat gedeelde besluitvorming alleen kan worden gedaan bij patiënten die voldoende zijn opgeleid.

Het hebben van hulpmiddelen die behandelopties op persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van patiënten naar voren brengen, vindt de meerderheid nuttig (62-64%). Slechts 13% geeft aan een keuzehulp te gebruiken; 40% zegt wel eens een hulpmiddel of instrument gebruikt te hebben bij het toepassen van gezamenlijke besluitvorming, waaronder met name keuzehulpen (consultkaarten), online tools zoals websites of apps en folders.

Er is een meer verdeelde respons op de stelling of men zich gesteund voelt door de organisatie in het toepassen van gedeelde besluitvorming. 40% geeft aan 'neutraal' of 'weet niet' en 38% geeft aan het hiermee 'eens' of 'zeer eens' te zijn. Factoren die volgens de medisch specialist op lokaal niveau georganiseerd dienen te worden, betreffen voornamelijk het verlagen van de tijdsdruk en productiedruk.

Bijna de helft van de medisch specialisten geeft aan belemmerende factoren (45%) te ervaren in het toepassen van gezamenlijke besluitvorming. Als belemmerende factoren wordt onvoldoende financiële beloning of niet passende financieringsstructuur genoemd, maar ook belemmeringen door logistieke factoren zoals gebrek aan ruimte of inflexibele poliplanning worden genoemd. Daarnaast speelt tijdsdruk of een gebrek aan hulpmiddelen zoals keuzehulpen of ondersteunend personeel een rol.

Ook geeft 42% van de respondenten aan ondersteunende factoren te ervaren voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming: de ervaring dat het leidt tot betere uitkomsten en behandelresultaten bij patiënten en een hogere patiënt tevredenheid. Ondersteunende factoren die genoemd worden in de praktische uitvoering is het krijgen van voldoende consulttijd, de beschikbaarheid van hulpmiddelen zoals keuzehulpen en draagvlak vanuit de vakgroep of collega's.

In totaal geeft 64% van de specialisten aan behoefte te hebben aan een training die gezamenlijke besluitvorming ondersteunt.

Peilingen Patiëntenfederatie Nederland¹⁸ en NFK¹⁹

De benadering van de medisch specialisten lijkt niet overeen te komen met de ervaringen van de patiënten (n=7800) die een meldactie van Patiëntenfederatie Nederland hebben ingevuld. Hierin geeft 48% aan niet meerdere mogelijkheden voorgelegd te hebben gekregen door de zorgverlener. 14% voelde zich te weinig betrokken bij de uiteindelijk beslissing over hun behandeling en 37% van de zorgverleners sprak niet of beperkt over de zorg die het beste past bij de situatie of voorkeur. 15% was zich niet bewust van de mogelijkheid om mee te beslissen en 29% was niet voorbereid op een keuzemoment. Uit een onderzoek van Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) onder 3785 mensen die kanker hebben (gehad) blijkt dat (ex-) kankerpatiënten naar hun mening nog onvoldoende worden geïnformeerd over de (lange termijn) gevolgen van de behandeling (30%). Daarnaast is volgens 45% van de patiënten niet besproken wat voor hen belangrijk is in het dagelijks leven en geeft 55% aan dat hun wensen of plannen voor de toekomst niet besproken zijn.

Peiling bij bureaus wetenschappelijke verenigingen

De werkgroep heeft bij verzenden van de vragenlijst voor medisch specialisten aan de bureaus van de wetenschappelijke verenigingen, ook een korte vragenlijst aan die bureaus zelf bijgevoegd. De bureaus van 12 wetenschappelijke verenigingen hebben de vragenlijst ingevuld.

Hieruit kwam naar voren dat bij driekwart van de bureaus het stimuleren van gezamenlijke besluitvorming door arts en patiënt deel uitmaakt van het huidige beleid van de wetenschappelijk vereniging, bij een kwart was dat (nog) niet het geval. Met name de consultkaart werd genoemd als voorbeeld waar de ondersteuning uit bestaat.

Op de vraag of er door de achterban een actieve rol wordt gespeeld bij de implementatie van gezamenlijke besluitvorming in de spreekkamer reageerden vijf wetenschappelijke verenigingen positief (waarvan drie aangaven dat het nog beter zou kunnen) en zeven negatief (veelal omdat het ofwel niet in beeld is ofwel omdat het geen speerpunt voor de wetenschappelijke vereniging is).

Volgens de bureaus zijn de grootste struikelblokken bij de implementatie van gezamenlijke besluitvorming binnen de eigen beroepsgroep: tijd en financiering, ontbreken juiste competenties, beschikbaarheid informatie, veranderbaarheid, beschikbare hulpmiddelen, voldoende geïnformeerde patiënt, visie op wat gezamenlijke besluitvorming eigenlijk inhoudt ('we doen dit al jaren'), en de vrees dat het meer (onbetaalde) tijd kost.

CONCLUSIES

1. Artsen zijn van goede wil maar passen het proces van samen beslissen, volgens de peilingen van Patiëntenfederatie Nederland en NFK, nog onvoldoende toe;
2. Patiënten zijn nog onvoldoende op de hoogte over wat samen beslissen precies is en hoe ze dit kunnen aankaarten in een gesprek;
3. Het hebben van hulpmiddelen wordt als ondersteunend ervaren, maar er zijn nog onvoldoende goede hulpmiddelen beschikbaar;
4. Onvoldoende tijd en financiering worden als belemmerende factoren ervaren;
5. Artsen voelen zich niet altijd gesteund door hun organisatie wat betreft samen beslissen, terwijl draagvlak bij bijvoorbeeld de vakgroep juist als ondersteunende factor wordt ervaren;
6. Wetenschappelijke verenigingen variëren in de prioritering van dit onderwerp in hun beleid en hebben niet voldoende in beeld of en op welke wijze de achterban een rol speelt bij samen Beslissen.

Noten:

10. Glyn Elwyn et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017; 359:j4891

11. Gezondheidsvaardigheden zijn 'de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen'. (Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Consortium Health Literacy Project Europe. *Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health*, 2012; 25: 12:80.) Uit recente cijfers van het Nivel (M. Heijmans, A. Brabers & J. Rademakers, *Health Literacy in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018*) blijkt dat ruim een derde van de Nederlanders (36,4%) lage gezondheidsvaardigheden hebben. Mensen met onvoldoende of beperkte vaardigheden hebben meer moeite om de informatie van de zorgverlener te begrijpen en/of vinden het moeilijker om in een consult met een zorgverlener een actieve gesprekspartner te zijn. Als hier onvol-

doende aandacht voor is, zal dit het proces van Samen Beslissen negatief beïnvloeden.

12. Een klein niercelcarcinoom bijvoorbeeld kan behandeld worden met een operatie door de uroloog of ablatie door de interventieradioloog.
13. ZonMw-verkenning 'Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland' 2016
14. <https://begineengoedgesprek.nl>
15. <https://3goedevragen.nl/>
16. <https://3goedevragen.nl/kinderen/>
17. www.demedischspecialist.nl/leidraad-keuzehulpen
18. https://www.patiëntenfederatie.nl/images/Rapport_meldactie_Samen_Beslissen.pdf
19. <https://spks.nl/wp-content/uploads/2018/12/20181206-Factsheet-samen-beslissen.pdf>



03 Advies aan de Raad Kwaliteit en de wetenschappelijke verenigingen

De werkgroep constateert dat er volop beweging is rondom samen beslissen. Er lijkt een verschil te zijn in de perceptie en ervaring van de patiënt en de medisch specialist ten aanzien van de mate waarin samen wordt beslist. De werkgroep richt zich op de aandachtspunten die zich zo veel mogelijk binnen de beïnvloedingssfeer van de Raad Kwaliteit, de wetenschappelijke vereniging en de individuele medisch specialist bevinden. Deze liggen op het gebied van bewustwording en van implementeren van samen beslissen in het zorgproces en opleiding/training van geneeskundestudenten, aiOS en medisch specialisten.

Kijkend naar de definitie van samen beslissen (zie paragraaf 2.1), richt het advies van de werkgroep zich op:

1. attitude en bewustwording bij arts, patiënt en wetenschappelijke vereniging;
2. inrichting van het proces van samen beslissen;
3. hulpmiddelen ter ondersteuning van het proces van samen beslissen;
4. implementatie van samen beslissen (o.a. scholing van (aanstaande) artsen, faciliteren door ziekenhuizen);
5. evaluatie van het proces van samen beslissen en het gebruik van hulpmiddelen.

De werkgroep geeft een aantal aanbevelingen, waarbij zij zich realiseert dat niet alle aanbevelingen gelijktijdig en op korte termijn geïmplementeerd kunnen worden. Een deel van de aanbevelingen heeft niet alleen betrekking op de Federatie en haar leden, maar ook op andere partijen in de zorg, zoals ziekenhuizen, zorgverzekeraars en keuzehulp ontwikkelaars. Het is aan te bevelen om een praktisch plan van aanpak op te stellen met daarin een prioritering van actiepunten en tijdspaden.

3.1 ATTITUDE EN BEWUSTWORDING BIJ ARTS, PATIËNT EN WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING

Het proces van samen beslissen is door een kleine groep voortrekkers inmiddels in gang gezet. Om te zorgen dat het breder geïmplementeerd gaat worden, moet bewustwording over samen beslissen bij zorgverleners, patiënten én zorgorganisaties worden verhoogd. Zorgverleners en patiënten moeten getraind worden en (op de juiste wijze) gebruik gaan maken van ondersteunende instrumenten.

Concrete adviezen:

- Creëer draagvlak en bewustwording bij alle betrokken partijen (zorgverleners, patiënten, zorgorganisaties én beleidsmakers) voor het feit dat samen beslissen een proces is.
- Creëer bewustwording bij medisch specialisten en patiënten voor het feit dat ze samen kunnen en moeten beslissen over de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats:
 - o Geef hiervoor vervolg aan de verschillende landelijke campagnes van Federatie en Patiëntenfederatie Nederland: 'Betere zorg begint met een goed gesprek' en '3 goede vragen';
 - o Besteed bij de ontwikkeling van beleid binnen de Federatie en wetenschappelijke verenigingen specifiek aandacht aan het vergroten van draagvlak/bewustwording voor samen beslissen bij de achterbannen;
- Treedt in overleg met de NFU over mogelijkheden om al in de basisopleiding Geneeskunde bewustwording en draagvlak voor samen beslissen te bevorderen en benodigde vaardigheden aan te leren;

3.2 INRICHTING VAN HET PROCES VAN SAMEN BESLISSEN

Zorgorganisaties moeten het proces van samen beslissen beter gaan faciliteren. Voor de belemmerende factoren die momenteel ervaren worden op gebied van financiering, logistiek en tijd moeten oplossingen gevonden worden. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat het samen beslissen proces verschillende fases en met name ook

overdenk en overlegtijd behelst. Het van belang dat er rust op de werkvloer wordt gecreëerd zodat zorgverleners voldoende aandacht voor de patiënt en zijn verhaal kunnen hebben (met een koel hoofd en een warm hart²⁰) en de patiënt de ruimte voelt om de vragen te stellen die hij heeft.

Concrete adviezen:

- Ondersteun medisch specialisten bij het goed organiseren van het proces van samen beslissen in hun zorginstelling (tijd, financiering, hulpmiddelen, ondersteuning) door:
 - o het beschikbaar stellen van goede voorbeelden;
 - o in overleg met de verschillende stakeholders oplossingen te zoeken voor de ervaren belemmeringen bij de organisatie en financiering van het proces van samen beslissen.
- Kijk naar een rol voor andere zorgverleners uit het (multidisciplinair) behandelteam in het proces van samen beslissen, zoals (specialistisch) verpleegkundigen.

3.3 HULPMIDDELEN TER ONDERSTEUNING VAN HET PROCES VAN SAMEN BESLISSEN

De werkgroep Samen Beslissen vindt dat de wetenschappelijke verenigingen samen met de betreffende patiëntenorganisatie een verantwoordelijkheid hebben in het signaleren van de wenselijkheid voor de ontwikkeling van hulpmiddelen die gebaseerd zijn op medisch-specialistische richtlijnen. De adviescommissie Richtlijnen en de werkgroep zijn het eens over het feit dat dit aan de richtlijnontwikkeling gekoppeld moet worden en adviseren dit op te nemen in het traject 'Medisch-specialistische richtlijnen 2.0'.

Concrete adviezen:

- Pak samen met patiëntorganisaties en Patiëntenfederatie Nederland de regie over de ontwikkeling van keuzehulpen. Te beginnen met vaststellen van noodzakelijke keuzehulpen en prioritering daarin.
- Bekijk bij elke richtlijnontwikkeling/-herzieningstraject of er behoefte is aan ontwikkeling/update van een keuzehulp (NB. de ontwikkeling van de keuzehulp is geen onderdeel van het richtlijn-ontwikkeltraject).
- Zorg voor verdere uitbreiding van patiënteninformatie over medisch-specialistische zorg op Thuisarts.nl.
- Realiseer met veldpartijen een centrale ontsluitingsplek voor keuzehulpen, eventueel gekoppeld aan of op Thuisarts.nl.
- Werk met veldpartijen de vraagstukken uit over onderhoud, beheer, financiering, toetsing/certificering van keuzehulpen, maar ook over eigenaarschap, verantwoordelijkheid, data(verzameling), toegang en gebruik.
- Verspreid de leidraad 'Hoe maak ik een keuzehulp bij een richtlijn?' verder onder de individuele medisch specialist.
- Stimuleer het gebruik van de criteria van de leidraad 'Hoe maak ik een keuzehulp bij een richtlijn?', ook als die niet gebaseerd kunnen worden op medisch-specialistische richtlijnen.
- Stimuleer ontwikkeling van instrumentarium, bijvoorbeeld door financiering te bieden via SKMS.
- Stimuleer gebruik van betrouwbare keuzehulpen en treed hierover in overleg met de koepels van ziekenhuizen en zorgverzekeraars.
- Ontwikkel een overzicht van alle soorten hulpmiddelen die bestaan en (ontwikkel) criteria voor wanneer deze hulpmiddelen wel of niet geschikt kunnen zijn²¹.
- Bewaak het juiste gebruik van uitkomstinformatie (gebaseerd op betrouwbare landelijke data uit kwaliteitsregistraties) in het proces van samen beslissen en keuzehulpen.

3.4 IMPLEMENTATIE EN EVALUATIE VAN HET PROCES VAN SAMEN BESLISSEN

De werkgroep beschouwt scholing als een belangrijk instrument voor implementatie van samen beslissen. Binnen het (centraal) SKMS-gefinancierde project 'Samen beslissen geïmplementeerd – ontwikkeling van trainingsmateriaal' werkt een aantal wetenschappelijke verenigingen aan de implementatie en het verbeteren van samen beslissen in de klinische praktijk. Zij willen dit bereiken door (door)ontwikkeling van generiek trainingsmateriaal/-kader dat aansluit bij de wensen en knelpunten van de medisch specialist (in opleiding) en patiënt. Een aantal leden van de werkgroep 'Samen Beslissen' heeft ook zitting in deze werkgroep waardoor de bevindingen van de werkgroep 'Samen beslissen geïmplementeerd' zijn meegenomen in voorliggend visiedocument.

Verder vindt de werkgroep het belangrijk dat het proces van samen beslissen en de toepassing van hulpmiddelen op termijn geëvalueerd wordt. Het ontwikkelen en inzetten van keuzehulpen en andere hulpmiddelen is namelijk geen garantie

dat het proces van samen beslissen goed uitgevoerd wordt. Het is belangrijk te laten zien dat samen beslissen en de daarbij gebruikte hulpmiddelen daadwerkelijk gebruikt worden en bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg.

Concrete adviezen:

- Neem scholing over het proces van samen beslissen (zowel theorie als praktijk) op in het opleidingsplan voor de vervolgoopleidingen medisch specialisten.
- Stimuleer de ontwikkeling van adequate (na)scholing over samen beslissen (o.a. gespreksvaardigheden²²) voor medisch specialisten, verpleegkundigen, patiënten.
- Communiceer actief over beschikbare betrouwbare hulpmiddelen naar de achterban.
- Stimuleer evaluatieonderzoek naar het effect van (ondersteunende instrumenten bij) samen beslissen en het gebruik van uitkomsten bij samen beslissen.
- Monitor via kwaliteitsvisite hoe vakgroepen invulling geven aan het proces van samen beslissen. Onderzoek hiervoor samen met de adviescommissie kwaliteitsvisites of dit aanpassing vraagt van de leidraad waarderingsystematiek kwaliteitsregistraties en/of de normeringskaders van de individuele wetenschappelijke verenigingen.
- Stimuleer dat de patiënt wordt bevraagd over diens ervaring met het proces van samen beslissen door vragen hierover op te nemen in PREM's vragenlijsten.
- Stimuleer dat gebruik van samen beslissen met aios geëvalueerd wordt.

3.5 VERVOLG WERKGROEP

Samen beslissen speelt een belangrijke rol in het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. Afgesproken is dat de partijen zich op verschillende manieren zullen inzetten om samen beslissen in de spreekkamer verder te bevorderen. Dit betekent dat er de komende jaren veel staat te gebeuren rond dit onderwerp.

Hoofdstuk 3 begon met de aanbeveling om een praktisch plan van aanpak op te stellen met daarin een prioritering van actiepunten en tijdspaden. Het is van belang dat dit plan goed aansluit bij de afspraken die gemaakt zijn in het Bestuurlijk akkoord en het beleid dat de Federatie Medisch Specialisten hier op ontwikkelt.

De werkgroep adviseert daarom om een adviescommissie 'Samen beslissen' in te stellen die de adviezen uit deze visie uitwerkt tot actiepunten en die de Raad Kwaliteit en het bestuur van de Federatie kan adviseren bij de vele ontwikkelingen rond samen beslissen. Deze commissie kan dan fungeren als aanjager van activiteiten, monitort de vorderingen en stelt bij waar nodig.

Zonder een dergelijke borging van samenhang in beleid en daadwerkelijke uitvoering van de adviezen, zal er naar verwachting maar beperkt resultaat worden boekt.

De nieuwe adviescommissie kan ervoor zorgdragen dat samen beslissen steeds meer een gewoonte wordt.

Noten:

20. Visiedocument Medisch Specialist 2025

21. Behoeft hieraan is ook in een rapportage van het consultkaartproject aan ZonMw gegeven. "Er is behoefte aan een overzicht van alle soorten hulpmiddelen die bestaan en criteria voor wanneer deze hulpmiddelen wel of niet geschikt kunnen zijn. Met een bredere oriëntatie verwachten wij dat er in de toekomst nog beter aangesloten kan worden bij de wensen en behoeften in de praktijk."

22. Geessink NH, Ofstad EH, Olde Rikkert MGM, van Goor H, Kasper J, Schoon Y. Shared decision-making in older patients with colorectal or pancreatic cancer: Determinants of patients' and observers' perceptions. Patient education and counseling. 2018;101(10):1767-74.

