

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Meer 'samen beslissen' nodig door aangescherpte Wgbo

Dirk T. Ubbink, Paul A.F. Geerts, Taco Gosens en Paul L.P. Brand

Samenvatting

In januari 2020 is een aangescherpte Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) verschenen. Hierin wordt expliciet het toepassen van 'samen beslissen' tijdens het consult benoemd. Dit houdt in dat de wensen, overwegingen en voorkeuren van de patiënt ten aanzien van de behandelopties expliciet worden uitgevraagd en meegenomen bij de medische besluitvorming. Er is steeds meer aandacht voor samen beslissen vanuit patiëntenorganisaties, overheid, beroepsverenigingen en verzekeraars. Zowel zorgprofessionals als patiënten moeten echter nog wennen aan toepassing in de spreekkamer. Daarom zijn bewustwording, training en de organisatie van de zorg belangrijke aspecten om samen beslissen te kunnen realiseren. Diverse (koepel)organisaties in de zorg hebben (digitale) hulpmiddelen ontwikkeld voor zowel artsen als patiënten. Deze tools worden in dit artikel besproken, om alle belanghebbenden te stimuleren tot samen beslissen.

Sinds de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst is aangescherpt, moeten zorgprofessionals samen beslissen met hun patiënten. De waarde en noodzaak daarvan is voor beide partijen inmiddels wel duidelijk. Maar in de praktijk blijkt 'samen beslissen' nog best lastig.

Een zorgprofessional en een patiënt die een behandelrelatie aangaan, sluiten juridisch gezien een behandelingsovereenkomst. De Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) uit 1995 regelt de privacy van de patiënt, het recht op een second opinion, het inzage-recht van patiënten in hun eigen medisch dossier en de vertegenwoordiging van patiënten als zij niet zelf kunnen beslissen.¹ Ook omschrijft de Wgbo de informatieplicht en de toestemmingsvereiste; de zorgprofessional is verplicht de patiënt naar redelijkheid te informeren en deze toestemming voor een behandeling te vragen.

De informatieplicht betreft aard en doel van de behandeling, risico's en gevolgen van behandeling, eventuele andere behandelingsmogelijkheden en vooruitzichten voor de gezondheidstoestand van de cliënt.

Per 1 januari 2020 is deze Wgbo gewijzigd en aangescherpt. Dit artikel illustreert de aanscherping van de Wgbo, wil bijdragen aan de bewustwording van het nut en de juridische noodzaak van samen beslissen en biedt handvatten om dit in de eigen spreekkamer toe te passen.

Aangescherpte Wgbo

De belangrijkste wijzigingen in de Wgbo zijn de aanvulling op de informatieplicht van de hulpverlener, de aanpassing op de bewaar- en aanvangstermijn van het medisch dossier en het inzage-recht van nabestaanden.¹

Hier zullen wij alleen ingaan op de informatieplicht. In de aangescherpte Wgbo ligt de nadruk op gedeelde of gezamenlijke besluitvorming, ook wel 'samen beslissen' genoemd. Hiermee verschuift het accent van het informeren naar het betrekken van de voorkeur van de patiënt bij de (be)handelbeslissing. De zorgprofessional is nu verplicht tijdig overleg te voeren met de patiënt over de mogelijkheid af te zien van behandeling, over andere onderzoeken en behandelingen door andere hulpverleners, de uitvoeringstermijn van de behandeling en de verwachte tijdsduur daarvan.

Tot nu toe is het voldoen aan de Wgbo voor veel zorgprofessionals een standaardprocedure. Hierin informeren en adviseren zij de patiënt over een of meer behandelopties met de voor- en nadelen ervan, vragen ze akkoord van de patiënt en leggen ze het gesprek conform de Wgbo-eisen vast in het patiëntendossier. Artsen benoemen meestal wel de verschillende behandelopties, maar ze bereiden hun patiënten zelden voor op het (samen) maken van een keuze en vragen ook zelden naar wat voor hen belangrijk is.²⁻⁵ Mede hierom vraagt de wet expliciet om het toepassen van samen beslissen voordat een behandeling wordt ingezet.

Samen beslissen

Samen beslissen kan worden gezien als een 'drempelconcept';⁶ een principe dat je moet begrijpen om een vak (beter) te kunnen uitoefenen. Het gaat verder dan het terugdringen van het paternalistische handelen van de zorgprofessional of het maximaliseren van het zelfbeschikkingsrecht en de autonomie van de patiënt. Samen beslissen is het proces van medische besluitvorming waarin

zowel de medische expertise van de zorgprofessional als het beschikbare bewijsmateriaal én de wensen, overwegingen en voorkeuren van de patiënt ten aanzien van de behandelopties worden betrokken.⁷ Dit alles onafhankelijk van wie de knoop uiteindelijk doorhakt. Er kan samen beslist worden over opties waarvan de uitkomsten vergelijkbaar of onzeker zijn of niet direct toepasbaar op een unieke patiënt, maar ook over interventies waarvoor het bewijsmateriaal sterk is.⁸ Samen beslissen is geen eenmalig, maar een continu proces, waarin het besluit kan worden herzien in geval van nieuwe feiten.

Voor patiënten leidt samen beslissen tot meer inspraak, meer tevredenheid met de genomen beslissing, meer kennis over de aandoening en risico's van behandelopties,⁹ betere therapietrouw, minder (chirurgische) overbehandeling,¹⁰ en mogelijk zelfs minder zorgkosten.¹¹ Anderzijds veroorzaakt samen beslissen niet meer ongerustheid, keuzestress of andere zorguitkomsten.⁹ Ten slotte ervaren zorgprofessionals dat hun vak hierdoor leuker wordt en meer voldoening geeft.¹²

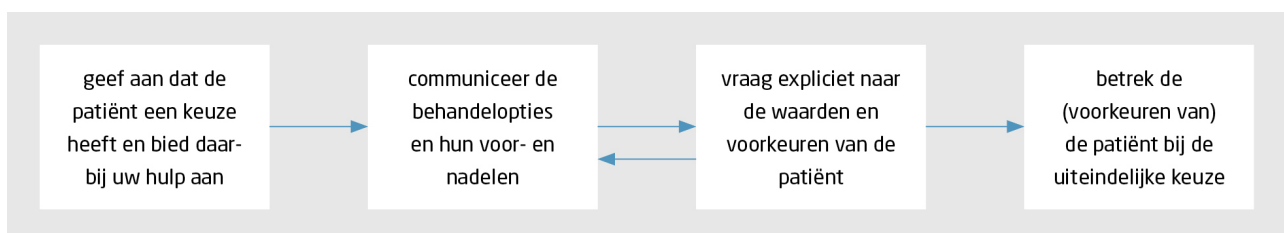
Ook 9 van de 10 patiënten beslissen graag mee wanneer er een keuze gemaakt moet worden over behandeling, zorg of ondersteuning.¹³

Samen beslissen in de praktijk

Zorgprofessionals en patiënten moeten nog wennen aan deze manier van besluitvorming, zowel in de eerstelijnszorg als bij veel klinische specialismen.^{14,15} Tevens hebben sommige artsen nog misconcepties over samen beslissen, zoals 'het is strijdig met richtlijnen', 'het kost te veel tijd' of 'we doen het al'.¹² Deze zijn echter zelden gebaseerd op werkelijke feiten.¹⁶ Hoewel het begrip steeds meer bekendheid geniet, is de toepassing ervan nog geen dagelijkse praktijk.^{3-5,17} De meeste artsen hebben dit drempelconcept niet in hun opleiding meegekregen. Zij vinden het hun taak om voor patiënt en familie de beste behandeling te kiezen en zijn zich nog onvoldoende bewust van de mogelijke discrepantie tussen de voorkeur van de dokter, op basis van medisch-inhoudelijke kennis, en die van de patiënt, op basis van persoonlijke wensen en doelen. Bovendien voelen patiënten zich dikwijls niet in staat of deskundig om mee te beslissen.

Goed informeren van de patiënt is zorgprofessionals wel eigen,⁵ hoewel de informatievoorziening nog niet altijd in overeenstemming is met wat de Wgbo van ons vraagt.^{18,19} Naast het informeren over de medisch-inhoudelijke evidence aangaande de opties, horen artsen ook de sociale, emotionele en praktische overwegingen van de patiënt te betrekken in de uiteindelijke keuze. Het expliciet boven water halen van de doelen en voorkeuren van de patiënt,²⁰ vooral ten aanzien van de behandelopties en diens waardering van de voor- en nadelen ervan, is wat de aangescherpte Wgbo nu van artsen vraagt.

Wanneer zorgprofessionals eenmaal de waarde van samen beslissen beseffen, heeft dit gevolgen voor de consultvoering tussen arts en patiënt.¹⁶ Dit vergt doelbewuste inspanningen van patiënt, zorgprofessional, zorgverleningsinstanties en zorgverzekeraars, zowel in de organisatie van de zorg (zoals meer tijd of een tweede gesprek plannen voor besluitvormende consulten, ICT-ondersteuning voor keuzehulpmiddelen) als in de uitvoering van het arts-patiëntgesprek. Een goed gestructureerd samen-beslissen-gesprek bestaat grofweg uit 4 essentiële stappen, waarvan met name stap 2 en 3 zich kunnen herhalen (figuur).⁷ Bij mensen met een langdurige beperking of multimorbiditeit zal het er vooral om gaan de doelstelling te kiezen die er voor de patiënt het meeste toe doet of de klacht of aandoening te kiezen die de patiënt het meest parten speelt.



Figuur
De structuur van een samen-beslissen-gesprek

Bij wilsonbekwame patiënten is het noodzakelijk de partner, familie of naasten te informeren en te achterhalen wat de patiënt zou wensen om zo een passend besluit te nemen. Ook bij patiënten met een taalbarrière is dit vaak mogelijk. Gewoonlijk nemen patiënten beslissingen ook niet individueel, maar onder invloed van hun omgeving.

In arts-patiëntgesprekken kan de patiënt de beslissing bij de zorgprofessionals leggen: 'Wat zou u doen, dokter?' of 'Beslist u het maar'. Vooral ouderen of mensen met een niet-Nederlandse achtergrond doen dit geregeld. Zorgprofessionals kunnen dan het best aangeven dat ze pas een goed advies kunnen geven als ze weten wat er voor de patiënt toe doet. Pas als de doelen, wensen en voorkeuren van de patiënt helder zijn, kan een advies op maat worden gegeven. Het is daarbij minder relevant wie de knoop doorhakt.

Ondersteuning van samen beslissen in de praktijk

Er zijn diverse (digitale) tools beschikbaar om samen beslissen in de praktijk te faciliteren, zowel voor zorgprofessionals en studenten als voor patiënten (zie het supplement op ntvg.nl/D5775).

Zorgprofessionals dienen patiënten te laten weten dat zij iets te kiezen hebben en hen aan te moedigen om hun wensen, zienswijzen en voorkeuren in het consultgesprek naar voren te brengen (zie kader).

Geneeskundestudenten krijgen het samen beslissen steeds meer mee in de gespreksvaardigheidstrainingen voorafgaand aan hun coschappen. In het geneeskundecurriculum en de vervolgopleidingen krijgt samen beslissen steeds meer structurele aandacht. Ook voor zorgprofessionals zijn vergelijkbare gesprekstrainingen met simulatiepatiënten beschikbaar, om de vier onderdelen van het samen-beslissen-gesprek te oefenen (zie de figuur). Deze trainingen en feedback op de eigen gespreksvoering zijn effectief om samen beslissen in de spreekkamer te realiseren.²¹

Voor patiënten zijn steeds meer digitale keuzehulpen beschikbaar, waarmee zij beter beslagen ten ijs komen als zij hun zorgprofessional bezoeken.⁹ Deze keuzehulpen worden steeds vaker via de patiëntportalen van ziekenhuizen aangeboden. Bovendien wordt de medische inhoud van keuzehulpen steeds vaker gekoppeld aan bestaande richtlijnen,²² waardoor de keuzehulp actueel blijft zodra de richtlijn wordt bijgewerkt.

Ook het ministerie van VWS, diverse beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars geven aandacht aan samen beslissen.¹² In de loop van 2020 zijn diverse nationale koepelorganisaties in de zorg gezamenlijk gestart met het ontwikkelen van een nationale bibliotheek met keuzehulpen, voor een betere vindbaarheid en implementatie ervan. Daarnaast ontwikkelen medisch-specialistische beroepsverenigingen hun evidencebased richtlijnen steeds meer met het oog op het aangeven van verschillende behandelopties voor de patiënt.²²

Conclusie

De recente aanscherping van de Wgbo maakt samen beslissen nu een wettelijke voorwaarde voordat wordt overgegaan tot een behandeling. Samen beslissen is daarmee erkend als een wezenlijk onderdeel van moderne geneeskunde. Het simpelweg bij wet verplichten van een dergelijke aanpak zal echter onvoldoende zijn om arts en patiënt te bewegen tot samen beslissen in de spreekkamer. Om dit te realiseren zijn interesse, bereidheid, scholing en aanpassingen in de zorgorganisatie nodig. Bewustwording, zowel bij zorgprofessionals als bij patiënten, van de waarde van samen beslissen is hierbij de essentiële eerste stap. Hier wordt op nationaal niveau, door diverse koepelorganisaties in de zorg hard aan gewerkt. Inmiddels lijkt een kritische massa aanwezig om samen beslissen 'in de spreekkamer van morgen' vanzelfsprekend te laten zijn. Daarnaast komen steeds meer hulpmiddelen voor zorgprofessionals en patiënten beschikbaar om dit in de praktijk te realiseren.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5775
- Amsterdam UMC, locatie MC, afd. Chirurgie, Amsterdam: prof.dr. D.T. Ubbink, arts/klinisch epidemioloog. Isala Ziekenhuis, afd. Interne geneeskunde, Zwolle (tevens: Maastricht UMC, afd. Interne Geneeskunde, divisie Hematologie, Maastricht); drs. P.A.F. Geerts, internist-hematoloog. Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, afd. Orthopedie, Tilburg (tevens: Center of Research on Psychological and Somatic disorders (CoRPS), Tilburg University); dr. T. Gosens, orthopedisch chirurg. Isala Ziekenhuis, afd. Innovatie en Research, Zwolle (tevens: Education and Assessment Research Network (LEARN), UMC Groningen, Groningen); prof.dr. P.L.P. Brand, kinderarts.
- Contact: D.T. Ubbink (d.ubbink@amsterdamumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 10 maart 2021
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5775

Literatuur

1. WGBO. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/behandelingsovereenkomst-wgbo.htm>. Geraadpleegd op 3 februari 2021.
2. Couët N, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect.* 2015;18:542-61. [doi:10.1111/hex.12054](https://doi.org/10.1111/hex.12054). [Medline](#)
3. Santema TB, Stubenrouch FE, Koelemay MJ, et al. Shared decision making in vascular surgery: an exploratory study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;51:587-93. [doi:10.1016/j.ejvs.2015.12.010](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.12.010). [Medline](#)
4. Geerts PAF, van der Weijden T, Moser A, Bos GMJ. the perception of shared decision-making in hematology by patients and physicians seems satisfactory, but important steps are still ahead of us. *HemaSphere.* 2020;4:e417. [doi:10.1097/HS9.0000000000000417](https://doi.org/10.1097/HS9.0000000000000417). [Medline](#)
5. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Shared decision making: Physicians' preferred role, usual role and their perception of its key

- components. Patient Educ Couns. 2020;103:77-82. [doi:10.1016/j.pec.2019.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.004). [Medline](#)
6. Meyer JHF, Land R. Threshold concepts and troublesome knowledge (2): Epistemological considerations and a conceptual framework for teaching and learning. High Educ. 2005;49:373-88. [doi:10.1007/s10734-004-6779-5](https://doi.org/10.1007/s10734-004-6779-5).
 7. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient Educ Couns. 2015;98:1172-9. [doi:10.1016/j.pec.2015.06.022](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022). [Medline](#)
 8. Fried TR. Shared decision making - Finding the sweet spot. N Engl J Med. 2016;374:104-6. [doi:10.1056/NEJMp1510020](https://doi.org/10.1056/NEJMp1510020). [Medline](#)
 9. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4:CD001431. [doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5). [Medline](#)
 10. 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 Surg. 2013;257:860-6. [doi:10.1097/SLA.0b013e3182864fd6](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182864fd6). [Medline](#)
 11. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. N Engl J Med. 2013;368:6-8. [doi:10.1056/NEJMp1209500](https://doi.org/10.1056/NEJMp1209500). [Medline](#)
 12. van Veenendaal H, van der Weijden T, Ubbink DT, Stiggelbout AM, van Mierlo LA, Hilders CGJM. Accelerating implementation of shared decision-making in the Netherlands: An exploratory investigation. Patient Educ Couns. 2018;101:2097-104. [doi:10.1016/j.pec.2018.06.021](https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.021). [Medline](#)
 13. [Samen Beslissen in de zorg](#). Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland; 2020.
 14. Nijhuis FAP, Faber MJ, Post B, Bloem BR. [Samen beslissen: dilemma's in de praktijk](#). Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1227 [Medline](#).
 15. De Mik SML, Stubenrouch FE, Balm R, Ubbink DT. Systematic review of shared decision-making in surgery. Br J Surg. 2018;105:1721-30. [doi:10.1002/bjs.11009](https://doi.org/10.1002/bjs.11009). [Medline](#)
 16. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. Patient Educ Couns. 2014;96:281-6. [doi:10.1016/j.pec.2014.06.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.014). [Medline](#)
 17. Van der Weijden T, Post H, Brand PLP, et al. Shared decision making, a buzz-word in the Netherlands, the pace quickens towards nationwide implementation.... Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017;123-124:69-74. [doi:10.1016/j.zefq.2017.05.016](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.016). [Medline](#)
 18. 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. [doi:10.1016/j.ejvs.2010.02.012](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2010.02.012). [Medline](#)
 19. Kunneman M, Marijnen CA, Rozema T, et al. [Besluitvorming over preoperatieve radiotherapie bij rectumcarcinoom: Variatie in de informatievoorziening](#). Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A9093. [Medline](#).
 20. Vermunt N, Elwyn G, Westert G, Harmsen M, Olde Rikkert M, Meinders M. Goal setting is insufficiently recognised as an essential part of shared decision-making in the complex care of older patients: a framework analysis. BMC Fam Pract. 2019;20:76. [doi:10.1186/s12875-019-0966-z](https://doi.org/10.1186/s12875-019-0966-z). [Medline](#)
 21. Henselmans I, van Laarhoven HWM, van Maarschalkerweerd P, et al. Effect of a skills training for oncologists and a patient communication aid on shared decision making about palliative systemic treatment: a randomized clinical trial. Oncologist. 2020;25:e578-e588. [doi:10.1634/theoncologist.2019-0453](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0453). [Medline](#)
 22. Van der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, et al. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. BMJ Qual Saf. 2013;22:855-63. [doi:10.1136/bmjqs-2012-001502](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001502). [Medline](#)

Voorbeeldvragen

Om patiënten uit te nodigen mee te denken over hun opties, kunt u in het arts-patiëntgesprek per domein de volgende vragen stellen:

Behandeldoel: Wat zou u het liefst bereiken met een eventuele behandeling?

Leefstijlvoorkeur: Wat zou u nooit kwijt willen raken door een eventuele behandeling?

Persoonlijke omstandigheden: Staan er nog belangrijke dingen te gebeuren in de nabije toekomst?

Essentiële doelen: Waar denkt u het eerst aan als u dit zo hoort?

Persoonlijke voorkeur: Wat spreekt u het meest aan als u deze mogelijkheden hoort?

Persoonlijke voorkeur: Waar ziet u tegenop als u deze mogelijkheden hoort?