

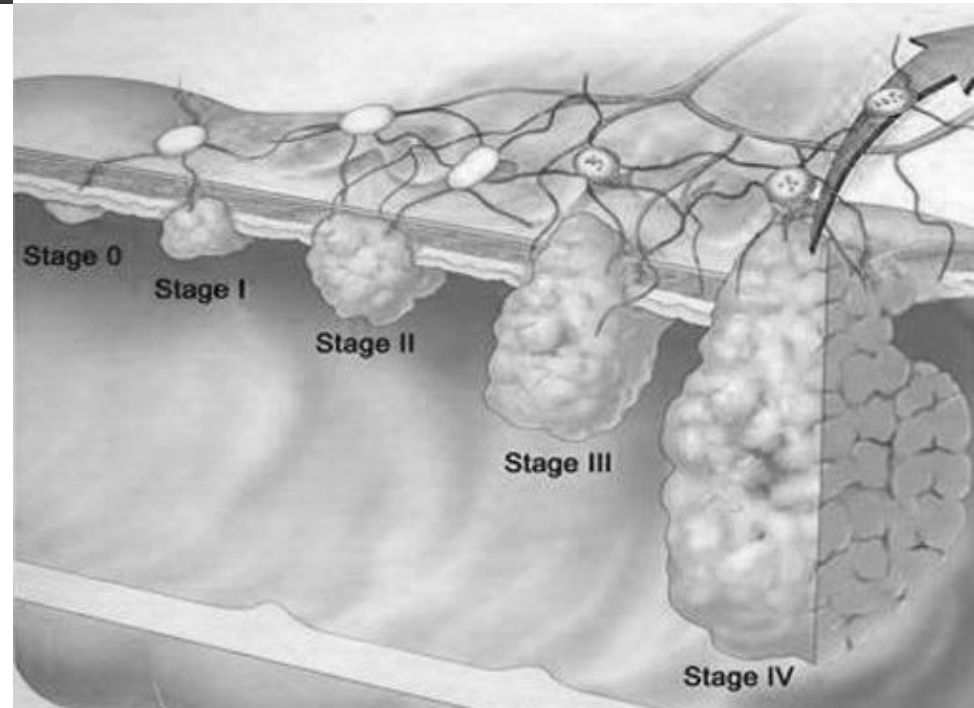


Gedeelde besluitvorming: Praktische leidraad

Marleen Kunneman, PhD

Medische Psychologie, AMC

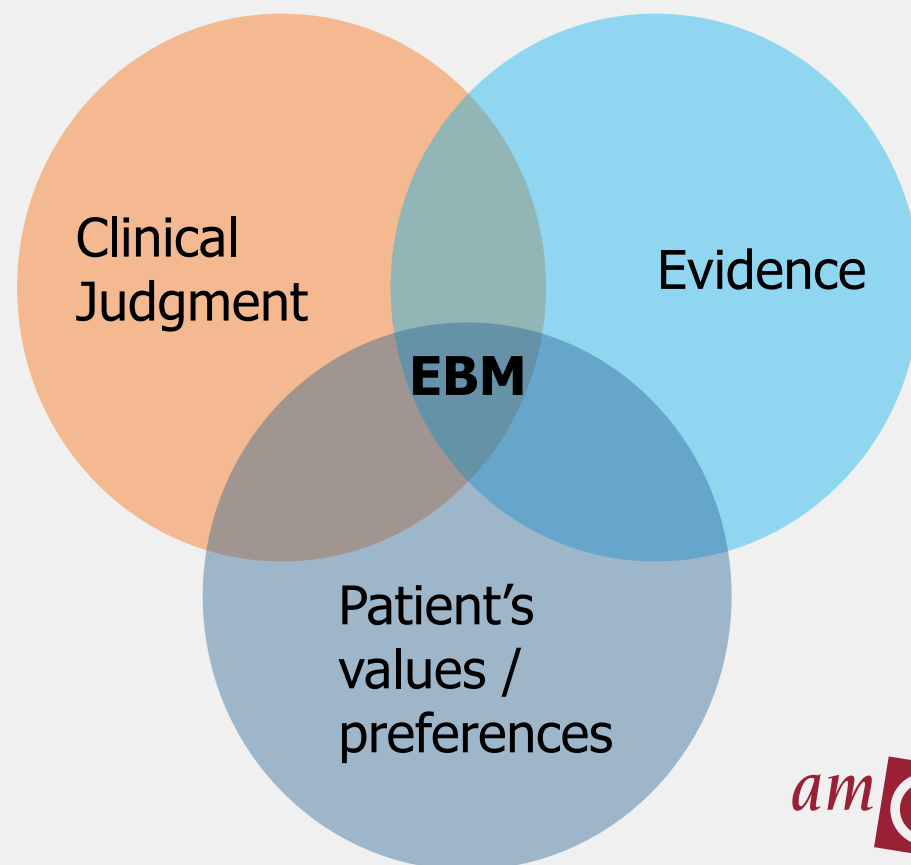
KER Unit, Mayo Clinic, VS



(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk...	• Onderzoek gefinancierd door KWF Kankerbestrijding en ZonMw/Memorabel

Wat is gedeelde besluitvorming?

Arts en patiënt werken samen om een zorgstrategie te kiezen die het beste past bij de individuele patiënt



Sackett et al (1996) BMJ

Wat is gedeelde besluitvorming (niet)?

4

GB ≠ Informed consent

GB ≠ Patiënt moet beslissen

GB ≠ 'knoop doorhakken'

"Shared decision making is not about the decision,
it is about the conversation"

- Montori et al (2007) PLoS Med

Hoe gedeelde besluitvorming?

5

1. Agenderen: Creëren keuzebewustzijn
2. Informeren: Bespreken van de opties
3. Exploreren: Bespreken van de voorkeuren van patiënten

(4. Knoop doorhakken)

Stiggelbout et al (2012) BMJ; Elwyn et al (2012) J Gen Intern Med

Hoe gedeelde besluitvorming?

6

1. Agenderen

- Er zijn meerdere opties 0%
- We moeten een optie kiezen (die het beste bij u/uw situatie past) 3%

Hoe gedeelde besluitvorming?

7

1. Agenderen

- Impliciete opties worden niet serieus overwogen
- 'choice' vs 'opportunity': patiënten willen niet de enige optie afwijzen

Hoe gedeelde besluitvorming?

8

1. Agenderen

- Creëren van keuzebewustzijn leidt tot meer SDM!



Kunneman et al (2016) Abstract EACH Heidelberg

Hoe gedeelde besluitvorming?

9

1. Agenderen

Handvaten:

- Wees bewust dat het medisch team een advies uitbrengt; geen definitieve beslissing
- Verwijzen en/of start van consult:
Geef aan dat er een beslissing moet worden gemaakt, en dat de voorkeuren van de patiënt belangrijk zijn
- Presenteer medisch relevante opties (incl 'niets doen')

Hoe gedeelde besluitvorming?

10

2. Informeren

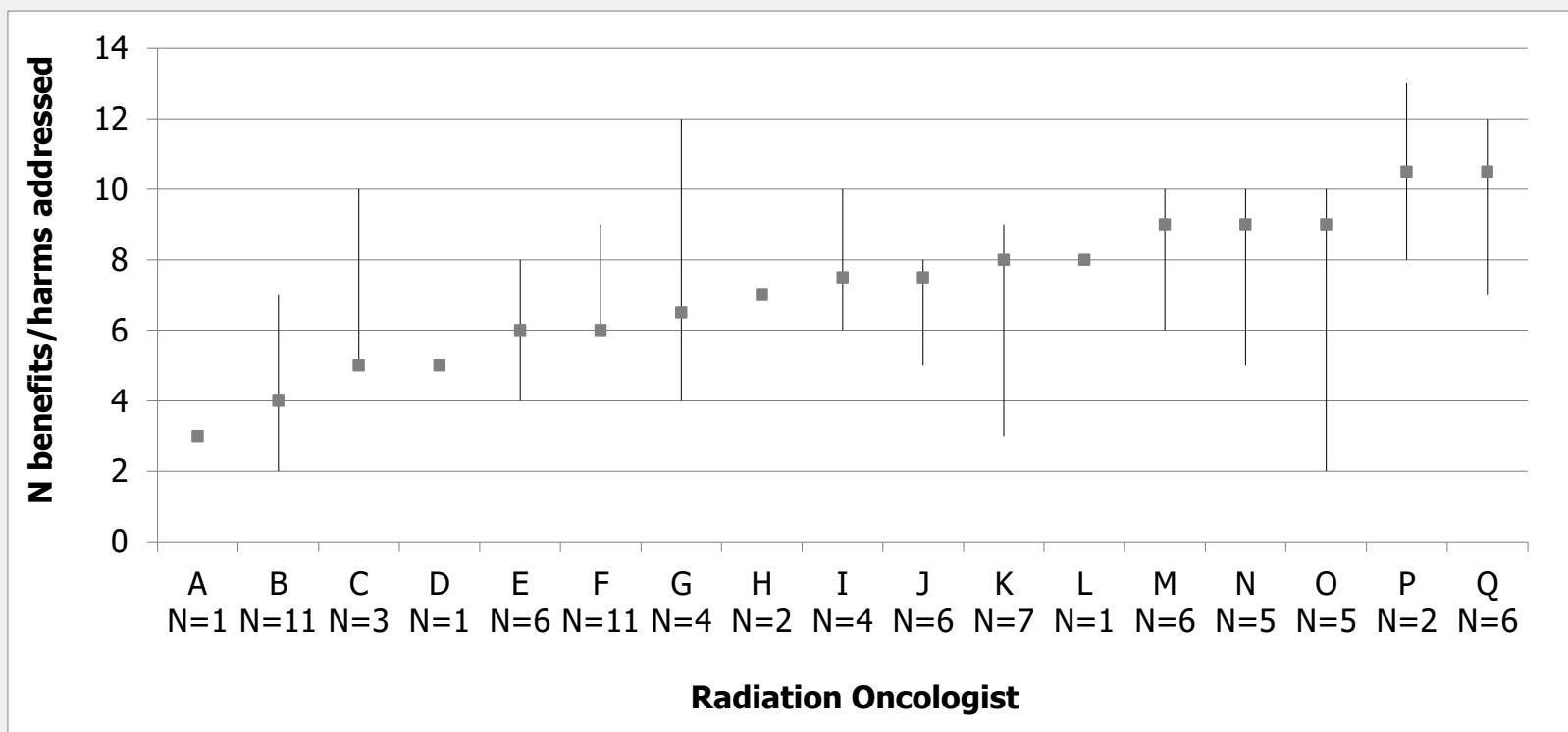
Sterke behoefte aan informatie: 80%

Informatie over nadelen/complicaties: 94%

Hoe gedeelde besluitvorming?

11

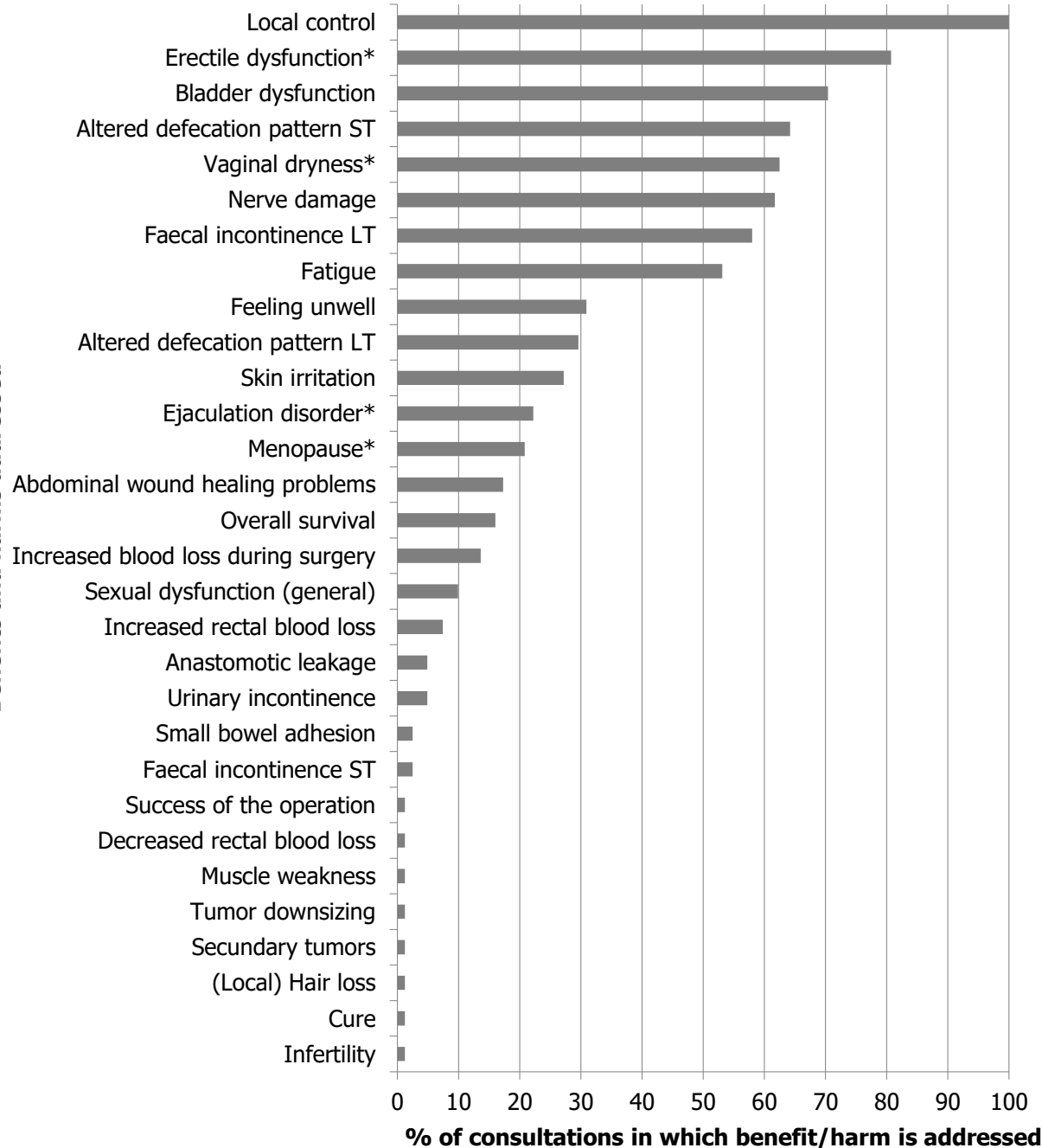
2. Informeren



Hoe gedeelde besluitvo

2. Informeren

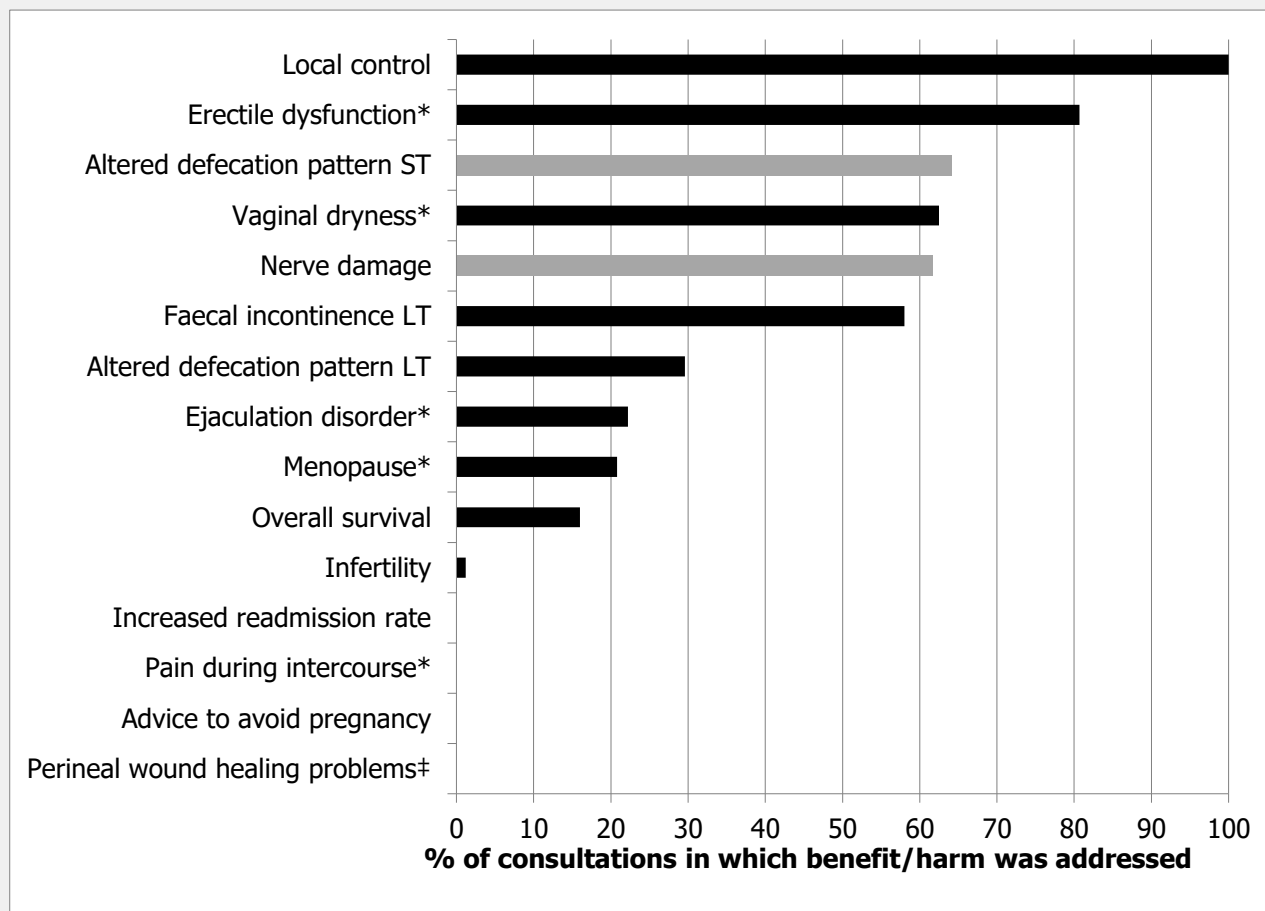
Benefits and harms addressed



Hoe gedeelde besluitvorming?

13

2. Informeren: 'Kernlijst'



Kunneman et al (2015) Radiother Oncol; zie ook Blazeby et al (2015) Br J Surg

Hoe gedeelde besluitvorming?

14

2. Informeren: rol andere zorgverleners?

- Nadelen van behandeling worden besproken na keuze

Hoe gedeelde besluitvorming?

15

2. Informeren: Kansen

- Frequenties beter begrepen dan percentages

1 van de 10 mensen ipv 10%

- Relatieve risico's

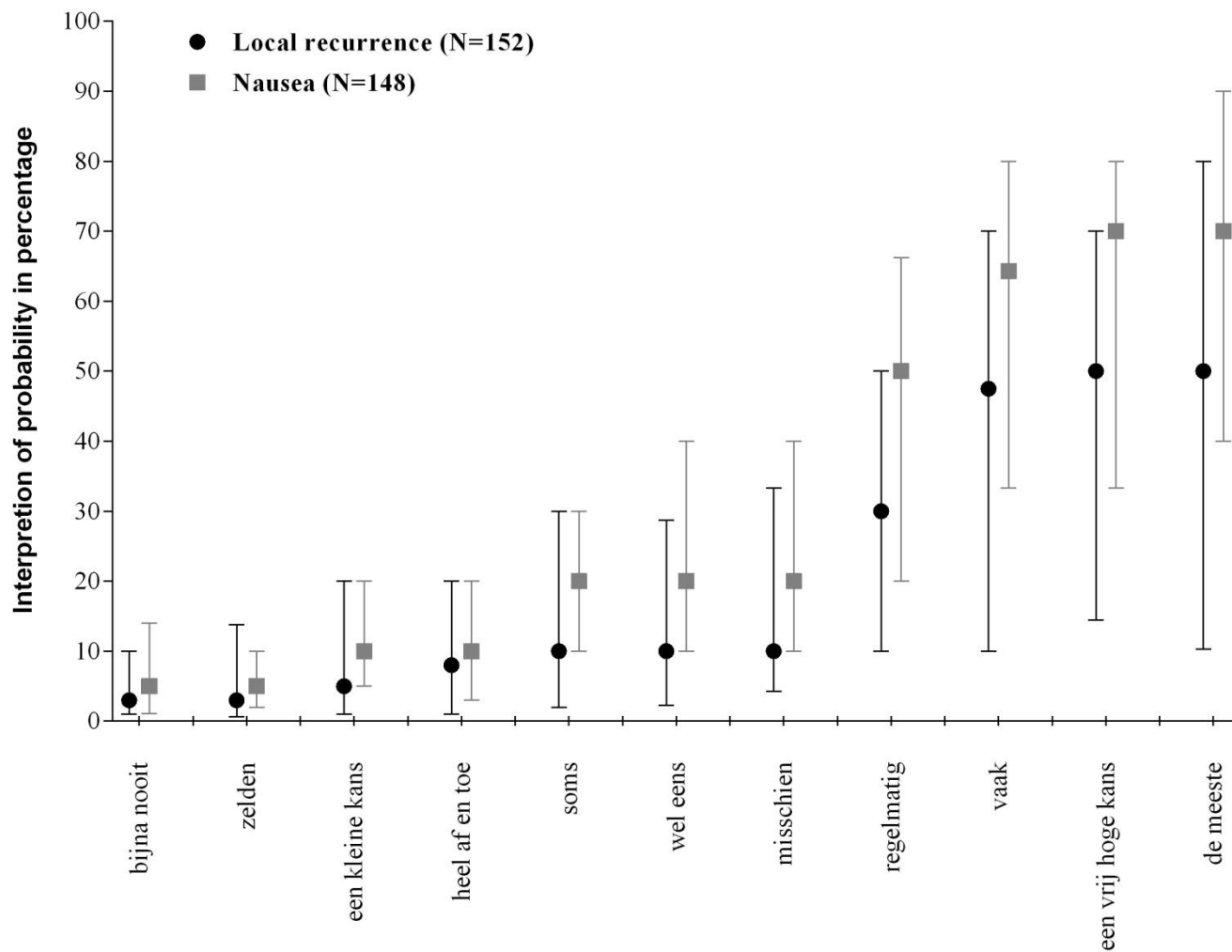
de kans halveert (90 → 45%? of 4 → 2%?)

- Kanswoorden

'soms', 'vaak'

Hoe gedeelde besluitvorming?

2. Informeren



Hoe gedeelde besluitvorming?

17

2. Informeren

Handvaten:

- Bespreek de meest belangrijke voor- en nadelen
- Vermijd het gebruik van kanslabels ('soms', 'vaak')
- Presenteer frequenties (10 van de 100 mensen), ook bij relatieve risico's
- Controleer of patiënten de informatie hebben begrepen

Hoe gedeelde besluitvorming?

18

3. Exploreren

- Grote variatie in voorkeuren van patiënten
- Voorkeuren hangen niet samen met kenmerken van patiënt

Hoe gedeelde besluitvorming?

19

3. Exploreren

- Voorkeuren tav voor-/nadelen 10%
- Voorkeuren tav opties 22%
- “Voorkeuren zijn belangrijk” 18%

Hoe gedeelde besluitvorming?

20

3. Exploreren

Handvaten:

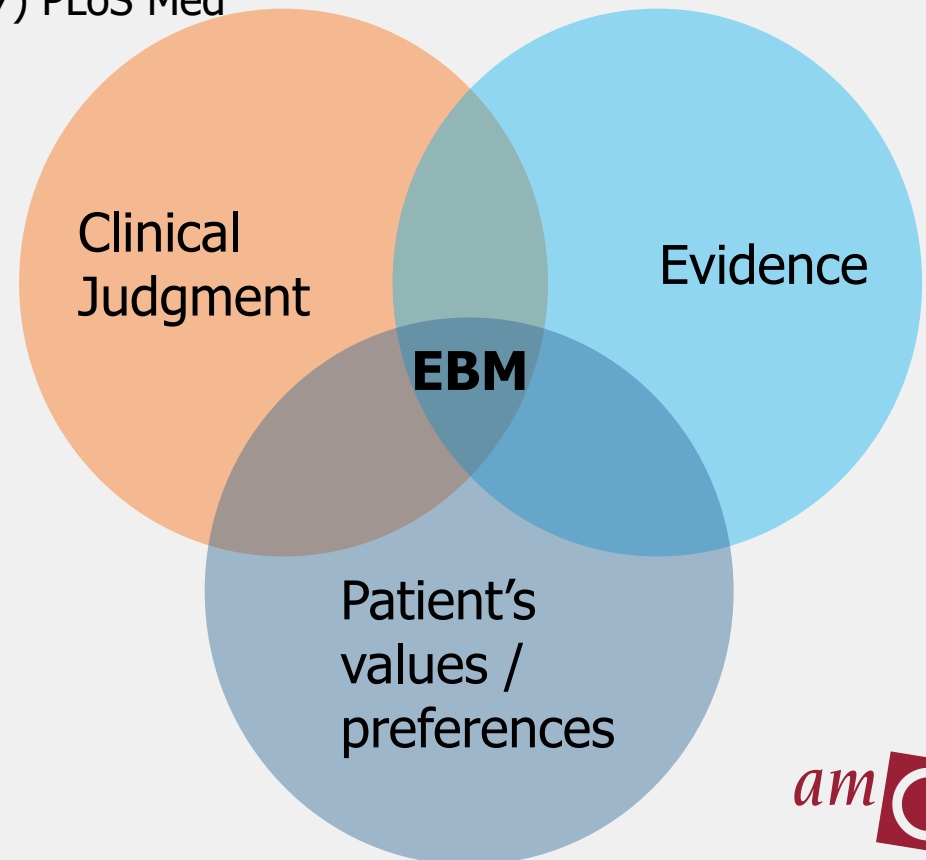
- Geef aan dat de voorkeuren van de patiënt belangrijk zijn
- Nodig patiënten expliciet uit om hun voorkeuren uit te spreken

Hoe gedeelde besluitvorming?

21

3. Exploreren

“Shared decision making is not about the decision, it is about the conversation” - Montori et al (2007) PLoS Med



Sackett et al (1996) BMJ

SHARED DECISION MAKING IN ADJUVANT CANCER TREATMENT

Marleen Kunneman

Step 1: Creating choice awareness.

Define and/or explain the problem and acknowledge that a decision needs to be made.

- Be aware that the recommendation from the multidisciplinary team is not a final decision.
- When referring patients: State that the patient will be referred to another clinician to discuss the pros and cons of the possible treatment strategy/strategies.
- At the start of the consultation: State that there are multiple treatment strategies available, that a decision needs to be made, and that the patient's views matter.
- If foregoing adjuvant treatment is a viable option, present it as such.

Step 2: Discussing treatment options in detail.

Discuss possible treatment options, the relevant benefits and harms and their respective probabilities.

- Discuss both benefits and harms of treatment with the patient.
- Create and use a core list of benefits and harms to assist the discussion on adjuvant treatment.
- Avoid the use of verbal labels (non-numerical statements) when possible.
- When presenting a relative risk ("half the risk"), present absolute risks as well ("from 11 to 6%").
- Stay alert to the patient's potential misunderstanding and regularly check the patient's understanding.

Step 3: Discussing patients' values and preferences and deciding what is best.

Discuss and consider the patient's ideas, concerns, and expectations before deciding what is best in this particular case.

- Indicate that the patient's views are important to consider in treatment decision making.
- Explicitly invite patients to share their values regarding benefits and harms of treatment and their treatment preferences.
- SDM is not about the decision, it is about the conversation. Even if the patient refers the final decision to you, make a treatment recommendation based on both the available evidence and the patient's values and preferences.

GEFINANCIERD
DOOR

En nu?

23

- Samenwerking met richtlijn
- ABIDE project (ZonMw):

Betrekken van patiënten bij beslissingen rondom diagnostisch testen



MARLEEN KUNNEMAN

SHARED
DECISION
MAKING IN
ADJUVANT
CANCER
TREATMENT

Marleen Kunneman

m.kunneman@amc.nl



LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER



Waarom gedeelde besluitvorming?

25

- Ethische redenen:
 - Recht op informatie (Wkkgz)
 - Respect voor autonomie
 - Voorkomen praktijkvariatie

Emanuel et al (1992) JAMA; Wennberg (2010) Oxford University Press

Waarom gedeelde besluitvorming?

26

- Verbeterde uitkomsten:
 - Meer tevreden patiënten
 - Minder angst en onzekerheid
 - Betere kwaliteit van leven

Edwards et al (2009) Oxford University Press; Shay et al (2015) Med Decis Making; Griffin et al (2004) Ann Fam Med; Guleser et al (2012) J Cancer Educ; Dunn et al (2004) Patient Educ Couns

Wanneer gedeelde besluitvorming?

27

Met name, maar niet uitsluitend bij:

‘Voorkeursgevoelige beslissingen’

-Wetenschappelijke onzekerheid

-Subjectieve weging van voor-/nadelen

Wennberg et al (2002) Health Aff