



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Gedeelde besluitvorming: artikel voor opleiding en nascholing

Haensel, S.M. van de; Bovenkamp, H.M.; Geessink, N.H.; Groen, J.S; Stiggelbout, A.M.

Citation

Haensel, S. M. van de, Bovenkamp, H. M., Geessink, N. H., Groen, J. S., & Stiggelbout, A. M. (2025). Gedeelde besluitvorming: artikel voor opleiding en nascholing. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, (169). Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4259162>

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4259162>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

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 abonnees zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Gedeelde besluitvorming

Artikel voor opleiding en nascholing

Stefan M. Haensel, Hester M. van de Bovenkamp, Noralie H. Geessink, Joost S. Groen en Anne M. Stiggelbout

Samenvatting

Bij gedeelde besluitvorming ('shared decision making') werken zorgverleners en patiënten samen naar behandelbeslissingen toe op basis van gelijkwaardige inbreng, wetenschappelijk bewijs en patiëntvoorkeuren. Voor een goede implementatie zijn duidelijke voorlichting, patiëntondersteuning, effectieve communicatie en training van zorgverleners essentieel. Gedeelde besluitvorming verhoogt patiënttevredenheid en vermindert keuzespijt. De impact van gedeelde besluitvorming op gezondheidsuitkomsten, kosten en consultduur is neutraal tot positief. Patiënten waarderen autonomie, duidelijke informatie en overlegmogelijkheden. Deze aanpak is vooral geschikt bij voorkeursgevoelige beslissingen en lastiger toe te passen in acute levensbedreigende situaties.

Leerdoelen

- De diverse modellen van besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener kennen: paternalisme, gedeelde besluitvorming en geïnformeerde besluitvorming.
- Bewust worden van wat nodig is voor gedeelde besluitvorming, zoals de communicatie aanpassen en – waar relevant – een keuzehulp gebruiken.
- Weten welke voordelen gedeelde besluitvorming kan hebben voor zowel patiënt als zorgprofessional en welke uitdagingen het met zich meebrengt.
- Herkennen in welke klinische situaties gedeelde besluitvorming relevant en uitvoerbaar is en wanneer het minder geschikt is.
- Leren hoe in te spelen op verschillen in behoefte aan autonomie en informatieverschaffing van patiënten en hoe patiënten te betrekken bij het nemen van beslissingen.

De meeste patiënten beslissen graag mee over hun behandeling. Maar wat is daarvoor nodig? In hoeverre stellen zorgverleners hun patiënten al in staat om samen te beslissen? En hoe kan het beter?

Goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt is essentieel bij de keuze voor de juiste behandeling. Gedeelde besluitvorming ('shared decision making') is daarbij belangrijk. Dit artikel gaat in op de verschillende aspecten daarvan: communicatie, de mogelijke voor- en nadelen, de wensen, verwachtingen en toepasbaarheid.

Er bestaan verschillende termen voor dit begrip, zoals gedeelde besluitvorming, gezamenlijke besluitvorming of samen beslissen. In dit artikel is gekozen voor 'gedeelde besluitvorming', omdat deze term ook in richtlijnen wordt gebruikt en het meer dan de veelgebruikte term 'samen beslissen' een proces weergeeft.

Gedeelde besluitvorming

Wat wordt verstaan onder gedeelde besluitvorming?

Gedeelde besluitvorming wordt gedefinieerd als een samenwerkingsproces dat patiënten, naasten en zorgprofessionals in staat stelt in gelijkwaardigheid samen beslissingen over zorg te nemen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs en worden waarden, behoeften, doelen en voorkeuren van de patiënt meegenomen.¹ Daarmee houdt het model van gedeelde besluitvorming het midden tussen het paternalisme – waarbij de informatie-uitwisseling eenzijdig van zorgprofessional naar patiënt gaat en het besluit door de zorgprofessional wordt genomen – en de geïnformeerde besluitvorming – waarbij de patiënt het besluit neemt na meer of minder uitgebreide informatieoverdracht van de zorgprofessional (tabel).

analytische stadia		paternalisme	gedeelde besluitvorming	geïnformeerde besluitvorming
informatie-uitwisseling	stroom	één richting	twee richtingen	één richting
	richting	arts ↓ patiënt	arts ↓↑ patiënt	arts ↑ patiënt
	type	medisch	medisch en persoonlijk	medisch
	minimale hoeveelheid	wettelijke vereiste	alles wat relevant is voor besluitvorming	alles wat relevant is voor besluitvorming
afweging of overleg		arts alleen of met andere artsen	arts en patiënt, plus eventuele anderen	patiënt, plus eventuele anderen
wie beslist?		arts	arts en patiënt	patiënt

Tabel

Modellen voor besluitvorming rondom behandelingen²

Welke vormen van gedeelde besluitvorming zijn effectief en implementeerbaar?

In Nederland wordt het model van Stiggelbout het meest gebruikt.² Dat model bestaat uit vier stappen, namelijk: (a) het benoemen dat er een beslissing genomen moet worden waarbij de mening van de patiënt belangrijk is; (b) informatie-uitwisseling over de voors en tegens per behandeloptie; (c) het met de patiënt bespreken van diens voorkeuren, behoeften en omstandigheden, en het ondersteunen van de patiënt bij de afwegingen; en (d) het nemen – of uitstellen – van de beslissing. Afstemming van de informatie op de wensen en gezondheidsvaardigheden van de individuele patiënt, evenals rekening houden met eventuele kwetsbaarheden, zijn hierbij cruciaal.³

Om zowel de zorgprofessional als de patiënt te faciliteren in het proces kunnen keuzehulpen, consultkaarten of informatieve websites (www.thuisarts.nl, www.consultkaarten.nl) als hulpmiddel worden ingezet. Keuzehulpen leiden tot meer kennis, meer keuzes die met de patiëntvoorkeur overeenstemmen, betere risicoperceptie en meer gedeelde besluitvorming. Patiënten voelen zich daarnaast beter geïnformeerd en zekerder over hun persoonlijke waarden.⁴ Ook is training in communicatievaardigheden voor zorgprofessionals hierin effectief gebleken.⁵

Wat zijn de voor- en nadelen van gedeelde besluitvorming?

Er zijn verschillende argumenten voor gedeelde besluitvorming. Ten eerste het ethische argument: gedeelde besluitvorming doet recht aan de autonomie van patiënten, doordat zij invloed kunnen uitoefenen op besluiten die hun kwaliteit van lichaam en leven raken.⁶ Ten tweede: gedeelde besluitvorming wordt in verband gebracht met betere kwaliteit van zorg. Wanneer medici hun expertise over behandelingen inbrengen en patiënten hun expertise over wat zij belangrijk vinden, leidt hun gecombineerde expertise tot betere besluiten.⁷

Hoewel niet precies duidelijk is wat het effect is van gedeelde besluitvorming op de consultduur, kosten en gezondheidsuitkomsten inclusief levenskwaliteit, lijkt het over het algemeen een neutrale tot positieve uitwerking te hebben.⁸ Toch is een veelgehoord nadeel dat het meer tijd vraagt. Dat bleek echter niet uit Nederlands onderzoek.⁹ Daarin werd wel geconcludeerd dat de tijdsbelasting afhangt van hoe gedeelde besluitvorming geïmplementeerd wordt, en dat er aandacht en tijd nodig is voor training en aanpassing van de workflow. Een ander belangrijk voordeel van gedeelde besluitvorming is dat toepassing ervan het werkplezier van artsen vergroot.¹⁰

Wat verwachten patiënten van gedeelde besluitvorming?

De meeste patiënten willen graag meepraten over behandelbesluiten. Een derde van de patiënten vaart echter liever op het oordeel van de arts als deskundige. Dit lijkt vooral te gelden voor oudere, lager opgeleide, ernstig zieke patiënten en patiënten met een niet-westerse achtergrond, maar dat verband is niet sterk. Ook patiënten die liever op het oordeel van hun arts varen willen echter dat hun voorkeuren worden meegenomen. Bij gedeelde besluitvorming kan de arts immers een beslissing nemen op basis van de voorkeuren van de patiënt. Wederzijds vertrouwen tussen behandelaar en patiënt is hierin belangrijk, waarbij patiënten voldoende informatie willen krijgen over alle mogelijkheden. Hoewel gedeelde besluitvorming een gezamenlijke verantwoordelijkheid is, verwachten patiënten dat de zorgverlener de regie neemt in de samenwerking, die op basis van gelijkwaardigheid leidt tot een gezamenlijke keuze.

Cruciaal is duidelijke communicatie door de behandelaar, zonder jargon, zodat de patiënt begrijpt welke keuze voorligt en wat de

mogelijke gevolgen zijn. Algemene aspecten van goede communicatie zijn hier onderdeel van, zoals luisteren, open vragen stellen, inleven in de situatie van de patiënt en samenwerken.¹¹ Alle opties, inclusief niets doen, horen besproken te worden. Soms noemt een behandelaar een optie niet omdat hij of zij denkt al te weten wat de patiënt vindt, maar ook patiënten leggen soms een voorkeur niet op tafel omdat ze de reactie van de behandelaar denken te weten. Geen twee patiënten zijn hetzelfde, sommigen willen alleen feitelijke informatie en een voorstel van de zorgverlener, anderen willen een empathisch gesprek en samen alle opties aflopen, weer anderen hebben zich goed voorbereid en willen zelf beslissen. Dit vereist een sensitieve houding van de behandelaar.⁶ Voor patiënten is het belangrijk dat zij waar mogelijk voldoende tijd krijgen om een besluit te nemen. Een extra gesprek, bijvoorbeeld met een verpleegkundig specialist, kan tot een beter overwogen besluit leiden.^{3,12}

Wanneer is gedeelde besluitvorming het meest relevant?

In principe zou een zorgverlener in elke situatie de beslissing moeten laten leiden door de doelen en voorkeuren van de patiënt. Er zijn echter omstandigheden waarin dit minder geschikt is, bijvoorbeeld bij acuut levensbedreigende situaties. Er is geen consensus over wanneer gedeelde besluitvorming het meest relevant is, maar een recente studie liet zien dat het bij voorkeursgevoelige beslissingen het belangrijkste lijkt.¹³ Voorkeursgevoelige beslissingen worden meestal uitgelegd als 'een beslissing die afhangt van de voorkeuren van de patiënt', maar dat is niet de enige definitie.

De situatie van 'equipoise' wordt vaak genoemd als geschikt voor gedeelde besluitvorming. Daarin bestaan er meerdere redelijke opties of zijn de opties in balans, of is er onvoldoende bewijs om de keuze op te baseren. Gebrek aan bewijs kan gedeelde besluitvorming bemoeilijken, doordat de informatie ontbreekt op basis waarvan de patiënt een goede beslissing kan nemen ('Wij weten het niet, dus zegt u het maar'). Het geeft wel ruimte voor de patiënt om de opties af te wegen op basis van bijwerkingen of het behandelproces (toedieningsvorm, belasting).

In hoeverre passen zorgverleners gedeelde besluitvorming toe in de praktijk?

Veel klinici denken gedeelde besluitvorming toe te passen, maar audio-opnames bewijzen vaak het tegendeel. Zorgverleners zijn dus vaak onbewust onbekwaam op dit domein.¹⁴ Onvoldoende kennis over gedeelde besluitvorming kan een belemmering zijn. Ook kunnen zorgverleners het gesprek impliciet sturen, waardoor de patiënt weinig ruimte krijgt om zijn of haar voorkeur uit te spreken. Wel wordt gedeelde besluitvorming in de loop der jaren steeds meer toegepast, mede door training.¹⁵

Gedeelde besluitvorming vindt vaker plaats bij behandelbeslissingen dan bij beslissingen over diagnostiek of nacontrole.¹⁶ De mate waarin een arts gedeelde besluitvorming toepast varieert ook per patiënt.¹⁴ Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden ervaren dat zij weinig samen mogen beslissen. Juist deze groep zou daarom door de clinicus ondersteund moeten worden om gedeelde besluitvorming mogelijk te maken. De literatuur laat zien dat patiënten met een migratieachtergrond minder participeren in de besluitvorming. Barrières die daarbij genoemd worden zijn een taalbarrière, maar ook cultuurverschillen en ervaren discriminatie.¹⁷

Welke uitkomsten vinden patiënten belangrijk en moet je daarom bespreken?

Behalve medische uitkomsten wegen voor patiënten ook andere aspecten mee bij beslissingen rondom zorg en behandeling, zoals de impact op emotioneel welzijn, sociaal functioneren en kwaliteit van leven. Het patiëntzijn kan gepaard gaan met emoties als angst, opluchting, twijfel, verdriet en eenzaamheid. Aandacht voor emoties tijdens gedeelde besluitvorming is daarom belangrijk.¹⁸ Een aandoening en de bijbehorende behandelingen kunnen van grote invloed zijn op het dagelijks leven. Daarbij gaat het om veel meer dan alleen de medische klachten, maar ook het dagelijkse 'zakenwerk': alle dagelijkse aanpassingen en activiteiten waar een patiënt mee te maken krijgt als gevolg van ziekte en behandeling.¹⁹ Deze dagelijkse impact is daarmee ook belangrijk om mee te nemen in processen van gedeelde besluitvorming.

Bij het nemen van beslissingen over hun behandeling kan kwaliteit van leven voor patiënten belangrijker zijn dan wat medisch gezien de beste uitkomst lijkt. Dit kan soms leiden tot onbegrip in de behandelrelatie, aangezien zorgprofessionals het lang niet altijd makkelijk vinden om met zulke argumenten om te gaan.²⁰ In een recent onderzoek onder ruim 5600 patiënten met kanker of die kanker hebben gehad gaf 73% van de respondenten aan bij de besluitvorming over een behandeling kwaliteit van leven belangrijker te vinden dan kwantiteit van leven.²¹ Slechts 38% gaf aan elke mogelijkheid aan te grijpen om mogelijk langer te leven. Hier kunnen persoonlijke redenen aan ten grondslag liggen, zoals het hebben van jonge kinderen of aankomend (groot)ouderschap.

Hoe vaak wordt afzien van behandeling als optie besproken?

De optie om af te zien van een ingrijpende behandeling wordt in de praktijk niet altijd expliciet besproken. Dit geldt met name in acute situaties waarbij de nadruk vaak op handelen en interventies ligt. Dat de optie om af te zien van de behandeling niet wordt

besproken komt in die gevallen mede door tijdsdruk en de neiging van zorgverleners om actief te willen ingrijpen.²² Ook spelen patiëntfactoren mogelijk een rol, zoals de achtergrond en persoonlijke voorkeuren. Patiënten met wie de mogelijkheid om af te zien van behandeling wel wordt besproken, worden hierover niet allemaal even goed geïnformeerd.²³ Uit onderzoek in de oncologie blijkt dat na een geriatrisch assessment en gedeelde besluitvorming patiënten er vaker voor kiezen om af te zien van ingrijpende behandeling. Deze keuze hoeft niet te leiden tot een slechtere overleving.²⁴ Ook blijkt dat zorgverleners de beslissing vaker impliciet sturen richting wél behandelen dan richting niet behandelen.²⁵ Patiënten ervaren het als een gemis wanneer de optie om af te zien van een behandeling niet wordt besproken.

Hebben patiënten die actief deelnamen aan de behandelkeuze minder vaak spijt?

Patiënten die actief betrokken zijn bij hun behandelkeuze ervaren over het algemeen minder vaak spijt. Wanneer zij de kans krijgen om samen met hun zorgverlener een weloverwogen beslissing te nemen, voelen ze zich beter geïnformeerd en ervaren ze dat zij meer controle hebben. Dit leidt tot meer tevredenheid over de gemaakte keuze, zelfs wanneer de uitkomst niet volledig aan de verwachtingen voldoet.²⁶

Daarnaast blijkt dat duidelijke communicatie en begrijpelijke informatie een cruciale rol spelen. Wanneer patiënten goed worden begeleid in het afwegen van opties, voelen ze zich minder verrast door de gevolgen van hun keuze. Dit helpt om gevoelens van twijfel of spijt achteraf te verminderen.²⁷ Bovendien kunnen patiënten – als die ruimte wordt gegeven – desgewenst terugkomen op hun besluit.

Hoe kunnen we gedeelde besluitvorming beter toepassen in de spreekkamer?

Kansen om gedeelde besluitvorming beter en vaker toe te passen liggen in de expliciete wens van patiënten, de jongste generatie zorgverleners die hierin is opgeleid en de beweging richting Passende Zorg. Adequate training en actieve inzet van zorgprofessionals en voorlichting van patiënten zijn daarbij essentieel. Bij het laatste kunnen patiëntenorganisaties een belangrijke rol spelen. Een vertragende factor in deze ontwikkeling zou de klassieke meester-gezelstructuur kunnen zijn waaruit de artsenopleiding nog altijd grotendeels bestaat. Tijdens trainingen melden aiossen wel eens dat supervisors, die vaak niet voldoende bekend zijn met of getraind in gedeelde besluitvorming, het ontmoedigen of zelfs afleren.

Er is inmiddels veel kennis en ondersteuning beschikbaar, zoals hulpmiddelen en strategieën van het Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg. Daarnaast zetten het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en beroeps- en patiëntenkoepels zich in voor verdere implementatie. Dit creëert momentum om gedeelde besluitvorming structureel te verbeteren. Wel is aandacht nodig voor het geschreven informatiemateriaal, waarbij vooral het taalniveau niet altijd aansluit op dat van de patiënten.²⁸ Tegenwoordig wordt veel beeldmateriaal ontwikkeld, op zowel papier als video, om adequate informatieoverdracht te ondersteunen.

De opkomst van kunstmatige intelligentie voegt mogelijk een nieuwe dimensie toe, waarbij technologie kan fungeren als een 'derde partij' in gedeelde besluitvorming (denk aan ChatGPT in de spreekkamer). De impact hiervan is echter nog onduidelijk en verdere uitwerking van dit onderwerp valt buiten het bestek van dit artikel.

Conclusie

Gedeelde besluitvorming is niet meer weg te denken uit de zorg, niet alleen vanuit de wens van de patiënt maar ook vanuit ethisch perspectief. Succesvolle implementatie vraagt om goede communicatie, training van zorgverleners en passende hulpmiddelen. Er is inmiddels online veel materiaal beschikbaar om het proces te ondersteunen. Hoewel uitdagingen blijven bestaan, zoals tijdsdruk en variatie in patiëntwensen, biedt de huidige aandacht voor passende zorg een kans om gedeelde besluitvorming structureel te versterken in de dagelijkse praktijk.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D8638
- Franciscus, afdeling Urologie, Rotterdam: dr. S.M. Haensel, uroloog, SCEN-arts, Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam: prof.dr. H.M. van de Bovenkamp, hoogleeraar patiëntwetenschappen. Azora, Terborg: dr. N.H. Geessink, specialist ouderengeneeskunde. Stichting Patiëntenplatform Sarcomen, Utrecht: dr.ir. J.S. Groen, patiëntenbelangenbehartiger. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Biomedical Data Sciences, Leiden: prof.dr. A.M. Stiggelbout, epidemioloog.
- Contact: S.M. Haensel (s.haensel@franciscus.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 25 mei 2025
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2025;169:D8638

Literatuur

1. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891. [doi:10.1136/bmj.j4891](https://doi.org/10.1136/bmj.j4891). [Medline](#)
2. Stiggelbout AM, Pieterse AH, de Haes JCJM. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1172-9. [doi:10.1016/j.pec.2015.06.022](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022). [Medline](#)
3. Geessink NH, Schoon Y, van Herk HC, van Goor H, Olde Rikkert MGM. Key elements of optimal treatment decision-making for surgeons and older patients with colorectal or pancreatic cancer: a qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):473-479. [doi:10.1016/j.pec.2016.10.013](https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.013). [Medline](#)
4. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;1(1):CD001431. [doi:10.1002/14651858.CD001431.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6). [Medline](#)
5. Oliveira VC, Ferreira ML, Pinto RZ, Filho RF, Refshauge K, Ferreira PH. Effectiveness of training clinicians' communication skills on patients' clinical outcomes: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther*. 2015;38:601-16. [doi:10.1016/j.jmpt.2015.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.08.002). [Medline](#)
6. Ubel PA, Scherr KA, Fagerlin A. Autonomy: what's shared decision making have to do with it? *Am J Bioeth*. 2018;18:W11-W12. [doi:10.1080/15265161.2017.1409844](https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1409844). [Medline](#)
7. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:e031763. [doi:10.1136/bmjopen-2019-031763](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763). [Medline](#)
8. Bruch JD, Khazen M, Mahmic-Kaknjo M, Légaré F, Ellen ME. The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: an umbrella review. *Patient Educ Couns*. 2024;129:108408. [doi:10.1016/j.pec.2024.108408](https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108408). [Medline](#)
9. Van Veenendaal H, Voogdt-Pruis HR, Ubbink DT, et al. Evaluation of a multilevel implementation program for timeout and shared decision making in breast cancer care: a mixed methods study among 11 hospital teams. *Patient Educ Couns*. 2022;105:114-27. [doi:10.1016/j.pec.2021.05.005](https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.005). [Medline](#)
10. 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](#)
11. 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 Educ Couns*. 2018;101(10):1767-74. [doi:10.1016/j.pec.2018.06.005](https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.005). [Medline](#)
12. Pieterse AH, Stiggelbout AM, Montori VM. Shared decision making and the importance of time. *JAMA*. 2019;322:25-6. [doi:10.1001/jama.2019.3785](https://doi.org/10.1001/jama.2019.3785). [Medline](#)
13. Van der Horst DEM, Garvelink MM, Bos WJW, Stiggelbout AM, Pieterse AH. For which decisions is shared decision making considered appropriate? A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2023;106:3-16. [doi:10.1016/j.pec.2022.09.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.015). [Medline](#)
14. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process. *BMJ Open*. 2022;12(1):e056471. [doi:10.1136/bmjopen-2021-056471](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056471). [Medline](#)
15. Van Veenendaal H, Peters LJ, van Weele E, et al. Effects and working mechanisms of a multilevel implementation program for applying shared decision-making while discussing systemic treatment in breast cancer. *Curr Oncol*. 2022;30:236-49. [doi:10.3390/curroncol30010019](https://doi.org/10.3390/curroncol30010019). [Medline](#)
16. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Shared decision-making in different types of decisions in medical specialist consultations. *J Gen Intern Med*. 2022;37:2966-72. [doi:10.1007/s11606-021-07221-6](https://doi.org/10.1007/s11606-021-07221-6). [Medline](#)
17. Schinkel S, Schouten BC, Kerpclik F, van Den Putte B, van Weert JCM. Perceptions of barriers to patient participation: are they due to language, culture, or discrimination? *Health Commun*. 2019;34:1469-81. [doi:10.1080/10410236.2018.1500431](https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1500431). [Medline](#)
18. Van de Bovenkamp H. *Patiëntenwetenschappen: verhalen ophalen, vertalen en laten meebepalen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2024.
19. Nijhof G. *Ziekenwerk: een kleine sociologie van alledaags ziekenleven*. Amsterdam: Askant; 2002.
20. Van de Bovenkamp HM, Dwarswaard J. The complexity of shaping self-management in daily practice. *Health Expect*. 2017;20:952-60. [doi:10.1111/hex.12536](https://doi.org/10.1111/hex.12536). [Medline](#)
21. *Jouw behandeling tegen kanker. wat vind jij belangrijk? Rapportage Doneer Je Ervaring-peiling*. Utrecht: Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties; 2025.

22. Ubbink DT, Matthijssen M, Lemrini S, van Etten-Jamaludin FS, Bloemers FW. Systematic review of barriers, facilitators, and tools to promote shared decision making in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2024;31:1037-49. [doi:10.1111/acem.14998](https://doi.org/10.1111/acem.14998). [Medline](#)
23. Ashana DC, Welsh W, Preiss D, et al. Racial differences in shared decision-making about critical illness. *JAMA Intern Med.* 2024;184:424-32. [doi:10.1001/jamainternmed.2023.8433](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.8433). [Medline](#)
24. Festen S, van der Wal-Huisman H, van der Leest AHD, et al. The effect of treatment modifications by an onco-geriatric MDT on one-year mortality, days spent at home and postoperative complications. *J Geriatr Oncol.* 2021;12:779-85. [doi:10.1016/j.jgo.2020.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.12.003). [Medline](#)
25. Engelhardt EG, Pieterse AH, van der Hout A, et al. Use of implicit persuasion in decision making about adjuvant cancer treatment: a potential barrier to shared decision making. *Eur J Cancer.* 2016;66:55-66. [doi:10.1016/j.ejca.2016.07.011](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.07.011). [Medline](#)
26. Ozanne EM, Barnes GD, Brito JP, et al. Effectiveness of shared decision making strategies for stroke prevention among patients with atrial fibrillation. *BMJ.* 2025;388:e079976. [doi:10.1136/bmj-2024-079976](https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079976). [Medline](#)
27. Pieterse AH, Kunneman M, van den Hout WB, et al. Patient explicit consideration of tradeoffs in decision making about rectal cancer treatment: benefits for decision process and quality of life. *Acta Oncol.* 2019;58:1069-76. [doi:10.1080/0284186X.2019.1594363](https://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1594363). [Medline](#)
28. Richter R, Jansen J, van der Kraan J, et al. How inclusive are patient decision aids for people with limited health literacy? *Med Decis Making.* 2025;45:143-55. [doi:10.1177/0272989X241302288](https://doi.org/10.1177/0272989X241302288). [Medline](#)

Kernpunten

- Gedeelde besluitvorming combineert medische expertise met doelen en voorkeuren van patiënten bij het op basis van gelijkwaardigheid beslissen over de behandeling.
- Keuzehulpen en training verbeteren gedeelde besluitvorming en verhogen patiënttevredenheid.
- Belemmeringen voor gedeelde besluitvorming zijn tijdsdruk, impliciet sturen door artsen en verwachtingen van arts en patiënt.
- Actieve betrokkenheid van patiënten kan spijt over behandelkeuzes verminderen en tevredenheid verhogen.