CIV-CARE_P001

SUB POSITIONPAPER - SHPP005-03

SDM IN DE GEZONDHEIDSZORG

SHARED DECISION MAKING IN BEHANDELRELATIES, LANGDURIGE ZORG EN MEDISCHE BESLUITVORMING

Documentcode: CIV-CARE_P001_SHPP005-03_SDM-in-de-Gezondheidszorg_v0.9

Status: Concept (open voor publieke reflectie)

Versie: 0.9

Datum: 15 juni 2026

Reikwijdte: Gezondheidszorg, langdurige zorg, behandelrelaties, WvGGZ, Wzd, medische besluitvorming, zorgdossiers, informed consent, clientparticipatie en digitale besluitondersteuning.

Onderdeel van: HPP005 - Shared Decision Making als Fundament van Legitieme Besluitvorming

Reeks: CIV-CARE P001 - HPP005 / Shared Decision Making

Auteur: Alexander Groenheide, voorzitter Stichting De Kamer van Sociale Waarden

Bestandsnaam: CIV-CARE_P001_SHPP005-03_SDM-in-de-Gezondheidszorg_v0.9.docx

EXECUTIVE SUMMARY

SHPP005-03 werkt uit hoe Shared Decision Making binnen de gezondheidszorg functioneert als norm voor begrijpelijke, proportionele en menswaardige behandel- en zorgbesluitvorming. Het document verbindt SDM met informed consent, behandelrelaties, langdurige zorg, dossiervorming, vertegenwoordiging, digitale ondersteuning en governance.

De kern is dat medische of zorginhoudelijke besluiten niet alleen professioneel onderbouwd, maar ook begrijpelijk, gedeeld en navolgbaar moeten zijn. SDM voorkomt dat cliënten of patiënten worden gereduceerd tot dossierobjecten en maakt zichtbaar hoe hun waarden, voorkeuren, risico-inschatting en leefcontext daadwerkelijk zijn meegewogen.

WIJZIGINGSREGISTER

v0.9 - Eerste conceptversie van SHPP005-03 binnen de HPP005-reeks. Deze versie werkt SDM in de gezondheidszorg uit als toepassing op behandelrelaties, informed consent, langdurige zorg, WvGGZ, Wzd, vertegenwoordiging, dossieranalyse en digitale ondersteuning.

1. INLEIDING EN AANLEIDING

Shared Decision Making (SDM) krijgt binnen de gezondheidszorg een bijzondere betekenis, omdat besluiten over behandeling, begeleiding, diagnostiek, medicatie, opname, ontslag, beperking, veiligheid en nazorg rechtstreeks ingrijpen in het lichaam, de persoonlijke levenssfeer en de toekomst van de betrokkene.

Binnen CIV-CARE wordt SDM in de gezondheidszorg daarom niet benaderd als een communicatieve voorkeur of vriendelijke gespreksstijl, maar als een normatieve en procedurele voorwaarde voor zorgvuldige, menswaardige en uitlegbare besluitvorming.

Deze sub-positionpaper werkt uit wanneer SDM in medische en zorginhoudelijke contexten daadwerkelijk aanwezig is, wanneer slechts sprake is van informeren of toestemmen, en hoe zorgorganisaties kunnen toetsen of besluitvorming voldoende gedeeld, begrijpelijk en navolgbaar is geweest.

2. DOEL EN FUNCTIE VAN DEZE SUB-POSITIONPAPER

SHPP005-03 heeft drie functies binnen de HPP005-reeks. Ten eerste verduidelijkt dit document hoe SDM werkt binnen behandelrelaties en zorgtrajecten waarin professionele kennis, kwetsbaarheid en afhankelijkheid sterk aanwezig zijn. Ten tweede biedt het een toetsingskader voor dossiers waarin achteraf moet worden gereconstrueerd of voorkeuren, risico's, alternatieven en consequenties werkelijk zijn besproken. Ten derde verbindt het SDM met informed consent, zorgvuldige dossiervorming, menselijke maat en governance.

Het document is bedoeld voor cliënten, patiënten, naasten, behandelaren, zorgprofessionals, klachtenfunctionarissen, juristen, toezichthouders, waardencommissies en CIV-CARE-redacties die willen beoordelen of besluitvorming binnen een zorgtraject niet alleen formeel, maar ook relationeel en inhoudelijk zorgvuldig is verlopen.

3. NORMATIEF UITGANGSPUNT

Het normatieve uitgangspunt luidt: medische en zorginhoudelijke besluiten zijn slechts legitiem wanneer de persoon op wie het besluit betrekking heeft, op een begrijpelijke, tijdige en betekenisvolle wijze heeft kunnen deelnemen aan de afweging.

Dat betekent niet dat iedere wens van de cliënt of patiënt automatisch doorslaggevend is. Het betekent wel dat diens waarden, voorkeuren, zorgen, grenzen, sociale context en toekomstperspectief zichtbaar moeten worden meegewogen. Een besluit dat technisch correct is, maar de leefwereld van de betrokkene negeert, verliest morele en relationele legitimiteit.

4. WAT BETEKENT SDM IN DE GEZONDHEIDSZORG?

SDM in de gezondheidszorg is een gestructureerd besluitvormingsproces waarin professional en cliënt of patiënt gezamenlijk komen tot een keuze over zorg, behandeling, ondersteuning of begeleiding. Daarbij worden medische kennis, professionele ervaring, beschikbare opties, risico's en evidence verbonden met de waarden, voorkeuren en omstandigheden van de betrokkene.

Binnen CIV-CARE bestaat SDM uit vier samenhangende bewegingen:

- 1. Keuzebewustzijn: duidelijk maken dat er een besluitmoment is en dat de betrokkene daarin een rol heeft.
- 2. Informatie-uitwisseling: begrijpelijke uitleg over opties, risico's, voordelen, onzekerheden en alternatieven.
- 3. Waardenverkenning: expliciet onderzoeken wat voor de betrokkene belangrijk is in het dagelijks leven.

- 4. Gezamenlijke afweging: komen tot een beslissing die professioneel verdedigbaar en persoonlijk betekenisvol is.

5. SDM IS MEER DAN INFORMED CONSENT

Informed consent is noodzakelijk, maar niet voldoende om te kunnen spreken van Shared Decision Making. Toestemming kan formeel zijn gegeven terwijl de betrokkene de keuze onvoldoende begreep, geen reële alternatieven zag, onder druk stond, geen tijd kreeg of zich afhankelijk voelde van de professional.

SDM vraagt daarom méér dan een toestemmingsformulier. Het vraagt dat informatie begrijpelijk wordt gemaakt, dat alternatieven werkelijk worden besproken, dat onzekerheden eerlijk worden benoemd en dat de persoonlijke betekenis van de keuze wordt onderzocht. Pas dan krijgt toestemming inhoudelijke waarde.

6. DE BIJZONDERE AFHANKELIJKHEID BINNEN BEHANDELRELATIES

De behandelrelatie kent per definitie een kennis- en machtsasymmetrie. De professional beschikt over medische, juridische of organisatorische kennis; de cliënt of patiënt bevindt zich vaak in een situatie van kwetsbaarheid, pijn, stress, afhankelijkheid of onzekerheid.

Deze asymmetrie maakt SDM noodzakelijker, niet minder noodzakelijk. Juist waar iemand afhankelijk is van zorg, moet extra worden geborgd dat diens stem niet verdwijnt achter protocollen, diagnosecodes, risicotaal of institutionele routines.

7. BEGRIJPELIJKE INFORMATIE ALS VOORWAARDE

SDM kan alleen functioneren wanneer informatie begrijpelijk, relevant en toepasbaar is. Informatie is niet begrijpelijk omdat zij juridisch of medisch volledig is, maar omdat de betrokkene haar kan plaatsen in de eigen situatie.

Dat vraagt aandacht voor taalniveau, stress, culturele context, LVB, ASS, psychiatrische ontregeling, vermoeidheid, medicatie-effecten, trauma en de aanwezigheid of afwezigheid van steunfiguren. Een zorgvuldige professional controleert niet alleen of informatie is gegeven, maar of zij is begrepen.

8. ALTERNATIEVEN, RISICO'S EN NIETS-DOEN ALS OPTIE

Een gedeelde beslissing veronderstelt dat er daadwerkelijk iets te kiezen valt of dat duidelijk wordt waarom er tijdelijk weinig keuzevrijheid bestaat. Binnen SDM moeten alternatieven zichtbaar worden gemaakt, inclusief de optie om af te wachten, een lichtere interventie te kiezen, een second opinion te vragen of ondersteuning anders te organiseren.

Ook risico's moeten relationeel worden besproken. Niet ieder medisch risico heeft voor iedere persoon dezelfde betekenis. Wat voor de professional aanvaardbaar lijkt, kan voor de betrokkene zwaar wegen vanwege gezin, werk, religie, eerdere ervaringen, autonomie of angst voor verlies van regie.

9. SDM BIJ VERMINDERDE WILSBEKWAAMHEID

Verminderde wilsbekwaamheid betekent niet dat participatie vervalt. Ook wanneer iemand een besluit niet volledig zelfstandig kan overzien, blijft het uitgangspunt dat de persoon zoveel mogelijk wordt betrokken op een wijze die past bij diens mogelijkheden.

CIV-CARE maakt daarom onderscheid tussen ondersteuning van besluitvorming en vervanging van de stem. Vertegenwoordigers, mentoren, familieleden of professionals mogen de stem van de betrokkene niet zomaar overnemen. Zij moeten helpen om voorkeuren, waarden, signalen en grenzen zichtbaar te maken.

10. SDM IN LANGDURIGE ZORG, WVGGZ EN WZD

Binnen langdurige zorg, verplichte zorg en beschermde woon- of behandelcontexten staat SDM onder druk doordat veiligheid, toezicht, routines en risicobeheersing sterk aanwezig zijn. Juist daar moet besluitvorming zorgvuldig worden onderscheiden van beheersing.

Bij WvGGZ, Wzd en vergelijkbare contexten blijft het van belang dat de betrokkene wordt gehoord, dat proportionaliteit wordt getoetst, dat alternatieven worden onderzocht en dat beperkingen niet verder gaan dan noodzakelijk. SDM betekent hier niet dat verplichte zorg nooit mogelijk is, maar dat dwang of beperking nooit mag worden genormaliseerd zonder aantoonbare dialoog, motivering en heroverweging.

11. DOSSIERVORMING EN NAVOLGBAARHEID

Een zorgdossier moet niet alleen vermelden wat is besloten, maar ook hoe het besluit tot stand is gekomen. Voor SDM is relevant of zichtbaar is welke informatie is gedeeld, welke vragen zijn gesteld, welke zorgen zijn geuit, welke alternatieven zijn besproken, welke voorkeuren zijn gewogen en waarom uiteindelijk voor een bepaalde route is gekozen.

Ontbreekt deze procesinformatie, dan wordt achteraf moeilijk toetsbaar of sprake was van gedeelde besluitvorming of slechts van professionele besluitvorming met toelichting achteraf.

12. NAASTEN, NETWERK EN VERTEGENWOORDIGING

Gezondheidszorg raakt zelden alleen de individuele patiënt. Behandeling, begeleiding, opname, medicatie of ontslag hebben vaak gevolgen voor partners, ouders, kinderen, mantelzorgers en andere steunfiguren. SDM vraagt daarom een zorgvuldige afweging van netwerkbetrokkenheid.

Naasten kunnen informatie aanvullen, steun bieden en helpen bij begrip. Tegelijk mag hun betrokkenheid de eigen stem van de betrokkene niet verdringen. CIV-CARE hanteert daarom als uitgangspunt: netwerkbetrokkenheid versterkt SDM alleen wanneer zij de autonomie en waardigheid van de betrokkene ondersteunt.

13. DIGITALE ONDERSTEUNING EN AI IN ZORGBESLUITEN

Digitale besluitondersteuning, triage-instrumenten, AI-ondersteunde dossieranalyse en zorgportalen kunnen SDM versterken wanneer zij informatie toegankelijker maken, patronen zichtbaar maken en broncontrole ondersteunen.

Zij kunnen SDM echter ook verzwakken wanneer digitale scores, dashboards of algoritmische adviezen de menselijke dialoog vervangen. Binnen CIV-CARE geldt daarom dat technologie uitsluitend ondersteunend mag zijn. De uiteindelijke afweging blijft menselijk, uitlegbaar, betwistbaar en herleidbaar.

14. TOETSKADER SDM IN DE GEZONDHEIDSZORG

Voor toepassing binnen dossiers, klachten, reflectietafels en governanceprocessen hanteert CIV-CARE het volgende toetskader. De vragen zijn bedoeld om vast te stellen of besluitvorming daadwerkelijk gedeeld was of slechts formeel is verantwoord.

1. Is duidelijk gemaakt welk besluit moest worden genomen?
2. Heeft de betrokkene begrijpelijke informatie gekregen over opties, risico's en alternatieven?
3. Is gecontroleerd of de informatie daadwerkelijk is begrepen?
4. Zijn persoonlijke waarden, voorkeuren, angsten en grenzen expliciet besproken?
5. Is zichtbaar gemaakt hoe de inbreng van de betrokkene is meegewogen?
6. Zijn naasten of vertegenwoordigers betrokken op een wijze die de autonomie ondersteunt?
7. Is afwijking van de wens van de betrokkene zorgvuldig gemotiveerd?
8. Is het besluit achteraf navolgbaar in dossier, verslag of motivering?

15. RELATIE MET HPP005 EN OVERIGE SHPP005-DOCUMENTEN

SHPP005-03 bouwt voort op HPP005, waarin Shared Decision Making is gepositioneerd als fundament van legitieme besluitvorming. SHPP005-01 biedt het begrippenkader; SHPP005-02 werkt informed consent en besluitvorming uit; SHPP005-03 past deze beginselen toe op gezondheidszorg en behandelrelaties.

De verdere reeks verbindt deze benadering met jeugdzorg en gezinscontext, gemeenten en sociaal domein, machtsongelijkheid, digitale ondersteuning en governance. Geen enkel document staat op zichzelf; de reeks functioneert als samenhangend normatief en praktisch kader.

- SHPP005-01 - Wat is Shared Decision Making?
- SHPP005-02 - Informed Consent en Besluitvorming
- SHPP005-04 - SDM in Jeugdzorg en Gezinscontext
- SHPP005-05 - SDM binnen Gemeenten en Sociaal Domein
- SHPP005-06 - Macht, Ongelijkheid en Pseudo-participatie
- SHPP005-07 - Digitale Ondersteuning van SDM
- SHPP005-08 - Governance, Ethiek en Toekomstbestendigheid

16. OPEN KARAKTER EN UITNODIGING TOT REFLECTIE

Deze sub-positionpaper heeft een open en toetsbaar karakter. Zij is bedoeld als basis voor reflectie, co-creatie en verdere uitwerking met cliënten, patiënten, naasten, professionals, juristen, gemeenten, zorgorganisaties en ervaringsdeskundigen.

CIV-CARE nodigt betrokkenen uit om praktijkvoorbeelden, verbeterpunten en kritische reflecties aan te dragen, zodat het kader kan groeien vanuit daadwerkelijke ervaring en niet uitsluitend vanuit systeemtaal.

17. SLOTVERKLARING

Shared Decision Making in de gezondheidszorg is geen luxe en geen vrijblijvende methode. Het is een noodzakelijke waarborg voor menselijke waardigheid in situaties waarin mensen kwetsbaar, afhankelijk of onzeker zijn.

Een zorgbesluit wordt sterker wanneer het niet alleen professioneel juist is, maar ook begrijpelijk, gedeeld, proportioneel en navolgbaar. Daar ligt de kern van SDM binnen CIV-CARE: besluiten over mensen moeten zoveel mogelijk met mensen worden genomen.

18. GOVERNANCE EN VERSIESTANDAARD

Versie 0.9 van SHPP005-03 geldt als conceptversie binnen de CIV-CARE P001 HPP005-reeks. Het document is open voor publieke reflectie, inhoudelijke toetsing en governancematige aanvulling.

Bij toekomstige versies wordt expliciet vastgelegd welke wijzigingen zijn doorgevoerd, waarom die wijzigingen noodzakelijk waren en hoe zij zich verhouden tot HPP005 en de overige SHPP005-documenten.

19. PUBLIEKE CALL-TO-ACTION

Wij nodigen maatschappelijke partners, gemeenten, professionals, cliënten, patiënten, naasten en ervaringsdeskundigen uit om actief bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van menswaardige besluitvorming in de gezondheidszorg.

CIV-CARE is gebouwd op gedeelde waarden, transparante toetsing en federatieve samenwerking waarin ieder perspectief gelijkwaardig meetelt. Uw betrokkenheid is essentieel om Shared Decision Making niet als beleidswoord, maar als praktische norm in zorgrelaties te versterken.

CIV-CARE – Kamer van Sociale Waarden

opgesteld door:

Alexander Groenheide
Voorzitter | Stichting De kamer van Sociale Waarden
Menselijke waardigheid als fundament.

info@dekvsw.nl | www.dekvsw.nl
06 53 44 50 54
Laurastraat 87, 6471 JJ Eygelshoven
KVK: 97098817 | RSIN: 867909274
W: DeKvSW.nl
CIV innitiatieven:
CIV-CARE.nl | CIV-RAMP.nl | CIV-CAMP.nl | CIV-CALL.com
Burgerschapseducatie/ theater en filmeducatie: Ubuntukids.nl