



Handleiding keuzehulpontwikkeling



Inleiding

Het gebruik van keuzehulpen of 'decision aids' heeft tot doel om zorgvragers en hulpverleners te faciliteren bij het nemen van goede beslissingen. Onder goede beslissingen wordt verstaan: beslissingen die

1. geïnformeerd worden genomen (op basis van kennis en realistische verwachtingen)
2. aansluiten op persoonlijke waarden
3. beter worden opgevolgd of geïmplementeerd (hogere compliantie)

Daarnaast kunnen keuzehulpen bijdragen aan actievere participatie van zorgvragers in overleg en besluitvorming met zorgverleners, beslissingonzekerheid / conflict verlagen, het uitstellen van beslissingen verminderen en tevredenheid van zorgvragers met de besluitvorming verhogen (O'Connor, 2003).

De doelgroep van de keuzehulp zijn patiënten/cliënten met een bepaald beslisprobleem die geïnformeerd en ondersteund willen worden bij het afwegen van verschillende opties in het traject van screening, diagnostiek en/of behandeling. Het gaat om voorlichtingsinterventies aan mensen die met een specifiek keuzeprobleem geconfronteerd worden. Keuzehulpen bevatten op het individu afgestemde informatie en zijn geen bronnen van algemene informatie over ziektebeelden en behandelingen (alhoewel ze daarmee wel kunnen worden geïntegreerd). Ze kunnen door patiënten thuis worden gebruikt en in de spreekkamer tijdens het overleg met de hulpverlener, ter ondersteuning van de communicatie.

Deze handleiding is bedoeld voor procesbegeleiders en werkgroepleden die een keuzehulp willen ontwikkelen.

Overzicht van de fasen van keuzehulpontwikkeling

Activiteiten per fase van keuzehulpontwikkeling	
Fase 1	Vorbereiding Samenstellen werkgroep Bestuderen beschikbare informatie
Fase 2	Selecteren en afbakenen beslisprobleem Afbakenen doelgroep Vragen formuleren voor focusgroep Afspraken maken over eigenaarschap
Fase 3	Zoeken naar literatuur over informatiebehoefte patiënten Inventariseren informatiebehoefte patiënten Focusgroep
Fase 4	Opzet keuzehulp
Fase 5	1e versie keuzehulp Risicopresentatie Waardenelicatie
Fase 6	Testen & bijstellen keuzehulp
Fase 7	Aanleveren definitieve versie keuzehulp aan kiesBeter.nl

Fase 1 Voorbereiding

Samenstelling van de werkgroep

Voor de ontwikkeling van de keuzehulp wordt een werkgroep opgericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de voor het onderwerp meest relevante beroepsorganisaties (huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, paramedici), patiënten/cliënten(organisatie), een medewerker van richtlijninstututen (NHG/CBO/Ti) en een wetenschapper met kennis van beslissingsondersteuning op het specifieke terrein. Werkgroepleden worden via de beroepsverenigingen en patiënten/cliënten(organisaties) per brief geworven. Er wordt ook gekeken of aangesloten kan worden bij bestaande werkgroepen van bijv. richtlijnen of indicatoren.

Het is niet nodig om te streven naar volledigheid van de werkgroep. Het evenwicht tussen patiënten en hulpverleners is wel van belang. Wanneer het zwaartepunt van de werkgroep ligt aan de kant van de hulpverleners – m.n. artsen, voor verpleegkundigen geldt dit minder – bestaat het risico dat de keuzehulp meer gericht wordt op interventies en minder aansluit bij de informatiebehoefte van patiënten/cliënten. Voldoende vertegenwoordiging van de patiënten/cliënten of hun organisaties is belangrijk.

Elke werkgroep is multidisciplinair samengesteld en onderhoudt contact met de NPCF door middel van periodiek overleg.

Van de werkgroepleden wordt expliciet verwacht dat zij affiniteit hebben met patiëntenparticipatie, shared decision making en het onderwerp van de keuzehulp. Daarnaast wordt van werkgroepleden verwacht dat zij het commitment van hun (wetenschappelijke) verenigingen hebben.

Bestuderen van beschikbare informatie

De werkgroepleden bestuderen ter voorbereiding de volgende informatie:

- handleiding Keuzehulpontwikkeling
- (inter)nationale keuzehulpen over het onderwerp en andere keuzehulpen, bijv. op kiesBeter.nl
- (inter)nationale richtlijnen
- voorlichtingsmateriaal over het onderwerp, incl. informatie op kiesBeter.nl over onderwerp
- template voor keuzehulp van RIVM en webrichtlijnen voor kiesbeter
- IPDAS standards (IPDAS collaboration background document 2005, Elwyn 2006)

Fase 2 Selecteren beslisprobleem

Selecteren en afbakenen beslisprobleem

Bij de start van de keuzehulpontwikkeling beslist de werkgroep voor welke keuze ondersteuning wordt aangeboden.

Op basis van het beschikbare materiaal (keuzehulpen, voorlichtingsmateriaal) wordt dit beslisprobleem waar mogelijk verder afgebakend.

Afbakenen doelgroep

Op dezelfde wijze wordt de doelgroep bepaald voor wie de keuzehulp bestemd is.

Vragen formuleren voor focusgroep

Als de werkgroep in dit stadium al specifieke vragen heeft voor de focusgroep, dan worden deze geïnventariseerd en doorgegeven aan de NPCF.

Daarnaast werkt de werkgroep mee aan de werving van patiënten/cliënten voor de focusgroep. Dit is met name belangrijk voor onderwerpen waarvoor geen patiënten/cliënten organisatie bestaat.

Afspraken maken over eigenaarschap

In deze fase wordt ook afgesproken wie/welke organisatie verantwoordelijk is voor het beheer van de keuzehulp, de kwaliteit van de medische informatie en aansluiting van inhoud en vorm bij informatiebehoefte van patiënten/cliënten.

Fase 3 Inventariseren informatiebehoefte van patiënten

De keuzehulp moet aansluiten op de informatiebehoefte van patiënten/cliënten met betrekking tot het beslisprobleem. Daarom is het van belang om deze informatiebehoefte zo vroeg mogelijk in het traject beschikbaar te hebben.

Zodra het beslisprobleem en de doelgroep afgebakend zijn, wordt literatuur gezocht over de wensen en informatiebehoefte van patiënten met betrekking tot het beslisprobleem en wordt de focusgroep gehouden. Pas wanneer de informatiebehoefte van patiënten/cliënten bekend is, wordt de keuzehulp uitgewerkt.

Zoeken naar literatuur over informatiebehoefte van patiënten

De literatuurspecialist van het CBO kan een zoekactie uitvoeren naar literatuur over wensen en informatiebehoeften van patiënten. Hiervoor is een zoekfilter aanwezig. De procesbegeleider van de werkgroep stemt met de literatuurspecialist af met welke zoektermen gezocht moet worden.

Informatiebehoefte van patiënten

In dit deel komt aan de orde hoe een focusgroep samen te stellen en uit te voeren. Het is van belang dit zorgvuldig te doen, om een optimaal resultaat te bereiken en ook de tijd die patiënten investeren van nut te laten zijn. De volgende stappen zijn van belang:

– Profielschets leden focusgroep

a) Representatief

Bij het samenstellen van een focusgroep wordt in de eerste plaats gezocht naar een groep patiënten (of mantelzorgers) die aantoonbaar representatief zijn voor de patiënten (of mantelzorgers) over wie het in de te ontwikkelen keuzehulp gaat wat betreft alle factoren die van belang zijn¹. Bijvoorbeeld:

- ziekte of aandoening
- woon- of verblijfvorm
- vorm van zorg
- leeftijd
- geslacht

Als de patiënten niet in staat zijn zichzelf te vertegenwoordigen door hun leeftijd of handicap kan er een focusgroep worden samengesteld uit naastbetrokkenen (zo mogelijk samen met de patiënten waar het om gaat). In dit geval geldt dat de naastbetrokkenen ook representatief zijn².

b) Patiëntenorganisatie aanwezig of niet

Het uitgangspunt is om focusgroepen samen te stellen uit ervaringsdeskundige patiënten, voor zover mogelijk patiënten/cliënten die lid zijn van een relevante patiëntenorganisaties. Dit vanuit de gedachte dat deze groep in staat zou zijn verder te kijken dan alleen de eigen problematiek en dus daadwerkelijk een groep patiënten te kunnen vertegenwoordigen. Het is echter niet

¹ Als het bijvoorbeeld gaat over ouderen dan wordt er een patiëntenpanel samengesteld met alleen ouderen. Als het niet gaat om een bepaalde leeftijdsgroep maar de leeftijd wel een factor is die invloed heeft, wordt zo mogelijk gezocht naar een panel waarin mensen met verschillende leeftijden vertegenwoordigd zijn.

² Bijvoorbeeld zowel partners als kinderen.

altijd mogelijk om representatieve patiënten te vinden via een patiëntenorganisatie, omdat:

- er geen relevante patiëntenorganisatie is
- er meerdere relevante patiëntenorganisaties zijn
- er wel een patiëntenorganisatie is, maar die is maar ten dele relevant
- de leden van de relevante patiëntenorganisatie niet representatief zijn voor de hele patiëntengroep.

Vaak moet een afweging worden gemaakt tussen representativiteit en het vermogen om een brede groep patiënten te vertegenwoordigen. De profielschets in onderstaand kader is een richtlijn.

Profielschets patiënten die meedoen aan focusgroep

- In staat om aan te geven welke specifieke knelpunten er zijn in de zorg, behandeling en voorlichting rond de eigen aandoening.
- Breder kunnen denken dan de eigen situatie.
- Op de hoogte zijn van actuele ontwikkelingen in de behandeling en voorlichting.
- Bereid en in staat zijn om te luisteren naar ervaringen van andere patiënten en daarop te reageren.
- Bereid en in staat zijn om naar de plaats waar de bijeenkomst worden gehouden heen en weer te reizen³.
- Bereid om schriftelijk en/of telefonisch binnen een afgesproken termijn te reageren op evt. concept teksten van de producten.
- De afvaardiging moet in z'n geheel zoveel mogelijk de "georganiseerde kritische patiënt" vertegenwoordigen.
- Als er een patiëntenorganisatie wiens leden representatief zijn voor de gezochte groep dan moet er een relatie zijn met het bestuur van de patiëntenorganisatie.

c) Aantal deelnemers patiëntenpanel

Een patiëntenpanel bestaat uit ongeveer 10 ervaringsdeskundige patiënten. Als dat er minder zijn komt de validiteit in het geding. Bepaalde categorieën patiënten functioneren slecht in een grote groep. In dat geval is het wenselijk twee kleine panels samen te stellen. Eén patiëntenpanel heeft echter de voorkeur omdat iedereen dan direct op elkaar kan reageren en de deelnemers zicht hebben op alle uitspraken van elkaar. Bovendien kost één panel minder tijd dan twee. Het voordeel van twee kleine panels is overigens wel dat de deelnemers meer ruimte hebben voor hun inbreng. Als bovendien in beide groepen spontaan dezelfde uitspraken worden gedaan, zegt dat iets over het belang van het onderwerp. Als er twee groepen worden ingezet, die over bepaalde onderwerpen anders blijken te denken dan is een consensusbijeenkomst nodig.

- Zoeken van patiënten

Voor het verkrijgen van de namen en adressen van representatieve patiënten zijn verschillende mogelijkheden:

a) via de categorale patiëntenorganisaties

Als de categorale patiëntenorganisatie wil meewerken (dat is vaak al duidelijk bij de start van de ontwikkeling van de keuzehulp) is het zaak het bestuur of de directeur telefonisch en schriftelijk uit te leggen wat voor mensen je zoekt. Je kunt hen vragen of ze via hun kanalen

³ Bij patiëntengroepen die binnen een zorginstelling wonen of hun dagbesteding hebben is het vaak mogelijk om de gesprekken in de instelling te houden.

mensen over de bijeenkomst willen informeren.

b) *via andere organisaties waarin patiënten betrokken zijn zoals cliëntenraden of algemene patiëntenorganisaties.*

Na verzoek om medewerking (als dat niet al bij aanvang is gebeurd) zie a.

c) *overige manieren*

Niet aangesloten patiënten zijn te benaderen via de hulpverleners waar ze mee te maken hebben. Dat betekent dat er via hulpverleners gezocht moet worden naar potentiële kandidaten voor de focusgroep, hen toestemming te vragen en vervolgens de namen en adressen door te spelen. Als dat kan is het handig om hulpverleners te vragen die al betrokken zijn bij de ontwikkeling van de keuzehulp. Als dat niet lukt ben je afhankelijk van de goodwill van hulpverleners die wellicht nog niet bekend zijn met de keuzehulpen, waardoor je eerst het traject moet toelichten. De werving via hulpverleners werkt het best in een 1 op 1 gesprek. Flyers of posters in een wachtkamer spreekt mensen nauwelijks rechtstreeks aan. En aantal tips uit de praktijk:

- Tenzij er direct en met overtuiging 'ja' wordt gezegd en ook duidelijk is dat via deze hulpverlener voldoende en representatieve patiënten kunnen worden benaderd, benader altijd meerdere hulpverleners met hetzelfde verzoek om te voorkomen dat bij een negatief antwoord opnieuw moet worden begonnen.

- Probeer de namen en adressen van patiënten te krijgen via hulpverleners die betrokken zijn bij het project. Zij zijn al overtuigd van het belang van het project en bovendien bereid daar tijd in te investeren.
- Als het niet op die manier lukt dan zul je de hulpverleners rechtstreeks moeten benaderen:
 - via de wetenschappelijke verenigingen van specialisten/verpleegkundigen
 - via de eerstelijnszorg
 - Persoonlijk contact (telefonisch) al dan niet na schriftelijke aankondiging, is belangrijk omdat dan direct op eventuele vragen kan worden ingegaan.

Het is belangrijk dat het perspectief van patiënten is terug te vinden in keuzehulpen die ontwikkeld worden. Om het patiëntenperspectief te achterhalen is het noodzakelijk dat er gesprekken gevoerd worden met betrokken patiënten, dit mede met het oog op de persoonlijke waarden. Waarop kiezen patiënten, wat beweegt de een en wat de ander. Is dit te veralgemeniseren, zodat dit ook voor anderen geldt.

- Vooraf informeren focusgroep

De focusgroep krijgt vooraf informatie toegestuurd met daarin:

- Toelichting wat er van hun verwacht wordt, met daarin opgenomen een link naar kiesbeter onderdeel keuzehulpen, zodat hen duidelijk is waaraan zij hun medewerking verlenen.
- Een uitnodigingsbrief met routebeschrijving en declaratieformulier.

Als de focusgroep naar verwachting tijd nodig heeft om een mening ten aanzien van het onderwerp te formuleren is het mogelijk een vragenlijst mee te sturen waarin je aangeeft dat de vragen tijdens het gesprek een leidraad zijn, dat het een open gesprek is maar dat ze aan de hand van de vragen *desgewenst* alvast hun ideeën kunnen ordenen.

Fase 4 Opzet keuzehulp

Nadat de informatiebehoefte van patiënten/cliënten t.a.v. inhoud en vorm van de keuzehulp geïnterpreteerd is, wordt een opzet van de keuzehulp gemaakt. Voor deze opzet wordt verder gebruik gemaakt van

- bestaande keuzehulpen
- richtlijnen
- voorlichtingsmateriaal
- bestaande literatuur over het onderwerp (informatiebehoefte patiënten)

Inhoud van de keuzehulp

Bij de ontwikkeling van de eerste 6 keuzehulpen is in overleg met hulpverleners, patiëntenorganisaties en beslistkundigen duidelijk geworden dat de keuzehulp de volgende onderdelen moet bevatten:

- de doelgroep voor wie de informatie is bedoeld
 - de specifieke keuze waarvoor opties worden gegeven (N.B. niets doen is ook een optie) en de uitkomsten
 - representatie van de beslissing, bijv. in de vorm van een beslisboom
 - de voor- en nadelen van elke optie (inclusief kosten) bij voorkeur met hun kansen, bijv. in een vergelijkingstabel, met horizontaal de opties, verticaal de uitkomsten (d.w.z. de voor- en nadelen) en in de cellen de kansen op die uitkomsten.
 - indien mogelijk een inschatting van het persoonlijk risico versus het gemiddelde risico (personal risk assessment)
-
- de mogelijke voorkeuren en waarderingen ten aanzien van de opties
 - een advies over waar men aanvullende informatie kan vinden
 - een op het individu afgestemde samenvatting van de stappen die men heeft doorlopen ten aanzien van de keuze die samen met de hulpverlener dient te worden gemaakt

Daarnaast moet worden overwogen om de volgende onderdelen op te nemen:

- een gedeelte waarin patiënten geholpen worden hun eigen waarden ten aanzien van de opties te verduidelijken (waardenelicitation of values clarification exercise)
- informatie over ervaringen van anderen met het keuzeprobleem (persoonlijke verhalen)
- coaching bij de besluitvorming

Het komt voor dat er over een bepaald onderdeel onvoldoende gegevens zijn om er een uitspraak over te kunnen doen, bijvoorbeeld het lange termijn effect van een bepaalde behandeling. Het is echter voor patiënten/cliënten zinvol om te weten over welke onderdelen geen betrouwbare informatie beschikbaar is. Daarom worden deze onderdelen niet weggelaten maar benoemd.

Fase 5 Eerste versie keuzehulp

De eerste versie van de keuzehulp wordt uitgewerkt en besproken in de werkgroep. De keuzehulp kan uitgewerkt worden met behulp van het content management systeem (CMS) van kiesBeter.nl. Op deze manier is direct zichtbaar hoe de keuzehulp er op de website uitziet. Als het niet mogelijk is om de keuzehulp in CMS uit te werken, kan de keuzehulp ook geschreven worden in bijv. Word en later door het RIVM overgezet worden naar CMS.

Webrichtlijnen

KiesBeter.nl volgt de webrichtlijnen van de overheid (<http://www.webrichtlijnen.nl>). Het doel van toepassen van deze webrichtlijnen is vergroten van de vindbaarheid en de toegankelijkheid van websites. Webrichtlijnen geven bijv. aan hoe webteksten opgebouwd en opgemaakt moeten worden,

hoe figuren en tabellen gepresenteerd moeten worden. De keuzehulpen moeten ook voldoen aan deze webrichtlijnen. Zie bijlage 1 'Webrichtlijnen, eisen voor kiesBeter'.

Eenvoudig Nederlands

Het is belangrijk dat de keuzehulp gebruikt kan worden door zoveel mogelijk mensen. Daarom wordt de keuzehulp geschreven in eenvoudig Nederlands, d.w.z. taalkundig niveau B1 volgens de Europese taalniveaus. Teksten van niveau B1 zijn begrijpelijk voor 95% van de bevolking. Zie bijlage 1 voor 'De 29 regels van eenvoudig Nederlands' van Bureau Taal. Voor meer informatie over eenvoudig Nederlands, zie het boek Schrijven in eenvoudig Nederlands. Heij K, Visser W. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2006.

Risicopresentatie

Om het mogelijk te maken dat patiënten/cliënten daadwerkelijk samen met hun hulpverlener beslissen, moeten kansen en risico's op een begrijpelijke manier worden weergegeven.

Niet gebruiken	Voorbeeld	Wel gebruiken	Voorbeeld
kansen op enkelvoudige gebeurtenissen	U heeft 30% kans op bijwerkingen.	frequenties	Van 10 patiënten die dit medicijn gebruiken, krijgen 3 last van bijwerkingen en 7 patiënten niet.
voorwaardelijke kansen	De kans dat een vrouw borstkanker heeft is 0,8%. Als zij kanker heeft, dan is de kans dat een mammogram positief is 90%.	natuurlijke frequenties	8 van 1000 vrouwen heeft borstkanker. Van deze 8 vrouwen met borstkanker, is bij 7 vrouwen het mammogram positief.
relatieve risico's	Mammografie vermindert borstkanker met 25%.	absolute risico's	Van 1000 vrouwen die een mammografie ondergaan, kan er bij 1 voorkomen worden dat zij sterft aan kanker.
variabele noemers	1 op de 200	vaste noemers	5 van de 1000

Geef beide kanten aan: u heeft een kans van 2 van de 1000 dat u zwanger bent van een kind met Downsyndroom en dus een kans van 998 van de 1000 dat u zwanger bent van een kind zonder Downsyndroom.

Daarnaast is het belangrijk om de informatie over kansen of risico's te visualiseren, met bijv. honderd balletjes of poppetjes.

Zie voor meer informatie over risicopresentatie: Gigerenzer 2003.

Waardenelicitatatie

Waardenelicitatatie kan keuzehulpen een meerwaarde geven. Er zijn vele verschillende vormen van waardenelicitatatie. Hieronder volgen – als voorbeeld – drie vormen van waardenelicitatatie die in de keuzehulp 'Prenataal onderzoek' worden aangeboden.

1. Introspectie. Hierbij worden zwangeren gestimuleerd na te denken over belangrijke punten rondom Downsyndroom en prenataal onderzoek naar Downsyndroom.
2. Ervaringsverhalen van andere vrouwen over het maken van hun keuze. Dit zijn acht korte teksten, geschreven als ervaringsverhalen. Hierin worden voorbeelden van afwegingen van argumenten voor en tegen prenataal onderzoek naar Downsyndroom gegeven. In de keuzehulp wordt uitdrukkelijk vermeld dat de teksten niet zijn bedoeld als voorbeeld van welke keuze gemaakt moet worden en met welke argumenten, maar om te laten zien dat vrouwen heel diverse redenen kunnen hebben voor hun keuze en dat alle keuzes mogelijk zijn. Overigens hebben deskundigen bedenkingen bij ervaringsverhalen (zie IPDAS document).
3. Argumenten op een rij. Hierbij kan bij twaalf standaard argumenten en eventueel twee zelf in te vullen argumenten voor en tegen prenatale screening worden aangegeven of men het hier mee eens, oneens of niet eens en niet oneens is. Vervolgens kan ook de persoonlijke mate van

relevantie (*/**/***) voor deze argumenten worden aangegeven. Tot slot worden deze argumenten in een overzichtstabel geplaatst, waardoor een duidelijk beeld ontstaat van de persoonlijke argumenten voor en tegen prenatale screening op Downsyndroom. Dit overzicht is uit te printen en kan bijvoorbeeld met de verloskundig hulpverlener of partner besproken worden indien er nog twijfel is.

Fase 6 Testen & bijstellen keuzehulp

De keuzehulp wordt getest door de focusgroep, de werkgroep en eventueel anderen. In deze fase moet worden nagegaan of de keuzehulp aansluit bij de informatiebehoefte van de doelgroep, bij voorkeur door de deelnemers van de focusgroep naar het resultaat van de inspanningen te laten kijken.

Fase 7 Aanleveren definitieve versie keuzehulp aan kiesBeter.nl

Wanneer de definitieve versie van de keuzehulp gereed is, dan wordt deze door een redacteur van kiesBeter.nl overgezet naar de test omgeving en vervolgens 'live'. Eventuele correcties worden door een redacteur van kiesBeter.nl doorgevoerd.

Het RIVM kan technische bouwwerkzaamheden of vormgeving verzorgen, als dat gewenst is.

Leerpunten uit het eerste deel van het project (2005-2006)

- Goede ondersteuning t.a.v. het proces van keuzehulpontwikkeling is onontbeerlijk, anders bestaat het risico dat een 'gewone voorlichtingsfolder' ontwikkeld wordt.
- Gemotiveerde werkgroep met gezamenlijk doel.
- Gebruik maken van bestaande kwalitatief goede informatie vermindert discussie over de inhoud en bevordert de voortgang.
- Bij het einde beginnen: het bevordert de voortgang om in een vroeg stadium een concept van het beoogde eindresultaat aan de werkgroep voor te leggen.
- 'Beschikbaarheid' van patiënten voor focusgroepen en focus op wensen vanuit doelgroep.
- Afstemming met kiesBeter.nl t.a.v. tijdspad, wie doet wat in het content management systeem, wat is technisch wel en niet mogelijk, etc.
- Aansluiten op internationale ontwikkelingen, zoals IPDAS.
- Keuzes maken wat betreft taalkundig niveau, waardenelicatie, risicopresentatie, persoonlijke verhalen.
- In het eerste deel van het project ontbrak een wisselwerking tussen vorm en inhoud.
- Het belang van de doelgroep is niet altijd goed in het oog gehouden. De keuzehulp moet vooral voldoen aan de vraag van patiënten. Daarom een meer gebalanceerde vertegenwoordiging in de werkgroep (minder 'medisch'), aanpassen van het taalniveau en een test van de keuzehulp door de focusgroep voordat deze op de website wordt geplaatst.
- De balans tussen patiënten en professionals wringt m.b.t. evidence-based informatie en de informatiebehoefte van patiënten. Geopperd wordt om een deel van de inhoud van de keuzehulp te laten voortkomen uit de richtlijn aangevuld met informatie die patiënten willen hebben (en voortkomen uit de focusgroep).
- Beter benutten focusgroep.
- Duidelijke afspraken maken over eigenaarschap en onderhoud van de keuzehulpen.
- Keuzehulpen bevatten te veel tekst die ook in 'algemeen' voorlichtingsmateriaal gevonden kan worden. De nadruk moet meer liggen op het overzicht van de opties en de waardenelicatie.

Literatuur

1. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tait V, Tetroe J, Fiset V, Barry M, Jones J. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD001431.
2. Webrichtlijnen, eisen voor statische content van kiesBeter. RIVM / kiesBeter.
3. IPDAS collaboration background document. O'Connor A, Llewellyn-Thomas H, Stacey D, editors. 2005. Available from: URL: http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_Background.pdf
4. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. Brit Med J 2006;333:417.
5. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. BMJ 2003 327;741-4.

Literatuurreferenties zijn op te vragen via j.doesburg@cbo.nl

Bijlagen

1. De 29 regels voor eenvoudig Nederlands
2. Begroting keuzehulp

Bijlage 1: De 29 regels van eenvoudig Nederlands

Overgenomen uit: Heij K, Visser W. Schrijven in eenvoudig Nederlands. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2006.

Vorbereiding

1. Identificeer de doelgroep
2. Formuleer het doel
3. Formuleer vragen en antwoorden
4. Kies een passende tekstsoort

Tekststructuur

5. Bepaal de hoofdgedachte
6. Formuleer een passende titel
7. Zet de hoofdgedachte aan het begin
8. Formuleer passende tussenkopjes boven alinea's
9. Bepaal de maximale tekstlengte

Zinnen

10. Zet de hoofdgedachte aan het begin
11. Formuleer maximaal één hoofdgedachte per zin
12. Maak korte zinnen (gemiddeld niet langer dan 10 woorden per zin)
13. Schrijf actieve zinnen
14. Formuleer geen tangconstructies
15. Gebruik geen formele taal
16. geen ketens van bijzinnen
17. Gebruik geen dubbele ontkenningen
18. Gebruik geen eufemismen
19. Gebruik geen laagfrequente uitdrukkingen

Woorden

20. Gebruik concrete woorden
21. Gebruik werkwoorden en vermijd nominalisaties
22. Gebruik frequente woorden
23. Vermijd jargon
24. Vermijd wetenschappelijk termen
25. Gebruik moderne woorden en vermijd ouderwetse woorden
26. Gebruik geen woorden met een dubbele betekenis
27. Gebruik geen woorden met een figuurlijke betekenis
28. Gebruik korte woorden en wees zuinig met lange woorden
29. Gebruik zoveel mogelijk dezelfde woorden

Bijlage 2: Begroting ontwikkeling keuzehulp

Kosten ontwikkeling keuzehulp	
Projectleider CBO	2.600
Projectmedewerker	24.000
Kosten integratie kiesbeter.nl	8.000
Secretariële ondersteuning	1.300
Kosten focusgroepen	400
Vacatiegelden werkgroepleden	1.000
Vergaderkosten	600
Kosten overig (accountant, reiskosten, materiële kosten, etc.)	2.100
Totaal	€40.000