

De andere blik

“Artsen gaan niet meer **vóór**, maar **mét** de patiënt beslissen”

Samen beslissen moet een gewoonte worden in de zorg, vinden zowel de overheid als zorgverleners en patiëntenverenigingen. Om de patiënt een grotere stem te geven in zijn behandelmogelijkheden, zijn er digitale keuzehulpen en wordt uitkomstinformatie beschikbaar gesteld. Gedeelde besluitvorming heeft de toekomst, zegt Dirk Ubbink, hoogleraar Evidence Based-Medicine en Shared Decision-Making aan de Universiteit van Amsterdam.

Tekst Robert van der Broek **Beeld** Rogier Chang

“Samen beslissen over je gezondheid klinkt een beetje verwarrend. Je verwacht immers dat de dokter weet wat goed voor je is. Aan de andere kant wil je ook zelf wat te zeggen hebben over medicatie, een therapie of een eventuele vervolgbehandeling. Als je weet wat je mogelijkheden zijn en welke gevolgen een behandeling heeft, dan ben je beter voorbereid op wat komen gaat. En kun je voor jezelf een weloverwogen besluit nemen: wel of geen behandeling? Of nog even afwachten? Misschien gaat je kwaal vanzelf weer over of is het middel erger dan de kwaal. Het kan ook zijn dat je kiest voor kwaliteit van leven. Iemand die hoogbejaard is, kan denken: die openhartoperatie of hoornvliestransplantatie, daar begin ik niet meer aan. Voor een jonger iemand zal die keuze natuurlijk anders zijn. Wordt de dialoog met de zorgverlener goed gevoerd, dan zal de patiënt tevredener zijn over de uitkomst. Patiënten moeten dan wel wéten dat ze een eigen rol kunnen en mógen spelen in hun zorgproces. Samen beslissen vraagt een assertieve houding. Laat je dus niet zomaar het oordeel van de dokter aanleunen, zoals vooral oudere mensen geneigd zijn te doen. De zorgverlener gaat een stukje autonomie inleveren. Hij kan zijn patiënt bijvoorbeeld wijzen op digitale keuzehulpen. Daarmee kan die zelf informatie vergaren over de behandeling die het beste aansluit bij zijn persoonlijke doelen. Digitale keuzehulpen gaan veel verder dan een patiëntenfolder. Zo’n digitaal instrument heeft in het algemeen vijf onderdelen. Het eerste is een beschrijving van de diagnose. Dan zijn er de (be)handelopties.


Vervolgens worden de gevolgen en voor- en nadelen behandeld. Daarna volgen enkele vragen waarmee de patiënt kan controleren of hij de informatie heeft begrepen. Tot slot is er een vragenlijst die hem helpt om zijn voorkeur te bepalen. Wat er uiteindelijk gaat gebeuren wordt in de spreekkamer beslist.”

De agenda van de patiënt

“Bij samen beslissen krijgt de arts een meer coachende rol. Dat zal even wennen zijn, want zorgverleners zijn gewend de regie te nemen. Ook kan de dialoog met de patiënt hem het gevoel geven dat hij nóg meer moet doen in weinig tijd. En die afspraak op de tienminutenpoli is al zo kort. Maar daarom zijn die digitale keuzehulpen zo belangrijk! Daarmee zal de patiënt beter voorbereid zijn wanneer hij op het spreekuur verschijnt. Hij zal zich minder zorgen maken en minder vragen stellen. Dat versterkt de vertrouwensband. Uit onderzoek* blijkt dat digitale coaching patiënten daadwerkelijk beter voorbereidt op wat komen gaat en keuzestress en overbehandeling voorkómt.

Behalve een flexibele houding vraagt samen beslissen andere vaardigheden van de zorgverlener. Er zijn trainingen om, aan de hand van een casus en een simulatiepatiënt, gesprekken anders te leren voeren. Er zijn ook e-learningmodules. Die tools zijn in de meeste academische ziekenhuizen al beschikbaar. Bovendien is geneeskunde een dynamisch vakgebied. Onderzoek en innovaties gaan zo snel, dat artsen echt moeten bijblijven ►

*Decision Coaching to Prepare Patients for Making Health Decisions: A Systematic Review of Decision Coaching in Trials of Patient Decision Aids, Dawn Stacey, PhD, Medical Decision Making, 2012

A close-up portrait of a middle-aged man with short, dark hair, looking slightly to the right. He is wearing a light blue patterned shirt under a dark blue sweater. The background is a soft, out-of-focus grey.

“Uitkomstmaten geven een eerlijker, onopgesmukt beeld van de werkelijkheid. Het zou niet ethisch zijn om de patiënt die data te onthouden, net zomin als het best beschikbare bewijsmateriaal”



om volgens de laatste inzichten te kunnen handelen. Wat je in de collegebanken hebt geleerd, kan het volgende jaar alweer achterhaald zijn. Het coronavirus is wel het meest sprekende voorbeeld. Ik verwacht dat de gezondheidszorg zich in de nabije toekomst minder rondom de zorgverleners afspeelt en méér rondom de patiënt. Artsen zullen servicegericht zijn. De patiënt bepaalt wanneer het hem uitkomt om naar de dokter te gaan. Dokters gaan zich realiseren dat hun patiënt ook een agenda heeft!”

Ervaring en bewijskracht

“De zorgprofessional moet gedeelde besluitvorming altijd hoog in het vaandel hebben, zelfs als een behandeloptie in zijn ogen minder goede uitkomsten biedt. De patiënt zelf kan andere uitkomsten relevanter vinden. Daar komt *evidence-based medicine* om de hoek kijken: het best beschikbare bewijsmateriaal bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. We moeten ons medisch handelen immers niet alleen op grond van ervaring, maar vooral ook op grond van wetenschappelijk bewijsmateriaal baseren. Het samenbrengen van de medische expertise, *evidence* én de voorkeur van de patiënt is precies wat *shared decision-making*, ofwel samen beslissen, inhoudt. Ik leer studenten geneeskunde om hun vak bij te houden en te spiegelen aan *evidence-based medicine*. Niet door al die duizenden wetenschappelijke artikelen die jaarlijks verschijnen door te ploegen, maar door wetenschappelijk bewijs te zoeken bij de actuele klinische problemen. Ik maak wel duidelijk dat het begrip zelf geen haarlemmerolie is. Ik hoor vaak: ‘Het is *evidence based*, dus het is goed’, maar veel studies zijn niet gerandomiseerd, wat het beste is om behandel-effecten aan te tonen, maar slechts observationeel. Wetenschap-

“Samen beslissen vraagt een assertieve houding van de patiënt. En de zorgverlener gaat een stukje autonomie inleveren”

pelijk bewijsmateriaal kan dus sterk óf zwak zijn, afhankelijk van de mate van bewijskracht. Daarom zijn, naast de medische *evidence*, uitkomstindicatoren essentieel.”

Denken vóór de ander

“Medische uitkomstindicatoren geven artsen en verpleegkundigen handvatten om de zorg te verbeteren. Tegelijkertijd geven ze de patiënt een goede indicatie van de uitkomst van hun eventuele behandeling. Uitkomstinformatie haal je uit klinische registraties over het aantal geslaagde operaties, heropnames of complicaties. Minstens zo belangrijk zijn patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROMs) en ervaringen (PREMs) of informatie over de te verwachten kwaliteit van leven. Daarmee kan de patiënt te weten komen wat een eventuele ingreep voor hem persoonlijk betekent, wat hij weer kán na een operatie of juist niet – en of hij dat ziet zitten. Deze uitkomstmaten geven een eerlijker, onopgesmukt beeld van de werkelijkheid. Het zou niet ethisch zijn om de patiënt die data te onthouden, net zomin als het best beschikbare bewijsmateriaal. In de geneeskunde hebben we lange tijd vóór de patiënt gedacht. Nog steeds heerst de drang bij zorgverleners om de leiding te nemen, terwijl de autonomie van de patiënt mag worden gerespecteerd en coaching veel meer op zijn plaats is. Ik kan het illustreren met een voorbeeld uit mijn eigen leven. Mijn moeder, alweer 90-plus, werd steeds hardhorender. Ik vond dat ze een gehoorapparaat nodig had. Daar moest ze niets van hebben. ‘Jullie praten gewoon maar wat harder’, zei ze. Op mijn aandringen is ze toch meegegaan naar de audicien. Maar ze kon niet uit de voeten met de twee apparaatjes die ze meekreeg. Ze piepten aan één stuk door en ze vergat ze ’s nachts uit te zetten, waardoor de batterijtjes snel oprakten. ’s Morgens vergat ze ze in te doen. Resultaat: ze gebruikte die dingen niet. Ik realiseerde me dat ik haar een behandeling had aangepraat, terwijl ze daar niet aan toe was. Zo gaat dat soms ook in de spreekkamer.” ●

Dirk Ubbink (1961) is arts en klinisch epidemioloog in het Amsterdam UMC. In 2018 werd hij benoemd tot hoogleraar Evidence-Based Medicine en Shared Decision-Making aan de faculteit Geneeskunde van de UvA. Hij is tevens voorzitter van de AMC/VUmc-werkgroep Gedeelde Besluitvorming, die ziekenhuisbreed onderzoek, onderwijs en implementatie behartigt van gedeelde besluitvorming.