



Robbert Huijsman

Senior manager Kwaliteit & Innovatie bij de divisie Zorg & Gezondheid van Achmea en hoogleraar Management & Organisatie van de Ouderenzorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Gezamenlijk beslissen is beter, in veel opzichten

Nieuwe generaties cliënten en zorgprofessionals ontdekken de voordelen van gezamenlijke besluitvorming, oftewel shared of co-decision making. Vooral bij ingrijpende beslissingen waarbij meer opties bestaan, is het zaak de patiënt zo veel mogelijk en zo veel als door hen zelf gewenst te betrekken bij die beslissing. Dat klinkt logisch, maar het gebeurt vaak niet of niet goed. Onderzoek(reviews) over gezamenlijke besluitvorming (of andere termen zoals patiëntparticipatie, 'patient-centred care', 'evidence-based patient choice') laat zien dat patiënten doorgaans verstandige keuzes maken, de kwaliteit van zorg verbetert, de satisfactie stijgt bij patiënt en hulpverlener en de eigen waarde en veerkracht van de cliënt sterker worden.

Zelfmanagement aan de vraagzijde komt samen met een meer coachende houding aan de aanbodzijde, samen ontwikkelen vragers en aanbieders een manier van werken die het beste past bij de cliënt en diens situatie. Aan beide kanten zijn de oudere generaties opgegroeid in hiërarchische gezagsverhoudingen (aldus socioloog De Swaan) en ontzag voor autoriteit en expertise, ook ingebakken in het klassieke meester-gezel gilde. Beide ontmoeten elkaar tegenwoordig in nieuwe meer horizontale verhoudingen en leren omgaan met (ruil)relaties, onderhandelingen en onzekerheden over kennis, proces, risico's en uitkomsten. Patiënten die vroeger 'duldend' (letterlijke vertaling) hadden de basishouding dat de dokter altijd weet wat goed is. Jongere generaties zijn mondiger, beter geïnformeerd door opleiding, media en internet. Patiënten worden cliënten met keuzevrijheid, eigen regie en 'gezondheidsvaardigheden', hoewel daarin nog veel variatie is naar leeftijd, sociaal-economische klasse en andere achtergrond- en situatiemerken. Zelfmanagement wordt inmiddels integraal onderdeel van alle zorgstandaarden voor chronisch zieken, maar tussen papier en praktijk zitten nog vele implementatiehobbels.

Professionals leren coachende en open gesprekstechnieken, voorbij paternalisme en asymmetrie in informatie en macht. Shared decision making vergt andere vaardigheden van hulpverleners, zoals het vertalen van ingewikkeld professioneel jargon naar de begripswereld en context van uiteenlopende cliënten, met nieuwe hulpmiddelen zoals keuzehulp, folders, informatieve websites. Maar ook het (h)erkennen van de eigen grenzen in kennis en expertise en de (on)mogelijkheden van de maakbare wereld. Van nature en door selectie zijn veel artsen meer doeners dan denkers en praters, en

willen zij snel naar een beslissing toewerken. Gelukkig maar, in acute situaties. Maar in veel andere situaties is er tijd, ruimte en noodzaak voor dialoog en gezamenlijke besluitvorming. In de opleidingen is er steeds meer aandacht voor houding, gedrag, gespreksvaardigheden en inleven in de cliënt, diens waarden en situatie. Maar de praktijk is weerbarstig en het aangeleerde uit de opleiding verdampt vaak tijdens de socialisatie op de werkvloer. Het is tamelijk schokkend dat uit onderzoek telkenmale blijkt dat het empathisch vermogen eerder af- dan toeneemt (zie review van Neumann e.a. in *Academic Medicine* van augustus 2011).

Vrees dat cliëntkeuzes doorslaan naar consumentisme blijkt niet nodig. Sterker nog, gezamenlijke besluitvorming in de gezondheidszorg is effectief en kwaliteitsverhogend. Cliënten blijken doorgaans minder risico te nemen dan artsen denken en heldere keuzes over zinnigheid en doelmatigheid te maken, mits ze goed geïnformeerd zijn. Participatieve technologie wordt daarin steeds belangrijker. Maar ook de relatie tussen zorgprofessional en cliënt gaat erop vooruit als beiden goed weten en delen wat er speelt en welke argumenten en beweegredenen belangrijk zijn bij de keuze voor het inzetten, doorgaan of beëindigen van een bepaalde behandeling, ook aan het einde van het leven. 'It takes two to tango', stelden Charles e.a. in hun klassieker over shared decision making uit 1997.

Het belangrijkste bij gezamenlijke besluitvorming zijn de (over)stappen van diagnose naar in te zetten zorg. Ten eerste de stap van informatie verzamelen en verstrekken, aan beide kanten. Ten tweede dialoog over de beschikbare informatie en alternatieven waaronder 'niets doen', plus eventuele consequenties (volgens het principe van 'equipoise'). En ten derde gezamenlijk consensus bereiken, beslissen en de gekozen aanpak samen in gang zetten. Dit alles vanuit een open, niet-vooringenomen houding bij hulpverlener, cliënt en diens partner of familie. Dat vergt ook gespreks- en reflectietijd, wat in de huidige productie-gedreven gezondheidszorg een extra probleem vormt, met name rondom existentiële vragen aan het begin of einde van het leven en bij cliëntsituaties die eerder om vertraging en herhaling van gesprek dan versnelling van besluitvorming vragen. Het is een nieuwe tijd van oprechte inleving en open dialoog, maar ook elkaar respecteren én aanspreken op gedrag, inbreng en afspraken, zonder te vluchten in checklistjes en andere 'decision-aids'.