

Shared decision making in de KNO

J.W.M. Bok, R.M. Wesseling, M.L.Y.M. Oei, M. Vleming

Het is een onvermijdelijke trend. Wat een hype leek, is in de spreekkamer van steeds meer artsen inmiddels aan het uitgroeien tot dagelijkse praktijk. Maar is dat nog niet! ‘Samen beslissen’ of ‘Shared Decision Making’ (SDM) is een vorm van gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen hulpvrager en zorgverlener.^{1,2} SDM richt zich op het informeren van de patiënt en op het vergroten van diens controle over besluiten die zijn of haar gezondheid aangaan. Het gaat hierbij om een aantal facetten: beschikbare tijd voor afwegingen, geseerde informatiestroom richting patiënt en werkelijk goed luisteren naar elkaar. De woorden zijn er, de goede wil vaak ook, maar het blijkt moeilijk om de arts-patiëntrelatie ook daadwerkelijk zo in te richten.

SDM is de stap die volgt op het pad van ‘Informed Consent’ en ‘Patient-Centered Care’, de weg naar het verstevigen van de positie van de patiënt. In de afhankelijke arts-patiëntrelatie dient de patiënt goed geïnformeerd, in het midden van het proces, goed gefundeerde beslissingen te kunnen nemen, gesteund door zijn arts. Dat is waar SDM over gaat. Dit zal leiden tot hogere patiënttevredenheid, betere compliance, hogere kwaliteit van zorg en wellicht minder ingrepen.

Nog niet zo lang geleden schreef Esther Fenema in *Medisch Contact* dat SDM drijfzand zou zijn.³ Ze vergeleek het met de piloot die een rondje langs de reizigers gaat over de te volgen koers en betichtte het van essentiële denkfouten. Die visie is inmiddels achterhaald, al is SDM nog niet overal gemeengoed. In de opleiding, ook in ENTER 2, krijgen artsen aangereikt dat SDM de nieuwe standaard moet zijn in de omgang met de patiënt. In de praktijk echter wordt hieraan soms nog zo weinig invulling gegeven dat de jonge dokter het niet kan toepassen. SDM past niet direct in de huidige bedrijfsvoering. De huidige specialisten zijn niet in

deze werkwijze geschoold, de patiënten verwachten geen SDM en het is lastig om af te wijken van evidencebased richtlijnen. Daar moet verandering in komen door SDM serieus te nemen tijdens de opleiding én daarna.

Die visie lijkt nu ook door de Federatie Medisch Specialisten te worden omarmd. In haar visiedocument stelt zij een agenda voor die patiënt én medisch specialist moet helpen om tot een gelijkwaardige relatie te komen.⁴ In de relatie met de medisch specialist staat, als het aan de Federatie ligt, in 2025 de ‘unieke patiënt’ centraal: een patiënt in een specifieke medische situatie, met specifieke eigenschappen, competenties en behoeften. ‘Samen beslissen’ is de dagelijkse praktijk en er bestaat een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de verbetering van de gezondheidsvaardigheden van patiënten, aldus de Federatie. Hiermee krijgt SDM haar plek.

Het is heel belangrijk om het verantwoordelijkheidsaspect hierin naar voren te halen. SDM is niet het overdragen van verantwoordelijkheid, maar het delen ervan. De arts blijft te allen tijde verantwoordelijk voor het medische proces en de uitvoering van de eventuele behandeling. De keuzes die gemaakt worden om tot die behandeling te komen zijn het resultaat van geïnformeerd overleg tussen betrokkenen. In de praktijk zijn nog veel artsen op zoek naar de juiste invulling van de paradox waarin zij verantwoordelijk zijn voor het medische proces waarbij zij de beslismacht delen met de patiënt.

De arts die de Federatie per 2025 voor ogen heeft, streeft er iedere keer weer naar om precies op het juiste niveau afstemming te zoeken met de patiënt. De competenties en behoeften kunnen per patiënt zeer uiteenlopend zijn. Aan de ene kant van het spectrum staat de gezondheidsvaardige, goed geïnformeerde patiënt die begrijpt wat er aan de hand is en volledig overzicht heeft over de medische

Flevoziekenhuis,
Almere.
Afd. KNO-heelkunde:
J.W.M. Bok, KNO-arts;
dr. M.L.Y.M. Oei,
KNO-arts;
dr. M. Vleming,
KNO-arts.

LEVEL executive
coaching, Buren.
R.M. Wesseling.

Contactpersoon:
J.W.M. Bok
E-mail:
jwbok@
flevoziekenhuis.nl

mogelijkheden en de consequenties die deze met zich mee brengen. Aan de andere kant staat de bewusteloze patiënt of de patiënt die zich om hem moverende redenen wil overgeven aan het inzicht van de arts. In die gevallen blijven het initiatief en de beslissing bij de arts. Toch zal ook in die gevallen gezocht moeten worden naar een behandeling die recht doet aan alle belangen van de patiënt, zoals die door deze unieke patiënt ervaren worden.

In de KNO-praktijk komen we de situatie waarin verschillende keuzes voorliggen vaak tegen. Het vakgebied leent zich dan ook bij uitstek voor SDM. Voorbeelden zijn: tonsillitiden, polyposis nasi en otosclerose. Of bijvoorbeeld otitis media met effusie. Ook hier kan SDM waarde toevoegen. Door goed te luisteren naar de ouders kan de werkelijke hulpvraag achterhaald worden. Met gedoseerde, herhaalbare informatie en bijvoorbeeld een keuzehulp kunnen zij goed geïnformeerd worden en kan, na een zekere bedenktijd, uiteindelijk weloverwogen besloten worden tot het wel of niet plaatsen van trommelvliesbuisjes: een bewuste, gezamenlijke afweging tussen mogelijkheden, risico's en resultaat.

Diverse verzekeraars zijn inmiddels zo ver dat ze het grote belang van SDM inzien, dat ze zich realiseren dat de geïnvesteerde tijd op enigerlei wijze declarabel gemaakt moet kunnen worden en dat ook voor hen een weloverwogen en gedeeld behandelplan op

termijn een tevredener en waarschijnlijk gezondere verzekerde oplevert. Los van morele overwegingen vergroot dat de kans dat uiteindelijk minder behandeld hoeft te worden en daardoor een kostenreductie ontstaat. In verschillende ziekenhuizen heeft deze manier van werken inmiddels tot andere manieren van bekostigen geleid die verzekeraar én ziekenhuis ten goede zouden moeten komen.

Kortom, SDM is meer dan een hype. Het legt de verantwoordelijkheid voor een juiste behandeling precies op die plek waar hij hoort, namelijk op tafel tussen patiënt en behandelaar. Waar precies op die tafel is afhankelijk van de specifieke situatie. Zo zitten er twee specialisten in de kamer, de ene als expert op het medisch vlak, de andere met de uitputtende kennis van zichzelf, de patiënt. SDM betekent dat zij in echte gezamenlijkheid tot de beste behandeling zullen komen. Dat moet het uitgangspunt zijn, tijdens de opleiding en in de praktijk!

Referenties

1. Godolphin W. Shared decision-making. *Healthc Q.* 2009;12:186-90.
2. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891.
3. Van Fenema E. Shared decision making is drijfzand. *Medisch Contact.* 2016;45:13.
4. Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.