

GOEDE ZORG VRAAGT SOMS OM PATERNALISME

Patiëntparticipatie kent grenzen

Een goede dokter betreft de patiënt bij beslissingen als het kan en stelt zich directief op als het nodig is, betoogt psychiater Remke van Staveren. Ze vindt het daarom te ver gaan om artsen te belonen voor patiëntparticipatie.

Vanmorgen ontving ik kort na elkaar twee zeer verschillende patiënten. De eerste was een man van eind vijftig, die jaren geleden een ernstige depressie had doorgemaakt. Hij wilde nu wel eens van de medicatie af. Hij had er met zijn vrouw over gesproken, een en ander op internet opgezocht, en wilde nu samen met mij een beslissing nemen en een plan maken. De tweede patiënt was een zwakbegaafde man met een daverende angst- en paniekstoornis. Hij was ervan overtuigd dat hij binnenkort aan een acute hartstilstand zou doodgaan. Ik heb hem tot vijf keer toe moeten uitleggen wat er met hem aan de hand is en hoe we dat gaan aanpakken. ‘En dan verwacht ik van u dat u niet meer elke avond naar de huisartsenpost gaat. Gaat dat lukken?’ Dat ging lukken.

Niet iedereen wil met de arts meedenken

Partnerschap

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) pleit in de eind juni verschenen nota *De participerende patiënt* voor een grotere rol voor de patiënt in de besluitvorming en uitvoering (zelfmanagement) van de zorg.¹ De ‘jarenlange dominantie van het medische model en het paternalisme van de arts’ moeten volgens de raad plaatsmaken voor een ‘nieuw soort partnerschap’ tussen arts en patiënt. Om dit te bereiken adviseert de raad de arts te scholen in gezamenlijke besluitvorming. Tegelijkertijd moeten patiëntorganisaties en zorgaanbieders de patiënt opleiden in het gebruik van keuzehulp en moet betrouwbare gezondheidsinformatie toegankelijk worden. De patiënt moet een individueel zorgplan bij de arts kunnen opeisen en de zorgverzekeraar kunnen aanspreken als de zorgverlening, inclusief de besluitvorming, onder de maat is. Tot slot stelt de RVZ voor dat zorgverzekeraars artsen gaan belonen voor de mate waarin zij patiënten bij de besluitvorming betrekken. De huidige financiering zou namelijk een struikelblok zijn voor patiëntparticipatie: doen levert geld op, praten niet.

Arts blijft verantwoordelijk

Natuurlijk is patiëntparticipatie een goede zaak. De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke medische beslissingen.² Bovendien maken patiënten die de kans krijgen te kiezen vaak verstandige medische keuzes.^{3 4} Zorg moet niet alleen evidencebased, maar ook haalbaar zijn en of dat zo is, ontdekken we alleen door de patiënt te betrekken. Maar als we, zoals de RVZ voorstelt, van de patiënt gaan verlangen dat hij zich ook buiten de spreekkamer uitvoerig laat informeren, zich laat ‘opleiden’ in gezamenlijke besluitvorming en zich bij de zorgverzekeraar – bij de zorgverzekeraar! – beklagt als de besluitvorming onder de maat is, dan leggen we de patiënt verantwoordelijkheden op die niet bij hem thuishoren. De arts, en niemand anders dan de arts, is verantwoordelijk voor het verstrekken van volledige, begrijpelijke informatie. Dat is in 1995 al in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vastgelegd. Het is bovendien aan de arts om te achterhalen in hoeverre de patiënt wil en kan participeren.

Geen dogma

Niet iedereen wil of kan met de arts meedenken en meebeslissen. 70 procent van de patiënten wil kunnen kiezen, terwijl 30 procent de beslissing liever aan de arts overlaat.² De een gaat nu eenmaal actiever met zijn problemen om dan de ander. Sommige patiënten hebben, al dan niet

tijdelijk, een cognitieve beperking die het lastig maakt mee te denken en beslissen. Uit onderzoek blijkt dat ouderen over het algemeen minder willen participeren dan jongeren, mannen minder dan vrouwen, laagopgeleiden minder dan hoogopgeleiden, patiënten met ernstige problemen minder dan gezondere patiënten.⁵

Participeren mag geen dogma worden. De patiënt moet kunnen participeren, maar hij moet ook de mogelijkheid houden beslissingen aan zijn arts over te laten. Zoals de arts de mogelijkheid moet houden beslissingen voor zijn patiënt te nemen. Niet vanuit dominantie of misplaatst paternalisme, maar vanuit oprechte zorg en betrokkenheid.

Patiëntgerichtheid

De arts kan patiëntparticipatie bevorderen door patiëntgericht te communiceren. Maar dat betekent niet 'u vraagt, wij draaien'. Patiëntgerichtheid houdt in dat arts wil weten wat de patiënt mankeert, maar ook wat er in hem omgaat. Hij wil wederzijds begrip en overeenstemming bereiken. Hij deelt waar mogelijk de

Patiënten willen ook gerustgesteld worden

regie en de verantwoordelijkheid met de patiënt en bevordert diens oplossingsvermogen en zelfredzaamheid.⁶ Communicatie is een interactief proces waarin de gesprekspartners op elkaar afstemmen. Hoe patiëntgericht de benadering van de arts, hoe meer de patiënt participeert, en omgekeerd.^{2,7}

'Zullen we er eens samen over nadenken?' 'Wilt u meebeslissen?' Afhankelijk van het antwoord op deze vragen stelt de arts zich meer of juist minder directief op. Met paternalisme op zich is dan ook niets mis. Als de patiënt dit wil of als het nodig is, stelt de arts directief een behandeling voor. De arts bepaalt het beleid en is dan ook verantwoordelijk voor het welslagen. In acute, levensbedreigende situaties is

een directieve houding een vereiste. Sommige patiënten geven de voorkeur aan de geïnformeerde keuze (informed decision making). De arts informeert de patiënt over mogelijkheden en voor- en nadelen, maar laat het nemen van beslissingen aan de patiënt over. Bij gezamenlijke besluitvorming wisselen arts en patiënt over en weer informatie uit, maken vervolgens samen het behandelplan en delen de verantwoordelijkheid.^{8,9}

All-in

Terug naar mijn spreekuur. Als zorgverzekeraars het advies van de RVZ overnemen, dan komt er een financiële prikkel voor de 'gerealiseerde mate van betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming'. Gaat mijn eerste gesprek, een schoolvoorbeeld van patiëntparticipatie, dan meer opbrengen dan het tweede? Nee, toch zeker!

Ik pleit ervoor dat we als professionals onze verantwoordelijkheid voor de communicatie en de medische zorg blijven nemen. Gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement waar het kan, paternalisme en (tijdelijk) overnemen van verantwoordelijkheid als het moet. Patiënten willen bovendien niet alleen geïnformeerd worden of betrokken worden bij de besluitvorming. Nee, zij willen ook gerustgesteld worden. Hoe zou dat beter kunnen dan in een persoonlijk gesprek met de behandelend arts? Niet de mate van betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming moet voortopstaan, maar onze eigen betrokkenheid bij het welzijn van onze patiënten. Een goed gesprek hoeft wat mij betreft dan niet extra te worden beloond, maar is, en was altijd al, all-in. ■

contact

vanstaverenexpertise@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over patiëntparticipatie en de voetnoten vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl. Zie ook het artikel op blz.1760.

