

Marjolein van de Pol
kaderhuisarts
ouderengeneeskunde,
Radboudumc Nijmegen

Karen Keijzers
klinisch geriater en klinisch
farmacoloog Jeroen Bosch
Ziekenhuis 's-Hertogenbosch

Marcel Olde Rikkert
hoogleraar geriatrie,
Radboudumc, Nijmegen

Toine Lagro-Janssen
hoogleraar vrouwenstudies
medische wetenschappen,
Radboudumc, Nijmegen

GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING OOK BIJ KWETSBARE PATIËNTEN MOGELIJK

Stap voor stap samen beslissen

Met een helder stappenplan en een zorgvuldige voorbereiding is ook bij complexe patiënten gezamenlijke besluitvorming over de behandeling mogelijk.

Door de toenemende vergrijzing en betere behandel mogelijkheden voor veel chronische aandoeningen zijn er steeds meer (oudere) patiënten met meerdere chronische aandoeningen. De richtlijnen voor afzonderlijke aandoeningen spreken elkaar vaak tegen.¹ Daarnaast kunnen er nieuwe intercurrente aandoeningen optreden die noodzaken tot het opnieuw overwegen van een behandeling. Gezamenlijke besluitvorming met de patiënt is hierbij van groot belang.²

De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar methoden om te komen tot gezamenlijke besluitvorming – *shared decision making* – in de medische setting. Recentelijk heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg hierover ook een uitgebreid rapport gepubliceerd.³ Om bij enkelvoudige aandoeningen (met verschillende behandelopties) tot gezamenlijke besluitvorming te komen zijn bruikbare modellen beschikbaar.⁴ Lijdt een patiënt echter aan meerdere aandoeningen en is hij mogelijk ook nog



123RF

kwetsbaar, dan schieten deze modellen tekort. Het is voor deze patiënten wenselijk dat besluiten over de behandeling zoveel mogelijk in overleg worden genomen, omdat het de therapietrouw en de tevredenheid verbetert.⁵ Veel artsen worstelen met het vormgeven van gezamenlijke besluitvorming, mede omdat er geen modellen of stappenplannen zijn voor besluitvorming in complexe situaties. Van oudsher is de zorg ingericht volgens het medisch model, waarbij de pathologie leidend is in plaats van de wens van de patiënt. Daarnaast is er een informatieongelijkheid tussen patiënt en zorgverlener, en voelt de patiënt zich vaak kwetsbaar, doordat hij afhankelijk is van de zorgverlener. Zorgverlener en patiënt zoeken beiden naar hun rol hierin. Een vooroordeel over gezamenlijke besluitvorming is dat het veel tijd kost en dat het niet declarabel is. Het 'kijk- en luistergeld' dat door de Nederlandse Zorgautoriteit is ingevoerd voor complexe besluitvorming in de ziekenhuissetting, kan hier verandering in brengen.

Besluitvorming

Tijdens het KNMG-congres 'zorg voor kwetsbare ouderen' in oktober 2013 hebben wij over gezamenlijke besluitvorming bij kwetsbare ouderen een stappenplan gepresenteerd rond een complexe casus. We zijn uitgegaan van het veelgebruikte model van gezamenlijke besluitvorming van Elwyn e.a. waarin drie fasen worden onderscheiden in de besluitvorming.⁴ De drie fasen zijn 'choice talk', het uitwisselen van informatie en aanbieden van keuzemogelijkheden, 'option talk', beschrijven en overwegen van alle opties met voor- en nadelen, en 'decision talk', patiënt en dokter komen samen eventueel met behulp van keuzehulp tot besluitvorming.

Maar voordat er informatie kan worden uitgewisseld moet er juist bij complexe casuïstiek aan een aantal belangrijke randvoorwaarden worden voldaan. Ten eerste moet de patiënt in staat zijn tot het nemen van beslissingen. De patiënt moet de informatie begrijpen, zijn situatie kunnen inschatten, de beslissingen kunnen beredeneren en zijn keuze onder woorden kunnen brengen. Er zijn instrumenten beschikbaar om de besluitvormingscapaciteit van een patiënt in te schatten, zoals de ACE: *Aid to Capacity Evaluation*.⁶ Er kunnen ook cognitieve problemen spelen; vaak treden mantelzorgers dan op als vertegenwoordiger van de patiënt en gaan (mee)beslissen. In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is geregeld door wie de patiënt zich mag laten vertegenwoordigen. In de praktijk zijn dit vaak de kinderen.

Ten tweede is het van belang om een inschatting te maken van het soort patiënt u tegenover u hebt en het soort hulpverlener dat u bent. Legt de patiënt de beslissingen volledig bij de hulpverlener of heeft hij zich vooraf uitgebreid geïnformeerd? Houdt de hulpverlener de touwtjes stevig in handen, of overlegt hij veel met de patiënt?⁷ Het is niet zo dat vrijwel alle ouderen de beslissing bij de arts leggen.⁸

Levensvisie

Bij gezamenlijke besluitvorming met geriatrische patiënten doen zich nog specifieke problemen voor. Als patiënten aan het einde van hun leven staan, speelt levensvisie vaak een belangrijke rol; moet alles nog wat kan? Moeten er nog per se dagen aan het leven worden toegevoegd of moet kwaliteit van leven leidend zijn? Patiënten hebben hier vaak heel duidelijke ideeën over en dit bijvoorbeeld al eens met hun huisarts besproken. Zoals gezegd spreken behandelrichtlijnen elkaar vaak tegen en derhalve compliceert multimorbiditeit het proces van (gezamenlijke) besluitvorming. Om deze redenen vinden we dat bij gezamenlijke besluitvorming bij kwetsbare patiëntengroepen het drie-

fasenmodel moet worden uitgebreid met een extra voorbereidende fase. We komen daarmee tot het volgende stappenplan voor gezamenlijke besluitvorming.

Stappenplan

voorbereidend

1 Historie: heeft de patiënt eerder al iets besproken of vastgelegd over een behandeling in het algemeen, of specifiek voor bijvoorbeeld reanimatie?

2 Voorwerk voor gesprek door de hulpverlener: zijn alle problemen voldoende in kaart gebracht? Hoe interacteren de problemen met elkaar?

3 Definieer tijdens het gesprek uw *gesprekspartner* en eventuele toehoorders: wie neemt in dit gesprek de beslissingen (patiënt, vertegenwoordiger/mantelzorger, dokter), is er een toehoorder aanwezig (bijvoorbeeld verzorging, extra familie)?

4 Bepaal *levensvisie en beleving*: kwaliteit van leven, levensovertuiging of geloof, beleving (wat doet het met u?), culturele verschillen tussen dokter en patiënt.

5 Identificeer *behandeldoelen*: niet strikt medisch (onafhankelijkheid, wonen, zorggerelateerde doelen), mensen met een chronische ziekte: veranderend perspectief.

choice

6 Uitleg, uitwisselen informatie (*choice talk*)
Hierbij hoort ook het op een heldere manier bespreken van kansen.

option

7 *Option talk*: vormgegeven door 1 t/m 5 (evt. met keuzehulp).

decision

8 Stel een zorgplan op met behulp van stap 1 t/m 7 (*decision talk*).

Van oudsher
is de pathologie
leidend



Zoals de casus (zie *kader*) ook illustreert is de voorbereidende fase bij complexe problematiek van belang om tot goede besluitvorming te komen. In de praktijk blijkt het stappenplan te helpen om samen met de patiënt en zijn omgeving tot goede besluitvorming te komen. Verdere ontwikkeling van het stappenplan en scholing hierover zijn nog in onderzoek en ontwikkeling. ■

contact

marjolein.vandepol@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.

CASUS

Een 90-jarige alleenstaande vrouw heeft met haar huisarts een niet-reanimeren-afpraak gemaakt en aangegeven dat onafhankelijkheid voor haar belangrijk is. Dit heeft zij ook met haar kinderen besproken (stappenplan: *historie*).

Op een zaterdagavond wordt ze door de dienstdoende huisarts ingestuurd naar het ziekenhuis op verdenking van een pneumonie. Zij voelde zich sinds een paar dagen niet lekker. Ze had een paar keer diarree gehad, had weinig eetlust en last van niet-productief hoesten. Haar eigen huisarts was vrijdag langs geweest en had bij onderzoek geen afwijkingen kunnen vinden en een expectatief beleid voorgesteld. In de loop van de zaterdag werd zij echter zieker. Ze heeft nauwelijks gedronken; het hoesten is toegenomen. Zij heeft geen koorts. De thuiszorg, patiënte en haar dochter geven aan dat het thuis niet meer gaat. Ze wil worden opgenomen (*voorwerk*).

Op de Spoedeisende Hulp wordt zij gezien door de arts-assistent geriatrie. Patiënte heeft een uitgebreide vasculaire voorgeschiedenis. Zij heeft atriumfibrilleren en een aortastenose. Ze heeft meerdere angioplastieken van beide benen ondergaan. Daarnaast heeft ze reumatoïde artritis en een ulcus duodeni (*voorwerk*). Haar dehydratie en pneumonie worden adequaat behandeld (*voorwerk*).

Na aanvullend onderzoek wordt de werkdiagnose beginnende pneumonie met decompensatio cordis gesteld en wordt patiënte opgenomen op de afdeling Geriatrie. Op de Spoedeisende Hulp wordt een niet-reanimerenbeleid afgesproken. Dit had zij ook al eerder met haar eigen huisarts besproken. Patiënte is compos mentis en kan haar situatie goed overzien. Zij vindt het prettig dat haar dochter meedenkt, maar zij neemt zelf beslissingen (*gesprekspartner*).

Ze is katholiek en heeft er vrede mee als 'onze lieve heer' haar zou komen halen, 'ik heb een goed leven gehad dokter' (*levensvisie en beleving*).

Patiënte wil zelfstandig kunnen wonen en onafhankelijk zijn. Leven met één been wil zij niet (*behandeldoelen*).

Haar therapeutische opties zijn: spontane revascularisatie of amputatie (*choice*).

Na intraveneuze antibiotica en diuretica knapt patiënte aanvankelijk goed op. Tijdens de opname ontwikkelt zij echter pijn en een wondje aan haar rechtervoet. De geconsulteerde chirurg constateert een kritische ischemie van het rechterbeen. De kans op spontane revascularisatie schat de chirurg in op ongeveer 50 procent. Gezien haar uitgebreide vasculaire voorgeschiedenis is de enige therapeutische optie een onderbeenamputatie.

Patiënte wil geen amputatie en kan het risico op overlijden indien geen revascularisatie optreedt overzien. Dochter en huisarts patiënte herkennen patiënte in haar besluit (*option*).

Er wordt een gesprek belegd met patiënte en haar dochter om de situatie te bespreken. Er wordt besloten tot een expectatief beleid ten aanzien van ischemie en in afwachting van eventuele spontane revascularisatie adequate pijnstilling (*decision*). Het zorgplan wordt uitgevoerd. Spontane revascularisatie blijft uit; dankzij adequate pijnstilling overlijdt patiënte rustig in het bijzijn van haar familie.