

Shared decision making en shared approach

Over professionele fysiotherapeutische communicatie



Vincent Kortleve

V.F. Kortleve, fysiotherapeut, manueel therapeut, MA Psychologie, docent/trainer, Viaperspectief; e-mail: info@viaperspectief.nl, www.viaperspectief.nl

Samenvatting

Shared decision making (SDM) is een van de uitgangspunten van het beroepsprofiel van de fysiotherapeut uit 2014. Toch wordt SDM niet alom toegepast door fysiotherapeuten. Toepassing van SDM in de fysiotherapeutische context vraagt aanpassing van de therapeut. Ook is inzicht van de patiënt in het gezondheidsprobleem cruciaal om volwaardig te kunnen participeren in de besluitvorming. SDM is onderdeel van shared approach, een benadering van de patiënt in het diagnostische en therapeutische proces die uitgaat van volwaardige participatie van de patiënt. De fysiotherapeutische gespreksvoering in deze benadering is gebaseerd op een viertal rollen die het handelen van de fysiotherapeut kenmerken: vertrouwenspersoon, coach, mededeelzame detective en docent.

Inleiding

Peter heeft sinds enkele weken pijn in zijn nek. Het is geen onbekend verschijnsel voor hem, al een jaar of tien komt en gaat het. Hij bezoekt hiervoor soms ook een fysiotherapeut. De laatste keer is dit gelukkig alweer een jaar of drie terug. Mede door de oefeningen die hij toen heeft gekregen gaat zijn nekpijn altijd wel weer weg, maar soms duurt dit wel enige tijd. Ook deze keer verdwijnen de klachten niet vanzelf. Hij baalt ervan. Peter is projectmanager in de ICT en zit veel achter zijn bureau of in vergaderingen. Hij is getrouwd en heeft twee dochters.

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- ◆ kent u de kenmerken van en evidentie voor shared decision making en shared approach;
- ◆ weet u welke stappen u moet doorlopen bij het uitvoeren van SDM;
- ◆ kunt het informeren van de patiënt over zijn gezondheidsprobleem ondersteunen met een infographic;
- ◆ beseft u dat inzicht in het gezondheidsprobleem cruciaal is voor de patiënt om volwaardig in de besluitvorming te kunnen deelnemen;
- ◆ weet u hoe shared approach in zowel diagnostiek als behandeling bijdraagt aan patiëntparticipatie.

De fysiotherapeut die hij consulteert, is druk bezig met zijn computer. Allerlei gegevens moeten ingevuld worden, zo licht hij aan Peter toe. Peter vertelt hem over zijn nekpijn en waarom hij nu hier zit. De therapeut kijkt af en toe van achter zijn computerscherm naar Peter en onderbreekt hem soms als Peter iets vertelt wat hij op dat moment blijkbaar niet relevant vindt. Regelmatig knikt de therapeut en stelt enkele vragen. Als Peter zich hardop afvraagt wat er moet gebeuren om ervoor te zorgen dat zijn nekpijn minder snel terugkomt, reageert de fysiotherapeut met een vriendelijke glimlach. Verder kijkt hij wederom naar zijn scherm en stelt hem een vraag over zijn werk. Vervolgens onderzoekt de therapeut Peters nek. Peter ondergaat het onderzoek. Hij begint zich nu af te vragen wat er aan de hand is en wat de therapeut nu denkt naar aanleiding van alle antwoorden die hij inmiddels op de veelheid aan vragen heeft gegeven. Aan het einde van het onderzoek legt de fysiotherapeut Peter uit dat de spieren van

zijn nek te kort zijn en dat hij daarom nekpijn heeft. Rekken en oefeningen doen, is zijn advies. Peter vraagt nog hoe het komt dat zijn nekspieren zo kort zijn, maar daarop krijgt hij geen antwoord. Het consult is voorbij, de tijd is om. Bij het afscheid vraagt hij toch nog even hoe het kan dat zijn nekpijn telkens terugkomt. 'Laten we daar de volgende keer nog eens naar kijken', reageert de therapeut en ze nemen afscheid. Met een wat katterig gevoel komt Peter thuis. Zijn vrouw kijkt hem verwachtingsvol aan. 'En ...?', vraagt ze. 'Iets van te korte spieren, meer niet', zucht hij en zakt neer op een stoel.

De maatschappij beweegt zich naar een nieuw paradigma waarbij de focus verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.¹ Bijbehorende benaderingen van de patiënt hebben de laatste jaren enorme opgang gedaan, zoals 'shared decision making', motiverende gespreksvoering en 'goal setting'. Er is veel evidentie dat dergelijke benaderingen meerwaarde hebben binnen het gestelde paradigma. Sinds 2014 is er een nieuw beroepsprofiel voor fysiotherapeuten.² Hierin staan de uitgangspunten voor de te hanteren opvatting over gezondheid, bewegen en hulpverlening anno 2014, en op basis daarvan zijn de competenties beschreven waarover een fysiotherapeut zou moeten beschikken. Het beroepsprofiel hanteert voor het begrip gezondheid de definitie van Huber et al. (2011):³ 'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges.' Kenmerkend hierin is de centrale plaats van zelfmanagement en eigen regie. Om de gezondheid op deze manier te ondersteunen moet de hulpverlening dus gericht zijn op het zelfmanagement van de patiënt en het faciliteren van de eigen regie van de patiënt. Het beroepsprofiel sluit daarmee aan op het nieuwe paradigma met de focus op gezondheid en gedrag. Gezamenlijke besluitvorming van hulpverlener en patiënt heeft in deze benadering een belangrijke plaats en 'shared decision making' is een concept dat hiervoor een vaste structuur biedt. Eigenlijk zou binnen de gehanteerde visie op gezondheid niet alleen de besluitvorming gezamenlijk moeten plaatsvinden, maar zou het volledige diagnostische en therapeutische proces 'shared' uitgevoerd moeten worden. Een 'shared approach', dus. In dit artikel staat het toepassen van shared decision making binnen de fysiotherapeutische context centraal. Allereerst wordt beschreven hoe shared decision making is ontwikkeld en wordt toegepast binnen een medische context. Vervolgens wordt toegelicht hoe de uitgangspunten van shared decision making te vertalen zijn naar de praktijk van de fysiotherapeut. Als laatste wordt de shared approach uitgewerkt, met een viertal rollen die de fysiotherapeut tijdens onderzoek en behandeling kan spelen.

Shared decision making

Shared decision making (SDM) is ontstaan in een tijd waarin artsen zochten naar het beste diagnostische instrument of de

beste (meest effectieve) behandeling. Wetenschappelijk onderzoek toonde steeds vaker aan dat er verschillende 'beste' of 'meest effectieve' behandelingen bestonden. Dat betekent dat wetenschappelijke resultaten niet zonder meer bruikbaar zijn, maar dat er gekeken moet worden naar de specifieke context van de patiënt. Ook hadden patiënten steeds vaker een eigen voorkeur die niet strookte met de voorkeur van de arts. Bijvoorbeeld omdat de patiënt de bijwerkingen vervelend vond en deze wilde vermijden ten koste van een langzamer herstel. SDM ontstond in feite op het moment dat de arts het beschikbare bewijs naar de individuele patiënt moest vertalen en naast zijn eigen expertise ook de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt mee wilde laten wegen. Zo bleek SDM een wenselijke methode voor het toepassen van evidence based practice in de spreekkamer.^{4,5}

Kenmerken shared decision making

Shared decision making is dus een concept dat is ontstaan in de medische context. In het kort is SDM te omschrijven als het gezamenlijke proces van besluitvorming van de arts en de patiënt met betrekking tot diagnostiek en/of behandeling. Charles, Whelan en Gafni beschreven SDM door het te vergelijken met twee andere modellen, namelijk het (traditionele) paternalistische model waarin de hulpverlener de beslissing omtrent behandeling neemt en aan de patiënt voorschrijft en het (postmoderne) informerende model waarin de hulpverlener de patiënt van alle medische informatie voorziet en de beslissing volledig aan de patiënt overlaat.⁴ Deze drie modellen verschillen van elkaar met betrekking tot de uitwisseling van informatie tussen de hulpverlener en de patiënt, wie met wie overlegt omtrent het te nemen besluit en wie het besluit neemt. In tabel 1 zijn deze modellen naast elkaar gezet en de overeenkomsten en verschillen beschreven. Opvallend verschil is dat bij SDM de informatie-uitwisseling tussen de hulpverlener en de patiënt een tweerichtingsverkeer kent, en naast medische ook persoonlijke informatie bevat. Verder overleggen hulpverlener en patiënt met elkaar en nemen ze gezamenlijk een beslissing. Beiden moeten dus achter het besluit staan en hier hebben zowel de patiënt als de hulpverlener de mogelijkheid om hun autonomie te 'claimen'.

Stappenplan shared decision making

In de uitvoering van SDM wordt in principe het volgende stappenplan doorlopen.⁶

- Stap 1: begrijp de verwachtingen, ervaringen van de patiënt.
- Stap 2: ontwikkel partnerschap met de patiënt.
- Stap 3: definieer het probleem en leg het uit.
- Stap 4: leg behandelopties en bewijs voor, inclusief onduidelijkheden en onzekerheden.
- Stap 5: geef aanbevelingen en bespreek voor- en nadelen, risico's en kosten of inspanningen.
- Stap 6: controleer of de patiënt het begrijpt.
- Stap 7: kom tot besluitvorming.

Fase		Paternalistisch model	Shared decision making	Informerend model
informatie- uitwisseling	stroom	eenrichtingsverkeer (vooral)	tweerichtingsverkeer	eenrichtingsverkeer (vooral)
	richting	arts --> patiënt	arts <--> patiënt	arts --> patiënt
	type	medisch	medisch en persoonlijk	medisch
	minimaal aantal	wettelijk vereist	alles wat relevant is voor besluitvorming	alles wat relevant is voor besluitvorming
overleg		arts, alleen of met andere artsen	arts en patiënt (en evt. anderen)	patiënt (en evt. anderen)
besluit		artsen	arts en patiënt	patiënt

Tabel 1. Kenmerken van shared decision making, vergeleken met het traditionele paternalistische model en het postmoderne informerend model. (Naar: Charles, Whelan & Gafni (1999)⁴)

In stap 4 legt de hulpverlener de behandelmogelijkheden voor, uitgaande van de evidentie die er is. (Mogelijk ten overvloede: dit is dus geen taak van de patiënt.) Bij de stappen 3, 4, 5 en 6 kan de hulpverlener gebruikmaken van zogenaamde 'beslissinghulpen' (*decision aids*) zoals schriftelijk of digitaal voorlichtingsmateriaal over de aandoening en de behandelmogelijkheden, internetapplicaties waarin uitleg wordt gegeven over de aandoening en beslisschema's (*decision grids*) om de patiënt te ondersteunen bij het wege van de verschillende behandelopties. Een beslissinghulp is veelal een overzichtelijke tabel met daarin uitleg over de aandoening en de behandelmogelijkheden. Vooral nog zijn er vrijwel alleen beslissinghulpen voor de medische praktijk.

Wetenschappelijke onderbouwing van shared decision making

Naar de effecten van SDM als gespreks- en besluitvormingsmethodiek is inmiddels redelijk veel onderzoek gedaan, al is dat voornamelijk in de medische praktijk (huisartsen, medisch specialisten). Hier een korte opsomming van de resultaten.

- SDM is een effectieve methode om overeenstemming te verkrijgen omtrent de aanpak van de behandeling.⁷ Met andere woorden: de methodiek doet wat zij beoogt.
- Patiënten zijn beter geïnformeerd dan patiënten bij wie geen SDM is toegepast.^{8,9}
- Er zijn aanwijzingen dat de therapietrouw verbetert door SDM.^{8,9}
- Patiënten zijn tevredener over de genomen beslissing en tevens betrokkener bij de aanpak van hun gezondheidsprobleem.^{7,8}
- SDM geeft mogelijk minder tussentijdse medische zorgconsumptie.¹⁰ Een patiënt die actief betrokken is geweest bij de besluitvorming, is waarschijnlijk minder geneigd aanvullende zorg te zoeken op het moment dat het herstel uitblijft.

De conclusie is dat SDM in de medische context onmiskenbaar voordelen biedt boven een traditionele paternalistische

of postmoderne informerend benadering als het erom gaat de patiënt te ondersteunen bij 'gezondheid en gedrag'. Het is waarschijnlijk dat deze voordelen ook voor de fysiotherapeutische context gelden. De vraag is echter op welke wijze SDM in de fysiotherapie toegepast kan worden. Omdat vrijwel al het onderzoek naar SDM gedaan is in de context van medisch besluitvorming tussen artsen en patiënten, zijn de resultaten niet zonder meer te gebruiken in een paramedische context zoals de fysiotherapie. Daarom behoeft SDM als methode van besluitvorming mogelijk aanpassing voor toepassing in de fysiotherapeutische context.

Shared decision making in een fysiotherapeutische context

SDM gaat uit van samenwerking met de patiënt en stelt autonomie en zelfmanagement van de patiënt voorop. Dit zijn uitgangspunten die menig fysiotherapeut al hanteert. Toch is de toepassing van SDM in de fysiotherapeutische context niet zo logisch en wijdverbreid. Onderzoek van een Belgische onderzoeksgroep liet zien dat de dertien onderzochte fysiotherapeuten weliswaar het concept en zijn uitgangspunten omarmden, maar in de spreekkamer slechts zelden tot voldoende patiëntbetrokkenheid kwamen, laat staan dat er sprake was van SDM.¹¹ Ook lijken de stappen voor het toepassen van SDM niet volledig van toepassing voor de fysiotherapie.

Toch heeft SDM zeker een plaats in de fysiotherapeutische context. SDM is dan gericht op de verschillende elementen waaruit het gezondheidsprobleem bestaat. Van belang is ook altijd stil te staan bij de keuze om wel of niet fysiotherapeutisch te behandelen. Dit keuzemoment verdient het commitment van beide kanten, patiënt en fysiotherapeut, en kan nooit worden overgeslagen. Deze paragraaf bespreekt de knelpunten en kansen bij het toepassen van SDM door de fysiotherapeut. Daarna wordt het gebruik van infographics behandeld.

Knelpunten shared decision making

De mogelijke knelpunten hebben vooral te maken met het verschil tussen de medische en fysiotherapeutische context. Ten eerste gaat SDM in de medische context vrijwel altijd uit van gezondheidsproblemen die voor het grootste deel verklaard kunnen worden vanuit de ziekte of aandoening en waarbij de therapie bestaat uit het bestrijden van de oorzaak (een virus, kankercel enz.) met bijvoorbeeld medicatie, een operatie of afwachtend beleid. Ten tweede zijn de oplossingen voor deze gezondheidsproblemen (medicatie, operatie enz.) op zichzelf goed onderzocht en zijn er heldere uitspraken te doen over de voor- en nadelen, risico's en bijwerkingen, kans op herstel.

In de fysiotherapie liggen de kaarten op deze twee punten heel anders. De gezondheidsproblemen worden gekenmerkt door beperkingen in functies, problemen in activiteiten en participatie. De aandoening is veelal secundair of zelfs afwezig. De fysiotherapeut richt zich op het verbeteren of herstellen van deze functies, activiteiten en participatie en slechts zelden op het bestrijden van de aandoening. Een typerend gezondheidsprobleem in een fysiotherapeutisch context is te vergelijken met een mengpaneel: de verschillende regelaars stellen verschillende factoren voor die van invloed zijn op of onderdeel van het gezondheidsprobleem (figuur 1). De verschillende factoren en de interactie hiertussen bepalen uiteindelijk het gezondheidsprobleem en daarom zijn de oplossingen vrijwel nooit eenduidig, maar altijd maatwerk.

Een gezondheidsprobleem is dus een complex van factoren en er is vaak geen evidentie te vinden met betrekking tot de aanpak van het complete gezondheidsprobleem van een patiënt. Mogelijk vormt dit ook een verklaring voor het feit dat de effectiviteit van fysiotherapeutische behandelingen in veel onderzoek matig blijkt te zijn. Een treffend voorbeeld is 'fysiotherapie bij lage rugpijn': 'fysiotherapie' is te breed om onder één noemer onderzocht te worden en voor 'lage rugpijn' geldt hetzelfde. Dat betekent dat SDM in de fysiotherapie niet precies zo kan worden toegepast als in de medische context.

Kansen van shared decision making

Toch kan SDM zeker gebruikt worden in de fysiotherapeutische context, op een manier die past bij hoe fysiotherapeuten willen werken: in samenwerking met de patiënt. Met het beeld van het mengpaneel in gedachte is het mogelijk om de patiënt inzicht te geven in de factoren die zijn herkend de mogelijke interacties hiertussen toe te lichten. Van iedere factor kan de fysiotherapeut samen met de patiënt bepalen wat de prioriteit is en hoe de aanpak zal zijn. Vaak is met betrekking tot de beïnvloeding van één bepaalde factor wel evidentie beschikbaar en kan met de patiënt besproken worden wat er daarvoor nodig is, wat effectieve manieren zijn, hoe lang dit idealiter duurt enzovoort. De stappen om tot SDM te komen kunnen nu voor iedere relevante factor worden doorlopen. Dus bij het voorbeeld in figuur 1: voor belasting, voor lenigheid, voor kracht enzovoort.



Figuur 1. Een gezondheidsprobleem in een fysiotherapeutisch context is te vergelijken met een mengpaneel: de verschillende regelaars stellen verschillende factoren voor die van invloed zijn op of onderdeel van het gezondheidsprobleem.

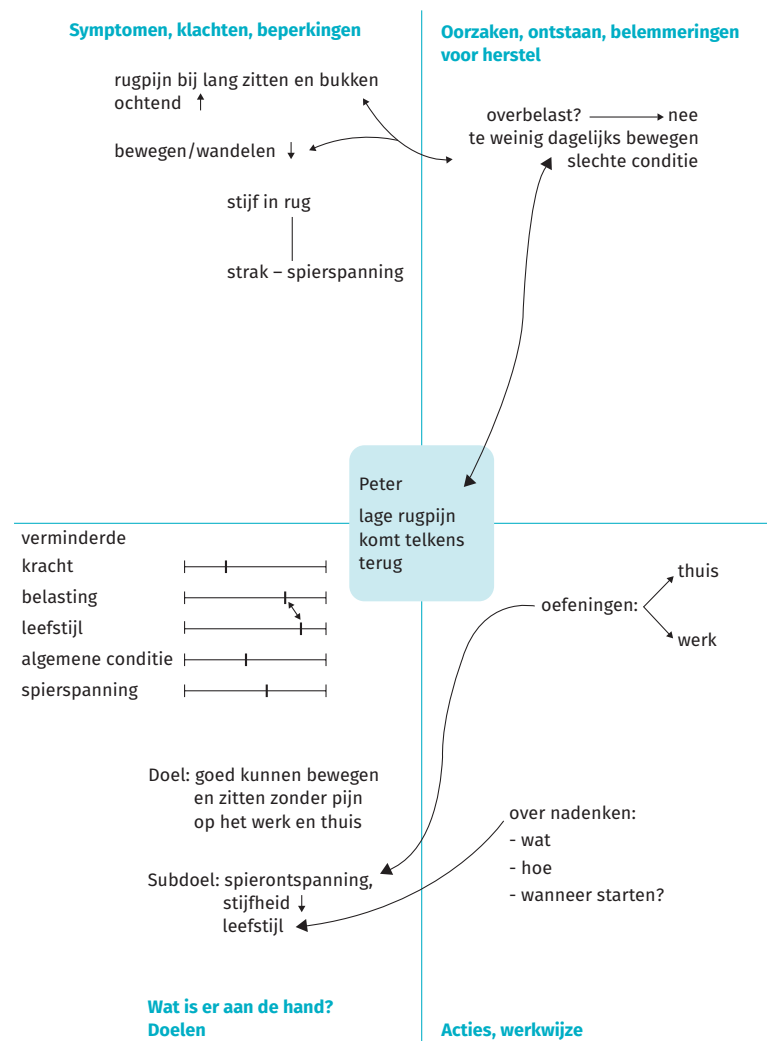
Uitleg aan de patiënt: de infographic

Een belangrijke stap in de besluitvorming volgens SDM is de derde: 'definieer het probleem en leg het uit'. Zonder dit inzicht kan de patiënt niet volwaardig deelnemen aan de besluitvorming. Aangezien het gezondheidsprobleem van een patiënt uit een complex van elementen bestaat, is uitleg van het totale probleem met al zijn elementen én de wijze waarop deze met elkaar interacteren niet eenvoudig. Een hulpmiddel daarbij kan een 'infographic' zijn. Dit is een schema van het gezondheidsprobleem van de patiënt, met klachten, symptomen, beperkingen in activiteiten, oorzaken voor ontstaan, belemmeringen voor herstel, persoonlijke doelstellingen en mogelijke werkwijzen. Gedurende het diagnostische proces wordt de infographic langzamerhand gevuld. Hierbij kunnen de relaties tussen verschillende items worden weergegeven door middel van pijlen.

In figuur 2 is als voorbeeld een infographic te zien van de patiënt uit de inleiding. Door de infographic vanaf de start van het diagnostische proces te gebruiken raakt de patiënt optimaal betrokken en krijgt hij geleidelijk inzicht in zijn eigen gezondheidsprobleem. Zeker bij complexere gezondheidsproblemen is een infographic aan te raden. Zie bijlage 1 op www.physios.nl voor een blanco infographic om te downloaden.

Shared approach: een model voor fysiotherapeutische communicatie

Gespreksvoering is in de fysiotherapie een belangrijk topic aan het worden. Pijneducatie, motiverende gespreksvoering en SDM, het zijn allemaal benaderingen die een inmiddels bredere bekendheid genieten. Het gemeenschappelijke



Figuur 2. Een infographic van het gezondheidsprobleem van de patiënt uit de inleiding.

aspect is het zoeken van een optimale en volwaardige samenwerking met de patiënt. Met andere woorden: niet alleen de besluitvorming zou gezamenlijk moeten zijn, het totale communicatieve proces zou moeten plaatsvinden vanuit een 'shared approach'. Voor een shared approach ontbreekt vooralsnog een omvattend model van gespreksvoering met ruimte voor de verschillende benaderingen daarbinnen.

Een gestructureerde uitvoering van shared approach binnen de fysiotherapeutische gespreksvoering is gestalte te geven door vier rollen te onderscheiden: vertrouwenspersoon, coach, mededeelzame detective en docent.^{12,13} Een vanzelfsprekend centraal kenmerk in alle vier deze rollen is de samenwerking tussen hulpverlener en patiënt. Die is soms meer gericht op het proces en de relatie, soms meer inhoudelijk vorm gegeven. De fysiotherapeut wisselt deze vier rollen af en combineert ze met elkaar, afhankelijk van het moment en het doel van het gesprek. Door het communicatief fysiotherapeutisch handelen te beschrijven in rollen (en niet in vaardigheden) worden de competenties die de

fysiotherapeut nodig heeft voor professioneel communicatief handelen duidelijk. Deze rollen zijn daarom ook geschikt om te gebruiken in het onderwijs aan studenten fysiotherapie. De vier rollen worden achtereenvolgens kort toegelicht.

Vertrouwenspersoon

De rol van vertrouwenspersoon vormt de grondslag voor hulpverlening. De fysiotherapeut streeft een vertrouwensrelatie met de patiënt na. Dit is dus meer relationeel dan inhoudelijk gerichte communicatie. Beroepsinhoud speelt hier geen rol en de fysiotherapeut stuurt het gesprek niet, maar 'volgt' de patiënt. De vertrouwensrelatie is voorwaardelijk voor de fysiotherapeutische hulpverlening en dus voor de drie andere rollen.

Coach

De rol van coach vervult de fysiotherapeut op moment dat hij het zelfregulerend vermogen van de patiënt wil aanspreken en de patiënt wil stimuleren zijn eigen keuzes te maken en uit te voeren. Hij begeleidt en gidst de patiënt in de richting die

hij zelf zoekt. Hier is vaak enige beroepsinhoudelijke expertise van belang: de fysiotherapeut wil de patiënt bijvoorbeeld zelf laten ontdekken welke manier van bewegen geschikt is. Binnen deze rol past ook de benadering van motiverende gespreksvoering zoals die de laatste jaren populair is geworden in de fysiotherapie. Ook motiverende gespreksvoering heeft als belangrijk uitgangspunt de samenwerking met de patiënt en het gidsen van de patiënt.

Mededeelzame detective

In de rol van mededeelzame detective is de fysiotherapeut vooral actief tijdens het diagnostisch proces. Duidelijk is dat hiervoor beroepsinhoudelijke expertise cruciaal is en dat de fysiotherapeut het (communicatieve) proces stuurt. Toch probeert hij dit zoveel mogelijk te doen in gezamenlijkheid met de patiënt. Figuur 3 brengt dit treffend in beeld: tijdens het diagnostisch proces ontrafelt de fysiotherapeut het gezondheidsprobleem van de patiënt. Zijn klinisch redeneren is de motor van dit ontrafelen. De fysiotherapeut zoekt, vraagt, ontdekt, legt verbanden, analyseert enzovoort. Tegelijkertijd doet de patiënt dit ook, op basis van de vragen die hem worden gesteld, de reacties van de fysiotherapeut op wat hij zegt, de non-verbale gedragingen van de fysiotherapeut enzovoort.

De mededeelzame detective ziet klinisch redeneren als een interactieve activiteit: hij deelt tussentijdse analyses met de patiënt ('denk hardop'), legt uit welke mogelijke verbanden er zijn alvorens hij ze samen met de patiënt onderzoekt, geeft uitleg over aspecten van het gezondheidsprobleem van de patiënt om verdere aspecten daarvan te kunnen exploreren enzovoort. En deze shared approach tijdens het diagnostische proces wordt als vanzelfsprekend voortgezet in het therapeutische proces.

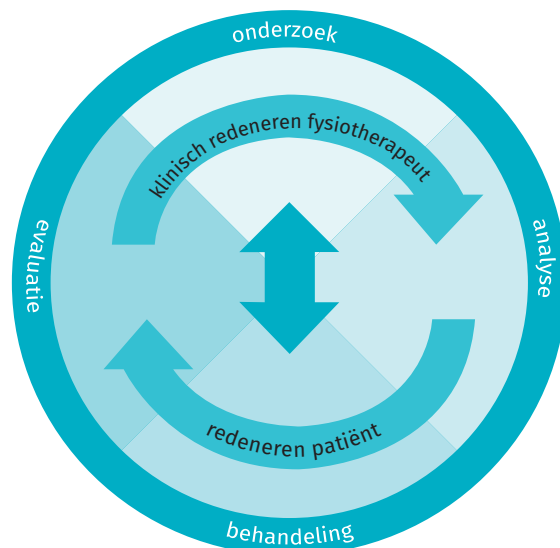
Docent

In de rol van docent is de fysiotherapeut erop gericht de patiënt specifieke kennis en vaardigheden bij te brengen op momenten dat dit gewenst is. Het zal hierbij altijd gaan om kennis en vaardigheden op het beroepsinhoudelijke domein. Overigens is dit geen docentrol in de traditionele zin; educatie geven aan de patiënt is ook een vorm van interactie, net als de andere rollen.

Kenmerken van de vier rollen

Van elke rol zijn vijf kenmerken te beschrijven (tabel 2).

- De 'impliciete' vraag van de patiënt als reden om voor een bepaalde rol te kiezen.
- De communicatiestijl of manier van werken van de fysiotherapeut.
- De vraag of het om inhoudelijke of procesvaardigheden gaat. Inhoudelijke vaardigheden betreffen wat er gezegd wordt, procesvaardigheden betreffen hoe het gezegd wordt.
- De mate van directiviteit, dat wil zeggen in hoeverre de fysiotherapeut het gesprek stuurt. Non-directiviteit geeft aan dat de fysiotherapeut niet stuurt, maar dit overlaat aan de patiënt.



Figuur 3. Samenwerking als basis, ook in het klinisch redeneren tijdens het gehele diagnostische en therapeutische proces.

- De mate van beroepsinhoudelijke specifieke expertise die de rol vergt. De fysiotherapeut zet specifieke vakmatig kennis en inzicht in tijdens het consult.

Fysiotherapeutische competenties worden vaak beschreven in de vorm van vaardigheden, attitude en kennis, en tevens de (complexiteit van de) context waarbinnen moet worden gehandeld. De hier beschreven rollen met de vijf kenmerken vormen een beknopte en praktische competentiebeschrijving voor (reflectie op) eigen handelen en onderwijs in professionele fysiotherapeutische communicatie met samenwerken als basis.

Een voorbeeld van shared approach en shared decision making

Hans heeft lage rugpijn sinds een week of vijf. De laatste acht jaar heeft hij dit een paar keer per jaar. Meestal gaat het vanzelf over, soms moet hij pijnstillers gebruiken om er vanaf te komen. Volgens zijn huisarts is er niets ernstigs aan de hand. Een jaar of vijf geleden is hij ook een keer bij de fysiotherapeut geweest. Mede door de oefeningen die hij toen heeft gekregen, gaat zijn rugpijn altijd redelijk vlot weer weg. Hij doet ze vaak als hij weer last heeft. Deze keer verdwijnen de klachten echter niet en Hans is het zat. De pijn in zijn rug komt ieder jaar een paar keer terug en lijkt ook steeds slechter te herstellen. Hij krijgt er geen vat op en daar baalt hij van. Hans werkt als telefoon-operator op een helpdesk. Met zijn lbo-opleiding heeft hij zich opgewerkt tot een mbo-functie en daar is hij erg tevreden over. Hij is getrouwd en heeft één zoon. De fysiotherapeut bij wie hij nu is, geeft na de kennismaking aan dat hij samen met Hans de klachten op een rijtje wil zetten om erachter te komen wat er nu precies speelt. De

	Docent	Mededeelzame detective	Coach	Vertrouwenspersoon
Patiëntvraag	Leg me uit	Help me begrijpen	Begeleid me	Luister naar me
Communicatiestijl	Uitleggen	Voorleggen	Begeleiden en gidsen	Geleiden (luisteren)
Inhoud of proces	Inhoud	Inhoud en proces	Proces en inhoud	Proces
Directiviteit	Directief ←			→ non-directief
Beroepsspecifieke expertise	Zeer hoog ←			→ afwezig

Tabel 2. De kenmerken van de vier rollen binnen de shared approach.

fysiotherapeut legt hem ook een soort schema voor, een vel papier met een paar vakken erop waarin schematisch zijn klachten, de oorzaak, zijn doelstellingen en de behandeling van zijn rugpijn moeten gaan verschijnen. Deze werkwijze spreekt Hans wel aan omdat hij graag wil weten wat er met hem aan de hand is en omdat hij wil voorkomen dat zijn rugpijn terugkomt. Grondig onderzoek naar wat de oorzaak van zijn pijn is, ziet hij derhalve wel zitten. Tijdens het gesprek en het onderzoek dat daarop volgt, krijgt het schema over de rugpijn van Hans langzaam maar zeker vorm. Ook licht de fysiotherapeut dingen toe en vertelt hij tussendoor waaraan hij denkt. Deze dingen ziet Hans dan ook weer terug in het schema. Aan het eind van het onderzoek verklaart de fysiotherapeut aan de hand van het schema wat er aan de hand is, wat de oorzaken zijn en waarom de rugpijn nu niet overgaat. De pijlen in het schema veronderstellen relaties tussen bepaalde zaken en dat helpt Hans om inzicht te krijgen in zijn rugpijn. Omdat Hans zegt dat hij wil voorkomen dat zijn rugpijn terugkomt, focust het gesprek zich vervolgens op de aspecten die hier waarschijnlijk een rol bij spelen. Onder het motto 'er leiden verschillende wegen naar Rome' legt de fysiotherapeut Hans verschillende manieren voor om iets aan het terugkeren van zijn rugpijn te doen. Samen brainstormen ze vervolgens over wat bij hem past en waar hij zelf heil in ziet. Hans merkt dat het schema hem in staat stelt om zelf zijn voorkeur uit te spreken en zelf richting te bepalen.

Conclusie

Fysiotherapeuten werken intensief samen met hun patiënten. Zeker in deze tijd waarin het paradigma in de zorg verandert van 'ziekte en zorg' naar 'gedrag en gezondheid' en gezondheid meer en meer wordt gezien vanuit concepten als zelfmanagement en eigen regie. Een 'shared approach' past binnen een actuele fysiotherapeutische benadering van de patiënt. SDM wordt hierbij toegepast op de verschillende aspecten waaruit het gezondheidsprobleem bestaat. In zijn totale gespreksvoering varieert de fysiotherapeut in de rol die hij inneemt. Deze rollen zijn vertrouwenspersoon, coach, mededeelzame detective en docent. Deze rollen typeren het handelen van de fysiotherapeut en beschrijven communicatieve competenties noodzakelijk voor professioneel handelen.

Literatuur

- 1 Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2010.
- 2 Vries C de, Hagens L, Kiers H, Schmitt M. Beroepsprofiel van de fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF, 2014.
- 3 Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:4163.
- 4 Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ. 1999;319(7212):780-2.
- 5 Edwards AEG, Elwyn G. Shared decision-making in health care. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- 6 Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 2004;291(19):2359-66.
- 7 Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:CD001431.
- 8 Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, Weert GH de, et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychother Psychosom. 2008;77(4):219-26.
- 9 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Uitleg, advies en planning. In: Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. 3e dr. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers, 2014: 173-244.
- 10 Elwyn G, Edwards A, Hood K, et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. Fam Pract. 2004;21(4):337-46.
- 11 Dierckx K, Deveugele M, Roosen P, et al. Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. Phys Ther. 2013;93(10):1321-30.
- 12 Kortleve VF. De kracht van communicatie in de fysiotherapie. Master thesis in kader van MA Psychology. 's Hertogenbosch/Antwerpen/Driebergen, 2006.
- 13 Lang G, Molen HT van der. Psychologische gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening. Baarn: Nelissen, 2003.

www.physios.nl

◆ Bijlage 1. Een blanco infographic.