

Versterking van cliëntparticipatie

‘Shared decision-making’

Meer en meer zijn hulpverleners zich bewust van het belang van participatie en zelfmanagement bij cliënten. Tegelijkertijd laat de praktijk van alledag zien dat sommige hulpverleners ‘lijden’ onder cliënten die gebrekkig zelfmanagement vertonen. Een artikel over de toegevoegde waarde van ‘shared decision-making’.

DE BENADERING DIE ‘shared decision-making’ (SDM) of ‘gezamenlijke besluitvorming’ wordt genoemd, heeft tot doel de cliëntparticipatie te versterken en autonomie en zelfmanagement te ondersteunen. Ook geeft SDM vorm aan stap 4 van EBP (evidence based practice) waarin de hulpverlener het beschikbare generieke bewijs naar de individuele cliënt vertaalt en hij daarin ook de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de cliënt betreft en daarbij zijn eigen expertise inbrengt.

De cliënt en zijn probleem

Een cliënt die wordt geconfronteerd met een gezondheidsprobleem ziet zichzelf soms voor een lastig vraagstuk gesteld. Cliënten vragen zichzelf onder meer af:

- Wat is er precies met mij aan de hand?
- Hoe kom ik er aan?
- Hoe lang gaat het duren?
- Welke consequenties heeft het voor mij en mijn functio-

neren?

- In hoeverre kan ik dit probleem oplossen en hoe moet dat en met wie?¹

De antwoorden die de cliënt op deze vragen (voor zichzelf) geeft, worden ‘illness beliefs’ of ziektepercepties genoemd. Vaak lukt het cliënten zelfstandig deze vragen te beantwoorden en tot een oplossing van hun gezondheidsprobleem te komen. Als dit niet lukt, raadplegen cliënten hiervoor veelal een hulpverlener. Hulpverleners helpen cliënten dan in het beantwoorden van deze vragen. Essentieel is dat het gedrag van de cliënt voortkomt uit onder meer zijn ziektepercepties. De communicatie tussen hulpverlener en cliënt wordt gecompliceerd doordat de cliënt zich meestal niet bewust is van de vragen die hij zichzelf stelt en de antwoorden die hij zichzelf geeft (de ziektepercepties).

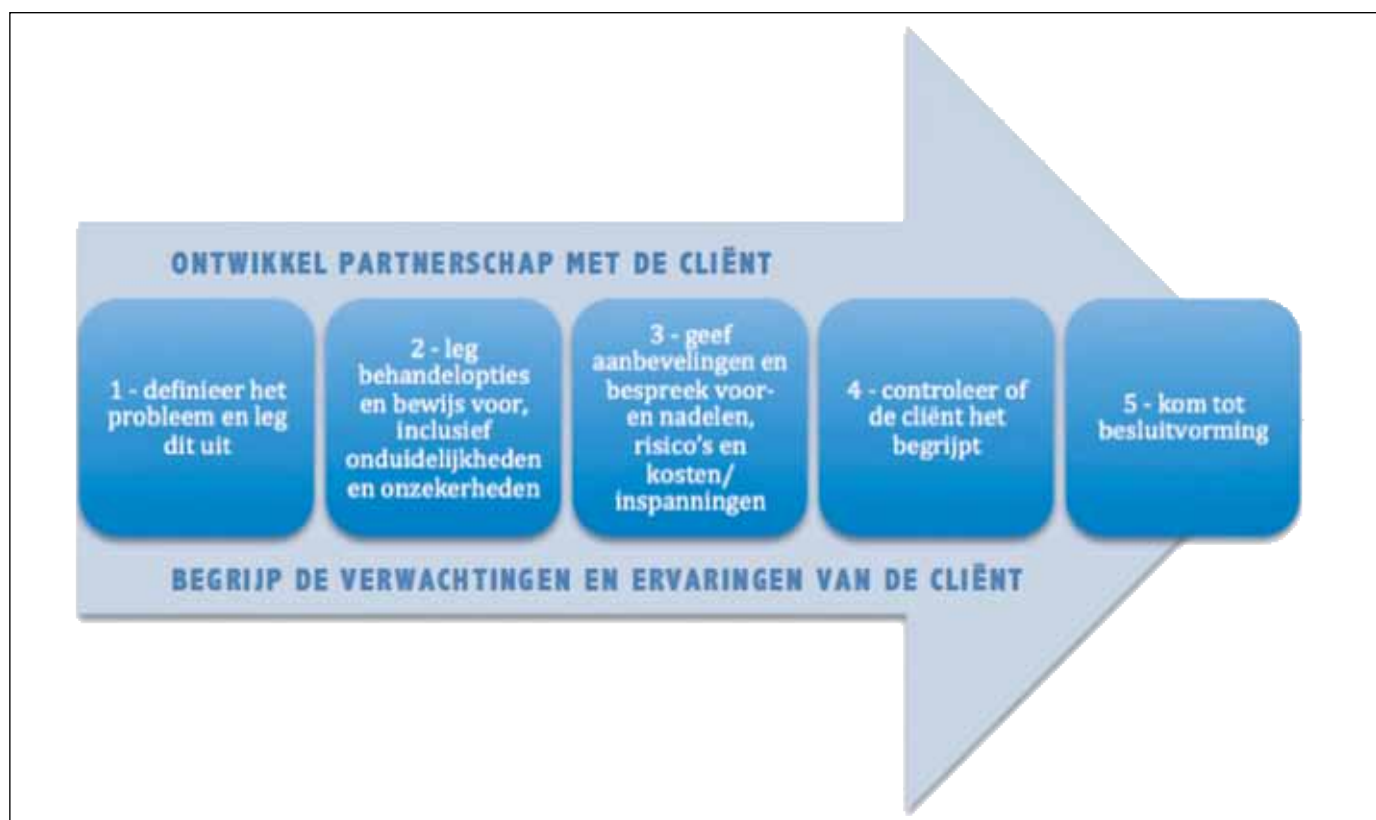
Het ingaan op de vragen van de cliënt en het gezamenlijk bepalen van de uiteindelijke aanpak van het gezondheidsprobleem wordt, mits op een bepaalde manier uitgevoerd, omschreven als ‘shared decision making’.

Wat is Shared Decision Making?

SDM omvat het proces van besluitvorming dat de hulpverlener en de cliënt gezamenlijk doormaken in de diagnostische fase én in de therapeutische fase wanneer bijstelling van het behandelplan nodig blijkt. SDM zou in het

‘Bij SDM is het uitgangspunt dat de hulpverlener zijn analyse deelt met de cliënt.’





kort kunnen worden omschreven als het 'in partnerschap met de cliënt komen tot een geïnformeerd en gewogen besluit op basis van de waarden, ideeën en gevoelens van de cliënt, de beschikbare externe evidenties en de expertise van de therapeut'. Kenmerken van SDM zijn:

1. De uitwisseling van informatie tussen de hulpverlener en de cliënt is wederkerig (dus tweerichtingsverkeer).
2. De uitwisseling tussen hulpverlener en cliënt betreft zowel medische als persoonlijke informatie.
3. De hulpverlener en cliënt overleggen samen over alle medische en persoonlijke aspecten die relevant zijn voor de besluitvorming.
4. De hulpverlener en de cliënt nemen uiteindelijk gezamenlijk het besluit over het behandelplan.²

Tijdens de anamnese (en het onderzoek) legt de cliënt aan de hulpverlener zijn gezondheidsprobleem voor. De hulpverlener interpreteert de uitspraken van de cliënt, analyseert deze en trekt hier conclusies uit. Dit interpreteren, analyseren en concluderen van de hulpverlener is het proces dat normaal gesproken 'klinisch redeneren' wordt genoemd. Het is belangrijk hierbij te bedenken dat cliënten dit ook doen, net als hulpverleners. Het verschil bestaat hieruit dat het cliënten ontbreekt aan professionele kennis en hieraan gekoppelde woordenschat. Natuurlijk is dit ook de impliciete reden waarom zij een professional raadplegen: om de hulpverlener te vragen hen hierbij te helpen. Bij SDM is het uitgangspunt dat de hulpverlener zijn analyse deelt met de cliënt en vervolgens alle mogelijke oplossingen aan de cliënt voorlegt. Deze oplossingen zijn bij voorkeur gebaseerd op wetenschappelijke evidenties,

maar ook eigen expertise kan hierbij worden ingebracht. Daar waar de evidenties ontbreken geeft de hulpverlener dit aan. Hierbij geeft de hulpverlener de bekende voor- en nadelen van de diverse oplossingen weer. Ten slotte coacht de hulpverlener de cliënt bij het afwegen van de voor- en nadelen voor hem/haar persoonlijk en bij het nemen van de uiteindelijke beslissing.

'SDM is een tijdsinvestering die zich terugverdient.'

Kort samengevat worden tijdens SDM de volgende stappen genomen:

1. Definieer het probleem en leg dit uit.
2. Leg behandelopties en bewijs voor, inclusief onduidelijkheden en onzekerheden.
3. Geef aanbevelingen en bespreek voor- en nadelen, risico's en kosten/inspanningen.
4. Controleer of de cliënt het begrijpt.
5. Kom tot besluitvorming.^{3, 4, 5}

Bij deze stappen is het ontwikkelen van partnerschap met de cliënt en het willen begrijpen van de verwachtingen en ervaringen van de cliënt voortdurend van belang.

Bij stap 2, 3 en 4 kan de hulpverlener gebruikmaken van zogenaamde 'beslisschulpen' (decision aids) zoals schriftelijk of digitaal voorlichtingsmateriaal, verbale en visuele uitleg, internetapplicaties en beslisschema's (decision frames) om de cliënt bij zijn beslissing te ondersteunen.^{6, 7, 8}

>>

De attitude en rollen van de hulpverlener in SDM

Fundamenteel in SDM is de attitude van waaruit de hulpverlener zijn werk doet; deze is doorslaggevend, niet de (gespreks)techniek. Belangrijke attitudes passend bij SDM zijn:

- Ieder mens is gelijkwaardig en kan keuzes maken.
- De cliënt consulteert mij omdat hij/zij mijn expertise nodig heeft om tot zijn eigen keuze te kunnen komen.
- In het besluitvormingsproces dat de cliënt doormaakt zijn naast biomedische ook persoonlijke aspecten van belang.
- Ik kan (als hulpverlener) de cliënt helpen zich bewust te worden van impliciete vragen.
- Ik kan (als hulpverlener) de cliënt helpen zijn keuze te maken door hem/haar te coachen in het besluitvormingsproces.

De hulpverlener heeft in SDM een expertrol als diagnosticus en een coachrol in het beslissingsproces. De expertrol bestaat uit het diagnosticeren van het gezondheidsprobleem, het aangeven en bediscussiëren van (behandel)opties, het onderzoeken van de mate waarin de cliënt moeite heeft te besluiten, en verwijzen naar beslissondersteuning (beslischulpen bijvoorbeeld).⁹ In de coachrol ondersteunt de hulpverlener de cliënt in het besluitvormingsproces. De coachrol impliceert dat de hulpverlener de behoefte aan ondersteuning onderzoekt, helpt bij het waarderen van voor- en nadelen in de persoonlijke context, gesprekspartner is bij het wikken en wegen en eventueel meningen van anderen hierin betreft.

Vanuit bovenbeschreven attitude is SDM geen ingewikkeld en/of tijdrovend proces. Zowel voor cliënt als therapeut is het plezierig en bevredigend om in een werkelijke dialoog met elkaar tot een besluit te komen en de voordelen te ervaren die deze investering oplevert.



‘Vaak komen cliënten zelfstandig tot een oplossing van hun gezondheidsprobleem.’

Wat levert SDM op? Evidenties over SDM

Naar SDM als benadering is onderzoek gedaan. Een kanttekening hierbij is dat het meeste onderzoek dat gedaan is, uitgevoerd is in de medische praktijk (huisartsen, medisch specialisten).

SDM lijkt vooral meerwaarde te hebben bij gezondheidsproblemen waarbij de medewerking van de cliënt in de uitvoering van de behandeling vereist is, bij chronische gezondheidsproblemen en bij behandelingen die bestaan uit meerdere consulten.^{10, 11} SDM doet wat het beoogt: het is een effectieve methode om overeenstemming te

verkrijgen omtrent de aanpak in de behandeling.^{12, 10} Ook zijn cliënten door SDM en het gebruik van keuzehulpen beter geïnformeerd dan in het geval van een traditionele aanpak.¹⁰ Doordat een cliënt goed is geïnformeerd, zullen reële ziektepercepties naar verwachting worden ondersteund of versterkt. In het kader van gedragsverandering is dit belangrijk.¹³ Er zijn aanwijzingen dat SDM de therapietrouw verbetert.^{12, 14}

Door SDM zijn cliënten meer tevreden over en meer betrokken bij de aanpak van hun gezondheidsprobleem.^{15, 16, 17, 18, 10} Dit is in het kader van zelfmanagement van belang omdat cliënten bij fysiotherapeutische behandeling veelal zelf een uitvoerende rol hebben. Bijkomend voordeel van SDM is dat het mogelijk leidt tot minder tussentijdse medische zorgconsumptie.¹⁹

Sommige hulpverleners menen dat cliënten angstig worden doordat zij voor allerlei dilemma's worden gesteld waarmee zij niet kunnen omgaan. Onderzoek heeft dit vermoeden niet kunnen bevestigen.^{20, 21, 22}

Het is niet duidelijk in hoeverre SDM in de fysiotherapeutische praktijk wordt toegepast. Wel is bekend dat in de medische wereld hulpverleners de gedachte van SDM omarmen maar in de praktijk lang niet altijd toepassen.²³ Naar verwachting is dit in de fysiotherapie niet anders.

Barrières voor toepassing van SDM zijn stress (bij de hulpverlener), gebrek aan vaardigheden (van de hulpverlener) en verminderde gezondheidsvaardigheden van de cliënt (waaronder communicatieproblemen).^{23, 24, 25, 26} Een cliëntgerichte benadering zoals SDM is niet tijdrovender dan een traditionele aanpak.²⁷

Conclusie SDM is een benadering die zeer geschikt is voor de fysiotherapie gezien de meervoudige contacten, de noodzakelijke medewerking van de cliënt bij de uitvoering van de therapie en/of de chronische aard van de gezondheidsproblemen. Het ondersteunt autonomie en zelfmanagement, hetgeen in onze maatschappij van groot belang wordt geacht. De meerwaarde van SDM leidt ertoe dat de cliënt meer betrokken is, beter geïnformeerd is, mogelijk meer therapietrouw vertoont en minder tussentijdse medische consumptie heeft. SDM is een (tijds) investering die zich terugverdient. Meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van SDM in de fysiotherapie en het ontwikkelen van online beslischulpen voor de fysiotherapie. Ook is interessant te onderzoeken welke aspecten de implementatie van SDM in de fysiotherapie ondersteunen en welke deze belemmeren.



De literatuurverwijzingen staan op FysioNet, www.fysionet.nl.

Vincent Kortleve (MA Psychology) is fysiotherapeut en manueel therapeut. Hij is eigenaar van Viaperspectief, bureau voor coaching, training en opleiding voor fysiotherapeuten (www.viaperspectief.nl). Hij is bereikbaar via info@viaperspectief.nl.

Literatuur bij 'Shared decision-making' – Vincent Kortleve – FysioPraxis juli 2012, pag. 22-24

1. Leventhal HY. Illness representation: theoretical foundations. In KW Petrie, Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications, 1997:19-46. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
2. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999 Sep 18;319(7212):780-2.
3. Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. Patient Educ Couns 2006 Nov;63(3):268-278.
4. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2006;60(3):301-312.
5. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. JAMA 2004 May 19;291(19):2359-66.
6. KNGF. Enkel Verstuiking | de Fysiotherapeut. Opgeroepen op 03 08 2012, van de Fysiotherapeut: <http://www.defysiotherapeut.com/aandoeningen/enkel-verstuiking.html>.
7. Ottawa Hospital Research institute. Available Ottawa Patient Decision Aids - Ottawa Hospital Research institute. Opgeroepen op 02 01 2010, van Ottawa Hospital Research institute: <http://decisionaid.ohri.ca/decaids.html>.
8. RIVM in opdracht van het Ministerie van VWS. kiesBeter.nl - Thema Alle keuzehulpen (J. v. Sonderen, Producent) Opgeroepen op 08 03 2012, van Kiesbeter - wijst u de weg in de zorg: <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/thema/alle-keuzehulpen>.
9. Legare F, Stacey D. Shared decision-making: The implications for health care teams and practice. In GEA Edwards, Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice. Second Edition, 2009; Vol. 4:23-28. Oxford: Oxford University Press.
10. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, Entwistle VA, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2009 Jul 8;(3).
11. Edwards AEG, Elwyn G. Shared decision-making in health care. Second Edition, 2009. Oxford: Oxford University Press.
12. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient

Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26. Epub 2008 Apr 16.

13. Hagger MS, Orbell, MH. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health* 2003, Vol. 18, No. 2, pp. 141-184.

14. Uitleg, advies en planning. In KS Silverman J, *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*. 2006, 2^e druk (pp. 173-244). Boom Lemma Uitgevers.

15. Scheibler F, Janssen C, Pfaff H. Shared decision making: an overview of international research literature. *Soz Präventivmed* 2003;48(1):11-23.

16. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004 Nov-Dec;2(6):595-608.

17. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari. Unmet Expectations for Care and the Patient-physician Relationship. *J Gen Intern Med* 2002 November; 17(11): 817-824.

18. Krones T, Keller H, Sönnichsen A, Sadowski EM, Baum E, Wegscheider K, Rochon J, Donner-Banzhoff N. Absolute Cardiovascular Disease Risk and Shared Decision Making in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2008 May-Jun;6(3):218-27.

19. Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, Wensing M, Grol R; Study Steering Group. 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 Aug;21(4):337-46.

20. Kahan Z, Varga K, Dudás R, Nyári T, Thurzó L. Collaborative/active participation per se does not decrease anxiety in breast cancer. *Pathol Oncol Res* 2006;12(2):93-101.

21. Edwards A, Hood K, Matthews E, Russell D, Russell I, Barker J, Bloor M, Burnard P, Covey J, Pill R, Wilkinson C, Stott N. The effectiveness of one-to-one risk communication interventions in health care: a systematic review. *Med Decis Making* 2000 Jul-Sep;20(3):290-7.

22. Whelan TM, O'Brien MA, Villasis-Keever M, Robinson P, Skye A, Gafni A, Brouwers M, Charles C, Baldassarre F, Gauld M. Impact of cancer-related decision aids. MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

23. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci* 2006 Aug 9;1:16.

24. Haes, Hde. On implementing shared decision making, communicative barriers in clinicians. Presentatie op ISDM 2011 – Maastricht; internationale conferentie over SDM.

25. Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of Information in Clinical Practice: Is Lying Less Stressful Than Telling the Truth? Efharis Panagopoulou, Gesthimani Mintziori, Anthony Montgomery, Dorothea Kapoukranidou, and Alexis Benos. J Clin Oncol 2008 Mar 1;26(7):1175-7.

26. Twickler ThB, Hoogstraaten E, Reuwer AQ, Singels L, Stronks , Essink-Bot ML. Stand van zaken: laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. Ned Tijdschr Geneeskd. 6 augustus 2009;153:A250.

27. Staveren, Rvan. Deel 1. Theorie. In: Patiëntgericht communiceren. Gids voor de medische praktijk. 2010:30. Utrecht: De Tijdstroom.