

Esther van Fenema

Een piloot inventariseert ook niet eerst de wensen van de passagiers



MATS VAN SOOLINGEN

Shared decision making is drijfzand

Een aantal jaar geleden zat ik met een oncologisch akkefietje aan de andere kant van de tafel en ik voelde me ondanks mijn opleiding tot arts een bange, afhankelijke patiënt die daardoor verminderd cognitief functioneerde en wat regressief hoopte dat de dokter zo goed mogelijk voor me zou zorgen.

Tenzij het om een borstvergroting bij Bergman Clinics gaat, zijn de meeste patiënten geen consumenten, maar afhankelijke individuen die hunkeren naar een arts met expertise, empathie en kennis om hun lijden te verlichten. De patiënt zal vooral moeten vertrouwen op de kwaliteit van de zorg, omdat goede zorg lastig meetbaar is, in tegenstelling tot de service en kwaliteit van keukenboer of autoverkoper. Hulpverlening blijft dan ook wezenlijk anders dan dienstverlening (Cense WH, Contractmodel versus vertrouwensmodel, MC 39/1991: 1153). Shared decision making (SDM) is een jong feelgoodbegrip, waar vooral theoretische deskundigen opgewonden van raken. Het wordt meestal gedefinieerd als 'een manier van werken waarbij arts en patiënt samen tot een beleid komen dat het beste bij de patiënt past'.

Voor mij valt SDM onder de hoeratermen zoals samenwerking, kwaliteitszorg en transparantie: niemand haalt het in zijn hoofd om ertegen te zijn en je kunt er grof geld mee verdienen omdat het lastig meetbaar is en altijd beter kan.

Voorstanders betogen dat SDM tot effectievere zorg kan leiden en dat de relatie tussen behandelaar en patiënt erop vooruitgaat als je weet wat er speelt en wat de beweegredenen zijn achter een bepaalde keuze. Meewarig hypothetiseren diezelfde voorstan-

ders dat veel artsen niet staan te trappelen, waarschijnlijk omdat ze 'deze aanpak stressvol vinden, de nodige communicatieve vaardigheden missen of denken dat de patiënt het niet aankan'. Ten slotte valt mij op dat voorstanders altijd getikte voorbeelden uit de praktijk gebruiken om het belang van SDM te illustreren met uiteraard een glansrol voor de 'botte chirurg': 'ja mevrouw-tje, elke goede behandeling heeft bijwerkingen, dus ook chemotherapie, daar moet u niet zo moeilijk over doen'. Achter SDM zitten echter een aantal essentiële denkfouten, waardoor het wat mij betreft drijfzand is en blijft, hoe enthousiast bestuurders, besluiters en zelfs de politiek ook moge zijn in het licht van het doorgeschoten maakbaarheidsdenken. SDM suggereert dat de patiënt kan meebeslissen over zaken die simpelweg onder de professionele standaard vallen van de arts. De arts verantwoordt primair zelf wat binnen de gegeven ruimte de juiste benadering is en vervolgens staat het de patiënt vrij om hierop te reageren.

Daarnaast impliceert SDM dat afhankelijkheid gelijkstaat aan verlies van autonomie, terwijl het om verschillende concepten gaat. Pas als je geïntubeerd op de ic ligt of met een inbewaringstelling in een separeercel belandt, ben je afhankelijk en ook je autonomie kwijt. Met SDM verbloem je de afhankelijkheidsrol van de patiënt, terwijl je die in het kader van echte transparantie juist beter kunt benoemen.

De piloot in een vliegtuig maakt ook niet eerst een rondje door de cabine om te inventariseren wat de wensen van de passagiers zijn, om uiteindelijk tot een gemeenschappelijk besluit te komen over route en kruissnelheid! ■