



Van milde manipulatie naar echt partneren met de cliënt

Gedeelde besluitvorming

Tekst: Barbara Oosterhof, Lieke van het Kaar en Deborah Wit

Stel je eens voor: je bent een moeder met jonge kinderen en opgenomen in het revalidatiecentrum na een CVA. Je wilt alles uit je herstel halen door intensief te trainen en tegelijkertijd wil je zo snel mogelijk terug naar huis om voor je kinderen te zorgen. Je probleem komt ter sprake bij de ergotherapeut. Samen kijken jullie naar de verschillende opties om jouw revalidatie zo goed mogelijk vorm te geven. Dit is een voorbeeld van gedeelde besluitvorming, waarbij gebruik wordt gemaakt van het beschikbare bewijs én de voorkeur van de cliënt. In een dergelijke situatie zullen verschillende cliënten tot verschillende keuzes komen.

Het is een uitdaging voor professionals om de cliënt niet te sturen naar de optie die professioneel het beste lijkt, maar om hem te ondersteunen in het maken van een keuze die voor hem persoonlijk het beste is.

Bij alle keuzemomenten in het leven van een cliënt die moet leren omgaan met de gevolgen van een ziekte of beperking is het voor professionals een uitdaging om de cliënt niet te sturen naar de optie die professioneel het beste lijkt, maar om hem te ondersteunen in het maken van een keuze die voor hem persoonlijk het beste is. Dit vraagt om een andere attitude, zeker wanneer de keuze van de cliënt verschilt van onze eigen waarden en professionele voorkeur.

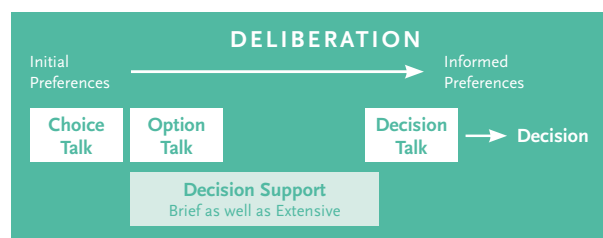
Wat is gedeelde besluitvorming?

Gedeelde besluitvorming houdt in dat de zorgverlener de cliënt (en zonodig diens naasten) ondersteunt in het maken

van de best passende persoonlijke beslissing. Dit zijn beslissingen over preventie, screening, diagnostiek en behandeling waarbij er meerdere opties zijn, wat betreft effectiviteit min of meer gelijkwaardig maar ieder met hun eigen voor- en nadelen.^{1,2}

Elwyn heeft in 2012 een model ontwikkeld voor gedeelde besluitvorming, zie figuur 1.³ Het model beschrijft drie stappen die doorlopen worden om de cliënt adequaat te ondersteunen in het keuzeproces: a) 'Keuze' (Choice talk), b) 'Opties' (Option talk) en c) 'Beslissing' (Decision talk). Recent is de stap 'Choice talk' gewijzigd in 'Team talk', waarbij het formuleren van persoonlijke doelen is toegevoegd; deze zijn

leidend in het keuzeproces. Daarnaast benadrukt Elwyn dat er samen naar een keuze wordt toegewerkt.⁴



Dat gedeelde besluitvorming effectiever is dan traditionele voorlichting en informatieoverdracht, blijkt uit twee meta-analyses.^{5,6} Het onderscheidende effect is dat cliënten besluitvaardiger worden. Ze zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, zijn vaker tevreden over het genomen besluit, twijfelen minder en vragen minder om een second opinion. Er zijn verder aanwijzingen dat gedeelde besluitvorming kan leiden tot een grotere therapietrouw, dat er vaker gekozen wordt voor kwaliteit van leven en dat het tot lagere kosten kan leiden doordat er soms afgezien wordt van bepaalde behandelingen.⁷

Het doel van het besluitvormingsproces is dat de cliënt vanuit de begintoestand, de initiële voorkeur, uiteindelijk komt tot een geïnformeerde voorkeur.^{1,3} Bij de stap 'Keuze' (Team talk) benadrukt de behandelaar dat er geen 'beste' optie is en dat de voorkeur van de cliënt ertoe doet. Verder maakt de behandelaar duidelijk dat de cliënt er niet alleen voor staat en dat de verschillende opties samen uiteengezet zullen worden. Je kunt hier benoemen dat niets doen, afwachten, ook een optie is.⁷

In het voorbeeld uit het begin van dit artikel zal de ergotherapeut in een gesprek de lastige situatie en het dilemma benoemen, waarin een keuze gemaakt moet gaan worden. Uit de eerder vastgestelde behandeldoelen blijkt dat de cliënt hoge prioriteit stelt aan kinderverzorging en kunnen fietsen, om de kinderen naar school te kunnen brengen. De ergotherapeut vraagt de cliënt om mee te denken over de verschillende behandelopties, om zo te komen tot het best passende besluit.

Bij de stap 'Opties' (Option talk) geeft de therapeut gedetailleerde informatie over de beschikbare opties om vervolgens al dan niet over te gaan tot diagnostiek, behandeling of zorg.¹ Hij vraagt na wat de cliënt al weet, om eventuele misvattingen recht te kunnen zetten en om goed aan te kunnen sluiten bij het kennisniveau van de cliënt. Voor- en na-

Tabel 1: vragen passend bij de stap 'Keuze'

"Aan welke doelen wilt u werken?"

"Welke dagelijkse bezigheden zijn voor u het belangrijkste?"

"Nu we duidelijk hebben waar u graag aan wilt werken wil ik u wat informatie geven over de mogelijkheden om dit doel te behalen. Er zijn verschillende opties met ieder hun voor- en nadelen. Uw persoonlijke voorkeur is hierbij belangrijk. Zal ik u hier meer over vertellen?"

Voorkom de 'einde gesprek-situatie'. Als de cliënt aangeeft "zeg jij het maar, jij weet er het meeste van", probeer dan de opening te houden om het gesprek te vervolgen. Bijvoorbeeld: "Mag ik u er wat meer over vertellen, om u verder op weg te helpen?"

delen van de verschillende opties worden doorgenomen en zo nodig op papier uitgewerkt. Het gebruik van keuzehulpen kan hierbij zinvol zijn.

Tabel 2: vragen passend bij de stap 'Opties'

"Zal ik de opties eerst voor u opschrijven, voordat we ze verder in detail bespreken?"

"Wat heeft u er zelf al over gehoord of gelezen?"

"Ik zie u fronsen, heeft u ergens vragen over?"

De ergotherapeut in het voorbeeld uit de inleiding heeft naast de opties die de cliënt voor ogen had (klinische revalidatie of naar huis gaan) uitgelegd dat er ook andere opties zijn. Zo kan gedacht worden aan revalidatie in dagbehandeling of eerstelijns-ergotherapie aan huis. Daarnaast zijn de ergotherapeut en de cliënt samen nog gekomen tot de optie van verlengd weekendverlof en de mogelijkheid van het ondernemen van activiteiten met de kinderen in het revalidatiecentrum op woensdagmiddag. De ergotherapeut heeft zijn wetenschappelijke kennis gedeeld over herstel en behandeling na een CVA en over het generaliseren van vaardigheden naar de thuissituatie. De opties zijn verder uitgewerkt in een voor- en nadelenmatrix. Zie figuur 2.

Om tot de stap 'Beslissing' (Decision talk) te komen heeft de cliënt tijd en ondersteuning nodig. Cliënten moe-

Onderwerp: Invulling van je revalidatie

	Voordelen:	Nadelen:
Optie: Klinische revalidatie en verlengd weekend	+ Intensieve therapie mogelijk + De kinderen van school kunnen halen op vrijdag en op maandag ochtend wegbrengen	- Veel van huis, man en kinderen missen - Dag therapie missen en hierdoor mogelijk minder (snel) bepaalde doelen kunnen bereiken - Man moet zorg voor kinderen en huishouden grotendeels op zich nemen
Optie: Naar huis en revalidatie dagbehandeling	+ Veel tijd met de kinderen doorbrengen + Multidisciplinair behandelaanbod	- Therapie frequentie gaat omlaag, hierdoor mogelijk minder (snel) bepaalde doelen kunnen bereiken
Optie: Naar huis en ergotherapie thuis	+ Veel tijd met de kinderen doorbrengen + In de thuissituatie oefenen en hierdoor mogelijk gemakkelijker bepaalde vaardigheden aanleren	- Geen multidisciplinaire aanpak - Therapie frequentie gaat omlaag, hierdoor mogelijk minder (snel) bepaalde doelen kunnen bereiken

Figuur 2: voor- en nadelenmatrix

ten erachter komen wat er het meest toe doet en willen dit vaak ook overleggen met naasten. Het is van belang dat deze dan ook dezelfde informatie verkrijgen over de beschikbare opties.³ De therapeut kan ook ervaringsverhalen inbrengen. Hierbij moet de ergotherapeut ervaringen delen van alle beschikbare opties, om te voorkomen dat hij zijn eigen voorkeur laat doorschemeren en overgaat tot 'milde manipulatie'. Wanneer het besluit genomen is, controleert de therapeut tot slot of de cliënt tevreden is met het genomen besluit en of het plan haalbaar is.²

Tabel 3: vragen passend bij de stap 'Beslissing'

"Wat doet er het meest toe voor u? Wat weegt zwaar voor u?"

"Is er iets waar u zich zorgen over maakt nu we alle voor- en nadelen hebben doorgenomen?"

"Maakt u de keuze zelf of is er nog iemand die u wilt betrekken bij uw keuze?"

De cliënt met CVA-revalidatie heeft de voor-en nadelenmatrix thuis besproken met haar echtgenoot. Samen zijn ze tot de conclusie gekomen dat optimaal herstel er voor haar het meest tot doet. Om te kunnen profiteren van een hoge therapiefrequentie wil de cliënt graag haar klinische revalidatie afmaken. Wel hebben ze samen bedacht dat uitbreiding van het weekendverlof wenselijk is, zodat ze op vrijdagmiddag en op maandagochtend betrokken kan zijn bij het naar school brengen en weer ophalen van de kinderen. Ook wil ze graag gebruikmaken van de mogelijkheid om op woensdagmiddag samen met de kinderen een activiteit te doen in het revalidatiecentrum.

Gedeelde besluitvorming binnen de ergotherapie

Zelfmanagement, waarbij de cliënt regie houdt over zijn leven tot zover hij wil en kan, is tegenwoordig een hot item in de gezondheidszorg. Om tot goed zelfmanagement te kunnen komen is het noodzakelijk dat cliënten betrokken worden bij de belangrijke keuzes binnen hun leven. Het wederzijds uitwisselen van informatie is de basis van gedeelde besluitvorming. Dit sluit aan bij de grondbeginselen van de ergotherapie. In de behandelrelatie tussen cliënt en ergotherapeut wordt gestreefd naar gelijkwaardigheid, waarbij beiden hun expertise en ervaringen inbrengen. Naast het toegankelijk maken van informatie is het onze taak als professional om de cliënt vaardiger te maken in de besluitvorming. Een goede therapeut ondersteunt en stimuleert de cliënt om vragen te stellen, maakt de cliënt bewust van de keuzeopties die er zijn en zet hem aan tot nadenken over en onderzoeken van zijn waarden en voorkeuren.

Ergotherapeuten zijn experts in het uitvragen van de hulpvraag van de cliënt en het vaststellen van de sterke kanten van de cliënt. Vastgesteld kan worden dat zij goed zijn in de stap 'Choice/Team talk'. Maar hoe vaardig zijn we in het werkelijk delen van keuzes op het gebied van diagnostiek, behandelvormen en interventies en het 'zonder oordeel' informeren van de cliënt over zijn keuzeopties? Uit onderzoek blijkt dat gedeelde besluitvorming in de praktijk maar weinig wordt toegepast en dat professionals moeilijk kunnen inschatten welke cliënt wil meebeslissen en naar welke behandeling de voorkeur van de cliënt dan uitgaat.⁹

Het is een uitdaging voor professionals om de cliënt zonder oordeel te informeren over de verschillende keuzeopties

Uit onze eigen ervaring blijkt dat we geneigd zijn om keuzeopties die wij goed vinden te bekrachtigen en van de keuzeopties die wij minder geschikt vinden vooral de nadelen te benoemen; hier ligt milde manipulatie op de loer.

en de uiteindelijke keuze van de cliënt te ondersteunen. Wat doe je als de cliënt ervoor kiest om door pijn op bed te willen functioneren terwijl hij mogelijkheden heeft om vanuit de rolstoel te functioneren?

Uit onze eigen ervaring blijkt dat we geneigd zijn om keuzeopties die wij goed vinden te bekrachtigen en van de keuzeopties die wij minder geschikt vinden vooral de nadelen te benoemen; hier ligt milde manipulatie op de loer.

Implementatie

Een veelgenoemde belemmering om gedeelde besluitvorming toe te passen is de tijd die de gesprekken zouden vragen. In de praktijk blijkt dat gesprekken inderdaad meer tijd in beslag kunnen nemen. Deze tijd kan echter later vaak worden teruggewonnen omdat de cliënt beter geïnformeerd is, minder terugkomt op eerder genomen beslissingen en soms bewust afziet van bepaalde behandelingen.¹ Daarbij is ook de vraag of extra consulttijd opweegt tegen het positieve effect op het zelfmanagement van de cliënt. De cliënt wordt op deze manier ondersteund in het hervinden van zijn onafhankelijkheid en participatie in de samenleving.

Er is gebleken dat vaardigheidstraining noodzakelijk is om gedeelde besluitvorming daadwerkelijk te gaan toe passen.¹⁰ In revalidatiecentrum Heliomare zijn er per team ambassadeurs, die als taak hebben om gedeelde besluitvorming in te bedden in onze werkwijze. Het veranderen van de attitude is een intensief veranderingsproces en activiteiten als intervisie en bijscholing helpen hierbij. Daarnaast worden collega's gefaciliteerd om echt te gaan partneren met de cliënt, door zakkaartjes te gebruiken met de stappen en voorbeeldvragen. Landelijk zijn er verschillende tools en keuzehulpen die ingezet kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn de drie- goed-vragen van Patiëntenfederatie Nederland en de persoonlijke keuzehulp en diagnosespecifieke keuzehulpen, onder andere te vinden op thuisarts.nl. Momenteel loopt er een project van het CVA-kennisnetwerk waarbinnen tools zijn ontwikkeld voor gedeelde besluitvorming in de CVA-keten (aangepaste keuzehulp en e-learning).

Ook al is er verdieping en training nodig om gedeelde besluitvorming op de juiste manier toe te passen, toch willen we je alvast uitnodigen om een eerste stap te zetten. Want het echt partneren met de cliënt begint al met een eenvoudige vraag als: "Zullen we samen eens naar de keuzemogelijkheden kijken?". ➡

Over de auteurs:

De auteurs zijn allen werkzaam als ergotherapeut. Lieke van het Kaar, team dwarslaesie/amputatie revalidatiecentrum Heliomare.

Barbara Oosterhof, MSc OT, team NAH cognitie revalidatiecentrum Heliomare.

Deborah Wit, team NAH motoriek revalidatiecentrum Heliomare.

Literatuur

1. Veenendaal van H, Rietmeijer C, Voogdt-Pruis, H, Raats I. Samen beslissen is beter. *Huisarts Wet.* 2014; 57(10): 524-7.
2. Staveren van R. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011; 155: A3777.
3. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.* 2012; 27 (10): 1361-7.
4. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017; 359: j4891.
5. Stiggelbout AM, Weijden van der T, Wit de MPT, Frosch D, Légaré F, Montori VM et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.* 2012; 344: e256.
6. Stalmeier PF, Van Tol-Geerdink JJ, Van Lin EN, Schimmel E, Huizenga H, Van Daal WA, et al. Doctors' and patients' preferences for participation and treatment in curative prostate cancer radiotherapy. *J Clin Oncol* 2007; 25: 3096-100.
7. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 1: CD001431.
8. Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision-making skill development and use of risk communication in general practice. *Fam pract.* 2004; 21: 337-46.