

VERENIGING

BESTUUR

“Ach dokter, zegt u het maar, u hebt ervoor doorgeleerd”

K-P. de Roos

Voorzitter NVDV
E-mail: kpdr@dermapark.nl

“Optimaal werken in een hoogrisico-omgeving gaat beter in een *Just Culture* zegt Jaap Hamming in de *Medisch Specialist* van september. Rudolf Poolman heeft het daarin over dat zorgevaluaties een *ongoing process* is dat *shared savings* oplevert bij dure geneesmiddelen en dat de patiënt een *drug holiday* kan nemen als het goed gaat. En dan denk je al gauw aan *targeted therapies* en *personalised medicine*. Internisten hebben het in dat tijdschrift over ouderengeneeskunde die *senior proof, senior friendly* moet zijn en natuurlijk weer over: *shared decision making, out of the box denken* en *life long learning*. Verder spreekt men regelmatig over *stepped, matched* en *tailored care*. Allemaal termen die een nieuw begrip status en autoriteit geven, alsof het vaststaande entiteiten zijn, terwijl de gemiddelde patiënt er geen snars van begrijpt. En het houdt niet op, deze week las ik een onderzoekaanvraag van een belendende wetenschappelijke vereniging die ons verzocht om een adhesiebetuiging. In dat stuk ging het over *shared decision making*, maar ook over *shared informed decision making* en zelfs *evidence based shared decision making*. En dan denk ik: wetenschappelijk bewezen gezamenlijk beslissen? Natuurlijk hebben wij als zorgprofessional een verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de juiste zorg voor de juiste patiënt op het juiste moment wordt toegepast. Onderdeel daarvan is natuurlijk uitleg en samen beslissen.

Je gaat er als arts van uit dat jouw gezamenlijk met de patiënt opgestelde plan ook wordt uitgevoerd. Maar is dat ook zo? Het NIVEL heeft hierover enkele cijfers. 29% van de patiënten haalde in 2014 de door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen niet op in de apotheek.¹ Dat is bijna 1 op 3 patiënten. Wie zijn dat vooral? Patiënten in achterstandswijken halen volgens het NIVEL hun geneesmiddelen vaker niet op dan mensen in andere wijken. Verder blijken vrouwen hun medicatie vaker te laten liggen dan mannen (31% versus 26%) en jongvolwassenen tussen 25 en 29 jaar (35%) vaker dan oudere pati-

enten tot 65 jaar (29%). Patiënten met een of meer chronische aandoeningen bezoeken trouwer de apotheek voor hun geneesmiddelen dan klanten zonder chronische aandoening. Dit laatst doet vermoeden dat de cijfers voor dermatologische medicatie wellicht iets gunstiger zijn, maar zekerheid daarover hebben we niet.

Mensen die hun medicatie niet ophalen, vallen in de categorie ‘zorgmijders’. Daarover publiceerde het NIVEL vorig jaar een rapport.² Uit vragenlijstonderzoek blijkt dat 15% van de mensen in de laatste twaalf maanden heeft afgezien van een bezoek aan de huisarts, terwijl men dat aanvankelijk wel van plan was. Maar liefst 48% van de mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts geeft achteraf aan dat het beter was geweest als men wel was gegaan. Nog een cijfer: het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt, stijgt sinds 2010. In 2008 en 2009 was dit percentage mijders van vervolgzorg relatief constant op 18-20%, in 2011 steeg het naar 23% en in 2012 en 2013 naar respectievelijk 26% en 27%. Specialismen waarbij het percentage zorgmijders het laagst is zijn keel-neus-oorheelkunde (13%), orthopedie (13%) en neurologie (15%). Het percentage zorgmijders is het hoogst bij revalidatie-geneeskunde (43%), interne geneeskunde (48%) en plastische chirurgie (56%). Helaas zwijgt het rapport over verwijzingen naar een dermatoloog. We kunnen hier slechts naar gissen.

Weerbarstige praktijk

Waarom dit alles? Omdat dit in mijn ogen het effect van *shared decision making* sterk nuanceert. De kwaliteitscanon van de Regieraad (thans Zorginstituut) geeft hiervoor de volgende definitie: “Een vorm van gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen hulpvrager en zorgverlener. *Shared decision making* richt zich op het informeren van de patiënt en op het vergroten van diens controle over besluiten die zijn of haar gezondheid aangaan. Patiënt en zorgverlener nemen samen een zorgbesluit, nadat ze informatie daarover hebben uitgewisseld en bediscussieerd. De zorgverlener informeert de patiënt over de mogelijkheden en de mogelijke voor- en nadelen. De patiënt vertelt over diens persoonlijke leefstijl, voorkeuren voor verschillende gezond-

heidssituaties, en over het eigen idee van kwaliteit van leven. In gezamenlijk overleg spreken beiden een voorkeur voor een zorginterventie of -traject uit. Als men het eens is, volgt snel een besluit.”³ De praktijk, zo weten we allemaal, is veel weerbarstiger. Dat heeft de filosofe Inge Mutsaers recent nog uitgelegd in *Medisch Contact*, in een artikel geschreven met hoogleraar huisartsgeneeskunde Henriëtte van der Horst.⁴ “Als mensen (ernstig) ziek zijn, willen ze lang niet altijd een arts die zegt: ‘dit zijn de mogelijkheden, laten we kijken wat het beste bij u past’. Vaak ontbreekt informatie of is de beschikbare informatie veel te complex voor gedeelde besluitvorming.” Daarbij wijzen de auteurs erop dat persoonsgerichte zorg haast “een pleonasme” lijkt: “Wat kan en moet zorg anders zijn dan persoonsgericht?”

Gezamenlijke inspanning

Iedere arts weet dat je er met een gezamenlijk besluit niet bent. Arts en patiënt gaan samen op pad en delen een verantwoordelijkheid om tot het beste resultaat te komen. En dat laatste mis ik in alle zorginitiatieven tot op heden. Wij verwachten van de patiënt dat hij/zij de adviezen goed opvolgt. Die verantwoordelijkheid komt tot uitdrukking in het toestemmingsvereiste dat geldt voor iedere behandeling, impliciet dan wel expliciet. Misschien is het tijd een volgende stap te zetten. Zoals wij steeds vaker de patiënt een *informed consent* (geïnformeerde toestemming) laten tekenen, moeten we misschien ook in een zorgcontract vastleggen wat de plichten van een patiënt zijn. Al vele jaren laten plastisch chirurgen in Amerika de patiënt tekenen voor het feit dat zij van zes weken voor tot zes weken na een cosmetische ingreep niet zullen roken. Het laat duidelijk zien dat zorg geen vanzelfsprekende dienst is die wordt afgenomen, maar een

activiteit die een gezamenlijke inspanning vereist. In tijden van steeds oplopende zorgkosten, wordt het daarom tijd dat wij op een andere manier kijken naar de effectiviteit van de behandeling en daarin de verantwoordelijkheid van de patiënt aangeven. Het kan niet zo zijn, om maar een eenvoudig voorbeeld te nemen, dat sommige ziekenhuizen gelaten toezien dat op diverse spreekuren 10-20% van de patiënten niet komt opdagen. We weten dat een derde van de recepten van de huisarts niet wordt opgehaald, maar we weten niet welk percentage van de opgehaalde geneesmiddelen daadwerkelijk wordt gebruikt. Ook weten we dat mensen vaker tanden poetsen rondom een geplande afspraak bij de tandarts. Datzelfde gaat op voor eczeempatiënten. Rondom een controlebezoek bij de dermatoloog wordt significant vaker gesmeerd. Kortom er is veel winst te behalen bij de zorg voor onze patiënten wanneer wij hen veel duidelijker dan voorheen medeverantwoordelijk maken voor de zorg, hun zorg. En als dat meer kans van slagen heeft met een anglicisme dan moet dat maar: *shared responsibility*.

LITERATUUR

1. <http://www.pw.nl/nieuws/2015/29-patienten-haalt-geneesmiddel-niet-op>
2. Esch TEM van, et al. *Inzicht in zorgmijden - Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. NIVEL, Utrecht 2015. (<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Inzicht-zorgmijden.pdf>)
3. Regieraad. *Glossarium kwaliteit van zorg; kernbegrippen uit de zorg in duizend- en eenvoud samengebracht*. Samenstelling: JJE van Everdingen, DHH Dreesens. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010
4. Mutsaers I, Horst H van der. *Maak van persoonsgerichte zorg geen ideologie*. *Medisch Contact* 2016;43:37-9.