

CHANTAL VAN AUDENHOVE

MEDISCHE KEUZES

PRAKTISCHE GIDS
VOOR OVERLEG TUSSEN
ZORGVERSTREKKER EN PATIËNT



LANNOO
CAMPUS

D/2015/45/238 – ISBN 978 94 014 2150 8 – NUR 871

Vormgeving omslag: Koen Bruyñeel

Vormgeving binnenwerk: Fulya Toper

Illustratie hoofdstukpagina's: Muze'um L – Roeselare -
<http://www.muzeuml.squarespace.com/licht-meridiaan>

© Chantal Van Audenhove & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2015.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediodivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of
openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie,
microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus
Erasme Ruelensvest 179 bus 101
3001 Leuven
België
www.lannoocampus.be

Inhoudstafel

Vooraf	9
HOOFDSTUK 1	
Waarom kiezen in de zorg vandaag belangrijk is	13
Demografische en medisch-wetenschappelijke evoluties	15
Socioculturele veranderingen	22
Participatie van de zorggebruiker: uitdagingen	24
Chronische ziekten en de evolutie naar integrale zorg	26
HOOFDSTUK 2	
Persoonsgerichte geneeskunde	29
De persoonsgerichte aanpak	31
Een model voor patiëntgerichte geneeskunde	36
HOOFDSTUK 3	
Autonomie als belangrijke waarde	45
Uitgangspunten van goede zorg	46
Het belang van autonomie in de gezondheidszorg	50
De wet betreffende de rechten van de patiënt	55
HOOFDSTUK 4	
Een passend gesprek voor elk soort keuze	59
De ene beslissing is de andere niet	61
Het ene gesprek is het andere niet	64
Kiezen voor het juiste gespreksmodel	68
Familie en vrienden als partner in het overleg	73

HOOFDSTUK 5	
Het overlegmodel onder de loep	77
Drie gespreksdelen in het overleg	79
Wat is er nieuw aan kiezen in overleg?	89
De rol van informatie bij 'kiezen in overleg'	91
HOOFDSTUK 6	
De meerwaarde en de haalbaarheid van het overlegmodel	95
Het effect van 'kiezen in overleg'	96
Kunnen we de mate van overleg meten?	98
Kennis al dan niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs	100
Praktische en andere bezwaren: enkele mythes ontkracht	102
HOOFDSTUK 7	
Competenties nodig voor het overleg	109
Als patiënten liever een advies willen	111
De voorkeur voor participatie bevragen	113
Hoe omgaan met patiënten die niet durven participeren?	115
Noodzakelijke competenties van artsen	116
HOOFDSTUK 8	
Beslissingshulpen en <i>option grids</i>	121
Beslissingsondersteuning en instrumenten	123
Het effect van werken met beslissingsondersteuning	128
Van informatie geven naar werken met een beslissingshulp	129
Conclusie	138
HOOFDSTUK 9	
Participatie in de zorgorganisatie en in het zorgbeleid	139
Participatie en machtsverhoudingen	141
Determinanten van participatie	143
Effecten van participatie in zorgorganisatie en zorgbeleid	147
Conclusie	150

HOOFDSTUK 10	
Praktijken en resultaten in Vlaanderen	153
Meedoen aan screening of niet?	155
Casus – Vroegtijdige opsporing van prostaat­kanker	155
Kiezen tussen verschillende behandelopties	171
Casus – Behandeling van gelokaliseerde prostaat­kanker	171
Beslissen bij vroegtijdige zorgplanning	178
Casus – Het gesprek met personen met dementie en familie in woonzorgcentra	178
HOOFDSTUK 11	
Kiezen in overleg in de geestelijke gezondheidszorg	185
Depressie in de huisartsenpraktijk	187
Kiezen in overleg in de eerstelijns-ggz	189
De invloed van het overleg op de behandeling die volgt	199
Conclusie	202
HOOFDSTUK 12	
Toekomstperspectieven	205
Wat houdt ons tegen om te kiezen in overleg?	206
Een betere voorbereiding van patiënten	209
Wat is nodig om kiezen in overleg mogelijk te maken?	211
Conclusie	215
Literatuur	217
Bijlagen	243

Vooraf

Door de recente evoluties in onze medische kennis is er in de gezondheidszorg vandaag een groot aanbod aan behandelingsvormen. Dat leidt vaak tot moeilijke keuzes. In tegenstelling tot wat veel mensen geloven, leidt een diagnose niet altijd in een rechte lijn naar één behandeling. Het is bovendien belangrijk dat wanneer een patiënt tussen verschillende gelijkwaardige behandelingen kan kiezen, de arts rekening houdt met de voorkeuren en de waarden van zijn patiënt. Jammer genoeg is dat zelden of nooit het geval. Nochtans is het belangrijk, wil onze gezondheidszorg bijdragen tot een optimale levenskwaliteit.

Vandaag meer dan ooit lezen we in zowel Vlaamse als internationale beleidsteksten, dat men kiest voor persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichtheid impliceert dat men *aandacht heeft voor de zieke mens als persoon, in zijn unieke context en voor de biologische, psychische, sociale en existentiële factoren in het ziekteproces. Tevens beschouwt men in deze visie de patiënt als een gelijkwaardige partner bij het nemen van beslissingen. De arts-patiëntrelatie is als werkrelatie de basis voor een goede kwaliteit van de geneeskunde en van de zorg.* Maar wat het precies inhoudt, hoe het precies vorm krijgt in de praktijk, waaraan men persoonsgerichte zorg precies kan herkennen ... daarover heeft iedere instantie zijn eigen mening. En het is nog maar de vraag of onze zorg wel zo persoonsgericht is als wordt gesteld in de beleidsteksten van overheden, zorgorganisaties en opleidingen.

In dit boek beschrijven we een houding, een manier van denken en communiceren met patiënten of personen in de zorg die een concrete invulling geeft aan persoonsgerichte zorg, een zorg die aandacht heeft voor de voorkeuren en waarden van de patiënt of burger. Kiezen in overleg is een concrete werkwijze om de sterk geprezen persoonsgerichte zorg te implementeren.

Dit boek gaat over kiezen en beslissen in de arts-patiënt- of arts-cliëntrelatie. We focussen hierbij niet op één situatie, maar op diverse types van keuzesituaties, gaande van gezondheidspromotie, vroegtijdige detectie

en behandeling tot langdurige of palliatieve zorg. We zijn van mening dat ‘kiezen in overleg’ in veel situaties mogelijk is. Om te beginnen al de keuze om een interventie, procedure of behandeling al dan niet uit te voeren. Die keuzemogelijkheid is niet alleen een meerwaarde voor de patiënt en voor de arts, maar ook voor de zorgorganisatie en voor het beleid.

Dit boek is een praktische gids voor iedereen die actief is in de gezondheidszorg en die samen met de patiënt in overleg wil gaan. ‘Kiezen in overleg’ zijn de kernwoorden. Ze zijn gebaseerd op de visie dat mensen recht hebben op goede, zo mogelijk wetenschappelijk gefundeerde informatie over hun gezondheid, zodat ze samen met hun zorgverstrekker keuzes kunnen maken die weerspiegelen wat zij belangrijk vinden.

In het eerste hoofdstuk beschrijven we hoe maatschappelijke evoluties dwingen tot nieuwe stijlen van communicatie en een persoonsgerichter aanpak in de gezondheidszorg. Vervolgens geven we een definitie van persoonsgerichte geneeskunde (hoofdstuk 2), waarna we het belang van autonomie in de zorg benadrukken (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 tonen we aan dat er verschillende soorten keuzes en beslissingen in de zorg bestaan, en dat daar ook verschillende gespreksvormen bij horen. In hoofdstuk 5 gaan we uitvoerig in op kiezen in overleg, en in hoofdstuk 6 zoomen we in op de meerwaarde en de haalbaarheid van dit nieuwe model. Hoofdstuk 7 focust op de competenties die patiënten en artsen nodig hebben om kiezen in overleg toe te passen, en biedt een overzicht van verschillende stijlen en gradaties in participatie. Om hen te ondersteunen bij de informatieoverdracht en bij het corrigeren van onjuiste veronderstellingen kunnen zorgverstrekkers zowel tijdens als voor en na de consultatie beslissingsondersteunende informatietools gebruiken. Die beslissingstools en *option grids* komen aan bod in hoofdstuk 8. De tools kunnen in belangrijke mate niet alleen de toegankelijkheid, de kwaliteit en de actualiteit vergroten van de informatie waarop de zorgverstrekker zich voor zijn beslissing baseert, maar ook de volledigheid ervan. Daarnaast ondersteunen ze de patiënt en de arts om tot een constructief en efficiënt overleg en uiteindelijk een gedragen beslissing te komen. Om het kiezen in overleg in de zorg te realiseren is het nodig dat ook op het organisatieniveau krachtige veranderingen plaatsvinden. Ook daar is patiëntenparticipatie wenselijk. Hierover gaat hoofdstuk 9. Daarna behandelen we enkele casussen (hoofdstuk 10), zoals de keuze voor prostaatkankerscreening, de keuze

tussen verschillende behandelingen bij gelokaliseerde prostaatanker, alsook kiezen in overleg bij vroegtijdige zorgplanning voor personen met dementie. Ook in de geestelijke gezondheidszorg is deze benadering beloftevol (hoofdstuk 11). In het slothoofdstuk beschrijven we een aantal perspectieven voor de praktijk, de zorgorganisatie, het beleid, het onderzoek en de opleiding van zorgverstrekkers.

Dit boek is de vrucht van jaren denk- en onderzoekswerk, getoetst aan ervaringsdeskundigheid opgedaan in talrijke trainings- en opleidingssituaties, waar we onze blik konden verbreden en verdiepen. Dank aan alle collega's en studenten die ons hebben geïnspireerd. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar de collega's met wie we intensief hebben samengewerkt. Karin Haustermans, Hendrik Van Poppel en Steven Joniau namen meer dan tien jaar geleden het initiatief om onderzoek naar deze thematiek op gang te trekken. De Vlaamse Liga Tegen Kanker en Domus Medica waren partners in het onderzoek over de PSA-screeningstool. Walter Rombouts, klinisch psycholoog aan het UZ Leuven, gaf vorm aan de opleiding over vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra.

Martin Hiele, Karin Haustermans, Kathleen Claes en Herman Nys gaven commentaar op de ontwerpteksten van dit boek, waarvoor dank. Het werk van vele collega's en medewerkers bij LUCAS droeg bij tot dit boek. Dank aan Anja Declercq, Jessie Schrijvers, Sophie Ampe, Aline Sevenants, Joke Vanderhaegen en Jeroen Knaeps en in het bijzonder aan Renilt Vranken en Annelies Engelen, die bijdroegen tot de afwerking van opeenvolgende versies van het manuscript.



THE CHINESE ZEPHYRUS



1

**Waarom kiezen in de zorg
vandaag belangrijk is**

Waarom kiezen in de zorg vandaag belangrijk is

Walter heeft enkele weken geleden de diagnose van prostaatkanker gekregen bij de uroloog. Hij is nu bij de huisarts, Dr. Peeters, omdat hij ongerust is. Hij weet nog niet welke behandeling hij zal krijgen, maar hij wil wel mee kunnen beslissen. Daarom heeft Walter al vele uren op het internet naar informatie gezocht. Hij heeft zich ondertussen een beeld gevormd over de verschillende mogelijkheden. De huisarts stelt vast dat Walters visie gebaseerd is op deels foutieve informatie. Zo gaat Walter er bijvoorbeeld van uit dat prostaatkanker altijd zeer agressief is, en dat de behandeling zijn seksueel functioneren sterk zal verstoren. Dr. Peeters wil Walter hierover informeren zodat hij op een meer genuanceerde en wetenschappelijk verantwoorde basis kan meedenken en -beslissen over de behandelopties die in zijn geval geschikt zijn. De bedoeling van deze consultatie is dat Walter de foutieve ideeën herziet en tegelijk ook gaat beseffen dat een aantal onzekerheden over zijn ziekteverloop en de neveneffecten van de behandeling zullen blijven bestaan. Dit kost dr. Peeters meer tijd dan een gewone consultatie. Het komt hem niet goed uit, want er is een griep epidemie, en hij wordt op het moment van de consultatie ook dringend aan huis verwacht bij een patiënt die stervende is.

Demografische en socioculturele veranderingen, maar ook veranderingen in het zorgaanbod hebben als gevolg dat de rol van de arts en de arts-patiëntrelatie evolueren. Die veranderingen beïnvloeden niet alleen hoe zorggebruikers en zorgverleners in de wereld staan, maar ook hoe die wereld eruit ziet op het vlak van keuzes in de gezondheidszorg. Het eerste hoofdstuk van dit boek beschrijft een aantal trends die ervoor zorgen dat we vandaag meer dan vroeger aandacht moeten hebben voor belangrijke keuzes in de zorg: keuzes die een impact hebben op de levenskwaliteit van de zorggebruiker en zijn omgeving. De casus van Walter illustreert

dat mensen vandaag niet passief wachten op het advies van de arts, maar dat ze proactief zijn en geïnformeerd willen participeren aan keuzes. Die aanpak kan niet alleen aanleiding geven tot foutieve keuzes, ze leidt ook tot een ander soort arts-patiëntrelatie: een relatie waarin zorgverstrekker en zorggebruiker onzekerheid accepteren en kiezen in overleg.

Demografische en medisch-wetenschappelijke evoluties

Ruwweg gesteld zijn er twee trends die van belang zijn geweest voor de manier waarop zorggebruikers vandaag inspraak hebben in medische beslissingen. Veranderingen in onze manier van communiceren hebben ervoor gezorgd dat zorggebruikers vandaag beter geïnformeerd en voorbereid zijn dan enkele decennia geleden. Denken we maar aan de opkomst van het internet, de hogere opleidingsgraad en de opener arts-patiëntrelatie. Medische evoluties hebben dan weer tot meer keuzemogelijkheden geleid op het vlak van behandeling, zorg en preventie (vergrijzing, medische vooruitgang). Kortom: de huidige zorggebruiker verschilt sterk van die van enkele decennia geleden, en wil betrokken worden wanneer medische keuzes – keuzes die er vroeger niet altijd waren – gemaakt moeten worden. Bij veel van die keuzes is niet-kiezen zelfs ook een optie!

Opleidingsgraad en toegankelijkheid van de informatie

Walter zijn vader, die inmiddels is overleden, heeft ook prostaatkanker gehad, maar Walter weet eigenlijk niet goed welke behandeling zijn vader heeft gekregen. Hij betwijfelt of zijn vader dat zelf wel wist. Het was immers voor de tijd van het internet, en zijn vader was ook niet echt een lezer. Walter wil niet in een gelijkaardige situatie terechtkomen en vindt het daarom belangrijk om goedgeïnformeerd op consultatie te gaan.

Opleidingsgraad

De scholingsgraad van de Belgische bevolking is de voorbije decennia gestegen. Dat betekent niet alleen dat er nu meer jonge mensen hoger opgeleid zijn, maar ook dat de huidige zestigplusser langer naar school is gegaan en vaker in het bezit is van een diploma hoger onderwijs dan de zestigplusser van tien jaar geleden. Die bedenking is zeer relevant, aangezien het vooral deze oudere bevolkingsgroep is die met gezondheids-

problemen kampt en bijgevolg medische keuzes moet maken. De hogere scholingsgraad vertaalt zich in een hogere medisch-wetenschappelijke geletterdheid van zorggebruikers. Ze zijn niet alleen beter geïnformeerd over ziekten en de ontstaansmechanismen ervan, ze zijn ook beter in staat om medische informatie op te zoeken en te verwerken, en zijn bijgevolg beter voorbereid tijdens een consultatie bij hun zorgverstrekker.

In 1978 behaalde 12,1 % van de Belgische bevolking een diploma universitair of niet-universitair hoger onderwijs, in 2000 was dat al 20,6 % en in 2013 28,1 %. In 1987 had 38,9 % van de Belgen geen diploma secundair onderwijs, in 2013 was dat nog maar 17,5 %.

statbel.fgov.be

Internet

Een ander frappant gegeven dat nauw verband houdt met de capaciteit om informatie te verwerken, betreft de toegankelijkheid van de informatie. Vandaag is een enorme hoeveelheid medische kennis voor de meesten van ons op slechts één vingerklik van ons verwijderd. Het internet is een min of meer eindeloze bron van informatie. Ook hier zien we een belangrijke evolutie: waar een decennium geleden de computer nog een extraatje was dat niet voor iedereen was weggelegd, is het internet vandaag alomtegenwoordig en op tal van manieren voor een groot deel van de bevolking op een zeer eenvoudige manier toegankelijk.

In 2006 gebruikte 69 % van de vrouwen en 74 % van de mannen dagelijks het internet, in 2013 was dat het geval voor 80 % van de vrouwen en 86 % van de mannen. Personen die het internet niet dagelijks gebruikten, gingen veelal op regelmatige basis toch online. Zo gebruikte in 2006 7 % van de mannen en 6 % van de vrouwen het internet minder dan één keer per week. In 2013 ging slechts 3 % van de Belgische bevolking minder dan eenmaal per week online. In 2002 gingen er al 73 miljoen Amerikaanse patiënten op zoek naar medische informatie op het internet. Uit onderzoek in 2013 bleek dat ongeveer de helft van de borstkankerpatiënten het internet gebruikte om informatie over hun ziekte op te zoeken. Hogeropgeleide patiënten maken vaker van het internet gebruik

om gezondheidsinformatie op te zoeken dan lagergeschoolden. In 2003 was reeds 41,5% van de inwoners van de EU ervan overtuigd dat het internet een goede manier was om gezondheidsinformatie te bekomen.

Broom 2005, Littlechild 2013, McMullan 2006

Veel mensen gaan voor medische informatie of voor het nemen van een medische beslissing automatisch het internet raadplegen. Waar een zorggebruiker nu vanuit zijn zetel toegang heeft tot enorme hoeveelheden medische informatie, was hij vroeger volledig afhankelijk van zijn arts. Er staat zoveel informatie op het internet dat de patiënt er niet alleen informatie kan vinden die ook via andere bronnen, zoals televisie of magazines, beschikbaar is, maar ook informatie die vroeger louter tot het domein van de expert, de zorgverlener, behoorde. Artsen zijn niet altijd op de hoogte van de onlinezoektocht van hun patiënten omdat de meeste patiënten het daar niet met hun arts over hebben. Mogelijk omdat ze de arts niet het gevoel willen geven hem/haar te overtreffen en uit vrees voor een negatieve reactie van de arts, of omdat ze graag eerst horen of de arts zal bevestigen wat ze op het internet hebben gevonden, als een soort *second opinion*.

When they [the patients] or a loved one become ill, they turn into e-patients – citizens who use the Internet as a health resource, studying up on their own diseases (and those of friends and family members), finding better treatment centers, insisting on better care, providing others with medical assistance and collaborating with their clinicians. In doing so, they are creating communities of care through online support groups and friendship networks; they are pooling their knowledge and sharing it with each other and with their providers in easy-to-grasp language and a supportive milieu.

Ferguson 2007, p.96

We kunnen niet verwachten dat we vandaag, in 2020 of in 2060, hetzelfde medische model blijven hanteren van in het midden van de vorige eeuw. We moeten niet zomaar een beetje herstructureren of automatiseren. De manier waarop we zorg verlenen zal wellicht helemaal veranderen. De idee van sommige professionals dat patiënten onwetend moeten blij-

ven omdat ze niet kunnen omgaan met gezondheidsinformatie gaat niet langer op. Het internet komt tegemoet aan de informatienood die veel patiënten ervaren, en slaat als informatiebron een brug tussen arts en patiënt. Zorggebruikers zijn beter geïnformeerd en daardoor ook beter voorbereid op participatie bij het maken van medische keuzes. Zo blijkt uit onderzoek dat de informatie die mannen met prostaatkanker terugvinden op het internet hun helpt om met de onzekerheden die eigen zijn aan de behandelingskeuze om te gaan (Broom 2005). De opkomst van het internet heeft de patiënt in die mate veranderd dat ook de communicatie en de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener hier niet ongevoelig voor kunnen blijven.

Heel wat mensen zijn tegenwoordig een stuk mondiger en beter geïnformeerd dan pakweg tien jaar geleden. Ze kunnen vaak zeer goed bepalen en uitdrukken wat ze precies willen en wat niet, en ze zorgen dat er rekening wordt gehouden met hun mening en verwachtingen. Voor andere groepen gaat dit minder op. De kans is zelfs reëel dat de kwetsbaarheid van lageropgeleide en minder mondige burgers in de huidige maatschappelijke context hoger is dan tien jaar geleden.

De relatie tussen arts en patiënt: informatieoverdracht

Walter spendeert de laatste weken veel tijd op het internet. Hij is op een paar fora met patiëntenverhalen gestoten en vindt wat hij daar leest uiterst interessant. Hij weet nu dat hij behandeld kan worden met een operatie of met bestraling, maar heeft nog nooit van zorgvuldig opvolgen gehoord. Hij is nu zeker dat hij de zwaarste behandeling wil omdat hij de horrorverhalen van mannen die hun prostaatkanker pas laat ontdekten zeker niet zelf wil meemaken. De neveneffecten van de behandeling vallen wel mee, heeft hij gelezen. Waarom dan niet gaan voor de meest agressieve behandeling – een prostatectomie, of de hele prostaat wegnemen?

Peter heeft een internetforum ontdekt waar hij met lotgenoten kan praten. Het doet hem deugd om zijn twijfels te kunnen ventileren en om vragen te stellen aan mannen die (in zijn ogen) hetzelfde meemaken. Met Roger heeft hij al goede gesprekken gehad. Die raadt Peter af om voor een radicale ingreep te gaan omdat hij hier zelf onaangename ervaringen mee heeft gehad. Peter hecht veel belang aan de steun en goede raad van Roger en wil dan ook in geen geval een prostatectomie ondergaan.

Het internet bevat een schat aan informatie, maar maakt geen keuzes voor een individueel geval. Een man die op het internet surft, kan in het beste geval correcte en op wetenschappelijke kennis gebaseerde informatie vinden over alle mogelijke behandelingen voor prostaatkanker. Die informatie kan hem voorbereiden op het gesprek met de arts waarin de finale beslissing genomen zal worden. De informatieweelde op het internet is dus een rijkdom. Maar in die overvloed aan informatie is er ook veel minder betrouwbare informatie aanwezig die een leek zeer moeilijk kan onderscheiden van de correcte informatie. Patiënten zijn dan wel vaak beter voorbereid op overleg, soms komen ze ook met foutieve of onvolledige informatie naar de consultatie. Daarnaast is de informatie die patiënten op het internet vinden niet altijd gericht op het maken van keuzes. Bovendien is iedere patiënt uniek. Als patiënt, maar ook als persoon. De keuze die een patiënt maakt, zal dus moeten aansluiten bij zijn eigen, unieke situatie. En daarbij is de meeste gegoogelde informatie geen hulp, integendeel soms. De patiënt is wel vaker op het verkeerde been gezet!

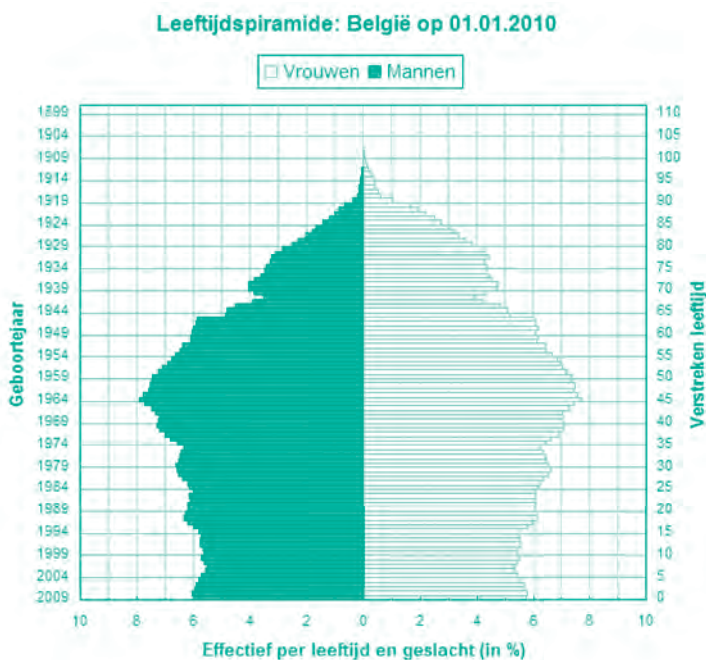
The doctor-patient relationship is a vitally important facet of medical care, as, in the large part, it determines the quality of care a patient receives within the medical system.

Broom 2005, p. 328

Een belangrijke rol van de arts bestaat er ook vandaag in informatie over te brengen. Dat patiënten veel informatie op het internet vinden, heeft als voordeel dat een zorgverlener tijdens een consultatie zijn uitleg vaak niet langer van nul moet beginnen. Toch hechten de meeste patiënten nog belang aan de deskundige uitleg van hun arts. Het internet maakt artsen voor patiënten niet overbodig. Zorgverleners worden vertrouwenspersonen die hun patiënten helpen om de informatie die ze op het internet vinden te plaatsen en te verwerken. Uit onderzoek blijkt dat één op drie patiënten moeilijkheden ervaart bij het zoeken naar gezondheidsinformatie op het internet (Littlechild 2013). Zorgverleners kunnen een belangrijke rol spelen bij het vereenvoudigen van die zoektocht en kunnen hun patiënten de weg wijzen naar relevante, wetenschappelijk

gefundeerde informatie die online beschikbaar is. Bovendien is er nu ook een belangrijke rol voor de arts weggelegd bij het corrigeren van foutieve informatie of het aanvullen van onvolledige kennis, en dat kan dan weer meer tijd vergen. We moeten patiënten zien als zorggebruikers, die indien ze dat wensen samen met hun arts aan hun gezondheid kunnen werken op een intuïtieve en natuurlijke manier. Patiënten worden e-patiënten en veranderen daardoor de manier waarop zorgverstrekkers zorg verlenen. Die evolutie vormt een belangrijke uitdaging. Ze opent bovendien nieuwe mogelijkheden op het vlak van de zorg- en levenskwaliteit van patiënten. Maar niet alleen de evolutie op het vlak van informatie-overdracht heeft gevolgen voor het maken van keuzes, ook de vergrijzing en de wetenschappelijke vooruitgang vergroten de keuzemogelijkheden.

De vergrijzing en de wetenschappelijke evoluties in de geneeskunde



Figuur 1: Leeftijdspiramide voor België, overgenomen van statbel.fgov.be

Van 1997 tot 2010 nam de gemiddelde levensverwachting in Vlaanderen toe met ongeveer drie jaar – van 77, 41 jaar tot 80,05 jaar. Tijdens die periode werden ook de babyboomers een dagje ouder en dit vertaalt zich in vergrijzing. Zoals te zien is op de leeftijds piramide, bestaat een groot en steeds groeiend deel van de huidige bevolking uit mensen ouder dan 65. Uit berekeningen van het Federaal Planbureau en op basis van de cijfers van het Belgisch bureau voor statistiek blijkt dat er sprake is van een vergrijzingstrend: Waar in 2013 nog 1.959.125 Belgen ouder waren dan 65 jaar, kunnen we verwachten dat dit aantal in 2023 gestegen zal zijn tot 2.334.158 en in 2053 tot 3.155.172.

statbel.fgov.be, www.vlaanderen.be

Een belangrijke maatschappelijke evolutie, naast de eerder besproken veranderingen op het vlak van opleidingsgraad en de toegankelijkheid van de informatie, is de vergrijzing van de bevolking. Op termijn zal dat als gevolg hebben dat er meer zorgbehoevende ouderen zijn voor een kleiner aandeel zorgverlenende vijftigers. Die demografische evolutie vertaalt zich ook in veranderingen in de medische praktijk. Artsen komen vaker dan vroeger in contact met chronische aandoeningen waarbij volledige genezing niet meer mogelijk is. De waarden en opvattingen van de patiënt zijn in dit soort van situaties belangrijk voor de therapiekeuze. Immers, wanneer genezen niet meer tot de mogelijkheden behoort, komt de levenskwaliteit als doelstelling van de behandeling meer centraal te staan. En wat levenskwaliteit betekent, daarover heeft de patiënt niet alleen een eigen stem, maar ook het laatste woord.

Walter is op consultatie geweest bij de huisarts. Die heeft hem uitgelegd dat er voor prostaatkanker verschillende gelijkwaardige behandelingsmethoden bestaan – wat hij al wist door zijn zoektocht op het internet. De arts en uroloog hebben in gezamenlijk overleg beslist dat actief opvolgen voor Walter een goede optie is. Ze hebben hem verteld dat agressieve behandeling niet de enige optie is, maar dat er ook zoiets als uitgestelde behandeling bestaat. De huisarts heeft Walter een link gegeven naar een wetenschappelijk onderbouwde website met meer informatie over actieve en uitgestelde behandeling.

Maar niet alleen bij chronische ziekten is de manier waarop iemand in het leven staat mee bepalend voor de medische keuzes die die persoon maakt. Dat is bijvoorbeeld ook zo bij patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker of wanneer iemand moet beslissen of hij deze aandoening al dan niet vroegtijdig wil opsporen.

Prostaatkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen. Elk jaar wordt deze aandoening in België bij ongeveer 9000 mannen vastgesteld en ongeveer 15 % van hen zal eraan sterven. Ondanks de hoge incidentie is het uitvoeren van tests voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker omstrepen. De kans op een succesvolle behandeling is weliswaar groter indien een agressieve vorm van prostaatkanker in een vroeg stadium kan vastgesteld worden, maar de tests voor opsporing van prostaatkanker en de behandeling ervan kunnen neveneffecten veroorzaken die – afhankelijk van het waardeprofiel van de man in kwestie – een belangrijke impact hebben op levenskwaliteit. Het gaat dan voornamelijk over erectieproblemen en incontinentie. Bij de keuze over al dan niet vroegtijdige opsporing van prostaatkanker hangt de beste keuze voor een man af van wat hij belangrijk vindt.

www.kankerregister.org

Bij sommige beslissingen zijn de voor- of nadelen van de mogelijke opties onduidelijk, en hangt de beste keuze grotendeels af van de persoonlijke waarden van de patiënt. Dat soort beslissingen duidt men aan met de term ‘voorkeursgevoelige beslissingen’. Omdat het in zulke gevallen voor een arts moeilijk is om in te schatten welke optie het best bij een patiënt past, is het belangrijk dat zorggebruikers over voldoende informatie beschikken en de juiste competenties hebben om inspraak te hebben in die beslissingen.

Socioculturele veranderingen

Naast de demografische en medische evoluties zijn er ook talloze socioculturele veranderingen die ertoe bijdragen dat de rol van de arts verandert. Vandaag genieten artsen niet langer dezelfde hoge status als vroeger. Patiënten zijn sceptischer geworden ten aanzien van artsen en andere