Plaats en beleving van ?shared decision making? door alle betrokken bij een acute zorgtransitie: een kwalitatieve analyse

Haio: VINCKE Stephanie , U.G.
Promotor: DEVEUGELE Myriam
Praktijkopleider: DE BRUYCKER Arne , DEPREZ Joost , HARDY Bjorn , VAN HAECKE Peter

Context: Er is redelijk wat literatuur terug te vinden over de communicatie tussen huisartsen, patiënten en specialisten bij het doorverwijzen. Hier wordt ?shared decision making? echter niet bij besproken. Een zorgtransitie, acuut of chronisch, is nochtans een belangrijk event in het leven van een patiënt waarbij men toch op zijn minst een overlegmoment zou verwachten.

Onderzoeksvraag: In welke mate wordt ?shared decision making? toegepast door de huisarts en de spoedarts tijdens een acute doorverwijzing? En hoe wordt dit ervaren door de artsen en de patiënt? Deze masterproef maakt deel uit van een tweeledige kwalitatieve analyse. Het andere deel betreft de ?shared decision making? bij chronische zorgtransities en wordt door collega-HAIO Charlotte Puystjens behandeld.

Methode: Op geleide van de twaalf OPTION-items opgemaakt door Elwyn G et al om de mate van ?shared decision making? te evalueren, worden zeven topics geformuleerd: gezamenlijke beslissing, verschillende opties, geen actie ondernemen, informeren, verwachtingen patiënt, bezorgdheden patiënt en duidelijkheid. Op basis hiervan worden vijf patiënten, vijf huisartsen en vijf spoedartsen ge?nterviewd betreffende acute zorgtransities. In de kwalitatieve analyse worden terugkomende thema?s ge?dentificeerd, nadien volgt een vergelijking met het artikel van Elwyn G et al en de analyse van de chronische zorgtransities.

Resultaten: De artsen worden zowel door zichzelf als door de patiënten aanzien als leveranciers van correcte en objectieve informatie. Huisartsen proberen de patiënt hiermee te overtuigen van de noodzaak tot een acute zorgtransitie. Andere opties worden doorgaans niet gegeven. Het bevragen van verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt omtrent de verwijzing kan als extra aangrijpingspunt tot motivatie dienen, doch deze worden niet vaak bevraagd in acute setting omwille van tijdsgebrek. Patiënten verwachten geen ?shared decision making? bij een acute doorverwijzing; ze gaan akkoord met de beslissing van hun vertrouwde huisarts na ge?nformeerd te zijn. Spoedartsen informeren de patiënten om de samenwerking te bevorderen en de tevredenheid te verhogen. Gelijkwaardige beleidsopties worden besproken indien deze bestaan, in andere gevallen beslissen spoedartsen in het belang van de patiënt. De thema?s in de analyse van chronische zorgtransitie zijn gelijklopend, ware het niet dat ?shared decision making? in deze setting beter toegepast wordt dan in acute setting.

Conclusie: Er overheerst een paternalistische aanpak van zowel de huisarts als de spoedarts tijdens acute zorgtransities. ?Shared decision making? wordt hierbij niet als zodanig toegepast. Verder kwantitatief onderzoek kan nuttig zijn om deze subjectieve bevindingen verder te objectiveren.