

## GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING IS EEN OVERGEWAARDEERD UITGANGSPUNT

# Maak van persoonsgerichte zorg geen ideologie

Eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt en gedeelde besluitvorming: het klinkt mooi, maar gaat in veel opzichten voorbij aan de complexiteit van de zorg. Echte persoonsgerichte zorg ontstaat pas als de arts oog heeft voor de wensen en mogelijkheden van zijn patiënten.

**P**ersoonsgerichte zorg staat volop in de belangstelling. Zorgverleners, VWS en zorgverzekeraars onderstrepen het belang ervan.<sup>1-3</sup> Er wordt veel verwacht van de zorgverlener, maar ook van de patiënt: toenemende mondigheid, eigen regie en verantwoordelijkheid. Maar het ideaalbeeld van patiëntparticipatie, meer eigen regie, zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming is in de praktijk weerbarstig. Niet iedereen is in staat zelf de regie te voeren. De zwakkeren in de samenleving delven het onderspit. Het vermogen tot zelfmanagement hangt sterk af van iemands situatie en achtergrond en van zijn of haar gezondheidsvaardigheden. Laaggeletterden, kinderen en (oudere) patiënten met multiproblematiek en een afnemende gezondheid zijn kwetsbare groepen. En juist die groepen hebben doorgaans meer gezondheidsproblemen en dus vaker zorg nodig. Daarnaast blijkt dat zelfmanagement lang niet altijd leidt tot minder zorggebruik, meer kwaliteit van leven of betere gezondheidsuitkomsten.<sup>4</sup> De betekenis van het begrip zelfmanagement is bovendien niet eenduidig.

Bij ouderen met kanker wekt de term de suggestie dat ze iets niet goed doen of meer zouden moeten doen. Het leidt daardoor onbedoeld tot gevoelens van minderwaardigheid en machteloosheid.<sup>5</sup> Ook zijn veel zelfmanagementtools patiëntgericht en niet mensgericht. Mensen zijn meer dan hun ziekte en zo willen ze ook benaderd worden. Bovendien richten artsen zich vaak op ondersteuning op het gebied van medische aspecten of leefstijl, terwijl er veel behoefte is aan ondersteuning op sociaal, emotioneel en maatschappelijk vlak.<sup>6,7</sup> Ten slotte bestaat door de focus op gezondheid en eigen verantwoordelijkheid het gevaar dat de zieke met zijn ziekte steeds meer wordt gemarginaliseerd. Is er in onze samenleving nog wel ruimte voor zieke mensen? Het risico bestaat dat de patiënt zichzelf de schuld geeft van zijn ziekte; had hij maar beter

aan preventie moeten doen en de regie over zijn gezondheid moeten nemen, aldus huisarts Pieter Barnhoorn in de Volkskrant.<sup>8</sup> De combinatie van nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid (zelfmanagement) en de maakbaarheidsgedachte heeft tot gevolg dat mensen zich niet alleen verantwoordelijk voelen voor hun eigen gezondheid, maar ook voor hun biologische lot. Mensen met gezondheidsklachten en daardoor problemen met hun functioneren hebben sterker dan ooit behoefte aan een uitweg voor het behoud van enig zelfrespect. Dit leidt onherroepelijk tot een toenemende zorgvraag. Dit is wat Trudy Dehue de 'paradox van de leefstijlpolitiek' noemt.<sup>9</sup>

## Feiten en waarden

Als eigen regie en zelfmanagement niet goed mogelijk is, lijkt het voor de hand te liggen om dan op zijn minst naar gedeelde besluitvorming te streven. Maar ook dat blijkt in de praktijk weerbarstiger dan in de theorie. 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

Mensen verliezen bij ernstige ziekte de assertiviteit die ze normaal wél hebben

besluitvorming. Uit onderzoek blijkt bovendien dat de arts in de presentatie van 'feiten' zijn of haar eigen voorkeur impliciet meeneemt.<sup>10</sup> Er wordt te gemakkelijk uitgegaan van patiënten die stevig de regie hebben en keuzes maken door het tegen elkaar afwegen van neutrale feiten, argumenten en persoonlijke voorkeuren. Maar feiten en waarden zijn in de spreekkamer helemaal niet zo makkelijk uit elkaar te halen.<sup>11</sup> Politici en artsen realiseren zich onvoldoende dat gezamenlijke besluitvorming een uiterst complex fenomeen is. Door de nadruk die wordt gelegd op het respecteren van de voorkeuren van de patiënt, gaat men soms te gemakkelijk voorbij aan de complexiteit van medische besluitvorming, de leidende rol van angst bij patiënten,

## Dokters moeten ook dokters blijven

en de belasting van keuzestress bij patiënten.<sup>12</sup> Mensen kampen met angst, onzekerheid en verlies van controle en verliezen, zeker bij acute en bedreigende ziekten, de mondigheid en assertiviteit die ze in het dagelijkse leven soms wel hebben.<sup>13,14</sup> Artsen lopen het risico juist de patiënt uit het oog te verliezen. Ze zijn te druk met het toepassen van de nieuwe moraal (samen beslissen) in plaats van afgestemd op de patiënt juist als dokter te beslissen (*the paternalism preference*).<sup>15,16</sup> Ten slotte is de openheid en het overleg waarmee gezamenlijke besluitvorming

gepaard gaat niet voor iedereen vanzelfsprekend; sommige migranten en ouderen kunnen er niet goed mee uit de voeten.<sup>17</sup>

### Verantwoordingscultuur

Persoonsgerichte zorg staat ook op gespannen voet met de verantwoordingscultuur, de transparantie en de suprematie van protocollen. Het vele papierwerk voor zorgverzekeraars, accreditering of inspectie gaat ten koste van het persoonlijk contact met de patiënt.<sup>18</sup> De nadruk op evidencebased werken en werken op

Wat we nodig hebben zijn betrokken, empathische artsen die voldoende aandacht én spreektijd hebben voor de patiënt.



# PRAKTIJKPERIKEL

## PUNTEN

Voor mijn herregistratie tot specialist ouderengeneeskunde dien ik punten te vergaren over alle domeinen die mijn functioneren bepalen. Daar valt ook 'organisatie' onder, een domein waar ik nog akelig weinig punten voor heb behaald. Er is ook niet zo veel nascholing over de organisatie van specialisten ouderengeneeskunde te vinden en regelmatig wordt deze door mijzelf gegeven. Zo heb ik ook voor een onlinenascholingsprogramma recentelijk de cursus 'de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn' geschreven. Een hele klus, die mij wel wat avonden en weekenden heeft gekost. Gelukkig heb ik niet alles hoeven uit te schrijven en zijn er diverse filmpjes opgenomen waarop ik voor de camera een en ander toelicht. Ik heb nog niet durven kijken.

Omdat ik ervan uitging dat ik voor het schrijven van deze cursus wel wat extra punten zou kunnen vergaren, diende ik deze opgewekt in bij GAIA. Het antwoord was even droog als teleurstellend, namelijk dat voor een dergelijke klus geen extra punten verstrekt konden worden. Voor het behalen van mijn eigen cursus dan wellicht? Het antwoord hierop luidde: 'U kunt de cursus volgen en CME-Online zorgt ervoor dat de punten in uw dossier worden ingevoerd.' De filmpjes moet ik hélemaal afkijken om naar de volgende pagina te kunnen klikken. Dat gaat vast heel zinvol en boeiend onderwijs zijn!

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

basis van richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden, is lastig te combineren met persoonsgerichte zorg. Het lijkt erop dat de wetenschappelijke 'evidence' de bovenaan voert, terwijl het professionele oordeel en de wensen en voorkeuren van de individuele patiënt onderbelicht blijven.<sup>19</sup> De toename in het aanbieden van evidencebased zorg op basis van richtlijnen heeft invloed op de communicatie tussen arts en patiënt in de spreekkamer. In een consult geven artsen vooral informatie en advies aan patiënten. Voor een echte persoonsgerichte benadering zijn echter ook uitingen van empathie nodig: luisteren, emotionele ondersteuning en uitingen van respect.<sup>20</sup>

### Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg lijkt haast een pleonasme: wat kan en moet zorg anders zijn dan persoonsgericht? Toch moeten we niet doorslaan in de persoonsgerichte benadering en in het benadrukken van eigen regie en zelfmanagement. We pleiten voor een nuchtere kijk op persoonsgerichte zorg. Een jubelstemming over gezamenlijke besluitvorming, zelfmanagement en eigen regie verhult de complexiteit van dergelijke processen. Goede zorg is meer dan gefundeerd kiezen en het nemen van gezamenlijke besluiten. Bij goede zorg draait het om het voort-durend zoeken naar mogelijkheden in een complexe en onvoorspelbare context, het draait om 'dokteren' zoals Annemarie Mol zo mooi heeft geformuleerd.<sup>21,22</sup> Bovendien moeten we paternalisme niet zien als antagonist van persoonsgericht werken. Goede (persoonsgerichte) zorg kan ook betekenen dat je – afgestemd op de patiënt – op sommige momenten als dokter moet beslissen. Daarnaast is medische kennis, kennis over ziekte en ziekteprocessen onmisbaar, dokters moeten ook dokters blijven. Door alle focus op persoonsgerichte zorg en aandacht voor de communicatieve aspecten van artsen lijkt dit aspect soms naar de achtergrond te verdwijnen. Het is fijn als de arts ook een coach is, maar een arts is veel meer dan dat.<sup>23</sup> Een arts moet vooral ook goede medische zorg leveren,

goed klinisch kunnen redeneren en in staat zijn ziekten en afwijkingen te diagnosticeren.<sup>24</sup>

Wat we wel nodig hebben voor goede persoonsgerichte zorg zijn betrokken, empathische artsen die voldoende aandacht én spreektijd hebben voor de patiënt. Het is belangrijk om de organisatie van zorg hierop in te richten. Zorgen voor voldoende spreektijd, het faciliteren van samenwerking tussen verschillende zorgverleners (huisartsen, specialisten, psychologen, verpleegkundigen etc.), een evenwichtige verantwoordingscultuur en een niet-eenzijdige reductionistische toepassing van richtlijnen en protocollen. Vertrouwen op de klinische ervaring en expertise van de artsen die in hun toepassing van de richtlijnen ook de wensen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt een rol laten spelen. Persoonsgerichtheid zou een kernwaarde

van alle vormen van zorg moeten zijn, of het nu huisartsenzorg is, specialistische zorg of palliatieve zorg. Het hoort in het DNA van elke zorgprofessional. Ten slotte is het van groot belang de kwetsbaren niet uit het oog te verliezen. Echte persoonsgerichte zorg houdt niet alleen rekening met iemands wensen en mogelijkheden, maar ook met iemands onvermogen om eigen regie te voeren. ■

### contact

Inge.mutsaers@gmail.com  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

### web

De referenties en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).