

Plicht om te wijzen op leefstijlverandering

INLEIDING

In de dagelijkse praktijk krijgen huisartsen geregeld te maken met juridische problemen. Ze moeten vragen beantwoorden als: mag een dochter het obductieverslag van haar overleden vader inzien? Hoe zit het met het recht van een gescheiden vader om het dossier van zijn kinderen in te zien? Wanneer is er bij lijkvinding sprake van een onnatuurlijke dood? Huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van de juridische regels en de daarop betrekking hebbende KNMG-richtlijnen. In de serie 'Huisarts & recht' bespreekt een gezondheidsjurist een aantal veel voorkomende juridische problemen waarmee huisartsen te maken krijgen.

VRAAG

Aandacht voor de relatie tussen leefstijl (voeding, roken, alcoholgebruik, bewegen, enzovoort) en gezondheid wordt steeds belangrijker in de huisartsenpraktijk. Waar huisartsen voorheen pas over leefstijladviezen begonnen te spreken als een patiënt met leefstijlgerelateerde klachten op het spreekuur kwam, moeten ze zich nu steeds meer proactief opstellen. Maar wat betekent dat in de praktijk? Als iemand overgewicht heeft, moeten huisartsen dat dan actief benoemen? Blijven ze in gebreke als ze dat niet doen? Of is het de verantwoordelijkheid van de patiënt om over de leefstijl te beginnen?

De casus van mevrouw Arends beschrijft de complexiteit van leefstijladvisering in de praktijk. Om de verantwoordelijkheid van de huisarts hierbij te ontrafelen, volgt hieronder een analyse van deze verantwoordelijkheid op basis van vijf bronnen: de *artseneed* en *CanMeds* (de algemene normen voor de praktijk), *wetgeving* (de juridische codificatie van normen), *richtlijnen* (het

Casus

Mevrouw Arends is 54 jaar en heeft ernstig overgewicht. Sinds twaalf jaar heeft ze diabetes type 2. Ze wordt begeleid door de praktijkondersteuner, maar de laatste jaren neemt haar gewicht alleen maar toe. Haar HbA1c stijgt en de praktijkondersteuner is in overleg met de huisarts met insuline gestart. Mevrouw gebruikt nu tweemaal daags mixinsuline, naast de maximale dosering orale antidiabetica. Desondanks blijft de HbA1c te hoog. De praktijkondersteuner heeft al vaak over het belang van afvallen gesproken. Ook heeft mevrouw Arends een diëtiste bezocht. De laatste twee keer is het gesprek met de praktijkondersteuner onprettig verlopen omdat mevrouw Arends het vervelend vond dat de praktijkondersteuner steeds over haar gewicht begon. Hierna is zij niet meer op de vervolgspraak verschenen. De praktijkondersteuner vertelt de huisarts dat ze zich zorgen maakt over mevrouw Arends en haar niet goed ingestelde diabetes. Ze vraagt of de huisarts contact opneemt met mevrouw om het belang van glucosemonitoring en afvallen te bespreken.

uitgangspunt voor medisch handelen) en de *rechtspraak* (richtinggevend voor de interpretatie van wet- en regelgeving in de praktijk).

DE ARTSENEED

Elke arts heeft een belofte afgelegd of een eed gezworen over toewijding, gedrag en ethische opvattingen. De eed heeft weliswaar juridisch geen rechtskracht, maar is wel bepalend voor beslissingen en voor het vertrouwen van patiënten in artsen.¹ In de Nederlandse eed is vastgelegd dat de arts de gezondheid van patiënten zal bevorderen en dat hij of zij de opvattingen van de patiënt zal eerbiedigen. Bovendien verklaart de arts dat hij of zij zal luisteren naar de patiënt en deze goed zal inlichten. In de gedragsregels voor artsen is dit nader uitgewerkt: de arts laat zich bij zijn of haar beroepsuitoefening leiden door de bevordering van de gezondheid en het welzijn van de mens, de kwaliteit van zorg en respect voor zelfbeschikking van de patiënt.²

De artseneed en de gedragsregels vormen het fundament van het handelen van de arts. Het huidige preventiebeleid van de KNMG geeft een verdere invulling hieraan door artsen te stimuleren om actief met tabaksontmoediging, verantwoord alcoholgebruik, gezond gewicht en voorkoming van diabetes

Samenvatting

Drewes YM. Plicht om te wijzen op leefstijlverandering. *Huisarts Wet* 2017;60(4):172-5.

Voor huisartsen wordt het steeds belangrijker om te focussen op de relatie tussen leefstijl (voeding, roken, alcohol, lichaamsbeweging, enzovoort) en gezondheid. Waar huisartsen voorheen alleen adviseerden over leefstijl wanneer de klacht van de patiënt daartoe aanleiding gaf, moeten ze zich tegenwoordig proactief opstellen. Wat betekent dat in de praktijk? Moeten huisartsen, als iemand met overgewicht komt, actief de leefstijl bespreekbaar maken? Schieten ze misschien zelfs tekort als ze dat niet doen? Deze nascholing beschrijft op basis van de wetgeving, richtlijnen en een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk wat er van huisartsen wordt verwacht.

De kern

- Van de huisarts wordt een stimulerende rol verwacht bij patiënten met leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's, zeker bij kinderen.
- De huisarts moet een evenwicht zoeken tussen het nastreven van leefstijlverbetering en de wensen van de patiënt.
- Bij een volgende revisie van de NHG-Standaard Obesitas moet men overwegen of de beschreven reactieve houding van de huisarts aan herziening toe is.



De huisarts moet bij een proactieve, motiverende aanpak van leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen een evenwicht vinden tussen het nastreven van leefstijlverbetering en de wensen van de patiënt.

mellitus type 2 aan de slag te gaan.³ De KNMG wil het bewustzijn onder artsen met betrekking tot het belang van een gezonde leefstijl bevorderen, waarbij ook de rol van de arts wordt meegenomen.

CANMEDS

In de opleiding neemt de nadruk op gezondheidsbevordering toe. Sinds 2015 moet in Nederland elke aios aantoonbaar in de CanMeds competenties worden opgeleid.^{4,5} In de CanMeds is aandacht voor preventie en leefstijl onderdeel van een aantal competenties: bij de competentie maatschappelijk handelen wordt van de arts verwacht dat hij of zij de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel bevordert. In de beschrijving van de competentie medische handelen staat dat de arts het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toepast. Tot slot wordt in het kader van de competentie communicatie van de arts verwacht dat hij of zij medische informatie goed met patiënten en familie bespreekt. Hierbij gaat het onder meer om gedragsbeïnvloeding, motivatie en empowerment van patiënten.

WETGEVING

De Nederlandse wetgeving geeft een aantal open normen voor het handelen van de arts. De Wet op de geneeskundige behan-

delingsovereenkomst bepaalt dat de arts de patiënt op duidelijke wijze informeert over diens gezondheidstoestand en de behandelmogelijkheden. Het gaat hierbij om informatie die de patiënt nodig heeft voor het nemen van beslissingen over de behandeling. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg voegt daar aan toe dat de patiënt ook recht heeft op informatie over het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de behandeling. Verder moet de arts bij zijn of haar werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en volgens de professionele standaard handelen. In hoeverre van de arts een proactieve houding op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering wordt verwacht, hangt dus vooral af van de inhoud van deze professionele standaarden.

NHG-STANDAARDEN

Een aantal NHG-Standaarden is gericht op leefstijl. De NHG-Standaard Stoppen met roken is proactief van karakter: in deze standaard is opgenomen dat de huisarts alle rokers een stoppen-met-rokenadvies geeft. De NHG-Standaard Probleematisch alcoholgebruik verwacht pas actie van de huisarts bij indirecte signalen, zoals onverklaarde, wisselende lichamelijke of psychosociale klachten. In deze bijdrage zullen we ter illustratie van de casus dieper ingaan op de NHG-Standaarden over diabetes en obesitas.

De NHG-Standaard Diabetes

Volgens de NHG-Standaard Diabetes stelt de huisarts in overleg met de patiënt het beleid vast. De standaard benadrukt dat het naast voorlichting van belang is de diabetespatiënt educatie te geven, zodat deze weet welke bijdrage hij of zij zelf aan de behandeling kan leveren en hoeveel verantwoordelijkheid hij of zij kan nemen, bijvoorbeeld voor het beheer van het eigen (elektronisch) dossier. Deze educatie behoort over het algemeen tot de taken van de praktijkondersteuner en omvat het bijbrengen van kennis, inzichten en vaardigheden. Het nastreven van een betere leefstijl vormt de basis van de behandeling en blijft belangrijk gedurende het hele ziektebeloop. Ten aanzien van overgewicht (BMI > 25 kg/m²) is de doelstelling van diabeteseducatie dat de patiënt inzicht heeft in het belang van een gezonde leefstijl en in staat is (zelf) haalbare doelen met betrekking tot gewicht, rookgedrag, lichaamsbeweging en medicatietrouw te formuleren. De huisarts adviseert patiënten met overgewicht om af te vallen.

De NHG-Standaard Obesitas

Met betrekking tot obesitas is de NHG-Standaard Obesitas helder over de taak van de huisarts: die is vraaggestuurd. Het doel van de standaard is het bevorderen van een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van volwassenen die zelf ondersteuning vragen bij de behandeling van obesitas en van volwassenen met gerelateerde comorbiditeit (zoals diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire aandoeningen, chronische gewrichtsklachten, slaapapneu) of met een verhoogd cardiovasculair risico.

Hoewel de standaard bij volwassenen dus aangeeft dat de taak van de huisarts vraaggestuurd is, is volgens onderzoek bijna driekwart (73%) van de huisartsen en 68% van de bevolking het (helemaal) eens met de stelling 'Het is de taak van huisartsen om ongevraagd advies te geven over overgewicht'.⁶ Er lijkt volgens dit onderzoek bij huisartsen enige schroom te bestaan om overgewicht ongevraagd bespreekbaar te maken. Toch zeggen bijna alle huisartsen (95%) dat ze dat weleens doen. De terughoudendheid om patiënten ongevraagd advies te geven over hun gewicht lijkt niet nodig: van degenen die weleens zo'n advies hebben gekregen, vonden de meesten (94%) dit niet vervelend.

RECHTSPRAAK

Voor zover wij konden nagaan, zijn er geen tuchtrechtelijke of civielrechtelijke uitspraken over de vraag of de arts gehouden is om de leefstijl (proactief) te verbeteren. Er is wel een uitspraak over de controle door de trombosedienst, die bepaalt dat een arts extra inspanning moet verrichten als patiënten niet of minder eigen initiatief (kunnen) nemen om op een standaardoproep te reageren.⁷ Deze lijn kunnen we ook door trekken naar de verantwoordelijkheid voor leefstijladvisering. In het kader van de arts-patiëntrelatie mag van de arts verwacht worden dat hij de patiënt passende informatie geeft en het keuzeproces van de patiënt ondersteunt, zodat deze tot een weloverwogen behandelkeuze kan komen.⁸

Het is niet waarschijnlijk dat op korte termijn de arts civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. Bij civielrechtelijke aansprakelijkheid gaat het er om dat een patiënt schadevergoeding eist omdat hij of zij door een tekortkoming schade lijdt. De patiënt moet dan aantonen dat er een causaal verband bestaat tussen het niet informeren over risico's van de ongezonde leefstijl en de ontstane schade. Zo'n verband is niet gemakkelijk aannemelijk te maken – de arts is er immers niet verantwoordelijk voor dat iemand een ongezonde leefstijl heeft en de patiënt zal moeilijk kunnen bewijzen dat hij of zij de leefstijl door een leefstijladvies van een arts heeft aangepast, zodanig dat de gezondheidsrisico's zijn afgewend. Bovendien hebben volwassenen voldoende andere mogelijkheden om tot het inzicht te komen dat een ongezonde leefstijl negatieve effecten op de gezondheid heeft.

Kinderen

In 2012 heeft het Gerechtshof wel geoordeeld dat drie kinderen onder toezicht mochten worden gesteld, omdat het niet adequaat (met resultaat) aanpakken van overgewicht als bedreiging van hun gezondheid kon worden beschouwd.⁹ De betrokken kinderen hadden fors overgewicht. Hun ouders hadden tijdens de rechtszitting weliswaar aangegeven zeer hun best te doen en betrokken te zijn bij hun kinderen, maar dat was onvoldoende voor afwending van de ernstige bedreiging van hun lichamelijke gezondheid. Op basis van deze uitspraak en de in de NHG-Standaard Obesitas beschreven rol van de huisarts bij kinderen, is het voorstelbaar dat toekomstige rechtspraak de huisarts een signalerende taak toebedeelt bij kinderen met extreem overgewicht dat hun ouders niet adequaat aanpakken. De KNMG Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld kan de huisarts handvatten bieden om, in overleg met Veilig Thuis, in dergelijke bijzondere situaties adequaat te handelen.¹⁰

BESCHOUWING

Hoewel er nog geen jurisprudentie is over de verantwoordelijkheid van de arts voor leefstijladvisering, is het voorstelbaar dat een (huis)arts op basis van een professionele standaard tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden voor informatieverstrekking over leefstijl. Het is de vraag of de NHG-Standaard Obesitas, die expliciet uitgaat van een reactieve benadering, nog aansluit op de huidige normen, zoals onder meer verwoord in de CanMeds.

Wanneer patiënten, zoals mevrouw Arends uit de casus, ondanks adviezen en ondersteunende gesprekken niet te bewegen zijn tot verandering in leefstijl en zich zelfs gaan onttrekken aan de reguliere controle, zal de huisarts op basis van goed hulpverlenerschap moeten nagaan of ze voldoende inzicht in hun gezondheidstoestand hebben.

Goede zorg voor de patiënt vraagt om een balans tussen evidence en patiëntgerichtheid. Juist wanneer de huisarts samen met mevrouw Arends zoekt naar die balans, zal zij de meest passende zorg kunnen krijgen. Het past bij goed hulpverlener-schap wanneer de huisarts mevrouw Arends zou bellen om

haar motivatie en inzicht te verifiëren. Mocht mevrouw Arends het risico op mogelijke complicaties begrijpen, maar toch afzien van verdere uitleg en intensieve monitoring, dan zal de huisarts dat moeten respecteren. De toenemende nadruk op evidence based handelen mag immers niet leiden tot een afname van de ruimte voor patiënten om ‘eigen’ – en soms ongezonde – keuzen te maken.⁸ Goede vastlegging in het dossier, zeker wanneer er zoals hier wordt afgeweken van richtlijnen, is daarbij aan te bevelen en heeft tot doel om continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen, zodat de huisarts en vervangers/opvolgers weten waarom welke behandelkeuzen zijn gemaakt.

CONCLUSIE

Op basis van de kernwaarden verwoord in gedragsregels, opleiding en richtlijnen mag van de huisarts een stimulerende en motiverende rol verwacht worden bij het begeleiden van patiënten met leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen. Bij kinderen geldt dit eens te meer, omdat het niet adequaat aanpakken van overgewicht een bedreiging van hun gezondheid kan vormen. Bij een volgende revisie van de NHG-Standaard Obesitas dient men te overwegen of de daarin vastgelegde reactieve houding van de huisarts aan herziening toe is.

Met oog voor patiëntgerichtheid en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt zal de huisarts bij een proactieve, motiverende aanpak wel een evenwicht moeten blijven zoeken tussen het nastreven van leefstijlverbetering en de wensen van de patiënt. Voor zover wij konden nagaan, is er geen jurisprudentie over artsen die patiënten onvoldoende (zouden) hebben gestimuleerd om hun leefstijl te verbeteren. ■

LITERATUUR

- 1 Nederlandse artseneed. NFU, VSNU en KNMG, 2003.
- 2 KNMG. Gedragsregels voor artsen – versie 3.1. Utrecht: KNMG. Laatst gewijzigd: 2013.
- 3 KNMG. Preventie en Gezondheidsbevordering. Een beroepsgroep overstijgende aanpak. Utrecht: KNMG, 2015.
- 4 Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. Can Meds 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
- 5 <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/canmeds-competenties/>, geraadpleegd 9 oktober 2016.
- 6 Reitsma M, De Jong J. Ongevraagd advies bij overgewicht. Huisarts Wet 2010;53:583.
- 7 Bijvoorbeeld: RTG Eindhoven, 2 maart 2016, nr. 15134, ECLI:TGZREIN:2016:16.
- 8 Hendriks AC, Friele RD, Legemaate J, Widdershoven GAM. Thematische wetsevaluatie zelfbeschikking in de zorg. Den Haag: ZonMw, 2013.
- 9 Gerechtshof Leeuwarden, 24 juli 2012, 200.105.528/01, ECLI:NL:GHLEE:2012:BX5439.
- 10 KNMG. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG, 2015.

Uw diagnose

Een 56-jarige man heeft niet-jeukende symmetrische laesies op de binnenkant van zijn onderarmen. De laesies zijn maximaal 4 x 4 cm. Hij heeft soortgelijke laesies in de bilnaad, op zijn bovenbeen en op de penis. Wat is uw diagnose?

- a. Syfilis
- b. Impetigo
- c. Psoriasis en plaque
- d. Nummulair eczeem

Wilt u het goede antwoord weten?
Kijk op www.henw.org.



Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts, Rotterdam

Fotoquiz van de maand april



Foto's gezocht

Ziet u een bijzondere aandoening op het spreekuur, denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose in H&W. Maak een foto met een duidelijke diagnose en mail deze naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op

Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter (@HuisartsWet) of via RSS.