

Contra: leefstijl en de huisarts, protocol versus generalist

Marcus was een waarloze suikerpatiënt, die zijn dokters tot wanhoop dreef. "Ik weiger mijn leven erdoor te laten bepalen", riep hij graag. Hij at en dronk waar hij zin in had, vergat op tijd te spuiten, sloeg controles over, werd doodziek en vroeg zich dan geschrokken af hoe dit toch had kunnen gebeuren. Ze was eraan gewend geraakt, en ze was er ook aan gewend dat alles toch weer goed kwam. Marcus huilde met hoge uithalen en Olivia wachtte tot hij in staat was te spreken. Toen hij gekalmeerd was, zei hij "Ik wordt zo geopereerd. Geopereerd? Ze gaan kijken of ze mijn been... ze kijken naar mijn been. Een kijkoperatie? Nee, ze kijken of ze het kunnen behouden".¹

Bestaat er een plicht om een patiënt met een ongezonde leefstijl daarop te wijzen? Mijns inziens niet, zeker niet als we de huidige sterk geprotocolleerde ketenzorgorganisatie niet veranderen en kwaliteit van zorg blijven definiëren als een aantal meetwaarden. In onze eed zweren of beloven wij dat we de gezondheid van patiënten zullen bevorderen en diens opvattingen zullen eerbiedigen. We zullen bovendien goed luisteren en goed inlichten. Maar wat als de gezondheidsbevordering en het eerbiedigen van eigen opvattingen van de patiënt niet congruent zijn? In de door Drewes beschreven casus laat de patiënt duidelijk zien niet gediend te zijn van de gegeven adviezen door niet meer ter controle te verschijnen. De 'gezonde leefwijze-boodschap' komt niet over, sterker nog, werkt averechts. Hoe komt dat en is het op te lossen?

NEGATIEVE BENADERING GEZONDHEID

CanMeds-competenties, -standaarden, -richtlijnen en -wetgeving berusten nog steeds op de oude WHO-definitie van gezondheid (1948): "Een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek." In dat medisch model is veel aandacht voor het bestrijden van ziekte en gebrek. Dankbaar werk, maar een negatieve benadering van gezondheid. Kwalen verhelpen, infecties bestrijden, diabetes behandelen in de veronderstelling dat het leidt tot meer welbevinden. Met door kennistoename steeds meer protocollen om dat allemaal goed te kunnen doen. Soms dweilen met de kraan open zoals hierboven geïllustreerd. Preventie heeft daarbij een beperkte plaats. De casus is daar een mooi voorbeeld van. De praktijkondersteuner ziet een stijgende HbA1c en start insuline, richt zich op de afwijkende kilogrammen, stuurt door naar een diëtiste en probeert overgewicht te bestrijden. Blijkbaar zonder te (kunnen) onderzoeken of zich af te vragen waarom de patiënt maar niet tot een 'gezonde' leefstijl kan of wil komen. De voorlichting en educatie komen niet eens van de grond. Het blijven hanteren van dat medische model loopt dan vast. Daar tegenover de gezondheidsdefinitie van Huber et al.:² "Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven." Een positieve benadering van gezondheid, waarin sociale relaties en zingeving tegenover genezing van een klacht of af-



De huisarts verplichten tot een meer proactieve werkwijze en het geven van voorlichting werken contraproductief.

wijking staan. Uitgaand van deze definitie lijkt deze patiënt zelf de regie over te nemen in haar fysieke uitdagingen van overgewicht en diabetes. Ze komt niet meer op controle. Misschien zag ze wel huizenhoog op tegen elke keer weer op de weegschaal staan, maakte het gesprek over het gewicht haar somber, gaf de spanning over de gemeten HbA1c veel stress en is ze nu opgelucht en voelt zich beter. Volgens deze definitie geen reden om in te grijpen. Maar kan deze patiënt hier zelf wel de regie voeren en zo niet, is er een andere oplossing?

INGRIJPEN DOOR HUISARTS-GENERALIST

Hier hoort de huisarts-generalist in te grijpen en het protocol vanuit het medisch model te verlaten. De patiënt kennende kan ingeschat worden of de patiënt die regie zelf kan voeren. Kan ze dat, dan is de kous af. Kan ze dat niet, dan zijn er andere wegen. Anders dan, bij een steeds groter wordend vakgebied, het steeds verdergaande opknippen van patiënten in ziektebeelden en daarbij behorende behandeling middels protocollen en richtlijnen met de praktijkondersteuner als protocollenbewaker. Aanscherpen van een NHG-Standaard tot meer proactiviteit en verplichten tot voorlichting versterkt dat effect en werkt contraproductief; het leidt tot defensieve geneeskunde. Welke praktijkondersteuner durft tegen een patiënt te zeggen: "ik zie dat u ongelukkig wordt van die weegschaal, laat deze keer maar zitten." Er is hier juist behoefte aan de huisarts zelf als generalist, zonder protocol. We moeten ophouden ongezonde leefstijl te definiëren als overgewicht of een te hoog HbA1c, maar ons verdiepen in wat de patiënt beweegt. Dan verlenen we volwaardige zorg. De Presentiebenadering, die de relationele afstemming tussen zorggever en cliënt als basis heeft voor goede zorg biedt hier mogelijkheden.³ Ontsluiten van het insiderperspectief, zoals onlangs beschreven door Esther Kuis in haar proefschrift, een benadering vanuit ethisch perspectief, biedt daarbij betere kansen.⁴ Altruïsme en compassie in plaats van protocolplicht, het werkt echt beter. ■

LITERATUUR

De literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen, Amsterdam; H.E. Suichies, voorzitter en huisarts • Correspondentie: herman@suichies.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

**LITERATUUR**

- 1 Gerritsen E. Broer. Amsterdam: SPNB, 2016:1.
- 2 Huber M, Van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:A7720.
- 3 Baart AJ. Presentie. www.andriesbaart.nl/presentie/
- 4 Kuis E. Disclosure of insiderness. Measuring quality of care from a care ethical perspective [proefschrift]. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2016.