

*Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis
van ziekte én van gezondheid*

Machteld Huber & Hans Peter Jung

Bijblijven

ISSN 0168-9428

Bijblijven

DOI 10.1007/s12414-015-0072-7



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid

Een nieuwe invulling van gezondheid, gebaseerd op de beleving van de patiënt: 'Positieve gezondheid'

Machteld Huber · Hans Peter Jung

Samenvatting

Huber beschrijft de ontwikkeling van een nieuw concept van gezondheid, waarin functioneren, veerkracht en eigen regie centraal staan. Dit concept blijkt veel draagvlak te hebben bij belanghebbenden, maar bij de operationalisering ervan blijken patiënten een veel bredere invulling van gezondheid te hebben dan hun behandelaren. De brede opvatting van patiënten, met zes dimensies van gezondheid, wordt 'Positieve gezondheid' genoemd. Jung beschrijft zijn ervaringen als huisarts met 'Positieve gezondheid'. In de afgelopen jaren is de werkdruk in zijn praktijk steeds groter geworden, het contact met patiënten korter en het aantal verwijzingen is toegenomen. Voor hem een onbevredigende ontwikkeling. Met het werken vanuit de brede benadering van Positieve gezondheid, waarin het samenwerken met welzijnswerkers vanzelfsprekend wordt, vindt hij zijn oorspronkelijke motivatie weer terug en de ruimte om samen met patiënten te zoeken naar de wezenlijke vraag die zij hebben. Hij illustreert dat met enkele casus.

Inleiding

In de hal van de Domus Medica in Utrecht is op de muur de artseneed van Hippocrates afgebeeld. In de derde regel staat (o.a.) te lezen '*Ik zal gezondheid bevorderen*'. Iedere arts belooft of zweert dat. Maar in hoeverre is de studie daarop

Dr. M. Huber (✉)
Institute for Positive Health,
Driebergen, Nederland
e-mail: m.huber@instituteforpositivehealth.nl

Dr. H.P. Jung
Afferden, Nederland
e-mail: hpjung@ezorg.nl

Bijblijven, DOI: 10.1007/s12414-015-0072-7
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

ingericht? Zijn de huidige gezondheidszorg én de medische opleiding niet eigenlijk vooral gericht op 'ziektezorg'?

Zeker nu er grote transities in de zorg gaande zijn, waarin het accent steeds meer verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, is het de moeite waard om aandacht te besteden aan het begrip 'gezondheid'. Een goede gezondheid scoort altijd hoog in lijstjes met wat mensen het belangrijkste vinden in het leven. Maar wat is gezondheid precies? Hoe is het gedefinieerd? En hoe kijken de betrokkenen bij de gezondheidszorg ernaar?

WHO-definitie en kritiek

Met de oprichting in 1948 van de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO, werd een zeer brede en idealistische definitie van gezondheid geformuleerd, die gezondheid omschrijft als *'een toestand van compleet welbevinden op fysiek, mentaal en sociaal niveau, en niet alleen de afwezigheid van ziekte'*. De definitie was bedoeld als doel om naar te streven, ten dienste van het geluk en het welzijn van de gehele wereldbevolking. Dit was voor de mensheid een belangrijke stap voorwaarts. Doordat gezondheid werd beschreven als een toestand van volledig welbevinden, werd echter onbedoeld medicalisering bevorderd, om dat ideaal maar te bereiken. Met de toename van het voorkomen van chronische ziekten, in combinatie met de voortgaande ontwikkeling van de medische technologie en diagnostiek, wordt deze definitie contraproductief. Met de statische formulering van gezondheid als 'toestand', is vrijwel iedereen een patiënt die doorlopend behandeling behoeft, en wordt niet de veerkracht van mensen aangesproken en niet het menselijk vermogen om zich aan te passen en om te gaan met nieuwe situaties met behulp van zelfmanagement.

Nieuw concept van gezondheid

In toenemende mate werden deze aspecten in de literatuur beschreven als een tekortkoming van de definitie van gezondheid. In 2009 organiseerden de Gezondheidsraad en ZonMw een tweedaagse internationale conferentie, met als onderwerp de definitie van gezondheid. De uitkomst was een nieuw, dynamisch concept van gezondheid: *'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven'*, gepubliceerd in het BMJ [1]. Dit concept beschrijft, net als de WHO-definitie, het fysieke, mentale en sociale domein van de mens en heeft dus een brede en integrale scope. Het verschil is dat het concept de potentie benadrukt om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van een ziekte, en ook het vermogen van persoonlijke groei en ontwikkeling in de richting van het vervullen van persoonlijke doelen in het leven. Dit concept is een begin, een algemene karakterisering van gezondheid, en heeft niet de pretentie volledig te zijn of alle factoren te benoemen die bijdragen aan deze persoonlijke ontwikkeling.

Draagvlak onderzocht

Het draagvlak voor dit concept werd vervolgens onderzocht onder verschillende betrokkenen (stakeholders) bij de gezondheidszorg in Nederland en het werd zeer positief ontvangen. De ondervraagden beschreven hoe zij ervoeren dat het nieuwe concept hen in hun kracht en hun mogelijkheden aanspreekt, in plaats van in hun zwakte. Patiënten beschreven dat zij weliswaar een ziektediagnose hadden, maar daarnaast nog een groot potentieel aan gezondheid. Men waarschuwde wel dat niet van alle mensen zonder meer verwacht kon worden dat zij tot dit ‘vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren’ in staat zijn, althans niet zonder passende begeleiding en ondersteuning.

Ook werd benadrukt dat gezondheid geen doel op zichzelf zou moeten zijn, maar de mogelijkheid zou moeten geven, dat iemand ‘zijn ding kan doen’; dat wil zeggen, datgene wat hem of haar echte zingeving verschaft in het leven.

Wat zijn indicatoren voor gezondheid?

Bij een verkenning van de indicatoren voor gezondheid (‘waar lees je gezondheid aan af’), om het concept te operationaliseren, werd door de stakeholders een grote verscheidenheid aan elementen genoemd. Deze werden ingedeeld in zes hoofddimensies: *lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren*; met daarbij 32 onderliggende aspecten. Deze dimensies en aspecten werden vervolgens op een kwantitatieve manier getest onder bijna 2000 stakeholders. Het resultaat liet grote verschillen in interpretatie zien wat betreft de inhoud van gezondheid. Het varieerde van een ‘smalle’, voornamelijk biomedische interpretatie, vooral onder beleidsmakers en onderzoekers, tot een ‘brede’ interpretatie, waarbij alle zes dimensies als bijna even belangrijke onderdelen van gezondheid werden beschouwd. De laatstgenoemde visie werd gedeeld door patiënten met een breed palet aan ziekten. De oordelen van de behandelaren (artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen en verzorgenden) lagen tussen deze twee uitersten. Bij een nadere beschouwing van deze groep bleek, dat verpleegkundigen neigden naar een brede visie op gezondheid, net als de patiënten, terwijl artsen (zowel specialisten als huisartsen) neigden naar een ‘smalle’ en biomedische kijk.

De critici op de brede benadering hadden als argument ‘dat die over het hele leven gaat’. Waarop de patiënten antwoordden: ‘gezondheid gaat ook over het hele leven!’.

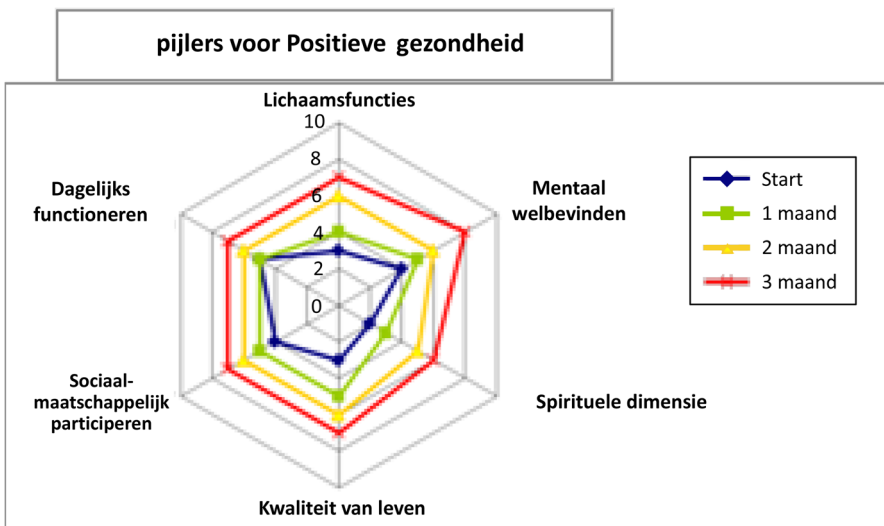
Response shift

Analyses toonden aan dat een van de meest invloedrijke factoren bij het denken over gezondheid voor alle stakeholders gold, namelijk het zelf doorgemaakt hebben van ziekte. Deze ervaring bleek de waarde die gehecht werd aan lichamelijke

aspecten te verminderen, terwijl de spirituele/existentiële dimensie hoger gewaardeerd werd en een tendens naar een bredere kijk op de gezondheid optrad. Dit effect van het verschuiven van waardepatronen is bekend en wordt in de psychologie de 'response shift' genoemd. In de revalidatiegeneeskunde is men hier zeer vertrouwd mee. Mensen met een dwarslaesie kunnen bijvoorbeeld een zeer hoge kwaliteit van leven ervaren, wat iemand die geen ervaring met ziekte heeft zich vaak moeilijk kan voorstellen.

Positieve gezondheid

Om verwarring te voorkómen tussen de 'smalle' biomedische visie op gezondheid 'als de afwezigheid van ziekte' en de 'brede' interpretatie van gezondheid met zes dimensies, wordt de term 'Positieve gezondheid' voorgesteld voor het brede perspectief. Dit wordt gevisualiseerd in een spinnenwebdiagram met zes assen voor de dimensies (fig. 1). Daarmee verschijnt niet alleen het lichamelijke aspect in beeld, maar zijn de verschillende dimensies allemaal even belangrijk. Iemand kan in dit diagram het zelf ervaren niveau van functioneren op de verschillende dimensies scoren en zich daarna afvragen op welk punt hij of zij eventueel iets zou willen verbeteren. Dan kan men desgewenst alleen, of met hulp, die dan 'op maat' moet zijn, stappen zetten om te proberen de eigen situatie te verbeteren [2]. Daarmee wordt dus aangesloten bij wat voor die persoon op dat moment primair aan de orde is en wat op een ander terrein kán liggen dan het direct medische; bij uitstek persoonsgericht. Bij een goed aanbod van handelingsperspectieven en (eventueel) een goede begeleiding kan iemand gaan ervaren dat hij of zij de mogelijkheid heeft om iets aan



Figuur 1 Het spinnenwebdiagram van Positieve gezondheid.

de eigen situatie te veranderen. Dit werkt 'empowerend' en zou kunnen bevorderen dat mensen ook op andere terreinen stapjes gaan zetten, om hun leven zo in te richten dat het past bij hun betekenisgeving.

Het spinnenwebdiagram wordt inmiddels ontwikkeld tot een digitale tool en een bijbehorend e-health programma is beoogd.

In de Noordelijke Maasvallei (regio in Oost-Brabant en Noord-Limburg) hebben professionals uit zorg en welzijn gezamenlijk besloten binnen vijf jaar vanuit de benadering van 'Positieve gezondheid' te willen gaan werken. Zij verwachten op deze manier een integraal aanbod van zorg én gezondheidsbevordering te kunnen bieden, dat naar verwachting de kwaliteit van leven van zowel de burgers en patiënten, als van de professionals zal bevorderen. Huisarts Hans Peter Jung, deelnemer aan dit project, beschrijft hier zijn eerste ervaringen met werken vanuit 'Positieve gezondheid'.

Huisartsenzorg in een dorpspraktijk de afgelopen twintig jaar

In de twintig jaar dat ik huisarts ben in Afferden Limburg is ons vak sterk veranderd. Algemeen is het gevoel dat de werkdruk is toegenomen en dat de patiëntenzorg onpersoonlijker is geworden. Sinds halverwege de jaren negentig registreert mijn praktijk gegevens voor LINH (Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg), recentelijk opgegaan in NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (<http://www.nivel.nl/NZR/alg/over-nivel-zorgregistraties>). In tab. 1 zijn enkele opvallende veranderingen uit deze registratie en uit de registraties in ons Huisartsen Informatie Systeem (Promedico VDF/ASP) weergegeven.

In de tabel is te zien dat het aantal contacten in de praktijk in een periode van zeventien jaar verviervoudigde. Ondanks de toename van personeel (om de huisarts te ontlasten), bleek het aantal contacten bij de huisarts toch met 50% toegenomen. De in de agenda geplande contactduur van de consulten werd (noodgedwongen) verlaagd van vijftien minuten naar tien minuten. De toename van het aantal contacten leidde niet tot een afname van het aantal verwijzingen. Integendeel, er bleek een verdubbeling van het aantal verwijzingen. De praktijkgrootte veranderde in deze periode echter amper (+10%). Al met al een duidelijke onderbouwing van de toegenomen werkdruk en een onderbouwing van het gevoel dat er steeds minder ruimte was voor werkelijk contact met de patiënt, met als gevolg een afname van werkplezier en met ontstaan van zorg: hoe lang ga ik dat volhouden, past dit nog wel bij mij?

Persoonlijke response shift

En toen werd ons gezin ook nog getroffen door het plots overlijden van onze dochter, gevolgd door een moeilijke periode van arbeidsongeschiktheid en nadenken over hoe verder. Het was schokkend in die periode van de bedrijfsarts te horen dat 70% van de huisartsen (ruim) vóór de pensioengerechtigde leeftijd stopt met werken en dat de werkdruk en het werkplezier hierin belangrijke factoren waren. Tijdens het herstelproces bleek ook voor mij de hiervoor beschreven 'response

Tabel 1 Ontwikkelingen Huisartsenpraktijk Afferden 1997–2014.

	1997	2014	factor
praktijkbezetting	1 huisarts	2 huisartsen	
	1 doktersassistente	2 POH	× 3
	1 apotheekassistente ^a	1 POH GGZ	
	1 partner	1 sociaal werker	
	achterwacht	1 diabetesverpleegkundige	
	totaal: 4	3 assistentes 1 praktijkcoördinator totaal: 11	
aantal contacten in de praktijk	5119	19477	× 4
aantal contacten door huisarts	5119	7912	× 1,5
consult planning huisarts	15 minuten	10 minuten	× 0,7
aantal nieuwe verwijzingen per 1000 patiënten	142 (betreft 1999)	275	× 2
aantal patiënten praktijk	2430	2725	× 1,1

^aSinds 2000 niet meer apotheekhoudend.

Bronnen: LINH/Nivel registraties en Promedico VDF/ASP.

shift' met een tendens naar een bredere kijk op gezondheid en het verschuiven van waardepatronen belangrijk: voor mijn eigen gezondheid en voor mijn kijk op het werk. Ik ontdekte hoe ongelooflijk ziektegericht wij als huisarts worden opgeleid. Het zit ingebakken in ons woordgebruik: uit hoeveel patiënten bestaat uw praktijk? Hiermee bedoelen we de totale praktijkpopulatie (zieke, maar ook gezonde mensen, die we toch patiënt noemen!). Hoeveel patiënten krijgt u dagelijks op uw spreekuur? Veel van deze 'patiënten' komen niet met een medische vraag en voelen zich ook niet ziek en zijn eigenlijk geen patiënt. Zo zouden we ze dan ook niet moeten noemen. Wij denken ziektegericht en zijn ook opgeleid om de hulpvraag van de patiënt medisch te vertalen, naar onze 'comfortzone', de kennis van de medische wetenschap. Onze meest vertrouwde sociale kaart zijn de specialisten van het nabijgelegen ziekenhuis, die we goed kennen en die gemakkelijk te benaderen zijn. Hierin worden we bevestigd door de spreekuurbezoeker, die maar al te vaak een medische oplossing wil voor een niet-medische vraag. Onze maatschappij, dokter en 'patiënt' zijn gemedicaliseerd. (Huis-)artsen zijn niet opgeleid in het geven van niet-medische oplossingen. Het arsenaal niet-medische oplossingen moet in de praktijk geleerd worden, maar bij een primair medische focus is dat vaak een blinde vlek. Dat geldt ook voor de kennis van de sociale kaart van de nuldelijnszorg. Een beetje beschamend was het te ontdekken, dat op een bijeenkomst van alle welzijns werkers en het sociale team van de gemeente, ik de meerderheid niet kende en dat veel van de mensen die ik wel kende 'patiënt' bij me in de praktijk waren, maar niet vanuit hun functie.

Positieve gezondheid

Ik merkte dat ik mijn werkplezier weer terugkreeg, toen ik de patiënt voor me weer als mens ging zien. Een mens met een niet per se medische vraag, die niet per se een medisch antwoord hoeft te krijgen. Bij wie ik me mag verwonderen over het aanpassingsvermogen (of het gebrek daaraan) bij klachten, levensvragen, ziekten en gezondheidsvragen en met wie ik kan meedenken en mee zoeken naar wat bedreigend kan zijn, maar vooral naar waar kansen liggen. Dat je je in je spreekuur bewust bent dat je ook niet-ziektegericht kunt werken. Dat je de keus hebt om te werken vanuit een brede visie op gezondheid, ook met dimensies als kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en de spirituele/existentiële dimensie. Het maakt het gemakkelijker het pad van een 'smalle' biomedische kijk te verlaten en je merkt dat je wezenlijk andere gesprekken met je 'patiënten' krijgt. Bevredigender.

De ontmoeting met die mens voor me vraagt wel wat van een praktijk. Meer aandacht voor gespreksvaardigheden bijvoorbeeld (motivational interviewing, cursus doen/blijven doen, shared decision making). Een bepalende factor daarbij is voldoende tijd. Tijd om samen te exploreren wat de echte vraag is waar de 'patiënt' mee komt, welke dimensie van gezondheid aangesproken kan worden. De huidige financieringsstructuur, waarbij een (belangrijk) stuk van het inkomen van de huisarts afhankelijk is van het aantal contacten (zo veel mogelijk productie) en waarbij er geen waardering is voor een verdiepend gesprek, werkt hier belemmerend. Ook de registratiedrift in de ketenzorg, waarbij allerlei lijsten afgevinkt moeten worden om voor financiering in aanmerking te komen, staat het werkelijke gesprek met de 'patiënt' in de weg. Ook moeten we investeren in de contacten met de nulde lijn. Welzijnswerkers, welzijn op recept, natuur op recept. Contacten met het sociale team van de gemeente, met mantelzorgorganisaties en met zorgcoöperaties. In onze praktijk werkt sinds kort een welzijnswerker, die samen met de 'patiënt' kan exploreren hoe een niet-medische oplossing gevonden kan worden voor een gepresenteerd probleem. De contacten met het sociale team van de gemeente verlopen steeds soepeler, doordat we elkaar leren kennen, zoals we ook de specialisten in het ziekenhuis kennen. Je merkt dat een niet-medische oplossing daarmee eerder op je netvlies komt en je ook steeds gemakkelijker een niet-medische oplossing van een probleem gaat overwegen. Enkele praktijkvoorbeelden hiervan van de afgelopen weken.

Praktijkvoorbeelden

Patiënt A

'Patiënt' A onttrekt zich aan elke diabetescontrole, neemt geen medicatie en wordt bozer en bozer als we op het belang van controles wijzen en 'patiënt' vragen om op de weegschaal te gaan staan. Als ze belt voor een middeltje voor

een lastige candida-infectie en er door ons fijntjes op gewezen wordt dat deze infectie wordt uitgelokt door haar slecht ingestelde diabetes, barst de bom en geeft ze aan niets meer met ons te maken te willen hebben en ze de zalf wel bij de drogist gaat halen. Er wordt besloten tot een onaangekondigd huisbezoek om de lucht te klaren. Er is veel boosheid, vanwege onze fixatie op haar ziekte en met name haar gewicht en het invullen van de verplichte lijstjes. Ze blijkt goed op de hoogte van de risico's van diabetes, maar wil de keuze maken hier niet mee bezig te zijn en neemt de consequenties hiervan voor lief. Als haar duidelijk wordt dat hierover te praten valt, vertelt ze spontaan dat ze haar overgewicht koestert, omdat haar man op zware vrouwen valt en dat haar leefpatroon haar bevalt. Ze had het zo gehad met onze vragen over haar gewicht, dat toen ze een preoperatieve controle kreeg voor een galsteenoperatie ze 30 kg van haar werkelijke gewicht aftrok in de vragenlijst voor de anesthesist. Toen werd mij duidelijk waarom de narcose niet vlekkeloos was verlopen en ze tijdens de o.k. wakker was geworden. Voor haar geen ketenzorg dus, maar wel een hersteld contact, waarbij het haar ook duidelijk werd dat het soms wél in haar belang is om het werkelijke gewicht op te biechten. Respect voor haar keuzes en haar manier van leven en haar autonomie maken dat zij weer naar de praktijk durft te komen en we telkens kunnen zoeken naar 'common ground'.

Patiënt B

Patiënt B, een hoogbejaarde dame met al jarenlang last van hallucinaties. Er zitten 'Duitsers' in haar tuin die voortdurend naar binnen gluren. Ze is hierdoor erg angstig en houdt de deur angstvallig op slot. GGZ en psychiater behandelen met antipsychotica, die wel suffer en passiever maken, maar eigenlijk weinig doen aan de hallucinaties. Als ze wordt opgenomen vanwege hartfalen, blijkt haar bloedbeeld gestoord, mogelijk door de antipsychotica. Ze wordt zonder antipsychoticum ontslagen, de behandelend arts belt wel om door te geven dat dat mogelijk problemen geeft en vraagt om dat in de gaten te houden en zo nodig een ander antipsychoticum te geven. Bij een bezoek bij haar thuis valt op dat de deur van haar woning niet op slot zit en dat alle gordijnen dicht zijn bij klaarlichte dag. Ze zit in haar stoel in de kamer. Ik val met de deur in huis en op mijn vraag aan haar: 'heb je nog last van de Duitsers?', antwoordt ze: 'totaal niet meer'. Dat verbaast me. Is dat de verklaring voor het niet meer op slot hebben van haar deur? Ze knikt. 'Wat fijn dat de Duitsers weg zijn', zeg ik. Waarna zij zegt: 'maar ze zijn helemaal niet weg, het zijn er juist meer dan ooit. Ik heb er alleen geen last meer van. Ik doe voortaan de gordijnen dicht!' Een niet-medicamenteuze oplossing voor een angstig probleem, waarin ze veerkracht toont en zelf de regie neemt en zich niet meer angstig voelt. Psychiater bellen of haar keuze respecteren en haar in het donker laten zitten?

Patiënt C

Patiënt C tobt langdurig met rugklachten, die ontstonden na ontslag vanwege bezuinigingen. Komt op het spreekuur voor een verwijzing naar de reumatoloog, want heeft het idee dat hij fibromyalgie heeft en wil dit graag bevestigd zien. Een verwijsbrief maken lukt wel in tien minuten, uitvragen wat hier achter zit kost veel meer tijd. Het blijkt dat na een periode van langdurige ziekte de bedrijfsarts heeft aangegeven dat hij weer arbeidsgeschikt is. Dit leidde hem naar het spreekuur. 'Beter zijn' betekende geen ziekte-uitkering meer maar WW en dat is een stuk lager. Te laag om de hypotheek te kunnen opbrengen en te hoog om in aanmerking te komen voor financiële ondersteuning van bijvoorbeeld gemeente. Hij had de hoop dat een diagnose van de specialist hem weer de Ziektewet in kon krijgen, zodat hij de hypotheekbetalingen kon blijven voldoen. Na uitleg dat ook de diagnose fibromyalgie voor de bedrijfsarts mogelijk geen reden is om hem weer arbeidsongeschikt te laten zijn, samen besproken of het zinvol is om te kijken naar mogelijkheden die er misschien wel zijn om met zijn beperkingen toch werk te zoeken dat passend is en op die manier een oplossing zou kunnen geven voor de financiële problemen. Tot mijn verrassing staat hij hiervoor open.

Conclusie

Het nieuwe concept van gezondheid, geformuleerd als 'Positieve gezondheid', ondersteunt een persoonsgerichte werkwijze. Het spinnenwebdiagram (fig. 1) kan een handig hulpmiddel zijn om deze werkwijze in praktijk te brengen.

Literatuur

1. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AJ, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343(4163):235–7.
2. Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2014.

Dr. M. Huber, voormalig huisarts en onderzoeker, 'Institute for Positive Health'.

Dr. H.P. Jung, huisarts in Afferden, Limburg.