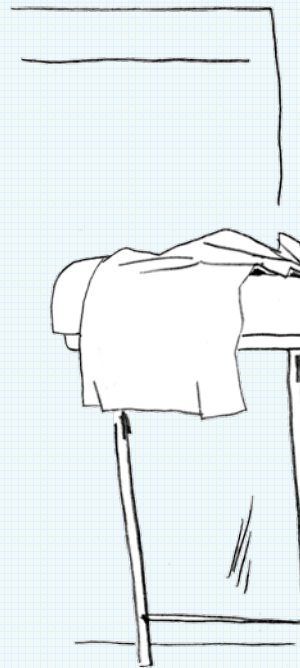


## Van traditionele naar gezamenlijke zorg

# 'Arts en patiënt hebben allebei expertise'



De relatie tussen arts en patiënt is de laatste decennia ingrijpend veranderd. De tijd van 'meneer dokter' en de onmondige patiënt is definitief voorbij. Prof. dr. Filip Van Den Eede, medisch coördinator van de dienst psychiatrie, schetst het nieuwe model van 'gezamenlijke zorg'.

### De relatie tussen arts en patiënt heeft een enorme evolutie doorgemaakt. Het traditionele model heeft plaatsgemaakt voor 'gezamenlijke zorg'. Wat houdt dat in?

'De kern is dat elk zijn expertise heeft en daarin erkend wordt. De arts is de medische expert, maar de patiënt heeft als ervaringsdeskundige ook expertise, met name over zijn ziekte en over zichzelf. De patiënt wordt in de gezamenlijke zorg meer betrokken bij zijn behandeling, krijgt de nodige informatie en bepaalt zelf zoveel mogelijk het einddoel van de behandeling. Tot hoe ver wil je je cholesterol of je diabetes geregeld zien? Hoe ver ben je bereid je

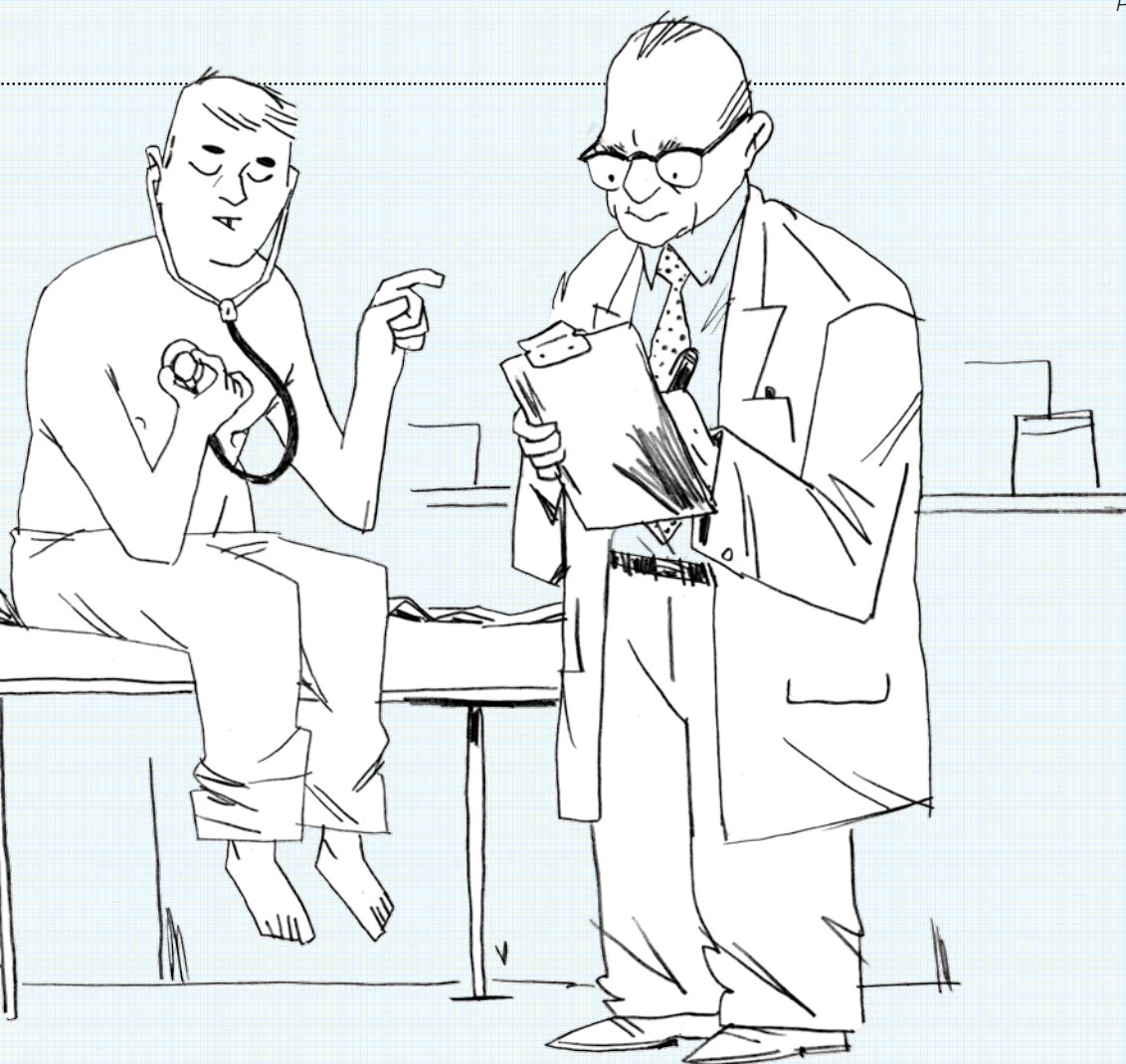
gedrag daarvoor aan te passen? Het is uiteindelijk de patiënt die dat moet bepalen. Als een patiënt bijvoorbeeld chemo weigert omdat voor hem vooral de kwaliteit van het leven telt, dan moet de arts dat respecteren. Het is een heel ander perspectief dan vroeger.'

### Hoe komt het dat die verhouding zo veranderd is?

'In onze maatschappij heeft het individu steeds meer autonomie gekregen en dat vertaalt zich ook in de gezondheidszorg. In België is dat heel duidelijk geworden met de wet op de patiëntenrechten in 2002. Een patiënt heeft recht op informatie, op een kopij van zijn dossier, enzovoort,



Prof. dr. Filip Van Den Eede,  
medisch coördinator  
dienst psychiatrie



maar een wilsbekwame patiënt heeft ook het recht om te beslissen over zijn behandeling. De wet was een echt keerpunt.'

### Moet de arts zijn beleid dan volledig aanpassen aan de wensen van de patiënt? Ook al is dat medisch gezien geen goed idee?

Vanuit zijn of haar expertise heeft een arts een idee over welke zorg een patiënt nodig heeft. Soms heeft de patiënt een andere opvatting. De arts moet die respecteren, maar zal ongezonde of disfunctionele opvattingen over de ziekte en de behandeling wel proberen veranderen. Ook dat gaat nu op een

andere manier. Vroeger ging een arts bepaalde dingen opleggen – stoppen met roken bijvoorbeeld. Terwijl dat veel beter lukt als een patiënt zelf overtuigd is van de noodzaak daarvan. Dus gaat een arts nu meer in dialoog. Hij gaat samen met de patiënt op zoek naar een intrinsieke motivatie en naar manieren om te stoppen met roken. Of hij geeft bijvoorbeeld meer informatie over waarom een medicijn op een bepaalde manier moet worden ingenomen, als de patiënt het vaak vergeet. Natuurlijk zijn er ook nog uitzonderingen. In acute situaties met een bewusteloze patiënt doet een arts wat nodig is. Het is vooral bij de behandeling van chronische ziekten bij beslissingsbekwame

patiënten dat gezamenlijke zorg van toepassing is.

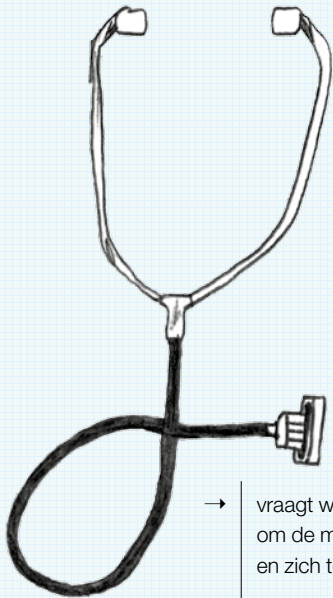
### Steeds meer ziekten zijn vandaag chronisch?

Ook dat is een belangrijke factor in die evolutie. Steeds meer mensen leven met een chronische ziekte en moeten daarbij zelf hun behandeling in handen nemen. Denk maar aan thuisdialyse of de dagelijkse opvolging van diabetes. Dingen die vroeger niet denkbaar waren, zijn nu door wetenschappelijke en technologische vooruitgang wel mogelijk. Ook kanker kent meer en meer een chronisch verloop. HIV was nog niet zo lang geleden fataal. Vandaag kan je daar oud mee worden, maar het



Steeds meer mensen  
zijn chronisch  
ziek en nemen zelf  
hun behandeling  
in handen





→ vraagt wel discipline van de patiënt om de medicatie correct te nemen en zich te laten opvolgen.

### De patiënt krijgt op die manier ook meer verantwoordelijkheden?

Inderdaad. Vroeger vertelde de arts aan de patiënt wat te doen en nam daarmee ook de grootste verantwoordelijkheid op zich. Vandaag informeert de arts, maar beslist de patiënt, en delen ze dus de eindverantwoordelijkheid voor het resultaat. Als een patiënt een behandeling weigert, dan draagt hij ook de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van die keuze. De arts moet de patiënt dan wel blijven informeren. Een patiënt heeft overigens ook een verantwoordelijkheid naar de maatschappij toe, want heel wat behandelingen zijn duur. De maatschappij investeert veel in gezondheid, maar vraagt in ruil een verantwoordelijke en constructieve houding van de patiënt.

### Er wordt heel wat verwacht van de patiënt, maar kan iedereen dat ook aan?

Voorwaarde is dat de patiënt in staat is tot *zelfmanagement*: informatie kunnen verzamelen, medicatie juist kunnen gebruiken, symptomen kunnen inschatten, omgaan met de psychologische gevolgen, sociale steun zoeken, kunnen commu-

ren enzovoort. Niet iedereen kan dat even goed. De arts kan de patiënt daarbij helpen door hem probleemoplossend gedrag en vaardigheden aan te leren. Daar komt ook het multidisciplinaire aspect van de zorg kijken. Bij heel wat ziekten krijgt de patiënt te maken met een heel team dat ondersteuning biedt, met bijvoorbeeld ook een psycholoog, verpleegkundigen die instaan voor educatie enzovoort. Ook patiëntenverenigingen spelen een steeds grotere rol en kunnen een belangrijke steun betekenen voor de patiënt.

### Laten sommige patiënten de beslissing niet nog altijd het liefst over aan de arts?

Ja, en ook dat moet je als arts respecteren. De wet op de patiëntenrechten laat daar ook ruimte voor – de patiënt heeft even goed het recht om bepaalde dingen niet te weten. De arts moet dat wel altijd goed documenteren in het medisch dossier. Vooral ouderen gaan nog vaker uit van het traditionele systeem, al wordt de flowerpowergeneratie nu ook ouder en die mensen staan dan weer meer op hun autonomie. We zijn actief in een voortdurend veranderende maatschappelijke context. Als arts moet je dus kunnen aanvoelen welke houding en welke aanpak het beste past bij je patiënt. Het traditionele model is in dat verband niet altijd het slechte model.



Arts en patiënt zijn samen verantwoordelijk voor het eindresultaat

### Van de artsen heeft het ook een aanpassing gevraagd?

Zeker. Zelf heb ik mijn opleiding gedaan in de jaren 90 en ben ik sinds 1999 aan het werk als arts. Op relatief korte termijn is er veel veranderd. Artsen moeten op een andere manier communiceren met hun patiënten. Daar is in de opleiding nu ook meer aandacht voor. Artsen moeten nu ook veel meer documenteren. Je moet kunnen aantonen dat je al het nodige hebt verteld, hoe je de patiënt geïnformeerd hebt, enzovoort. Dat vraagt veel van artsen. Op de duur ben je soms meer bezig op je computer dan met je patiënt, dus ik verwacht nog wel een tegenbeweging op dat vlak.

### Gezamenlijke zorg vraagt veel van patiënten en van artsen, maar wat is dan de grote meerwaarde?

Ik denk dat het de kwaliteit van de zorg zeker ten goede komt. Door de patiënt goed te informeren en actief te betrekken in de behandeling, krijgt een patiënt echt zorg op maat. Zeker als dat gebeurt binnen een multidisciplinaire samenwerking met overleg tussen verschillende artsen en disciplines en er ook aandacht is voor psychologische en sociale factoren. Dat merk je goed bij het multidisciplinaire overleg bij oncologie. Dat betekent een enorme meerwaarde voor de kwaliteit van de zorg. ☺