

Persoonsgerichte zorg leidt tot dialoog in spreekkamer

Hoor het individuele verhaal van elke patiënt

Persoonsgerichte zorg is een term die regelmatig opduikt in de zorg. Kortgezegd is dit zorg waarbij de patiënt en zijn mogelijkheden centraal staan en niet zijn ziekte. Zorgverlener en patiënt bekijken samen welke behandeling het best bij zijn situatie past. Wat merken patiënten er in de praktijk van? Maakt het de zorg beter? Op deze vragen gaat dit artikel in. Eerst kijken we naar wat mensen ervan merken en wat patiënten willen. Vervolgens kijken we naar wat de zorg ermee doet en wat in ontwikkeling is.

‘Dit is er gebeurd, dit zijn de medicijnen en ik zie u over een jaar terug.’

“Zo dient het niet te gaan in de spreekkamer”, zegt Janette Vijfhuizen, loopbaanadviseur die vanwege diverse aandoeningen met verscheidene specialisten te maken heeft. Als vrijwilliger bij Harteraad (voorheen De Hart&Vaatgroep) heeft ze een aantal consulten geobserveerd met een gespecialiseerd verpleegkundige en een cardioloog. “Het viel me op dat deze verpleegkundige de gesprekken volgens een vast stramien leek te voeren. Ze vroeg niet wie de patiënt had meegenomen, ze keek niet hoe iemand erbij zat en zag diens nervositeit niet. Ik voelde ook een tijdsdruk. Bij de cardioloog zag ik gelukkig dat het ook anders kan. Hij nam goed de tijd. Ik heb het gevoel dat artsen het niet altijd kunnen opbrengen om te kijken en te vragen hoe het met iemand gaat. Het is wel heel belangrijk: ik wil me als patiënt gezien en gehoord voelen. Ik heb ervaren dat rust brengen in het gesprek belangrijk is, dat kan met kleine menselijke opmerkingen. Soms heb ik het idee dat patiënten bij zorgverleners door een wasstraat gaan.”

Ga niet onvoorbereid naar je dokter

Vijfhuizen wil als patiënt serieus genomen worden. “Ik heb soms helemaal genoeg van mijn chronische aandoening en dat ik me steeds moet aanpassen. Het is belangrijk dat zorgverleners daar oog voor blijven hebben en niet denken dat ik er wel mee kan omgaan omdat ik de aandoening al zo lang heb.” Patiënten gaan volgens haar te vaak onvoorbereid op gesprek. “Schrijf je vragen van tevoren op, durf deze te stellen. Vraag om een vervolgsconsult als er nog dingen zijn die je wilt bespreken. Wees assertief.”

Lang niet iedereen is daartoe goed in staat, erkent Vijfhuizen. “Maar er zijn vast andere mensen die daarin kunnen ondersteunen.” Haar belangrijkste advies aan artsen is: ‘Maak eerst contact, zeg wat je gaat doen. Bijvoorbeeld: ik heb hier uw gegevens, daar gaan we zo naar kijken. Eerst wil ik weten hoe u zich voelt.’ De meest positieve ervaring heeft Vijfhuizen met haar cardioloog. “Hij vroeg om feedback over de communicatie aan het einde van ons gesprek. Hoe mooi zou het zijn als we dit niet meer zien als een uitzondering.”

Mijn proces bewaken

“Wat wil je vandaag bespreken?” Deze vraag van zijn psychiater bevalt Arnoud Korse, goed. “Ik wil dat mijn psychiater mijn ziekteproces bewaakt. Ik heb een signaleringsplan opgesteld, waarin ik aan de hand van mijn dagelijkse activiteiten, stemming en gedrag, kan beoordelen hoe het met me gaat. Dit plan helpt me nog niet goed; acht van de tien keer heeft het me bij een crisis geen soelaas geboden.” Korse heeft een bipolaire stoornis en chronische klachten en is diverse keren opgenomen geweest. Onlangs veranderde hij van psychiater. “Het stoorde me dat deze psychiater me niet zelf uit de wachtkamer kwam halen, maar dat door een verpleegkundige liet doen terwijl hij zelf zijn dossiers zat bij te werken. Ik ben eerst naar mijn huisarts geweest met de vraag of die de behandeling kon overnemen. Hij zei dat hij te weinig kennis had van mijn medicatie, een eerlijk antwoord.”

Het klinkt mooi en aardig

Het viel nog niet mee om een nieuwe psychiater, dicht in de buurt, te vinden. Korse heeft sinds kort contact met een sociaal-verpleegkundige. “Ze komt op huisbezoek. Dit contact moet nog groeien, er

moet basisvertrouwen zijn. Persoonsgerichte zorg, dat klinkt mooi en aardig. Als ik structuur en zelfvertrouwen heb, red ik me wel. Dan kan ik planmatig denken. Ik wilde mijn nieuwe psychiater niet zo vaak zien, ik wilde toegroeien naar één keer per jaar, maar ze vond dat geen goed idee omdat ze me nog niet goed kent. Samen hebben we besloten om de medicatie niet af te bouwen, ook al is mijn bloedspiegel aan de hoge kant. Ik heb geen haast, never change a winning team. Ik mis wel de continuïteit in de hulpverlening; te veel wisseling van de behandelende psychiaters maakt het lastig om een vertrouwensband op te bouwen.”

Patiënt wil meer betrokken worden bij behandeling

Patiënten zijn mondiger geworden, ze zijn meer dan hun ziekte en willen zo ook benaderd worden. Ze verwachten niet altijd meer dat de dokter of verpleegkundige vertelt wat goed voor hen is. Ze zijn beter geïnformeerd, willen meer regie, meer betrokken worden bij hun behandeling en meer verantwoordelijkheid voor hun aandoening en leven. Zorgverleners proberen meer te kijken naar de hele patiënt. Welke problemen ervaart deze patiënt in het dagelijks leven? Wat wil hij? Hoe kan ik daarbij helpen?

Patiënten verwachten niet meer dat de dokter of verpleegkundige vertelt wat goed voor hen is

Patiënt kent zijn leven het best

Wat verstaan we onder persoonsgerichte zorg? Anne-Margreet Strijbis, relatiemanager zorg bij Harteraad, formuleert het kort maar krachtig: “Dat is standaard maatwerk leveren.” Op basis van wetenschappelijk onderzoek zijn er richtlijnen voor de zorg vastgesteld, die artsen gebruiken als leidraad. “Daarnaast is het van belang dat een zorgverlener kijkt naar de specifieke situatie, kenmerken en voorkeuren van een patiënt. Ook is het betrekken van de naasten van de patiënt belangrijk, omdat de omgeving mede bepaalt of iemand een gedragsverandering of het slikken van medicijnen kan volhouden (zie [naasteninbeeld](#)). In het gesprek tussen de zorgverlener en de patiënt komen twee perspectieven samen: de zorgverlener als kenner van de ziekte, de patiënt als kenner van zijn leven. Samen kijken ze welke behandeling het best past bij de patiënt en nemen ze op basis daarvan een beslissing.”

Eigen keuzen maken

Harteraad is als patiëntenorganisatie betrokken bij het opstellen van richtlijnen en neemt daarbij ervaringen en voorkeuren van patiënten mee. “Van patiënten horen wij waar ze tegenaan lopen, zoals de continuïteit en organisatie van zorg. Dat speelt bij de overgang van de specialist naar de huisarts bijvoorbeeld. Ik merk dat er in de richtlijnen een slag is gemaakt. Er wordt breder gekeken dan alleen wetenschappelijk bewijs. Ook ervaringen van patiënten worden meegenomen. Dat is ook belangrijk omdat onderzoeken vaak alleen onder mannen worden uitgevoerd. Verder kunnen patiënten naast hun hart- of vaatziekte andere aandoeningen hebben. Ook daar is nog niet veel onderzoek naar gedaan.”

Eigen keuzen maken, daar gaat het om bij persoonsgerichte zorg. Strijbis: “Vaak worstelen mensen met de hoeveelheid medicijnen die ze moeten slikken en waar ze beroerd van zijn. Terwijl een dokter dan heel tevreden is over de goede bloeddruk. Belangrijk is dan om samen met de arts de juiste balans te vinden: het omlaag brengen van de bloeddruk met zo min mogelijk bijwerkingen.”

“In richtlijnen worden nu ook ervaringen van patiënten meegenomen”

Een beter gesprek

Harteraad heeft een online tool ontwikkeld, waarmee mensen kunnen ontdekken wat voor hen belangrijk is in hun leven. Ze kunnen de vragen invullen en het instrument gebruiken om een gesprek met de arts voor te bereiden. “Het draagt bij aan een beter gesprek met de arts en het leidt tot passender keuzen. Mensen kunnen na het invullen beter aangeven wat voor hen belangrijk is, bijvoorbeeld een betere conditie zodat ze hun kleinkind naar school kunnen brengen”, aldus Strijbis. Harteraad maakt ook een overzicht van wat mensen te wachten staat in het jaar na een hartinfarct. “We merken dat mensen daar te weinig van op de hoogte zijn. Ze kunnen zelf zaken aandragen en krijgen zo hopelijk meer grip op hun gezondheid en situatie in plaats van dat het allemaal over hen heen komt.”

Bekijk hier de online tool van Harteraad: [Wat ertoe doet](#)

Dokters kijken vanuit medisch perspectief

Persoonsgerichte zorg helpt mensen met een chronische ziekte beter om te gaan met hun aandoening. Huisarts Maarten Klomp, werkzaam bij zorggroep DOH, zegt: “Natuurlijk moet een zorgverlener zich goed rekenschap geven van degene die tegenover hem zit. ‘Dit doen we allemaal al jaren’, zeggen veel dokters. Dit gebeurt alleen nog te vaak vanuit hun eigen kijk, hun medisch perspectief op de patiënt. Vanuit die blik starten ze een behandeling op en geven ze adviezen. Bij persoonsgerichte zorg draaien we het om. Welke behoeften en wensen heeft u, waar ben u mee geholpen, hoe kan ik daaraan bijdragen? Dat zijn vragen die dokters en praktijkondersteuners stellen.”

Persoonsgerichte zorg biedt een aanvullend perspectief op de ziektegerichte zorg. Het gaat over wat mensen nodig hebben om zich gezond en gelukkig te voelen.

Geen echt gesprek met onze patiënten

Komt persoonsgerichte zorg ineens uit de lucht vallen? Huisartsen en praktijkondersteuners zijn samen met andere betrokken zorgverleners een aantal jaren geleden gestart met het verlenen van zorg in programma's aan mensen met een chronische aandoening. Het is programmatische zorg die plaatsvindt op basis van richtlijnen en protocollen. Nathalie Eikelenboom, stafmedewerker zelfmanagement en e-health bij zorggroep DOH, zegt: “Praktijkondersteuners gaan periodiek na of allerlei medische waarden in orde zijn, zoals bloedsuikerwaarden, bloeddruk, gewicht, en ze geven leefstijladviezen. Deze aanpak heeft de zorg voor mensen met een chronische ziekte zeker verbeterd. Praktijkondersteuners echter ervaren deze zorg als knellend. Ze zeggen: ‘We vinken onze lijstjes af en hebben niet echt contact met onze patiënten. Het ontbreekt ons aan tijd voor een gesprek met de patiënt, waarin we kunnen vragen: Hoe gaat het met u, heeft u last van uw ziekte, wat betekent het voor u om deze aandoening te hebben?’ Die context is belangrijk. Ook komt het voor dat patiënten zich niet aan adviezen houden en niet doen wat artsen of praktijkondersteuners zeggen. Die worden daar soms moedeloos van.” Huisarts Klomp herkent dit. “Praktijkondersteuners geven op basis van de richtlijnen een goed bedoeld advies. Maar is het wel passend bij de patiënt, bij zijn wensen en situatie? Samen doelen formuleren, samenwerken kan een patiënt helpen om diens gedrag of leefstijl te veranderen.”

Vier controlebezoeken per jaar is niet voor iedere patiënt passende zorg

Niet voor iedereen de beste aanpak

Het lijkt alsof er met jaarlijks vier controles een ‘vaste mal’ gecreëerd is voor alle patiënten, terwijl deze frequentie niet voor iedereen de best passende zorg is. Iedere patiënt en zijn situatie, zijn leven, is uniek. Niet alle mensen met een chronische aandoening hebben dezelfde doelen. Ketenzorg (zorgprogramma in de eerstelijnszorg) is een aanpak die praktijkondersteuners en de patiënten gewend zijn. Eikelenboom: “Die staat bij wijze van spreken al met zijn jas aan bij de deur als blijkt dat

de waarden in orde zijn. Een gesprek heeft amper plaatsgevonden.” Ze noemt een voorbeeld: “Iemand slikt pillen tegen een te hoge bloeddruk. Het blijkt dat de patiënt veel last heeft van stress, omdat hij schulden heeft. Dat is iets wat effect heeft op je gezondheid. Daar zou het in het gesprek ook over moeten gaan. Die context is belangrijk, daar horen zorgverleners van iedere patiënt meer over te weten.” Haar collega Klomp noemt het een ouderwetse manier van zorg verlenen. “Uitvragen, vinkjes zetten en adviseren.”

Bekijk hier [het filmpje](#) van zorggroep DOH over persoonsgerichte zorg

In de praktijk: gedeelde agenda en samen beslissen

Zo is de de aandacht verschoven naar persoonsgerichte zorg. Niet meer: wij zeggen wat u moet doen, maar dit is uw situatie. Hoe kunnen we hier het best samen aan werken? De eerste vraag wordt nu: “Zullen we eens samen kijken hoe het de afgelopen weken met u is gegaan?” DOH heeft een aantal instrumenten en materialen ontwikkeld om persoonsgerichte zorg in de praktijk handen en voeten te geven. Zo kunnen de zorgverleners een gespreksmodel gebruiken om het gesprek met de patiënt goed vorm te geven. Ook het zorgaanbod van deze zorggroep verandert; ze bieden groepscursussen aan, een rondleiding in een supermarkt, of online ondersteuning. Wat merken we in de praktijk van deze nieuwe visie op zorg? Klomp: “Arts en patiënt hebben meer een gedeelde agenda. Ze bekijken samen wat voor een patiënt belangrijk is. Welk doel wil de patiënt nastreven, hoe kan de arts of praktijkondersteuner daaraan bijdragen? Ze nemen samen beslissingen, die gedeelde besluitvorming is een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg. De consulten worden explicieter. Er komt een ander gesprek op gang, arts en patiënt delen andere informatie met elkaar. Een arts gaat aandacht besteden aan zaken die er voor een patiënt toe doen.”

Probleem is vaak het ontbreken van gedeelde overeenstemming

Het gevolg van dit soort vragen stellen (wat is voor u belangrijk op dit moment?) kan zijn dat een patiënt een andere afweging maakt. Klomp: “Soms wil een patiënt vanwege de bijwerkingen geen medicijn nemen tegen een te hoog cholesterol. Hij wil kijken of hij er zelf op een andere manier iets aan kan doen, beter op de voeding letten of meer bewegen bijvoorbeeld.” Klomp vertelt dat hij bij kwetsbare ouderen iets heeft zien veranderen. “Zij zien soms bewust af van meer medische behandelingen. In gesprek met hen merken we dat zij soms liever iets willen doen aan hun eenzaamheid, of dat het voor hen belangrijk is dat ze nog een zinvol leven hebben.” Nog een ander voorbeeld: het goed innemen van medicijnen (therapietrouw). “Dat is niet het probleem van de patiënt. Het probleem is vaak dat er geen gedeelde overeenstemming is. Als arts en patiënt samen goed gesproken hebben over medicijnen, komen zij soms tot een andere afweging, een besluit dat past bij de patiënt. Als arts begrijp je die keuze dan ook beter.”

Dokters moeten ook dokters blijven

“Persoonsgerichte zorg mag zeker niet in de plaats komen van medisch gerichte, ziektegerichte zorg”, benadrukt Klomp. “Medische kennis over de ziekte en het ziekteverloop blijven onmisbaar. Dokters moeten dokters blijven en hun medische expertise inbrengen. Goede persoonsgerichte zorg kan ook betekenen dat een dokter op sommige momenten als dokter moet beslissen. Niet iedereen is in staat om eigen regie te voeren, daar zullen we ook rekening mee moeten houden. Persoonsgerichte zorg doet recht aan de invalshoek, het perspectief van de patiënt, en aan zijn mogelijkheden. Het betekent respecteren dat een patiënt soms een andere keuze maakt.”

Verhaal en ervaring van patiënt is belangrijk

Hoe zit het met die richtlijnen en persoonsgerichte zorg? Sluiten die elkaar niet uit? Jako Burgers, werkzaam als strategisch medisch adviseur bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Maastricht, wijst erop dat persoonsgerichte zorg niet nieuw is, maar sinds de jaren zestig een kernwaarde is van het huisartsenvak, net als generalisme en continuïteit. “Huisartsen behoren hun patiënten in de tijd goed te kennen, hun voorgeschiedenis,

hoe hun ziekte of aandoening zich ontwikkelt, hoe hun leef- en werksituatie is en hoe ze op medicijnen reageren, hoe ze omgaan met hun ziekte en welke vaardigheden ze hebben.”

Burgers ziet de aandacht voor persoonsgerichte zorg als een reactie op wat er is gebeurd rond de organisatie en inhoud van de zorg. “We hebben richtlijnen ontwikkeld toen we ontdekten dat in de ene regio patiënten anders werden behandeld dan in de andere. Deze willekeur hebben we er met de richtlijnen uitgehaald. In het begin was er weerstand tegen die richtlijnen, sommige artsen zagen het als ‘kookboekgeneeskunde’. Nu vinden ze de richtlijnen een prima hulpmiddel voor hun beleid en besluitvorming. Alleen zijn zorgverzekeraars en beleidsmakers ermee aan de haal gegaan. Ze zijn richtlijnen gaan gebruiken om toezicht te houden en de kwaliteit van zorg te meten. De patiënt als uniek persoon kwam niet meer in beeld. Het liep uit de hand.”

Leven voorbij de aandoening

Voor Henk Mathijssen, voorzitter van de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB), staat nog niet helder omschreven wat persoonsgerichte zorg betekent. “Elke zorg is toch persoonsgericht, ieder mens, zijn ziekteproces en herstel is immers uniek.” Hij voegt er direct aan toe dat ook in de geestelijke gezondheidszorg gewerkt wordt aan standaarden, waarin staat wat onder goede zorg wordt verstaan en waar die aan moet voldoen. “Het is niet de bedoeling dat die persoonsgerichte zorg in de weg gaan staan.”

Iemand is meer dan zijn ziekte of aandoening, dat is een opvatting die Mathijssen van harte onderstreept. “Het gaat niet om leven met de aandoening, maar leven voorbij de aandoening. Wij vinden het belangrijk om te praten over wat het betekent om met deze aandoening te leven. Wat wil je met je werk of relaties? Heb je daar begeleiding of ondersteuning bij nodig? Van wie dan? We zien dat steeds meer eraringsdeskundigen worden ingezet voor hersteltrainingen. Gebeurt dan vanuit een ggz-instelling of kun je bij de gemeente terecht? Dat de begeleiding en ondersteuning goed wordt georganiseerd is van belang en daar schort het nu nog aan. Ook de financiering van herstelzorg moet duidelijk zijn.

Psycho-educatie en signaleringsplan kunnen helpen

Patiënten hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en hun herstel, benadrukt Mathijssen. “We mogen hen daarop aanspreken. Er is een aantal dingen dat je zelf kunt doen, zoals zorgen voor structuur, iets ondernemen ook al gaat het niet goed met je.”

Psycho-educatie is belangrijk. “Er zijn trainingen van twaalf bijeenkomsten voor mensen met deze aandoening en hun naasten, zodat ze inzicht kunnen krijgen in hun ziekte. Ook lotgenotencontact speelt een rol en kan mensen helpen.” Een signaleringsplan opstellen, zodat je tijdig signalen opvangt die wijzen op een terugval, kan helpen.

Ervaringen van patiënt zeker zo belangrijk

Volgens Burgers zijn richtlijnen nodig om verantwoorde persoonsgerichte zorg te leveren. Artsen gebruiken richtlijnen als een hulpmiddel om samen met hun patiënt besluiten te nemen. Voor goede zorg en het gesprek tussen arts en patiënt is niet alleen de kennis en zijn professionele expertise die de arts heeft belangrijk, maar zeker ook het verhaal van de patiënt, bepleit Burgers. Welke ervaringen met het zorgproces heeft de patiënt? Wat vindt hij belangrijk? “In de spreekkamer moet een goede dialoog plaatsvinden. De arts moet in het toepassen van de richtlijnen de wensen en verwachtingen van zijn patiënt ook een rol laten spelen. Dat betekent overigens niet dat patiënten van alles kunnen eisen, zoals een MRI of een antibioticakuur.”

“Niet de computer maar de patiënt dient centraal te staan”

Een ander gesprek durven voeren met patiënt

Het is wennen voor zorgverleners. Zodra waarden afwijken, willen ze meteen actie ondernemen. Ze moeten hun eigen doelen meer durven loslaten, een ander gesprek durven voeren met de patiënt,

andere vragen stellen. Ze krijgen een andere rol: meer die van begeleider en coach van de patiënt die zelf zijn doelen formuleert. Dat is zeker wennen, erkent Eikelenboom. “Wat helpt is gesprekken met video opnemen, terugkijken, feedback organiseren en reflecteren. Zorgverleners zien dat ze soms in een consult meer hun mond moeten houden en patiënten de ruimte geven om hun verhaal te doen. Zoek naar aanknopingspunten en draag niet direct oplossingen aan. De uitdaging is om oog te blijven houden voor wat de patiënt belangrijk vindt. Dan zal de patiënt betere ondersteuning ervaren. Ook wordt het werk van de praktijkondersteuner er plezieriger door.”

Dat lukt artsen nog lang niet altijd goed, weet Burgers. “Onderzoek toont aan dat artsen hun patiënten regelmatig onderbreken en praktijkondersteuners kijken nog steeds veel op hun computer om lijstjes in te vullen. Omdat de zorgverleners daar financieel op afgerekend worden. Niet de computer maar de patiënt dient centraal te staan.”

Meer betrokkenheid leidt tot gunstiger gedrag

Wat verandert er voor patiënten? Technische mogelijkheden leiden ertoe dat mensen zelf ook thuis allerlei gezondheidswaarden kunnen meten. Klomp: “Dat leidt tot meer betrokkenheid. We zien ook dat het een gunstiger en gezonder gedrag oplevert. Dat is veel effectiever dan de goed bedoelde leefstijladviezen die zorgverleners geven. Voorwaarde is wel dat er een gedeeld plan is.”

Patiënten kunnen zelf meer aan de slag gaan en meedenken over de zorg die ze krijgen. Ze kunnen zich voorbereiden op een consult. Al is dat niet voor iedereen weggelegd. Niet ieder patiënt is ertoe in staat: regie en verantwoordelijkheid nemen. Echte persoonsgerichte zorg houdt niet alleen rekening met iemands wensen en mogelijkheden, maar ook met iemands onvermogen om eigen regie te voeren.

Drie goede vragen

Burgers vindt dat patiënten ook het nodige kunnen doen. “Stel drie goede vragen: wat zijn mijn mogelijkheden, wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden en wat betekent dat voor mijn situatie? (3goedevragen.nl) Probeer van tevoren te bedenken wat je wilt weten van je dokter en wat je zelf kunt doen. Patiënten hebben de neiging om te denken: mijn dokter houdt het allemaal bij, daar heb ik een dokter voor. Ze zouden zich net zo dienen te bekommeren om hun gezondheid als dat ze doen om hun bankgegevens.”

Wat is er nodig voor persoonsgerichte zorg?

- Betrokken, empathische zorgverleners met voldoende aandacht en tijd, organisatie van de zorg moet hierop zijn ingericht;
- Samenwerking tussen patiënt en zorgverlener;
- Goede uitleg voor patiënten over de verschillende behandelopties, met hulp van tekenfilmmpjes op betrouwbare websites;
- Digitale instrumenten en keuzehulpen die patiënten ondersteuning bieden bij het nemen van besluiten;
- Technische mogelijkheden om zelf metingen te doen;
- Via patiëntportaal uitslagen kunnen inzien.