

De bio-psychosociale paradox

Zorgprofessionals in alle gelederen van de gezondheidszorg ervaren dat de transitie van het medische model naar het bio-psychosociale model geen eenvoudige uitdaging is. Over de aanleiding en de noodzaak van deze paradigmatische ommezwaai is ook de niet-professioneel ingelezen burger inmiddels steeds beter op de hoogte. De media nemen, bijvoorbeeld in verschillende praatprogramma's op televisie, in toenemende mate deze burger bij de hand en bieden informatie over de gevolgen van het tekort aan personeel in de zorg. Dit, in combinatie met een toename aan chronisch zieke patiënten met een steeds grotere mate van multi-morbiditeit, biedt inmiddels voldoende urgentie om de consequenties van deze tendensen te bespreken. Deze gevoelde urgentie is volkomen terecht. Het is namelijk niet iets dat alleen de zorgsector aangaat; het zijn de gevolgen van politieke keuzen die de burger inmiddels op vele fronten raakt.

Onhoudbare situatie

Een toename van kwetsbaarheid in de samenleving gaat niet evident automatisch samen met de principes van de participatiemaatschappij; de mogelijkheden om tijdige en passende zorg te bieden staan reeds bij voortduring onder druk. Dat het onhaalbaar is om in de toekomst meer en meer hoogopgeleide verpleegkundig specialisten en medisch opgeleid personeel in te zetten, lijkt hierbij dan ook steeds meer een maatschappelijke rationale te krijgen. Dat brengt met zich mee dat ondermeer het belang van familiebijdragen en mantelzorg, ook in de toekomst, aan de orde zal blijven, en dat alles wat



medisch mogelijk is, niet altijd meer oppoortuun kan zijn.

Nieuwe wetenschapsgebieden

In analogie op deze maatschappelijke ontwikkelingen ontstaan nieuwe internationale wetenschapsgebieden: 'health literacy', 'patient empowerment', 'self management', 'shared

decision making', 'patient centered care', 'family care', 'remote patient monitoring', 'value based health care'... Het zijn kennisgebieden in opkomst die je onder de noemer 'sociale diagnostiek' zou kunnen scharen.

De oppositie: een korte casus

Ik mocht recentelijk opponeren in het Groninger academiegebouw waar een promovenda haar proefschrift verdedigde onder de titel: *'Focus on functioning in person-centered nurse-led diabetes care'*¹. Dit proefschrift bespreekt de zorg die ondermeer de POH en de verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk aan diabetes type II patiënten bieden. Zij had in haar studies in het bijzonder aandacht voor het belang van gezamenlijke besluitvorming en voor het betrekken van familieleden. Ze gaf aan dat hier nog wat winst te behalen was, zeker bij de zogenoemde 'minder gemotiveerde patiënt'. In de titel wordt, naar mijn mening, illustratief gemaakt wat de hedendaagse 'bio-psychosociale paradox' genoemd kan worden. De aandacht ligt niet meer op 'patiëntgerichtheid', maar is vervangen door 'persoonsge-

'Dat het onhaalbaar is om in de toekomst meer en meer hoogopgeleide verpleegkundig specialisten en medisch opgeleid personeel in te zetten, lijkt hierbij dan ook steeds meer een maatschappelijke rationale te krijgen'

richtheid' en de focus is verschoven van een 'ziektkundige benadering' naar 'functioneren'. Echter, het moet blijkbaar nog wel onder geleiding of begeleiding van gespecialiseerde zorgprofessionals, die over het algemeen nog gewoon spreken over 'patiënten' en die met name bloed-suikerwaardes als een bijzonder belangrijke parameter zien, zo werd ook duidelijk uit dit proefschrift... Zie hier de aanleiding voor de onderkenning van een mogelijke tegenstrijdigheid: staat hier nu het zelfstandig functioneren van personen centraal? Of staat de professionele ondersteuning van patiënten centraal?

Vandaar dat ik suggereerde dat de titel van haar proefschrift niet echt meer appelleert aan de moderne persoonsbenadering en dat er een keuze gemaakt moet worden. Niet meer de intensieve verpleegkundige begeleiding centraal, maar de begeleiding door de burger zelf. Derhalve stelde ik dat de volgende titel wellicht passender is, omdat die ook een hoger doel in zich heeft: *'Focus on person-centered, person and family led functioning with diabetes'*. Waarbij een collega-opponent, ter mijner ondersteuning, aangaf dat verpleegkundigen de begeleiding ook meer zou kunnen overlaten aan leefstijlcoaches; begeleiders die thuis en in de wijk actief zijn en bij wie niet per se veeljarige medische of paramedisch scholing noodzakelijk is. ('Health coaching', overigens ook een nieuw terrein dat aan het rijtje 'nieuwe wetenschapsgebieden' toegevoegd kan worden, met, als het gaat om diabeteszorg, inmiddels op meerdere vlakken positieve resultaten). Dus de gespecialiseerd verpleegkundige zeker niet vervangen, maar toch wel in een rol die straks noodzakelijkerwijs (nog) meer in samenwerking met de 'buiten-professionele' ondersteuning ontwikkeld wordt.

De promovenda gaf aan dat de huidige Nederlandse diabeteszorg een van de beste van de wereld is

en dat ook patiënten deze zorg hoog waarderen; ze bleef bij een prominente coachende, begeleidende rol van de verpleegkundig specialist en een rechtvaardiging van haar eigen proefschrifttitel, en daarna was het Hora Finita, en promoveerde deze kandidaat even later glansrijk en volkomen terecht.

Waarden uit het biomedische model

Diagnosticeren lijkt, bijvoorbeeld bij docenten die werkzaam zijn binnen verpleegkundige opleidingen of bij andersoortige zorgopleidingen, soms de connotatie te krijgen dat het wel wat op de achtergrond geschoven kan worden, omdat de burger nu eenmaal steeds meer zelf moet aangeven wat zijn of haar waarden en wensen zijn. Echter, de wens is ook om goed te kunnen analyseren wat nu precies die meer of minder principiële persoonlijke wensen en waarden zijn, zodat deze in verband gebracht kunnen worden met essentiële medische informatie, (verpleegkundige) ondersteuningsmogelijkheden en de soms complexe sociale vraagstukken die er spelen. Je zou zeggen: dan zijn analytische, diagnostische vaardigheden juist onontbeerlijk. Hier heeft de burger een zeer goed opgeleide, accuraat handelende diagnosticus hard nodig!

De overwinning van een paradox

De overkoepelende vraag is hoe deze schijnbare paradox te overwinnen is. Hierbij een tweetal suggesties om in het debat mee te nemen:

1. Onderken dat je zorgprofessional bent en investeer in diagnostische kennis en vaardigheden; dus competenties die noodzakelijk zijn om complexe vraagstukken te onttrafelen, te analyseren, en om daar in samenspraak een passende interventie op te kunnen voorstellen. Ook al appelleert 'diagnostiek' wellicht aan het biomedische model: koester en ontwikkel die kennis, ondermeer ten behoeve van de

transitie naar het bio-psychosociale model. Die diagnostische rol zal in de toekomst steeds belangrijker worden, en andere, meer coachende, begeleidende rollen zullen noodzakelijkerwijs in zekere mate gaan verschuiven naar het buiten-professionele domein.

2. Ontwikkel en valideer een integraal, interprofessioneel diagnostisch model voor zorgprofessionals dat in de volgende elementen meer synergie brengt:

1) *Professionele diagnostiek*: medische diagnostiek (de oorzaak en de aard van de ziekte of aandoening) en verpleegkundige diagnostiek (de gevolgen van de aandoening in synergie met de gehele persoonlijke gezondheidsconditie).

2) *Sociale diagnostiek*. De situatie, wensen en (te ontwikkelen) mogelijkheden van patiënten en hun directe naasten in relatie tot hun sociaal-maatschappelijke context; diagnostische competenties die gerelateerd zijn aan de voornoemde 'nieuwe wetenschapsgebieden'.

3. *Technologische diagnostiek*. Technologische monitoring en diagnostiek die de (individuele) burger kan ondersteunen en motiveren bij zijn dagelijks functioneren. (Point of Care Diagnostics, Person-Centered-Diagnostics, 'Remote Patient Monitoring', 'Self-Monitoring', 'Peer-Monitoring', 'Family Support Monitoring', 'E-patient Coaching', etc.).

Dr. Wolter Paans

*Lector Verpleegkundige Diagnostiek
Hanzehogeschool, Groningen.*



1. Thesis: 'Focus on functioning in person-centered nurse-led diabetes care'. Wildeboer, A.