

Je gezondheid zelf beheren: verplichting of belofte van patiëntbetrokkenheid?

Editio



De voorbije jaren vond een kleine revolutie plaats in het discours en de praktijk van de gezondheidszorg: die van de 'patiënt-e centraal'. Het gaat niet langer alleen om het verlenen van zorg, maar om het 'samen opbouwen' van een zorgtraject, uitgaande van de doelstellingen die de persoon zelf stelt. Deze logica, vooral bekend onder de naam 'doelgerichte zorg', stelt voor om bij gezondheidsinterventies opnieuw te focussen op de wensen en het levensproject van patiënten. Op papier is de intentie nobel, zelfs emancipatorisch. Maar hoe aantrekkelijk dit idee ook is, het verdient om grondig onderzocht te worden. Achter de uitgesproken wens om meer rekening te houden met het individu, schuilt namelijk een reëel risico: dat van een buitensporige responsabilisering van patiënten en een sluipende verschuiving van mentale, administratieve en emotionele lasten naar hen, ten koste van het collectieve systeem dat deze lasten zou moeten dragen. De studie *Doelgerichte zorg. Een kritische discoursanalyse*, gaat in op de vooruitgang en de ongewenste ontwikkelingen van dit concept in zijn gebruik als wondermiddel voor persoonsgerichte zorg.

Ondernemer zijn van je eigen gezondheid: volgens de uitgebreide wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp, is deze uitdrukking het motto geworden voor de individuele verantwoordelijkheid als het gaat om de kwaliteit van zorg. Een dergelijke aanpak verwacht echter dat mensen goed geïnformeerd zijn, keuzes maken, een vaak complex zorgtraject volgen en tegelijkertijd de zelf gestelde doelen voor ogen houden. Deze betrokkenheid lijkt positief. Dat is het ook, mits ze begeleid wordt. Maar zonder passende ondersteuning, kan het al snel een verdoken prestatie-eis worden. Want hoewel ontstaan vanuit een goede intentie, wordt het concept doelgerichte zorg ook, soms onbewust, gekenmerkt door een sterk normatieve culturele context. Het is niet de logica van de zorg op zich die problematisch is, maar wel de manier waarop deze zich inschrijft in een samenleving waar gezondheid steeds meer wordt gezien als een kapitaal dat moet worden onderhouden. We beheren onze gezondheid zoals we ons economisch kapitaal beheren, we monitoren haar live, we laten ze renderen en beschermen ze. Deze benadering waardeert het autonome, proactieve, rationele individu dat zich bewust is van diens voorkeuren en gezondheidsrisico's, in staat is om eigen doelstellingen te formuleren, deze na te streven en 'succesvol gezond te zijn'. Maar dit model strookt niet met de sociale realiteit van velen.

Niet iedereen heeft immers dezelfde middelen of manoeuvreerruimte. Onze levensomstandigheden, economische situatie, mentale belasting of beschikbaarheid, geven ons niet allemaal dezelfde vrijheid om te handelen.

Het paradigma van doelgerichte zorg kan dan snel ontaarden in een vorm van consumentisme: we zien de patiënt-e als een klant die vrij kan kiezen tussen verschillende zorg-opties, alsof het om een markt gaat en niet om een fundamenteel recht. Daar schuilt een potentiële blinde vlek: gezondheid reduceren tot het resultaat van individueel gedrag, terwijl het in de eerste plaats een sociaal, relationeel en cultureel gegeven is.

We moeten hier terugdenken aan wat James Mold, pionier van het concept, al benadrukte: zorg is niet alleen complex, maar ook zeer persoonlijk. Zorg is echter vooral ook cultureel bepaald. Wat als 'normaal' of 'wenselijk' wordt beschouwd op vlak van gezondheid, wordt beïnvloed door sociale en morele normen die vaak onzichtbaar en soms uitsluitend zijn. Als we het concept gezondheid moraliseren, worden roken, niet sporten, niet naar de dokter gaan en 'niet willen genezen' al snel afwijkend gedrag. Het *Wellness Syndrome* (Cederström & Spicer, 2015) analyseert al de moralistische neiging om gezondheid te associëren met deugdzaamheid en het daarmee gepaard gaande gebrek aan empathie voor mensen die er niet in slagen hun gezondheid te behouden.

Om die reden moeten we dringend vermijden dat doelgerichte zorg een middel tot sociale selectie zou worden, een manier om van de patiënt-e te eisen dat die diens rechten 'verdient' door doelstellingen te formuleren. Deze visie zou mensen kunnen uitsluiten die tijdelijk of permanent niet vooruit kunnen kijken, of voor wie het formuleren

van doelstellingen een luxe is. Erger nog, deze logica zou levensvormen kunnen devalueren die niet voldoen aan de normen van vooruitgang, optimalisatie of onafhankelijkheid.

Integendeel, doelgerichte zorg moet worden gezien als een uitnodiging om de solidariteit te versterken, niet als een manier om de verantwoordelijkheid te individualiseren. Dit veronderstelt de erkenning van de diversiteit aan menselijke realiteiten, inclusief die welke gekenmerkt worden door onzekerheid, chronische ziekte, isolatie of terugtrekking uit de samenleving. De uitdaging is dan te garanderen dat zorg voor iedereen toegankelijk blijft, zonder impliciete voorwaarden inzake prestaties of het aanvaarden van een dominant model.

De recente evaluatie van de conventie eerstelijns psychologische zorg (ELP) is hiervan een treffend voorbeeld. Uit onze studie, *Conventie eerstelijns psychologische zorg: bilan 2019-2024*, blijkt dat de toegankelijkheid van de zorg is verbeterd: meer mensen zochten, vaak voor het eerst, psychologische hulp. Voorheen moeilijk bereikbare doelgroepen, zoals jongeren, mensen met een leefloon of personen met een handicap, hebben een toegangspoort gevonden. Maar deze vooruitgang blijft fragiel. Er blijven grote territoriale en sociale verschillen bestaan. Recht hebben op zorg betekent nog niet dat je er ook toegang toe hebt: je moet weten dat het bestaat, begrijpen hoe je er toegang toe kunt krijgen, er naartoe kunnen gaan en je ervoor kunnen inzetten. Geestelijke gezondheid laat zich niet opleggen.

En ongelijkheden in toegang doen zich op alle niveaus voor, ook in de mogelijkheid om 'actief' te zijn in het eigen traject. Het gemiddeld aantal sessies daalt, hoewel de behoeften niet afnemen. En terwijl de behoeften binnen dit kader slechts gedeeltelijk worden gedekt, ontstaan er alternatieve oplossingen – coaching, niet-medische begeleiding – die niet altijd zijn afgestemd op de ernst van de situatie. Dit roept de essentiële vraag op van structurele ondersteuning voor zorgverleners: relationeel gezien vereist doelgerichte zorg meer luisteren, aanwezigheid en empathie. Dit vergt tijd, opleiding en waardige arbeidsomstandigheden.

We pleiten dan ook voor een meer collectieve, menselijke en solidaire benadering van doelgerichte zorg. De persoon centraal stellen betekent niet dat die voor alles verantwoordelijk is. Het betekent dat er rond die persoon

een omgeving wordt gecreëerd die echte keuzes mogelijk maakt, kwetsbaarheden erkent zonder ze te stigmatiseren, en afhankelijkheid waardeert als een normaal en niet als een pathologisch onderdeel van het menselijk bestaan. Het volstaat niet om patiënten uit te nodigen om betrokken te zijn. Er moeten concrete voorwaarden worden gecreëerd zodat ze dat ook kunnen doen, zonder schuldgevoelens of prestatiedruk. Dit begint met een politieke cultuur die autonomie niet verwacht met isolatie, en zorg niet met consumptie.

De eigen gezondheid zelf beheren mag nooit een last zijn. Het moet juist een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn, gebaseerd op solidariteit. Een belofte die wordt nagekomen, in plaats van extra druk.

Élise Derroitte
Ondervoorzitter CM-MC

Bibliografie

Cederström, C., & Spicer, A. (2015). *The Wellness Syndrome*. Cambridge: Polity Press.

