



LABconnect

Solidariteitsdiscussie binnen de zorg

“Een deel van de medisch specialisten wil patiënten met een ongezonde leefstijl niet behandelen”. Aldus werd nieuws gepresenteerd naar aanleiding van een ledenpeiling van de Federatie Medisch Specialisten in samenwerking met Brandpunt (KRO/NCRV). Brandpunt opende met “U moet niet raar opkijken als de dokter straks u weigert te behandelen” terwijl de kop van het artikel hierover op de website FMS luidde: “Medisch specialisten: bespreek ongezonde leefstijl met patiënt voor beste resultaat behandeling”

Kern van de onderzoeksbevinding was:

- Wanneer een ongezonde leefstijl bijdraagt aan het onderhouden van een aandoening, dan wil 43 % van de respondenten de mogelijkheid hebben om behandeling te weigeren.
- Een derde zou dat ook daadwerkelijk doen.
- 37% meent dat de kosten van de zorg dalen als artsen deze vrijheid krijgen.

Het gaat hier om een dwarsdoorsnede van ruim 1400 ziekenhuis specialisten. De basishouding van artsen zit in het grondbeginsel mensen willen helpen, mensen beter willen maken. Daarbij heeft de specialist zicht op ‘herstelkansen’, op de kans dat het niets oplevert, of dat het zelfs mis gaat. Het is onderdeel van een goed gesprek om de patiënt voor te lichten en zijn kansen te optimaliseren. Een patiënt die een grote ingreep niet meer aankan, moet die uiteraard

onthouden worden. Dit alles gebeurt onder de vlag: “Primum non nocere” (op de eerste plaats niet schaden) en “in dubio abstine” (‘bij twijfel niets doen’ of ‘bij twijfel dient u zich te onthouden van een oordeel’).

Dat medisch specialisten ook maatschappelijk betrokken burgers zijn die een persoonlijke mening hebben, is heel goed. Sterker nog: medici kunnen bijdragen aan de maatschappelijke discussie door deze met praktische voorbeelden te voeden.

Op een bepaalde manier heeft de onderzoeksbevinding ook een zorgelijke andere kant. Wie is de dokter dat hij of zij mag oordelen over het rendement van een ingreep, over de zorgkosten van een persoon buiten hierboven genoemde kaders? Dat is een aspect. Een ander aspect heeft te maken met verwijtbaar of vermijdbaar gedrag.

De vraag wat is aanleg (nature) en wat is aangeleerd gedrag (nurture) is al heel oud. Op beide terreinen doen we de laatste decennia toenemend nieuwe inzichten op. Daarbij blijkt - vroeger of later - een nieuw aantoonbaar verband hiertussen. Iemand met morbide obesitas kan een genetische afwijking hebben, en deze persoon kan uit pure eenzaamheid rookverslaafd zijn geworden. In het JAMA werd onlangs een publicatie gewijd aan Copy Number Variations (CVN's) en dat ging over DNA-onderzoek. Zowel gezonde als verstandelijke beperkte mensen blijken ‘brokken’ DNA te

veel of te in hun genoom te kunnen hebben. Bij zo'n 8000 Esten werd gekeken naar dit fenomeen in bepaalde DNA gebieden. Dit werd gekoppeld aan andere data zoals gezondheidsgegevens en sociale gegevens waaronder schoolsucces. Dit type DNA pech lijkt een verband te laten zien met het vermogen tot leren, met autisme en ADHD. Een van de in het onderzoek gevonden CVN's leidt tot een hoog lichaamsgewicht (als het stuk DNA dubbel voorkomt) maar ook tot leerproblemen en tot psychiatrische problemen. Kortom, als individueel persoon kun je met je genetisch materiaal geluk of pech hebben, maar dan werkt de pech als verdubbelaar net zoals het geluk.

Bronnen:

<http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/medisch-specialisten-bespreek-ongezonde-leefstijl-met-patiënt-voor-beste-resultaat>

https://www.npo.nl/brandpunt/09-06-2015/KN_1670274

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-dalys/levensverwachting/verschillen-sociaaleconomisch/>

