

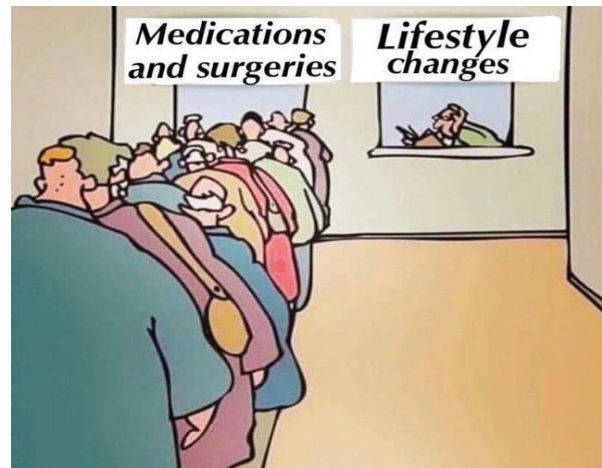
## Is hier niet een pilletje voor?

“Nee”, zei meneer stellig. Praten over zijn (on)gezondheid zat er niet in, en al helemaal niet met mij (lees: de coassistent). Ja, hij was bekend met diabetes. En hij wist ook zeker wel dat het Amerikaanse fastfood dieet wat hij erop na hield niet te goed deed aan het overgewicht en de verhoogde bloeddruk. En het roken? Dat was toch echt een moment van ontspanning die hij absoluut niet kon laten liggen. *“Is hier niet een pilletje voor?”*

Even time-out. Hoe nu verder? Ik moet de neiging onderdrukken om weg te lopen. Soms voelt het toch als een strijd met de patiënt, want als deze patiënt goed voor zichzelf had gezorgd, zou hij dan nog steeds hier voor mij zitten? En als iedereen nu goed voor zichzelf zou zorgen? Zou de zorg dan minder overbelast zijn? Maar zo wil ik er niet naar kijken, ook al is dit soms verleidelijk, want als arts sta ik aan de zijde van de patiënt. Misschien is het een kwestie van mindset. Want stel je voor wij zouden in de huid van deze patiënt zijn geboren, en zijn leven hebben geleefd. Zouden wij ons dan ook niet nu in precies dezelfde situatie bevinden? Met dezelfde getallen op de weegschaal en dezelfde cholesterolgehalten? Met hetzelfde referentiekader? Het antwoord is natuurlijk ja.

Het begint met dat deze meneer niet dik is, maar overgewicht heeft. Een klein verschil. En toch enorm. En nee, lang niet elke patiënt met overgewicht eet te veel of ongezond en beweegt te weinig. Er zit veel meer achter. Wat speelt er nu echt bij deze patiënt?

Al een lange tijd geleden pleitte artsen in de NTVG voor het besteden van aandacht aan diagnostiek naar onderliggende aandoeningen en bijdragende factoren van overgewicht.<sup>1</sup> Het identificeren van deze ‘verborgen dikmakers en -houders’ vergroot de behandelbaarheid, en leidt tot specifiekere behandelingen en betere randvoorwaarden voor het beginnen met en volhouden van een interventie. Daarnaast blijkt dat de meeste patiënten met overgewicht het juist waarderen als een arts het onderwerp obesitas aansnijdt terwijl het consult over iets anders ging.<sup>2</sup> Hierbij moeten patiënten wel actief worden doorverwezen naar



Bron: 9gag.com

een hulpverlener voor leefstijlinterventie begeleiding. Bovendien is de kans op blijvende veranderingen het grootst als een patiënt hulp krijgt. En natuurlijk helpen alle kleine beetje, zo blijkt een kort stoppen-met-rokenadvies van een arts al effectief: 1 op de 40 patiënten stopt op grond hiervan definitief.<sup>2</sup>

Terug naar de spreekkamer. Ik keek om mij heen en mijn blik viel op een A4-formaat blok met verschillende kleuren. Het leefstijlroer! Ik liet het aan meneer zien. *“Zijn ontspanning en slaap ook onderdeel van leefstijl?”* Ja natuurlijk, zei ik opgelucht, en bedacht me dat dit helemaal niet zo vanzelfsprekend was. Het slaappatroon aanpassen, daar zag meneer wel wat in. En de thermostaat uit 's nachts kon hij ook wel eens proberen, *“want dat was immers ook goed voor de portemonnee”*.

Maanden later zag ik hem weer. De nurse blik uit zijn gezicht was verdwenen en voor me zat een bescheiden glimlach. De diabetes was goed onder controle, nachtrust was uitstekend en meneer zag er ontspannen uit. *“Dankuwel dokter, voor het niet opgeven van mij en mijn leefstijl”*. En nu we het er toch over hadden, iets doen aan het voedingspatroon of beweging kon ook wel nu.

En voor ik het vergeet: Jazeker, er is tegenwoordig een pilletje (of prikje)<sup>3</sup> voor, en meer dan één zelfs, maar die laten we nog even in de kast liggen.

-Kim van der Tak

<sup>1</sup> Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D2310

<sup>2</sup> Aveyard P, Lewis A, Tearne S, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. Lancet. 2016;388:2492-500. Medlinedoi:10.1016/S0140-6736(16)31893-1

<sup>3</sup> NHG-Standaard Stoppen met roken, 2011

<sup>4</sup> Ned Tijdschr Geneesk. 2021;165:D4907