

# Veranderend oordeel over geneeskunde en medische professie

## — Kritiek en reactie —

De geneeskunde en de medische professie hebben altijd kunnen rekenen op een grote belangstelling van burgers en samenleving. In de zestiger en in het begin van de zeventiger jaren werd de gezondheidszorg voornamelijk descriptief-analytisch benaderd, aan nieuwe ontdekkingen en toekomstige mogelijkheden werd in de media veel aandacht besteed en iedere socioloog van betekenis meende zijn bijdrage te moeten leveren aan de definiëring van het begrip 'proffessie' en zijn oordeel te moeten geven over de relatie arts-patiënt.

De laatste tijd zijn oog en oordeel van de beschouwer veel kritischer geworden. Een toenemend aantal overheidsfunctionarissen en politici, juristen en economen, sociologen en filosofen zijn beroepsmatig of persoonlijk in aspecten van gezondheid en geneeskunde geïnteresseerd. Het zich tot het publiek of op de publieke opinie richtende deel van hen en enkele niet bij de individuele patiëntenzorg betrokken artsen, maken op opvallende wijze duidelijk dat naar hun mening:

- de medicalisering van de samenleving te ver is voortgeschreden door de te grote betekenis die de begrippen 'gezond' en 'ziek' hebben gekregen en door de te diepe infiltratie van de geneeskunde in het gebied van het welzijn;

- de gezondheidszorg zich te veel in curatieve zin heeft ontwikkeld en dat meer aandacht, tijd en geld moet worden besteed aan het voorkómen van ziekten en het bevorderen van gezondheid, voor verandering van het gedrag en aanpassing van het milieu;

- aan de geneeskunde grenzen moeten worden gesteld en aan de hulpverleners beperkingen moeten worden opgelegd, omdat in bepaalde opzichten het medisch 'establishment' een bedreiging voor de gezondheid is geworden.

Velen van u zullen via de media of middels verwijzingen en samenvattin-



gen in de medische vakliteratuur geconfronteerd zijn met de visie en standpunten van auteurs als: R. J. Carlson (1975): *The end of medicine*; I. Illich (1976): *Limits to medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health*; J. J. Klinkert (1974): *Macht van artsen*. Een bezorgde verkenning van een professie; H. Mahler (1975): *Health – a demystification of medical technology*; Th. McKeown (1976): *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?*; J. Powles (1973): *On the limitations of modern medicine*; I. K. Zola (1973): *De medische macht*. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Mede afhankelijk van de kennis en persoonlijke ervaringen van de kijker/luisteraar/lezer en van de functie die hij bekleedt, zullen deze beschouwingen en conclusies over de waarde van de geneeskunde en de rol van de professie tot verschillende reacties aanleiding hebben gegeven, variërend van triomfantelijke instemming tot heftige verontwaardiging.

Diegenen onder u die in de gelegenheid waren enkele van deze publikaties door te worstelen, zullen hebben geconstateerd dat de begaafdheid van sommige schrijvers vooral gelegen is in het vinden van uitdagende titels en het formuleren van kernachtige zwart-wit-uitspraken die tot citeren en reageren prikkelen, en in het selecteren van literatuurgegevens die als steun kunnen dienen voor ongenueanceerde conclusies.

Met grote vanzelfsprekendheid worden vóórkommend inadequaate gedrag van medici, slechte resultaten van bepaalde onderzoeken en behandelingen, gemaakte fouten en optredende complicaties gegeneraliseerd en met nauwelijks verholen vooringenomenheid wordt het gelijktijdig of na elkaar voorkomen van bepaalde fenomenen als causaal samenhangend geïnterpreteerd, als dit voor het betoog noodzakelijk lijkt.

Door pakkende presentatie, volume en herhaling dringt de volgende boodschap tot in alle lagen van de samenleving door: aan de kwaliteit van de door instellingen en beroepsbeoefenaren verleende hulp en de onderlinge samenwerking valt veel te verbeteren, de betekenis van curatieve zorg voor gezondheid en welzijn is gering, uit het medisch handelen vloeien onnodig hoge kosten voort en de ter beschikking staande middelen worden inefficiënt gebruikt.

Zo wordt aan de bevolking de noodzaak duidelijk gemaakt van grotere bevoegdheden voor de overheid tot structurering en regulering, van meer mogelijkheden voor extern toezicht op de organisatie en ter controle op de uitvoering van de zorg en van verkleining en beperking van invloed, werkterrein en autonomie van de in deze sector werkzame professies.

Het lijkt mij niet in het belang van een correcte lokalisatie van de geneeskunde op de kaart van gezondheid en welzijn en van een eigentijdse medisch

verantwoorde patiëntenzorg, als wij artsen zouden toegeven aan de verleiding op deze kritiek op heftig-emotionele wijze te reageren, in verdedigende of aanvallende zin, in een krampachtig pogen vanuit een geïsoleerde positie de status quo te handhaven.

De aard van ons werk verplicht ons steeds opnieuw na te gaan of ons functioneren niet alleen in medisch-wetenschappelijk, in medisch-technisch of in medisch-ethische zin voldoet aan daaraan te stellen eisen, maar ook of onze beroepsuitoefening en praktijkvoering in voldoende mate is afgestemd op en rekening houdt met de verwachtingen van de samenleving waarvan wij deel uitmaken en waarop onze diensten zijn gericht.

Als wij ons, samen met de andere hulpverleners en gezondheidszorginstellingen, verantwoordelijk weten voor kwaliteit en inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de setting waarin deze plaats vindt, dan mag de gemeenschap terecht van de artsen verwachten dat zij hun taak ruimer zien dan het medisch handelen in strikte zin; dat zij zorgen voor een humane en streven naar een zo effectief en zo efficiënt mogelijke zorg; dat zij enerzijds de bevoegdheden en vrijheden, mogelijkheden en middelen claimen die bij het verantwoordelijk-zijn horen, anderzijds – waar nodig en nuttig – opening van zaken geven en hun functioneren ter discussie stellen.

Als wezenlijke elementen van deze ruimere taakopdracht – waarop vooral in deze tijd grotere nadruk moet worden gelegd en waarvoor voldoende tijd ter beschikking moet staan – kunnen onder andere worden genoemd: aandacht voor de rol van de patiënt, voor de 'care'-aspecten van het medisch handelen, voor het bijhouden en bevorderen van kennis en voor de evaluatie van de gezondheidszorg.

Bij deze onderwerpen wil ik graag enkele persoonlijke kanttekeningen plaatsen.

### **I Het meer actief betrekken van de patiënt bij de zorg voor zijn gezondheid**

Hiervoor is informatie en communicatie nodig, inbreng en inspraak van de direct-betrokkenen bij het besluitvormingsproces. De praktici onder u weten dat de medische wetenschap met haar complex jargon, met haar grijstinten in diagnostiek/therapie/prognose en met haar onzekerheden en twijfels

tijdens een momentopname, zich niet goed leent voor een simpele uitleg of voor een bondige voorstelling van zaken in verstaanbare taal.

Toch zal hieraan meer zorg en tijd moeten worden besteed:

1. Het is één van de meest voor de hand liggende gelegenheden voor gezondheidsvoorlichting en -vorming en waarschijnlijk één van de weinige echte kansen, te bevorderen dat patiënten en bevolking een meer reëel beeld krijgen van mogelijkheden en beperkingen van de huidige geneeskunde.

2. Steeds meer blijkt dat het opvolgen van medische adviezen en het succes van bepaalde behandelingen in grote mate afhankelijk zijn van het inzicht dat de patiënt heeft gekregen en van de verantwoordelijkheid die hem is toebedeeld.

Niet alle artsen, niet alle patiënten en niet alle situaties zijn geschikt voor een accentverlegging in de arts-patiënt relatie van paternalisme naar participatie, van de deskundige met autoriteit en kennis tegenover de slecht-geïnformeerde en passieve leek naar de mededeelzame maar niet alles wetende dokter naast de actieve zich mondig gedragende patiënt.

Veel artsen zullen – zowel in hun praktijksituatie als daarbuiten – hebben gemerkt dat hun (vaak tegen hun zin) autoriteit wordt toegekend, niet op basis van verkregen kennis en op beperkt geneeskundig terrein, maar op grond van verondersteld aanwezige persoonlijke gaven en kwaliteiten op velerlei gebied. Echter, één van de grootste fouten die een deskundige kan maken is: bij voorbaat te weten wat het beste is, en de grootste zonde die hij kan bedrijven: het overschrijden van de grenzen van zijn kennen en kunnen. Voor een vruchtbare vertrouwensrelatie is interactie op basis van gelijkwaardigheid noodzaak!

### **II De betekenis van 'care' naast en soms boven 'cure'**

Met betrekking tot bepaalde categorieën ziekten is de arts niet in staat de relevante morbiditeits- en mortaliteitscijfers in gunstige zin te beïnvloeden. De mogelijkheden van de geneeskunde – met name ten aanzien van hart- en vaatziekten, chronische degeneratieve aandoeningen, geestelijke stoornissen en bepaalde vormen van kanker – zijn beperkt. Voor veel ziekten bestaat geen

causale behandeling en is alleen symptoombestrijding mogelijk, bij andere kan geen volledige genezing zonder restverschijnselen worden bereikt of gaat een noodzakelijk geachte therapie met complicaties gepaard.

Toch moeten juist deze zieken kunnen rekenen op de persoonlijke aandacht en zorg van een arts van hun keuze. Voor hen moet een in medisch en humaan opzicht optimale care ter beschikking staan, die is afgestemd op het individu, op het stadium waarin hij verkeert en op de situatie waarin hij leeft.

Voor deze door toewijding en medeleven gekenmerkte zorgrelatie zijn de begrippen 'vraag' en 'aanbod' en de benamingen 'producent', 'consument' en 'cliënt' insufficiënt en verwerpelij. Deze woorden beschouw ik als koude symbolen van een sociale revolutie die volledig voorbij gaat aan datgene wat generaties lang door de aanduidingen 'mijn patiënt' en 'mijn dokter' werd uitgedrukt.

Deze begeleiding dient zich niet te beperken tot verzorging in de lichamelijke en waar nodig toedekking in de emotionele sfeer; zij dient zich vooral te richten op het in stand houden van de integriteit en tegen de regressie van de zieke tot een hulpbehoevend afhankelijk wezen. De patiënt moet zijn gevoel van eigenwaarde kunnen behouden en welbewust partner worden gemaakt bij beslissingen omtrent de kwaliteit van zijn leven, de onderdrukking van zijn klachten en de bestrijding van de verschijnselen van zijn kwaal.

Soms zal daarbij weerstand geboden moeten worden aan het historisch bepaalde verlangen van patiënt en arts om te worden behandeld, respectievelijk om te behandelen en aan de voor westerlingen besmettelijke veronderstelling dat enige actie beter is dan helemaal geen. Echter, tot een dergelijk handelen zonder goede medische indicatie en zonder een redelijke verhouding tussen middel en effect is de arts niet gerechtigd. Hij overschrijdt dan de aan de medische hulpverlening te stellen grenzen.

De arts die in de letterlijke betekenis van het woord geneeskunst beoefent, heeft altijd de care-aspecten in zijn handelen verwerkt. Hij was en is een humanist in die zin, dat hij in zijn functie uitgaat van eerbied voor de menselijke waardigheid, de menselijke persoonlijkheid en de menselijke vrijheid. Zowel de aan Hippocrates toegeschreven en mogelijk tot de opvattingen van Pythagoras te herleiden eedformule als de in 1948 opgestelde

WMA-declaratie van Genève leggen daarvan getuigenis af.

### III Het bijhouden en toepassen van en het bijdragen aan kennis

Dat na de basisopleiding tot arts en na een eventuele beroepsopleiding tot huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige, continue nascholing noodzakelijk is, is langzamerhand gemeengoed geworden. De wijze waarop is afhankelijk van persoonlijke voorkeur en van de omstandigheden, de mate waarin wordt voornamelijk bepaald door interesse en tijd, want mogelijkheden zijn er te over.

Het aantal algemene en gespecialiseerde medische tijdschriften en boeken is enorm; voor iedere discipline is er een overmaat aan cursussen, symposia en congressen; de regionaal georganiseerde wetenschappelijke bijeenkomsten, klinische demonstraties en refereeravonden kunnen gemakkelijk alle avonden van de week vullen en zo een TV uitsparen.

De praktiserende medicus wiens dagtaak voor directe patiëntenzorg vrijwel geheel wordt gevuld, zal tijd moeten vinden om up to date te blijven, wil hij in kwalitatief opzicht adequaat kunnen blijven functioneren. Daarnaast zal hij enige systematiek moeten aanbrengen in de manier waarop hij, in actieve of passieve zin, zijn kennis op peil houdt. Bij het maken van keuzen zou hij beter kunnen worden geholpen als meer inzicht bestond in de mate waarin en de efficiency waarmee bepaalde nascholingsactiviteiten bijdragen aan het vermeerderen van kennis bij en het klinisch toepassen ervan door de deelnemers.

Ieder van u zal uit ervaring weten dat het opnemen en aanvaarden van nieuwe wetenschappelijke informatie er niet zonder meer toe leidt dat deze kennis op korte termijn in oordeel en handelen wordt uitgedrukt. Verder wordt naarmate de kennis toeneemt en meer mogelijkheden ter beschikking komen, het gevaar groter dat deze ongeselecteerd en ongericht worden toegepast. Dit moet niet in het belang van de gezondheidszorg en van de individuele patiënt worden geacht.

Een van de nadelen van het invoeren van automatisen en het ontstaan van routine bij onderzoek en behandeling van bepaalde symptomen, syndromen en ziekten is de vergrote weerstand tegen verandering. Naast kwaliteits- en kostenoverwegingen is ook dit een mo-

tief om in de geneeskunde verre de voorkeur te geven aan gerichte zorg boven een standaardbenadering. Anders gezegd: geen confectie- maar maatwerk, in combinatie met denkwerk.

De in het gedrag en handelen van sommige artsen en patiënten tot uiting gebrachte veronderstelling, dat bij het bestaan van a-typische klachten de aanwezigheid van een ziekte moet worden aangenomen totdat door uitputtend en veelal langdurig onderzoek het tegendeel is bewezen, draagt bij aan een progressieve toename van het aantal burgers dat aan een 'non-disease' blijkt te lijden. In dit verband dient in onze kringen de informele gedragsregel ter discussie te worden gesteld, dat het erger zou zijn een zieke gezond te verklaren dan een gezonde ziek.

Er zal meer tijd moeten worden besteed aan het verwerken en analyseren van voor een bepaald geval relevante data, dan aan het verzamelen van zoveel mogelijk gegevens respectievelijk aan het toepassen van al datgene wat medisch mogelijk is.

Voor de ontwikkeling van de geneeskunde en de verbetering van de zorg is naast fundamentele research toegepast medisch-wetenschappelijk onderzoek van groot belang. Met zorg moet worden geconstateerd, dat op dit gebied in Nederland relatief weinig initiatieven worden ontwikkeld respectievelijk weinig 'clinical trials' tot een goed einde worden gebracht. In te veel gevallen moet nog worden gevaren op het kompas van intuïtie en ervaring, in ons jargon 'klinische blik' genoemd, en te vaak moet de juistheid van de koers achteraf blijken uit het verloop, uit het operatieverslag of uit de rapportage van de patholoog-anatoom.

In de wereld van de gezondheidszorg kan – zoals ook elders in de samenleving – een toenemende overschatting worden gesignaleerd van de betekenis van 'opinions', gebaseerd op gezag, bekendheid of charisma, en een duidelijke onderwaardering van het begrip 'experiment'. Toch kan een hypothese op diagnostisch/therapeutisch/prognostisch gebied, hoe goed ook geformuleerd na zorgvuldige overweging van alle beschikbare suggestieve maar incomplete informatie, geen klinisch toepasbare kennis worden zonder eerst de moeizame en tijdrovende fase te passeren van te worden getest door middel van een goed opgezette en uitgevoerde 'trial'.

Voor deze vorm van wetenschap zijn de praktiserende artsen onmisbaar.

Het moet tot de plicht van de bij de patiëntenzorg betrokken medici worden gerekend, naar vermogen bij te dragen aan op de toepassing in de praktijk gericht klinisch onderzoek. Deze bijdrage kan bestaan in: het formuleren van vraagstellingen en hypothesen; het opzetten, uitvoeren en evalueren van 'randomized clinical trials'; het meewerken via het nauwgezet volgen van protocollen en het waarheidsgetrouw invullen van formulieren. Hoe groot ook het heilig vuur bij de start, het vereist monniken om de finish te halen!

### IV De evaluatie van het medisch handelen

Het onderzoek naar de kwaliteit en het vaststellen van de waarde van voorzieningen en activiteiten op het terrein van de gezondheidszorg richt zich op de structurele kenmerken van instellingen en beroepsbeoefenaren, op het procesmatig gebeuren in de zin van diagnostiek/behandeling/begeleiding verzorging en op het resultaat voor patiënt en samenleving.

Aanvankelijk heeft het accent vooral gelegen op 'cost-benefit-analyses', gericht op het beheersen en beperken van de kosten, waarbij zowel input als output, dus ook levensjaren en de kwaliteit van het bestaan, in dollars moesten worden uitgedrukt. Daarbij hebben economen aan de oude definitie voldaan: 'to know the price of everything and the value of nothing'. Thans wordt meer aandacht besteed aan 'cost-effectiveness-analyses', met het oog op een juist gebruik van de middelen, dus ten behoeve van een verantwoord keus uit alternatieven en eventueel ook voor het stellen van prioriteiten.

Gebleken is dat de resultaten – en daarom dus ook de getrokken conclusies – voor een groot deel worden bepaald door de gebruikte methode en door de waarde-oordelen, invalshoeken en soms de politieke signatuur van de onderzoeker. Het zal u niet verwonderen, dat eveneens werd geconstateerd dat het uiteindelijke effect van gezondheidszorg in belangrijke mate wordt beïnvloed door factoren als gedrag, erfelijkheid, milieu en samenleving. De gepubliceerde studies hebben zich vrijwel alle geconcentreerd op de resultaten van de curatieve zorg, uitgedrukt in veranderingen van morbiditeits- en mortaliteitscijfers; evaluatie van care-aspecten heeft nauwelijks plaatsgevonden.

Van de KNMG mag worden verwacht dat zij de ontwikkelingen op dit gebied nauwgezet volgt en waar mogelijk en zinvol zelf initiatieven ontwikkelt en activiteiten ontplooit die van realiteitszin getuigen. De individuele artsen zullen zich meer betrokken voelen bij de evaluatie van het medisch functioneren in een meer lokale setting.

Toetsing van het eigen handelen van de mening van collegae heeft de laatste jaren een modern vernisje gekregen, maar is eigenlijk zo oud als de geneeskunst zelve. In velerlei vormen, op rechtstreekse of indirecte wijze, in klein of groot verband, onderwerpen artsen hun manier van beroepsuitoefening en praktijkvoering aan het oordeel van anderen en varen daar wel bij!

Met de introductie van het begrip intercollegiale toetsing en de organisatie ervan wordt alleen maar beoogd dit oordelen en laten beoordelen binnen een groep van functioneel met elkaar in relatie staande artsen meer te structureren en te systematiseren en zo te gebruiken als efficiënt en effectief middel voor het doel: het bevorderen van een optimale gezondheidszorg wat kwaliteit en doelmatigheid betreft.

Voor een zinvolle toetsing is niet alleen nodig dat het nut wordt ingezien van de evaluatie van bepaalde aspecten van eigen en andermans handelen, maar vooral ook dat de beoordeling kan plaatsvinden volgens een voor de groep in de praktijk realiseerbare en aanvaardbare procedure. De meest adequate vorm zal per groep en situatie verschillend blijken. Toetsing is een kwestie van attitude, methode en tijd!

Het zal u niet zijn ontgaan dat ik enkele malen vrij apodictisch heb gesteld, dat de praktizerende medici niet alleen hebben te zorgen voor een goede patiëntenzorg, maar dat ook aandacht en tijd beschikbaar moet zijn voor aspecten van het beroep die niet behoren tot het geneeskundig handelen in uitvoerende strikt curatieve zin. Ik ben inderdaad van mening dat de in de individuele gezondheidszorg werkzame artsen een ruimere taak hebben:

- niet alleen in diagnostische en therapeutische, maar ook in preventieve en positieve zin;
- niet alleen cure maar ook care, op basis van gelijkwaardigheid;
- niet alleen beroepsuitoefening maar ook praktijkorganisatie en bereikbaarheidsregeling;
- niet alleen patiëntenzorg maar ook studie, research en toetsing.

Daarbij realiseer ik me zeer wel, dat de omstandigheden en de volle dagtaak het voor velen moeilijk of onmogelijk maken – hoezeer misschien ook hun belangstelling daarnaar uitgaat – aan de door mij genoemde aspecten voldoende aandacht te schenken. Voor anderen zal gelden dat zij, gezien hun capaciteiten en motivatie, uitermate geëquipeerd zijn voor een functie in het uitvoerende somatische vlak, maar bijvoorbeeld totaal ongeschikt zijn voor psychosociale begeleiding of wetenschappelijk onderzoek.

Als reactie op het veranderend oordeel en de kritiek op geneeskunde en medische professie; op de radicale voorstel-

len tot oplossing van knelpunten en problemen via een revolutionaire benadering; op de rigoreuze plannen voor een herziening van de gezondheidszorg wat doel, structuur, samenhang en middelen betreft, pleit ik voor: een herbezinning op onze verantwoordelijkheden en taken, als groep en als individu; voor een realistische en pragmatische aanpak van de uit deze introspectie voortvloeiende voorstellen en conclusies, waarbij de artsen en hun organisatie zo doeltreffend en doelmatig mogelijk gebruik maken van de instrumenten die hun ter beschikking staan of die door of voor hen op korte termijn te verkrijgen zijn; voor een reële vaststelling van specialistenplaats en huisartsenrekenpraktijk die rekening houdt met de aan alle wezenlijke aspecten van geneeskunde en geneeskunst te besteden aandacht en tijd.

Niet de anonieme samenleving of onze reputatie, maar de (potentieel) zieke mens staat in het centrum van onze belangstelling en zijn belang is het doel van onze activiteiten, uitgaande van de primaire plicht van de geneesheer, degenen die zich aan zijn zorgen toevertrouwen naar beste weten en kunnen en onder eigen verantwoordelijkheid te onderzoeken, te behandelen, te begeleiden en te adviseren, naar de stand van de wetenschap en de eisen van de tijd, met respect voor hun leven en hun persoonlijke waardigheid.

Dat is de basis waarop het vertrouwen van de patiënt in zijn arts is gestoeld, ook of juist in een verouderend Nederland!