

A

Prof. Dr. J. C. van Es



2916

Verantwoord kiezen

Doelen in de gezondheidszorg

Het proces van het medisch handelen begint niet blanco; arts en patiënt nemen geen neutrale startpositie in. Factoren die niet in het beslissingsproces zelf zijn gelegen – reeds aanwezige normen, inzichten, gevoelens, maar ook de maatschappelijke context waarin betrokkenen leven en werken – oefenen daar wel een niet te onderschatten invloed op uit. Verantwoord kiezen houdt in, dat men zich dit bewust is, zoals men er zich ook van bewust dient te zijn dat genoemde factoren het uiteindelijke doel van de hulpverlening meebepalen. Aldus Prof. Dr. J. C. van Es in de openingsvoordracht van het symposium: 'Medische beslistkunde', dat het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) op 10 februari jl. had georganiseerd. Hier de tekst van zijn voordracht.

Kiezen, het maken van een keuze, is altijd de meest beslissende activiteit in de geneeskunde geweest. Moet er wel of niet worden geopereerd? Moet er wel of niet worden behandeld? Wel of niet pluis? Er zijn echter verschillende redenen waarom het onvermijdelijk is zich thans bewust met het kiezen, het nemen van beslissingen, bezig te houden. Daarvoor bestaan reeds lang professionele, medische redenen; deze redenen worden sterk geactualiseerd en gestimuleerd door de thans aanwezige economische crisis, of, wat positiever gezegd: het besef dat er grenzen zijn aan de groei.

Het is nu goed ons te realiseren dat het proces van het medisch handelen niet blanco begint. Er is een groot aantal pre-existente factoren dat het beslissingsproces beïnvloedt. Beslissen overeenkomstig de beslistkunde is een proces van bewustwording van ons handelen, een afweging van motieven. Dan is het goed ons ook bewust te worden van de factoren die niet in het beslissingsproces zelf gelegen zijn, maar die er van buitenaf wel een grote, niet zelden doorslaggevende, invloed op uitoefenen. Over die factoren wil ik het nu verder hebben.

Verskil tussen specialist en huisarts

Binnen de geneeskunde heeft zich een immense groei van mogelijkheden op diagnostisch en therapeutisch gebied voorgedaan. Het blijkt voor een arts buitengewoon moeilijk te zijn op een rationele wijze tot een juiste keuze te komen, alleen al door de grote hoeveelheid tests en behandelingsmethoden die kan worden toegepast.

De keuzen die door artsen worden gemaakt hangen onder andere samen met de setting waarin zij werkzaam zijn. Huisartsen, die in de eerste lijn van de gezondheidszorg werkzaam zijn, zijn er noodgedwongen op gericht een eventueel aanwezig ziekteproces zo snel en zo zeker mogelijk te ontdekken. Zij moeten immers in eerste instantie de vraag beantwoorden of een patiënt al of niet aan een ziekteproces lijdt; de huisarts is dus gebaat met methoden die met een zo groot mogelijke zekerheid op deze vraag antwoord geven. Daarbij komt dat de huisarts een relatief beperkt arsenaal van middelen ter beschikking staat, hetgeen zijn keuze limiteert. Toch bestaat binnen die gelimiteerde mogelijkheden een grote variatiebreedte in het gebruik ervan: afhankelijk van zijn eigen opvattingen en inzichten zal een huisarts bijvoorbeeld veel of weinig röntgenonderzoek laten verrichten.

Bij specialisten ligt dit anders: zij krijgen patiënten onder ogen bij wie de huisarts is gestrand. Internisten bijvoorbeeld zullen er daarom veel meer dan huisartsen op gespist zijn ziekten uit te sluiten. Aan deze doelstelling wordt vaak toegeschreven dat specialisten meer volgens bepaalde routines te werk gaan en, voor een deel dat zij veel meer onderzoek verrichten dan huisartsen. Vanzelfsprekend wordt hun handelen mede bepaald door een groter arsenaal van onderzoek- en behandelmethoden en hun vertrouwdheid daarmee. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat ook de organisatiestructuur waarin wordt gewerkt van invloed is op het professioneel handelen; gebleken is¹, dat in Amerikaanse groepspraktijken van internisten patiënten met hypertensie tweemaal zoveel laboratorium- en röntgenonderzoeken ondergaan dan verge-

lijkbare patiënten van internisten in een solo- of kleine groepspraktijk.

Uit het onderzoek van Gerritsma en Smal², waarin de werkwijze van huisarts en internist werd vergeleken, bleek dat er zeer grote individuele variaties in de door huisartsen en specialisten gemaakte keuzen bestaan, zowel in anamnestiche vragen en in het onderzoek als in de hypothesevorming. Behalve deze onderzoekresultaten van Gerritsma en Smal is over het verschil tussen huisarts en specialist nog meer te zeggen. Beiden hebben een verschillend kennisarsenaal tot hun beschikking, dat hun diagnostisch proces voor een niet onbelangrijk deel bepaalt. Een voordeel van de huisarts is dat hij gewoonlijk veel voorkennis over een patiënt bezit: over vroeger doorgemaakte ziektes, ziektes op verschillende specialistische gebieden, over milieu, gezin van herkomst, werksituatie, reacties op klachten en op ziek-zijn en nog meer. Al deze kennis draagt – vaak slechts half bewust – bij tot het genereren van hypothesen. Ook bij het opstellen van een behandelingsplan houdt de huisarts vaak reeds bij voorbaat rekening met de beperking van de mogelijkheden die in de patiënt en diens omgeving zijn gelegen. Een specialist kan met deze factoren ook rekening houden, maar hij beschikt gewoonlijk over anders gerichte kennis, een diepergaande kennis van ziekteprocessen voor zover deze binnen zijn gezichtsveld vallen.

Er is dus geen sprake van uniforme beslissingen. Langs paradoxale weg wordt dat geïllustreerd door het feit dat een experimenteel diagnostisch computerprogramma in diagnostische kwaliteit ver achterblijft bij de klinische overwegingen van deskundigen³: alleen als het om ongecompliceerde gevallen gaat functioneert het programma 'Internist-I' wel goed. De onderliggende veronderstelling dat er een goed omschreven, monolithisch diagnostisch proces bestaat, is simplistisch en misleidend (Barnett).

Arts en patiënt

De diagnostiserende en behandelende arts bezit een grote mate van autonomie in het beslissingsproces; hij zal zich laten leiden door persoonlijke kennis, inzicht, ►

ervaring en impliciet door zijn plaats in de gezondheidszorg, of, anders gezegd, door de verwachtingen die ten opzichte van hem door collega's en door patiënten worden gekoesterd. Naarmate die autonomie binnen samenwerkingsverbanden kleiner wordt lijkt het erop dat dit eerder tot een uitbreiding dan tot een beperking van het diagnostisch handelen aanleiding geeft.

Niet alleen de arts is autonoom geworden in zijn denken en handelen: hetzelfde geldt voor een groot aantal patiënten. De neiging zich onafhankelijk van deskundigen op te stellen, zelf beslissingen te willen nemen, de autoriteit van artsen slechts op een beperkt terrein te erkennen, heeft tot gevolg dat artsen hun beslissingen vaak slechts in een dialoog met de patiënt kunnen nemen. Dit is een gevolg van de toegenomen mondigheid. Waar patiënten ook de financiële gevolgen van medische beslissingen moeten dragen, gaan ook deze in hun overwegingen meetellen.

Niet iedere arts is gelukkig met de vrijheid die patiënten in dit opzicht hebben genomen. Sommigen zien in deze invloed van patiënten zelfs een bedreiging van medische waarden⁴. Hierover zou zeer veel te zeggen zijn. Ik wil me nu slechts beperken tot de constatering dat het zelfbeschikkingsrecht van patiënten steeds verder de grenzen van het medisch handelen gaat bepalen en dat artsen in hun beslissingen met het oordeel en besluit van hun patiënten rekening moeten houden.

Dit feit onthult tevens een belangrijk motief voor het ontwikkelen van een medische beslistkunde: als een patiënt moet kunnen beslissen, dan moet hij ook zodanig op de hoogte worden gebracht van de inzichten en opvattingen van de behandelend arts dat hij in staat is een verantwoord besluit te nemen. Een arts kan dan niet meer het hele beslissingsproces impliciet laten, maar zal zijn overwegingen bij de verschillende stappen moeten kunnen verklaren. Langs deze weg komen de gevoelens en inzichten van de patiënt, diens normen en waarden, het beslistkundige proces van de arts binnen. Als een arts zijn patiënt goed leert kennen, zal hij daarop ook kunnen anticiperen. Daarbij komt dat het handelen van een arts mede kan worden beïnvloed door de dreiging van eventuele 'aanklachten over 'malpractice'', hetzij voor het tuchtcollege, hetzij voor de burgerlijke rechter; deze dreiging bevordert een defensieve geneeskunde.

Invloed samenleving

De normen en waarden van de patiënt staan echter niet op zichzelf. Deze normen en waarden komen voort uit, en worden ontleend aan de kring waartoe men behoort, aan de opvoeding, aan ervaringen, aan de talloze invloeden waaraan men bloot staat. Op een analoge manier brengt ook de arts zijn normen en waarden in: hij ontleent ze niet alleen aan zijn professie, maar ook aan eigen, persoonlijke opvattingen, die op hun beurt mede door subculturen, familie, vrienden en vele anderen zijn gevormd.

Het is goed zich te realiseren dat dit proces tot autonome opstellingen binnen de beroepsbeoefening kan leiden. Dit wil zeggen, dat verschillende artsen wanneer zij met gelijke problemen worden geconfronteerd tot zeer uiteenlopende beslissingen kunnen komen. We hebben te maken met autonome patiënten en autonome artsen, die met elkaar het beslissingsproces moeten ingaan. Geen wonder dat de noodzaak dit bewust te maken groeit.

Het is nog niet zo lang geleden dat het handelen van arts en van patiënt vrij duidelijk in een wederzijds verwachtingspatroon was vastgelegd. Toen kon een Parsons nog een vrij scherpe omschrijving geven van de complementaire sociale rollen die arts en patiënt vervullen⁵. Deze stelligheid werd al aangetast toen men niet alleen maar, als Parsons, van een harmoniemodel uitging, maar van een conflictmodel⁶. Rolgedrag is tot op zekere hoogte comfortabel: men kan het gedrag van de ander voorspellen. Maar het blijkt in de praktijk dat, mede door de snelle verandering van de onderlinge verhoudingen in de samenleving, het rolgedrag niet meer toereikend is om werkelijk hulp te bieden, waardoor het persoonlijke gedrag, het persoonlijk gekleurde antwoord op hulpvragen, een grotere diversiteit van beslissingen veroorzaakt⁷; men zie slechts de discussie over de actieve euthanasie⁸. Reden te meer om er bewust van te worden gemaakt welke feiten en overwegingen bepalend zijn voor de beslissingen in een hulpverleningsproces.

Arts: verschillende rollen

Het voorgaande wordt gecompliceerder wanneer wij daarbij betrekken dat een arts, al dan niet als adviseur van zijn patiënten, al dan niet paternalistisch, niet alleen de eenduidige rol van genezer van zijn patiënten vervult. Er is meer aan de hand.

Er zijn minstens twee andere taken, rollen zo men wil, die met de rol van genezer kunnen interfereren.

De geneeskunde is ook betrokken bij de sociale controle van onze samenleving; artsen bepalen onder andere bij hun patiënten het vermogen om te werken. Weliswaar bestaat in Nederland de vrij unieke situatie van scheiding van behandeling en controle, maar impliciet beïnvloedt de behandelend arts wel degelijk beslissingen over wel of niet werken. Dit is een simpel voorbeeld van sociale controle. Veel verdergaand is de rol die het medisch circuit speelt in het al dan niet definitief uitrangeren van mensen die in de samenleving uit de boot vallen, bij gratie van het bestaan van dat medische vangnet⁹. Opvattingen hierover zullen het beslissingsproces beïnvloeden. Daarnaast worden, door aldus het patiënt-zijn ook als sociaal deviant gedrag te beschouwen, andere vormen van deviant gedrag binnen het gezichtsveld van de arts gebracht¹⁰: geestelijke onvolwaardigheid, zelfmoord, verslaving, sexueel gedrag, agressie.

Men kan tussendoor verzuchten: hoe moeilijk is het om een clean beslissingsproces te formuleren . . . Dat wordt nog moeilijker als een arts ook betrokken is bij klinische research; dan zullen overwegingen ten behoeve van de research mede van invloed zijn op de beslissingen die worden genomen. Juist ter wille van het clean-zijn van de processen is het ontrafelen van overwegingen van verschillende aard juist van het grootste belang.

Waardeoordeel over ziekte

Uit het voorgaande moet duidelijk geworden zijn dat het een illusie is te denken dat een medisch beslistproces waardenvrij, blanco, begint. Het beslissingsproces staat echter ook niet los van het waardeoordeel dat ziekte en ziek-zijn in een cultuur ten beste valt en evenmin van de vraag wat in een cultuur onder ziekte wordt verstaan.

Om te beginnen is de betekenis die ziekte bezit in de loop van de geschiedenis geleidelijk aan verschoven: in een Middeleeuwse samenleving kon ziekte een straf betekenen, zowel individueel als collectief, maar in de Romantiek kon ziekte worden verheerlijkt: Susan Sontag beschrijft hoezeer een ziekte als tuberculose werd gezien als een gevolg van een te veel aan hartstocht, zodat het sterven daaraan heel 'mooi' kon zijn, kon worden geïdealiseerd¹¹; Novalis ziet ziekte als in-

teressanter dan gezondheid, want '... die behoort tot de individualisatie'. Met dergelijke beelden voor ogen zal de therapietrouw van toen niet altijd even groot zijn geweest; een fenomeen overigens dat in sommige voor- en naoorlogse sanatoria nog narommelde. Evenzo kon melancholie worden verheerlijkt als iets moois, iets superieus. Nú is tuberculose een infectieziekte die wordt bestreden en melancholie een depressie die medicamenteus moet worden behandeld.

Het ergst zijn ziekten waaraan je dood kunt gaan. Immers, in een tijd waarin het voortbestaan na de dood wordt ontkend of waarin met betrekking tot de dood geen troost bestaat, is de dood een diepe vernedering, een nederlaag. Het is dan ook geen wonder dat een zeer groot deel van de huidige research is gericht op de twee grote 'killers': kanker en hartziekten; voor de bestrijding van deze twee ziekten wordt ook onder de bevolking het meeste geld opgehaald. Ziekten als demantie, verslaving, depressie en sterk invaliderende ziekten brengen tijdens het leven minstens zoveel leed teweeg. Deze toestanden noemen we nú ziekten, waar ze vroeger buiten het gezichtsveld van de geneeskunde vielen.

Deze waardeoordelen, die bij patiënt en arts leven, zijn van invloed op de aard van de hulpvraag evenals op de gerichtheid van de hulp die wordt geboden. Dan komen onder andere vragen op, of de levensduur het allesbepalende criterium voor het handelen is of dat de kwaliteit van leven in toenemende mate de doorslag zal geven. Het handelen van de arts, de beslissingen die worden genomen, zullen in sterke mate door deze grondgedachten worden bepaald.

Sociaal verzekeringsstelsel

Tenslotte wordt het hulpverleningsproces, waarbinnen voortdurend keuzes moeten worden gemaakt, in sterke mate bepaald door de regels van het verzekeringsstelsel. Niet voor niets wint de besliskunde aan populariteit, nu de economische omstandigheden dwingen tot een bezinning op het handelen.

Het lijkt geen twijfel dat de mogelijkheden in het handelen van artsen op financiële gronden zullen moeten worden beperkt. Het zal van het toekomstige verzekeringsstelsel afhangen op welke wijze dit invloed heeft op beslissingen. Om enkele voorbeelden te noemen: bij een budgetfinanciering zal de arts globaal een zuinig beleid moeten voeren, omdat hij anders aan het eind van het jaar voor

grote financiële problemen kan komen te staan. Het is ook mogelijk dat bepaalde gelden worden ge'earmarked'. Dan zal een cardioloog bijvoorbeeld honderd pacemakers kunnen laten inbrengen, en niet meer. Hoe verdeelt hij deze? In de beslissingen die de arts moet nemen wordt dus ook de noodzaak voor andere patiënten ingevoerd. Deze overwegingen gelden eveneens bij andere vormen van schaarste, bijvoorbeeld bij orgaantransplantaties: 'One man's provision is another man's deprivation'.

Als echter het verzekeringsstelsel zou uitdraaien op een basispakket en bij te verzekeren additionele pakketten, dan kan een situatie ontstaan waarin bij een patiënt zonder bijverzekering een ander beslissingsproces op gang wordt gezet dan bij een patiënt die deze verzekering wél heeft afgesloten. Daarmee wordt het onderscheid tussen verschillende klassen patiënten, dat definitief voorbij leek te zijn, opnieuw ingevoerd. De structuur van de gezondheidszorg zou hierdoor grondig veranderen. Dat kan ook op andere punten. Zo staat bijvoorbeeld in de VS ter discussie of de gezondheidszorg meer op regulatie of meer op competitie moet worden gebaseerd^{12 13}. Bij ons stelde Hendriks dit onlangs aan de orde toen hij de suggestie deed dat ziekenhuizen ten opzichte van elkaar concurrerend zouden moeten zijn en winst zouden moeten kunnen maken¹⁴. Dergelijke basale structurele veranderingen zouden op het beslissingsproces een grote invloed kunnen krijgen.

Besluit

Het bovenstaande kaleidoscopische beeld overziend kan men tot de volgende conclusies komen:

In de eerste plaats is het duidelijk dat een arts en een patiënt die een hulpverleningsproces aanvangen waarin diagnostiek en therapie tot een reeks van beslissingen moeten voeren, geen neutrale startpositie innemen. Hun toekomstige beslissingen hangen af van reeds aanwezige waarden en normen, inzichten, gevoelens, maar ook van de maatschappelijke context waarin zij leven en werken. In de tweede plaats bestaat er ook reeds van de aanvang af een door die zelfde factoren mede beïnvloed complex, dat het uiteindelijke doel van de hulpverlening bepaalt. Daarin spelen globale, algemene culturele factoren een rol, maar de doorslag zal worden gegeven door auto-noom bepaalde doelen. Deze bieden een

grote variatiebreedte, waarbij het behoud van leven en de kwaliteit van leven de belangrijkste polen vormen. Een gevolg hiervan is, dat het besliskundige proces niet alleen gebaseerd is op in maat en getal uit te drukken feiten.

Tenslotte nog het volgende: Men kan menen dat door deze veranderingen, vooral door de financiële restricties, de 'clinical freedom' is aangetast. Terecht echter stelt Hampton¹⁵ dat de medische professie er vaak de voorkeur aan heeft gegeven '... to travel hopefully rather than to arrive, because arrival is often so disappointing'. Deze gewoonte voert tot wisselende remedies, met een geneidheid aan het nieuwe de voorkeur te geven. Deze vrijheid wordt thans ingeperkt, en dat kan op zich ook positieve effecten hebben, namelijk bijdragen tot een bewust handelen. Dat betekent ook dat de tijd van dwepen met de technologie voorbijgaat. Het klinisch denken kan kwalitatief vooruitgaan als we de relatie tussen arts en technologie opnieuw creatief doordenken: 'Machines foster poor medical judgement through intellectual entropy'¹⁶.

Literatuur

1. Epstein AM, Begg CB et al. The effects of group size on treatment ordering for hypertensive patients. *N Eng J Med* 1983; 309: 464-8.
2. Gerritsma JJM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Dissertatie. Utrecht, 1982.
3. Miller RA, Pople HE et al. Internist-I, an experimental computerbased diagnostic consultant for general internal medicine. *N Eng J Med* 1982; 307: 468-76.
4. Clements CC, Sider RC. Medical ethics assault upon medical values. *JAMA* 1983; 250: 2011-5.
5. Parsons T. *The social system*. Glencol, 1974.
6. Merton R, Barber E. Sociological ambivalence. In: Tiryakian (ed). *Sociological therapy*. Glencol, 19863.
7. Es JC van. Patiënt en huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
8. Kenter EGH. Euthanasie in een huisartspraktijk. *Medisch Contact* 1983; 38, 1179-83.
9. Es JC van. Maatschappelijk bepaalde belasting van hulpzoekenden in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 1641.
10. Illsley R. *Professional of Public Health?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1980.
11. Sontag S. *Ziekte als spookbeeld*. Utrecht, 1980.
12. Pollard MR. Competition or regulation. *JAMA* 1980; 249: 1860-3.
13. Council on medical service. Effects of competition in medicine. Council Report. *JAMA* 1983; 249: 1864-8.
14. NRC-Handelsblad 13 december 1983.
15. Hampton JR. The end of clinical freedom. *Br Med J* 1983; 287: 1237-8.
16. Crawshaw R. Technical real or therapeutic purpose - how to decide? *JAMA* 1983; 150: 1857-9.