

J. A. J. STEVENS

De illusie van de onbeperkte geneeskunde

INLEIDING

De gezondheidszorg in de 20e eeuw is als een boom geweest, die onstuitbaar in haar groei, met name in de Westerse wereld, aanleiding heeft gegeven tot de droom van de onbeperkte geneeskunde. Het ging zo goed dat de Wereld Gezondheid Organisatie in 1985 een bijna celestijns perspectief ontvouwde: 'Health for All to the Year 2000'.¹ Voor iedere ziekte hebben dokters wel een behandeling, zodat in onze welvarende wereld, het lieve leventje, 'de nieuwe hemel op aarde', bijna eindeloos zal kunnen voortgaan. Lijden en dood, waar vroegere generaties vertrouwd mee waren, verdwenen grotendeels achter de horizon van de denkwereld van de moderne mens en maakten plaats voor gezondheid en welbevinden. We menen daar recht op te hebben. We kunnen bijna niet meer leven met lijden, zelfs niet eens meer met pech.

Hoe heeft dit perspectief kunnen ontstaan?

1. Wij zijn getuige geweest van een stormachtige en succesvolle medisch-technologische ontwikkeling, die telkens in nieuwe stroomversnellingen komt. De vooruitgang is door velen nauwelijks bij te benen en werkt bovendien door op het terrein van maatschappij, politiek en ethiek. Enige voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn de computertomografie, de transplantatiegeneeskunde en het human genome project.

2. De stormachtige medisch-technologische ontwikkeling kwam voor een deel tot stand vanuit een ambitieuze ge-

neeskunde, anderzijds stimuleerden de ontdekkingen op hun beurt de verdere uitbouw van geneeskunde en gezondheidszorg. In handen van dienstbare en ambitieuze artsen heeft genoemde ontwikkeling het aanbod in geneeskunde en gezondheidszorg aanzienlijk vermeerderd.

3. Het medische succes, uitvoerig uitgedragen naar de autonoom en mondig geworden mens door de eveneens zeer mondig geworden media, heeft een toenemende vraag naar medische zorg ten gevolge gehad. Dokters lijken zo knap geworden, dat de patiënt denkt dat er voor iedere kwaal een remedie is. Sommige patiënten eisen deze remedie zelfs.

4. De economische voorspoed in de Westerse wereld vanaf de jaren vijftig heeft de financiering van de technologische ontwikkelingen mogelijk gemaakt. De brede basis van de bevolkingspiramide van na de oorlog impliceerde dat er veel jonge premiebetalers waren en relatief weinig oudere consumenten zodat er voor zieken en bejaarden een maximale gezondheidszorg voorhanden was.

De uitbouw van de sociale wetten leidde tot een verzekeringsstelsel dat voor alle burgers vrijwel alle risico's dekte van de wieg tot het graf. De gezondheidszorg werd in haar volle breedte voor iedereen toegankelijk.

De groeikracht van de boom is echter niet onbeperkt gebleken. Over het vooruitzicht waar de boom naar toe moet groeien, bestaat verschil van inzicht. Moet gestreefd worden naar een steeds langer leven? Moet gesleuteld worden aan onze ingeboren limiet van ongeveer 110 jaren? Onze gezondheid wordt ons hoogste goed genoemd, maar wat doen we met dat hoogste goed? Biedt stokoud worden wel zo'n celestijns perspectief? De inzichten hieromtrent veranderen dikwijls. Intussen worden we wel geconfronteerd met beperkingen.

De groei van de gezondheidszorg wordt beperkt door onder meer biologische, medische, economische-structurele, juridische en ethische factoren. De (verminderde) invloed van de levensbeschouwing speelt hierbij ook een rol. Naast beperkingen heeft de onstuimige groei vele ongewenste nevenwerkingen. Geneeskunde is bovendien maar een van de determinanten van de gezondheid en is soms minder effectief dan wij denken.

1. De *biologische beperkingen* van de mens waren reeds bekend aan de psalmist: 'een mensenleven duurt tachtig jaren, indien u sterk bent'. In de loop van de eeuwen is de maximale levensduur weinig toegenomen. Delen van het lichaam kunnen vervangen worden, maar het lichaam als geheel veroudert toch, niet alleen intern, motorisch en zintuiglijk, maar ook verstandelijk en sociaal is er bij het verouderen doorgaans sprake van achteruitgang.

De gemiddelde leeftijd die mensen kunnen bereiken is weliswaar toegenomen door de toenemende bemoeienis van de gezondheidszorg, maar de opbrengst betreft bijna alleen zieke jaren: de gewonnen levensjaren worden niet steeds als kwaliteitsjaren beschouwd en er wordt langer geleefd in afhankelijkheid.

Steeds meer ziekten kunnen worden behandeld, maar andere ziekten, waar de mensen vroeger niet aan toe kwamen, doen hun intrede. Deze 'vervangende' ziekten betekenen een aanzienlijke toename van de zorgvraag en een enorme druk op het budget van de gezondheidszorg.

TABEL: Vervangende ziekten

Behandelbare ziekte	Moeilijk behandelbare vervangende ziekten en ziekten die levenslang behandeling nodig maken.
lens-troebeling	netvlies-degeneratie
transmissie-doofheid	perceptie-doofheid
tuberculose, longkanker astma	COPD (chronic obstructive pulmonary disease)
hartinfarct	hartspierzwakte
suikerziekte	diabetisch vaatlijden, zenuwlijden en netvlieslijden
ontsteking in de darmen	stomaproblematiek
nierontsteking	dialyse, transplantatie met blijvende medicatie.
locale aderverkalking	algemene aderverkalking degeneratieve neurologische ziekten
artrose in enkele gewrichten	algehele artrositis ziekte van Alzheimer

Patiënten die lijden aan de z.g. vervangende ziekten ervaren hun ziekte vaker als uitzichtloos. Bij hen komt het vaker voor dat de arts het verzoek krijgt om potentieel succesvolle, maar belastende diagnostiek en therapie achterwege te laten. Het is alsof deze mensen zich willen behouden voor de therapeutische imperatief en meer aandacht willen vragen voor specifiek menselijke behoeften. Bij hen treft men vaker een euthanasieverklaring, zorgverklaring of andere wilsbeschikking aan.

2. De *medische beperkingen* vindt men met name op diagnostisch en therapeutisch gebied.

a. *diagnostisch*

De specialistische diagnostiek neemt nog altijd toe en dat kan een goede zaak zijn wanneer deze een gerichte aanvulling vormt op optimale fysische diagnostiek. Inadequate diagnostiek daarentegen vergroot de kans op zware belasting en ongewenste nevenwerking. Geneeskunde kan op deze manier leed veroorzaken.

De vraag is of bij de voorgenomen verkorting van de algemene opleiding in de geneeskunde en de intensivering van de specialistische opleiding nog medici worden opgeleid die over een breed, integraal zicht op de geneeskunde beschikken.

Opvallend is dat als bij een subterminale patiënt belastende diagnostiek niet meer mogelijk is, de klassieke fysische diagnostiek en de integrale geneeskunde hun plaatsen weer terug krijgen.²

b. *therapeutisch*

Door de vergrijzing ontstaat er kwantitatief en kwalitatief een grotere vraag naar zorg. De werkdruk op artsen neemt toe. Mede hierdoor groeit het aantal in deeltijd werkende medici en andere gezondheidswerkers. Hoewel dat niet per definitie hoeft te betekenen dat de medische behandeling minder goed wordt, neemt de kans op discontinuïteit van de zorg en storingen in de communicatie toe, met als gevaar beperking van de kwaliteit van de zorg.

Behandeling en verzorging ondervinden steeds vaker beperkingen door economische factoren. Dit geldt niet alleen de beschikbare middelen voor voldoende operaties en andere behandelingen maar ook de mankracht voor de overige zorgtaken.

3. *Economisch-organisatorische beperkingen*

Van de economische en structurele beperkingen van de maatschappij wordt hier een aantal genoemd. Er zijn veel problemen die samenhangen met de vergrijzing van de bevolking, waardoor de zorgbehoefte toeneemt en schaarste

en wachttijden ontstaan. Er zijn mensen die overlijden terwijl ze op de wachtlijst staan.

Dan zijn er organisatieproblemen. De complexe hedendaagse maatschappij is moeilijk te dirigeren. Dit geldt ook voor het beheersen van de gezondheidszorg. Het is opmerkelijk en tegelijk zorgelijk hoe snel scenario's hiervoor elkaar opvolgen. Complicerend zijn factoren als medicalisering en juridisering alsook de tegenstelling individualisering versus solidariteit. De beperkingen komen bijvoorbeeld aan het licht bij de gezondheidsverschillen die te zien zijn bij inkomensverschillen.

4. *Juridische beperkingen*

Toename van de juridisering van de geneeskunde maakt dat dokters in diagnostiek en behandeling meer op hun tellen gaan passen. Dat heeft zijn goede kanten maar een toename van diagnostique à la mitrailleuse en andere uitingen van defensieve geneeskunde zullen daarbij niet uitblijven, zeker niet ten overstaan van onzekere of ondeskundige claimende patiënten. Defensieve geneeskunde werkt niet kwaliteitsverhogend.

5. *Ethische beperkingen*

Vanouds speelt het ethische beginsel 'weldoen' een belangrijke rol bij de drijfveer of de roeping om in geneeskunde en gezondheidszorg te gaan werken. Dat liep soms uit op paternalisme wat ten koste kon gaan van het ethische beginsel 'autonomie'.

Heden ten dage is veelal de omgekeerde situatie ontstaan. De arts kan verworden tot de leverancier van de door de mondige patiënt gewenste of zelfs geëiste (over)diagnostiek en therapie. Heeft de arts dan nog wel voldoende ruimte voor zijn eigen opvatting, overtuiging, ervaring, creativiteit en mens-zijn als hij op medisch en levensbeschouwelijk terrein steeds meer gestuurd wordt door wetten, protocollen, standaarden en publieke opinie? De beschikbaarheid en de soms daaruit voortvloeiende claim

op discutabele therapieën (zoals de abortuspil en de z.g. pil van Drion) en de aandacht hiervoor in de media accentueren dit probleem.

De mondige mens moet zelf gaan kiezen, maar kan hij zijn keuze wel overzien? Is de mening die hij via de media krijgt aangereikt, voldoende doordacht? Wat goed is voor de kijkcijfers, is niet altijd goed voor de mensen.

Veel mensen weten niet wat zij vragen. Door de artsen wordt niet steeds goed geluisterd. We komen zo soms tot onmenselijke toestanden: zoals imperatieve protocollaire druk, wantoestanden in verzorgingshuizen, en het z.g. acharnement thérapeutique (hardnekkig doorbehandelen).

6. De invloed van de levensbeschouwing

De invloed van de levensbeschouwing is verminderd door de secularisering: de ontwikkeling naar meer individuele autonomie resulterend in de mondige mens, die zelf gaat kiezen. De kroon van de schepping, geschapen naar Gods beeld en gelijkenis, is een biologisch toevalsproduct in een koud heelal geworden.³ De secularisering gaat parallel aan een verlies aan overkoepelend, zingevend kader. Dit heeft gevolgen.

Het doen verdringt het denken met betrekking tot de zin van alle inspanning. Het hoe en waarom van het geneeskundig handelen raakt op de achtergrond. Het medisch bedrijf gunt zich zelfs geen tijd om in de spiegel te kijken. De gezondheid wordt het hoogste goed. De langere levensduur wordt nagestreefd als een doel in zichzelf, zonder dat er veel met dat langere leven wordt gedaan. Aan leven en zeker aan lijden wordt minder zin gegeven.

Samenvattend:

Op bepaalde gebieden gaat de geneeskunde voorbij aan de mens en het menselijke achter patiënt en arts. Dit roept de vraag op of bepaalde ontwikkelingen gestuurd en gestimuleerd moeten worden. Het is interessant om vanuit deze

gedachten iets aan te geven ten behoeve van het gewenste karakter van de gezondheidszorg in de 21e eeuw, evenals de bijbehorende vereiste ontwikkelingen.

DE TOEKOMSTVERWACHTING

Als we bovengenoemde grenzen incalculeren, wat mag er dan in de nieuwe eeuw verwacht worden van de niet-onbeperkte geneeskunde, al dan niet met een nieuwe visie. Dit moet tenminste een geneeskunde zijn die proportioneel is en haar maat vindt binnen de relatie tussen behandelaar en patiënt en die recht doet aan de werkelijke behoefte van de patiënt. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij patiënt, arts en maatschappij.

De beginselen van *proportie* en *prioriteit* vormen een belangrijke basis waarop patiënten en artsen samen onderzoeken welke behoeften er werkelijk leven onder patiënten en artsen en welke vorm van geneeskunde daadwerkelijk effectief is en voorziet in de behoefte aan zorg en aandacht. Hierbij kan men aan het volgende denken:

- Er moet een reële vraag zijn. Er moet niet worden overvraagd.
- Het aanbod moet reëel en proportioneel zijn. Er moet niet worden overbehandeld. Het is de kunst om de juiste maat te weten en dan het proportionele middel te vinden.
- Er moet recht gedaan worden aan de behoeften van anderen (prioriteit). Als patiënt en arts geen maat weten te houden dan hebben zij begeleiding nodig om hun verantwoordelijkheid hierin te ontdekken.
- In geval van schaarste moeten er keuzen gemaakt worden (allocatie). Hiervoor zijn richtlijnen nodig en optimaal overleg (communicatie).

Voorbeelden van dergelijke prioriteiten zijn:

kinderen optimaal ter wereld brengen	versus lage-kans-geneeskunde bij neonati met een hoog percentage handicaps
optimaal de wereld verlaten	versus acharnement thérapeutique
optimale preventie	versus last minute medicine, last year medicine
zorg voor de chronisch zieken, chronisch onderbedeelden	versus zorg aan de overbedeelde, de gezonde mensen

Naast de geneeskunde met haar professionaliteit en vakbekwaamheid staat ook de geneeskunst waarin de arts de geneeskunde plaatst in zijn getuigenis, in zijn visie op leven, ziekte, sterven en voltooiing.

De verantwoordelijkheid van de patiënt

Mondigheid en medezeggenschap houden voor de patiënt medeverantwoordelijkheid in. Een aantal patiënten moet dat nog leren en moet daarbij geholpen worden. Zij verdienen adequate en evenwichtige voorlichting, ook van de kant van de media.

Patiënten moeten leren aanvaarden dat niet alles behandeling behoeft en dat artsen niet alles kunnen. Anders kan de situatie ontstaan dat een gek meer kan vragen dan tien wijzen kunnen antwoorden, en zoiets kan flink uit de hand lopen. De wereld hoeft niet in te storten wanneer grootmoeder niet meer kan tennissen. In geval van een enkeldistorsie is een MRI-onderzoek niet routinematig vereist. Wel komen veel van de zogenaamde onredelijke verzoeken van de patiënt om diagnostiek en therapie voort uit een verkeerde bejegening door de behandelend arts en door een gebrekkige vertrouwensrelatie.

Patiënten hebben naar redelijkheid recht op de beste inzet van de zorgverlener. Dit houdt niet een maximale gezondheidszorg in. Het zou kunnen zijn dat de patiënt

door schaarste zijn plaats moet afstaan aan een ander met hogere prioriteit. Gezondheid zelf is een geschenk dat goed rentmeesterschap vraagt, maar niet opeisbaar is.⁴

De verantwoordelijkheid van de arts

De patiënten mogen ervan uitgaan dat artsen en gezondheidswerkers zich geroepen voelen om dienstbaar te zijn ten behoeve van de gezondheid van hun medemensen. Hiervoor is een brede, evenwichtige basisopleiding nodig, bedrevenheid in de fysische diagnostiek, deskundige specialisatie en een brede transmurale visie. Artsen moeten de geneeskunde niet gebruiken als een imperatieve macht.

Artsen moeten de moed hebben om op te komen voor hun goed gefundeerde eigen mening en zich niet alles laten aanleunen. Hoewel standaarden belangrijk zijn, moeten zij in goed overleg patiënten niet de absolute ondergeschikte laten worden van het protocol. Zij moeten dus niet alleen opkomen voor het collectief belang maar ook voor de individuele patiënt.

De verantwoordelijkheid van de maatschappij

De maatschappij moet aansturen op een menselijke geneeskunde waarbij medicaliseren zoveel mogelijk wordt vermeden. Er dient meer geld te gaan naar de goedkope, breed inzetbare zorg. Dure zorg moet alleen naar proportie aangewend worden. De zorg moet terug naar de dimensie van aandacht, tijd nemen, luisteren en serieus nemen. De geneeskunde mag best een pastoraal tintje hebben.

In kwantitatief opzicht moet iedereen kans hebben op een goede basale gezondheidszorg. De gezondheidskloof moet niet groter worden. Het is belangrijk dat de private gezondheidszorg niet alle krenten uit de pap van de publieke geneeskundige voorzieningen haalt. Absolute gelijkheid blijkt niet mogelijk, ook niet in de gezondheidszorg. Maar iedereen moet wel met de trein mee kunnen.

De maatschappij moet artsen de juridische ruimte bieden om in overleg met de patiënt aanvaardbare risico's af

te wegen zonder dat zij door juridisering gedwongen worden tot defensieve geneeskunde.

EPILOOG

In de 20e eeuw dachten we dat in de gezondheidszorg de bomen zo zouden groeien dat er een hemel op aarde zou ontstaan. In de 21e eeuw moeten we meer reëel zijn en met de voeten op de grond blijven. Onbepaalde technologische geneeskunde leidt eerder tot de hel van de dolgedraaide geneeskunde, die zich laat beheersen door de imperatief van de techniek. De droom van een geneeskunde met meer liefde en dienstbaarheid kan wel uitkomen. Daar zijn niet alle schatten der aarde voor nodig.⁵ De bomen groeien dan niet tot in de technologische hemel maar wel tot het niveau van menswaardigheid, aanvaarding en uiteindelijk voltooiing.

NOTEN

1. World Health Organization, *Targets for health for all*, 1985.
2. H.L. van Aller e.a., *Stervensbegeleiding*, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht 1990.
3. A.J. Dunning, *Broeder Ezel*, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht 1981.
4. J.A.J. Stevens, 'Right allocation in Health Care, the option for the poor', Proceedings 8th Congress of the European Federation of Catholic Medical Associations, Praag 1996.
5. Zie: Paulus, 1 Corinthhe, 13, 1.