



Terug naar waarden in de gezondheidszorg ***Rudy Rijke***

*"When values are weak, rules are not sufficient;
when values are strong, rules are not necessary."
(Berwick, geciteerd door Lombarts, 2018)*

'Wat is er met de dokter gebeurd?'

Wat ik mij de afgelopen 10 jaar weleens afgevraagd heb, is hoe het mogelijk is dat hoog opgeleide en betrokken professionals in de gezondheidszorg 'het' laten gebeuren. Daarbij wordt 'het' verschillend ingevuld, maar in algemene zin gaat 'het' ten koste van de kwaliteit van zorg en ten koste van de zorgverleners. Het boek *'Wat is er met de dokter gebeurd?'* (van Engelen, van der Wilt & Levi, 2018) is een verzameling van korte artikelen die vooral gaan over artsen. Deze hadden echter, mijns inziens, voor alle professionals in de gezondheidszorg geschreven kunnen worden.

Het eerste deel van het boek gaat over 'het': wat zijn de problemen (geworden) in de gezondheidszorg. In een tiental artikelen worden door artsen (vaak ook filosofen) op een prettig leesbare manier vele verschillende gezichtspunten naar voren gebracht. De marktwerking, productiedruk, regeldrift, registratiedruk, de 'eisende' patiënt, het statusverlies van artsen, de technologisering, de gezondheid van de arts, de 'nutteloze p-waarde', et cetera. Boeiend om die verschillende invalshoeken te lezen, meestal wel bekend, maar toch. Goed onderbouwde, vaak persoonlijke, korte artikelen die de vraag weer oproepen "Hoe hebben we 'het' kunnen laten gebeuren?". Het tweede en het derde deel van het boek leverden, voor mij in ieder geval, een aantal interessante gezichtspunten op. In algemene zin lijkt het dat er twee werkelijkheidsbeelden tegenover elkaar staan, die we kunnen benoemen (naar de filosoof Habermas) als *'systeemwereld'* en *'leefwereld'*.

De *systeemwereld* in de gezondheidszorg bestaat uit de theorie en praktijk die vooral gebaseerd zijn op het *'negatieve'* concept van gezondheid, dat wil zeggen: *'gezondheid als de afwezigheid van ziekten'*. Gezondheid wordt dan nagestreefd door ziekten primair te stellen en deze te bestrijden en liefst te voorkomen. De (specialistische) arts neemt hierin het voortouw. De praktijk wordt *objectief* geëvalueerd met getallen ('meten is weten'), statistische methoden en aldus wordt algemene kennis verkregen, die voor iedereen geldt. Daarbij wordt, binnen de ingevoerde en doorgevoerde marktwerking in de zorg, door managers de kwaliteit van de zorg bepaald. Dit gebeurt aan de hand van zoveel mogelijk getallen die verzameld dienen te worden door de professionals in de praktijk.

In de *leefwereld* van de gezondheidszorg staat meestal een *'positief'* concept van gezondheid centraal: bijvoorbeeld *'gezondheid als de ervaring van welzijn'*. Bij het bevorderen van gezondheid in de zin van welzijn gaat het meer om wat optimaal en haalbaar is in een bepaalde situatie. Daarbij wordt meer individueel ingevuld en vaak gewerkt met een meer multidisciplinaire benadering. Er is dan sprake van een gezondheidsgerichte benadering, waar het bestrijden van klachten en symptomen een onderdeel van kan

zijn. In dit alles zijn vooral de subjectieve ervaring en de individuele mening, wensen en waarden van ieder belangrijk, en is de relatie primair ('vertellen' in plaats van 'tellen').

Het lijkt er op dat de afgelopen 20 jaar het werkelijkheidsbeeld van de gezondheidszorg als *systeemwereld* de boventoon is gaan voeren in de samenleving. Dit zien we zowel in wetenschappelijke publicaties en krantenberichten terug, maar ook in toegenomen protocollering en de onpersoonlijke benadering die patiënten vaak ervaren. Dit laatste onder andere door het voortdurend wisselen van de professionals.

Hierbij moet wel opgemerkt worden dat in de praktijk van de revalidatie, geriatrie en ouderengeneeskunde al geruime tijd een ontwikkeling plaatsvindt waarin de *leefwereld* en gezondheid als positief concept wel primair staan. De systeemwereld wordt dan gebruikt voor zover dat zinvol is in een individuele situatie. Ook op beleidsniveau horen we andere geluiden, zoals bijvoorbeeld in het adviesrapport '*Naar nieuwe zorg en zorgberoepen voor 2030*' (Kaljouw en van Vliet, 2015): "(...) *Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger staat centraal. (...)*" (zie ook Joke de Vries, 2015).

Gezondheidszorg als systeemwereld

In de gezondheidszorg als *systeemwereld* neemt wetenschappelijk onderzoek een belangrijke plaats in, met name door analyse van de praktijk aan de hand van statistische methoden. Dit ligt idealiter aan de basis van alle protocollen, standaarden, keuzen, en activiteiten in de gezondheidszorg.

Een van de (terechte) kritiekpunten op het gebruikelijke medisch wetenschappelijk onderzoek is dat onderzoek vaak alleen gedaan wordt met mensen die geen andere ziekten of afwijkingen hebben. Dit omdat die andere aandoeningen mogelijk invloed kunnen hebben op de uitslag van het onderzoek. Een van de problemen die in het boek '*Wat is er met de dokter gebeurd?*' genoemd worden, is dat de meeste mensen die naar de gezondheidszorg komen, oud(er) zijn en bijna altijd meerdere klachten en ziekten hebben (Olde Rikkert, 2018; Westendorp, 2018). Dus de mensen waar het in de praktijk meestal om gaat, vallen buiten de onderzoeken.

Hierbij moeten we ons wel bedenken dat multimorbiditeit (het hebben van meerdere klachten en ziekten) niet alleen bij ouderen veel voorkomt. Huisarts Huygen en zijn medewerkers onderzochten een steekproef van 830 mensen van 18 jaar en ouder in zijn praktijk om vast te stellen hoeveel lichamelijke klachten mensen hadden (Huygen, van den Hoogen en Neefs, 1983). Zij ontdekten dat 89 procent van de mensen hun gezondheid als goed of zeer goed beschouwde. Dit terwijl ongeveer 50 procent van de mensen vier tot tien lichamelijke klachten had en 20 procent meer dan tien. In veertien dagen tijd kregen de 830 mensen 1168 nieuwe klachten en slechts 5 procent kwam bij de huisarts, ondanks dat de nieuwe klachten waren niet alleen simpele klachten waren. Het waren ook klachten als pijn op de borst (10 procent ging daarmee naar de huisarts), maagpijn (10 procent), hartkloppingen (14 procent), knobbeltsjes (15 procent) en abnormaal bloedverlies (25 procent). In de jaren daarna bleek dat geen van de betrokken mensen een ernstige ziekte ontwikkeld had. Dit geeft mogelijk ook een ander beeld van de vaak genoemde 'eisende' patiënt en de noodzaak van 'acceptatie van de imperfectie van het menselijk lichaam' door ieder van ons (Haring, 2018).

Een tweede kritiekpunt in het boek op de gebruikelijke wijze van wetenschappelijk onderzoek doen in de gezondheidszorg, is de 'nutteloze p-waarde' (Rosendaal, 2018). In onderzoek worden idealiter twee groepen vergeleken (zoals wel of geen behandeling van een milde hoge bloeddruk). Dit zijn altijd steekproeven, bijvoorbeeld van de grote groep mensen met een milde hoge bloeddruk. De vraag is dan of de uitslag op een betrouwbare manier iets kan zeggen voor de hele grote groep van mensen met een milde hoge bloeddruk. Daarom wordt bij een gevonden verschil bepaald of dat 'statistisch significant' is. Of er (simpel gezegd) 'echt' een verschil is of dat het gevonden verschil op toeval berust ('p' staat voor '*probability*', de kans dat er geen verschil is). Als het verschil wel statistisch significant is, wordt er vaak gedacht en gezegd dat "er nu bewijs ('*proof*') is dat deze behandeling werkt". Maar, in de eerste plaats, bewijst wetenschappelijk onderzoek nooit iets, want onderzoek verzamelt gegevens die een 'aanwijzing' ('*evidence*') kunnen zijn dat een behandeling werkt, en die aanwijzing kan sterk of zwak zijn. En in de

tweede plaats zegt een p-waarde niets over in welke mate die behandeling werkt: daarvoor moet je naar de zogenaamde 'effect size' kijken, ofwel in welke mate wordt de milde hoge bloeddruk door de behandeling lager.

Er valt veel te zeggen over hoe lastig het is om betrouwbaar goed onderzoek in de praktijk te doen. Het zal echter duidelijk zijn dat bevindingen uit onderzoek zorgvuldig geëvalueerd moeten worden en dat we de uitkomsten van onderzoek zeker niet als een simpele waarheid moeten aannemen. Overigens ben ik van mening dat het belangrijk is om veel wetenschappelijk onderzoek te doen in de gezondheidszorg, en dat met name alle professionals een goede, kritische wetenschappelijke scholing krijgen. Ook het leren kennen van de waarde (en beperkingen) van andere vormen van wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld kwalitatief onderzoek), zou een goede aanvulling kunnen zijn op de bestaande methodieken. Dat haalt het primaat van de gezondheidszorg als *stysteemwereld* (met alle protocollen en standaarden) als 'heilige waarheid' wat onderuit.

Gezondheidszorg als systeemwereld dienstbaar aan de leefwereld van mensen

In het aangehaalde boek ('*Wat is er met de dokter gebeurd?*') wordt op verschillende manieren die *stysteemwereld* meer als dienstbaar aan de leefwereld neergezet. Het gaat om de *leefwereld* en om (gezamenlijk) welzijnsgericht bezig te zijn met *gericht gebruikmaken* van de *stysteemwereld* van de gezondheidszorg. Lombarts (2018) haalt de chirurg Atul Gawanda aan. Hij schreef dat hij in de loop van zijn professionele leven tot het inzicht kwam dat de taak van de arts verder gaat dan te zorgen voor gezondheid en bestrijden van de dood, namelijk het mogelijk maken van welzijn van mensen. En, welzijn gaat volgens hem niet over het bestrijden van de dood, maar over de redenen van mensen om te leven.

Evidence Based Practice

Een goede wetenschappelijke scholing is nodig om de waarde en beperkingen van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek te kunnen beoordelen, zodat de praktijk van de gezondheidszorg beter 'Evidence Based Practice' (EBP) kan worden. Evidence Based Practice (of Evidence Based Medicine) is niet slechts het gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek in de dagelijkse praktijk. Evidence Based Practice werd oorspronkelijk naar voren gebracht als het integreren van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, de praktijkervaring van de zorgverlener en de wensen van de patiënt (Sackett, Rosenberg, Muir Gray en Richardson, 1996).

Ik zou die definitie wat willen uitbreiden naar: Evidence Based Practice vereist de integratie van:

- bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek;
- de praktijkervaring van de zorgverlener;
- en de wensen en waarden van deze *individuele* patiënt in *deze specifieke situatie*.

Ik zou dat willen doen omdat bij klachten en ziekten (en eventuele behandelingen) we niet alleen onze wensen hebben, maar we ook geconfronteerd worden met onze waarden. Daarin is ieder mens individueel en is elke situatie weer anders.

Waarden

'*Waarden*' is vaak een lastig begrip om aan te duiden. Lombarts (2018) schreef daarover: "Omdat de vertaling van waarden naar zichtbaar gedrag groot en mogelijk te abstract is, bieden de drie pijlers van *professional performance* een concrete tussenstap." Volgens hem zijn de volgende drie pijlers nodig om als goede arts/zorgverlener te handelen en een goede arts/zorgverlener te zijn:

- Streven naar excellentie: intrinsieke motivatie, bescheidenheid, verbeteringsgericht zijn, toegewijd zijn aan kennis.
- Handelen vanuit medemenselijkheid: kijken met en handelen vanuit het hart: empathie, compassie, zorg voor eigen welzijn.
- Afleggen van rekenschap: naleven professionele waarden, richtlijnen en afspraken. Meewerken aan (zinvolle) registraties en kwaliteitsverbetering.

Waarden blijft een lastig begrip, en zijn tegelijkertijd essentieel in ons (mede-)mens zijn. Premier Balkenende had het meestal over 'waarden en normen' en ook in het huidige politieke bestel vallen de begrippen nogal eens, zonder dat duidelijk is wat er bedoeld wordt en wat het onderscheid is. Grappig genoeg geeft Wikipedia een duidelijk onderscheid en stelt dat *'Intrinsieke waarden het Goede zijn wat gedaan behoort te worden en die het waard zijn om nagestreefd te worden.'* Dit zijn bijvoorbeeld waarden als gerechtigheid, liefde, vrijheid, gelijkwaardigheid, veiligheid, betrokkenheid, et cetera. *'Normen zijn de concrete richtlijnen voor ons gedrag en idealiter zijn normen een duidelijke concretisering van waarden.'* Normen zijn meestal wel duidelijk, maar waarden blijven vaak toch wat ongrijpbaar.

Ik dacht aan een situatie in mijn opleiding tot arts in het Dijkzigt ziekenhuis (het huidige ErasmusMC). De acute opname was destijds op de eerste verdieping, dus als er een ambulance kwam, werd de betreffende patiënt op brancard met de lift naar boven gebracht. Nogal eens zeiden de ambulancemedewerkers na het boven komen met een patiënt met een hartstilstand: "Hij (of zij) ademde nog in de lift!" Uiteraard begonnen we dan snel met de reanimatie en vaak kwam na een tijd de uitspraak van de leidinggevende arts "patiënt is overleden". Maar die ene keer, 's avonds laat, deed een man van ongeveer 50 jaar oud zijn ogen open en zei: "Wat gebeurt er nu?" Hij kwam overeind en had acuut weer een hartstilstand. We reanimeerden weer, de hartslag kwam terug en we lieten hem niet meer omhoog komen. Een kwartier later stonden we in een andere kamer een röntgenfoto van de borstkas van de man te bekijken en we zagen een grote longtumor tegen het hart aanliggen. De diagnose was duidelijk en slecht en een van de aanwezige artsen zei: "Jammer dat we hem niet hebben laten doodgaan". Dat vonden er meer en ik was het ook wel er mee eens.

De betreffende man werd mijn patiënt (ik fungeerde als zaalarts op een van de afdelingen Interne Geneeskunde) en al snel kreeg hij door de tumor veel vocht in zijn borstholte. Aan het einde van iedere dag assisteerde ik de Chef de clinique om het meeste vocht weg te halen, zodat hij die nacht niet zou verdrinken in het vocht. Een lastige en pijnlijke procedure die hij zonder problemen onderging.

Ik liep aan het begin van de avond, voor het bezoeken en voordat ik naar huis ging, altijd even langs mijn patiënten om te controleren of alles goed ging. Toen ik zijn kamer wilde binnenlopen, stopte ik. Zijn vrouw en dochter zaten bij hem. Ik weet niet of ik te laat was, of dat zij er buiten bezoeken waren, maar ik werd getroffen door hoe zij drieën daar zaten. Rustig, zonder spreken en in liefdevol contact met elkaar. Ik ben stilletjes weggegaan, dankbaar dat de reanimatie alsnog gelukt was.

Waarden beleef je, ervaar je, en zijn, mijns inziens, cruciaal in de gezondheidszorg, zowel voor de mens die patiënt is als voor de mens die zorgverlener is.

Literatuur

- Engelen, B. van, Wilt, G.J van der en Levi, M. (2018) *Wat is er met de dokter gebeurd?* Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Haring, S. (2018) Acceptatie. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* blz. 129-132.
- Huygen, F.J.A., Hoogen, H. van den en Neefs, W.J. (1983). Gezondheid en ziekte: een onderzoek van gezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 127, 1612-1619.
- Kaljouw, M. en Vliet, K. van (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen*. www.zorginstituut.nl
- Levi, M. (2018). Het ideale number *needed to treat*. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* blz. 111-118.
- Lombarts, M.J.M.H. (2018). Vertrouwen in de dokter. *Professional performance* in tijden van verzakelijking, versnelling en verharding. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* blz. 133-142.
- Olde Rikkert, M.G.M. (2018). Beter kiezen is beter dokteren. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* blz. 199-208.
- Rosendaal, F.R. (2018). De nutteloze *p*-waarde. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* blz. 101-110.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C. Muir Gray, J.A. en Richardson, R.B. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Britisch Medical Journal* 312, 71-72.

Vries, J. de (2015). Een nieuwe benadering van gezondheid. Nieuwsbrief 2, Expertisecentrum De Vries en Rijke.

Westendorp, R.G.J (2018). Wat we van de geriater kunnen leren. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* blz. 249-256.

Nieuwsbrieven

Je kunt al onze nieuwsbrieven vinden op onze website (www.devriesenrijke.nl) onder de kop 'Nieuwsbrief'. Als je vaker een nieuwsbrief en/of informatie van ons wilt ontvangen, dan kan je je daarvoor aanmelden op de website.