

Praktijk in geneeskunde is altijd ingewikkelder dan menigeeen denkt

Ruim baan voor eigen afwegingen

Ethicus Gert van Dijk is niet van de algemeenheden en pleit voor nuance. En voor meer ruimte voor het maken van individuele afwegingen. "Artsen moeten soms de moed hebben om van de richtlijn af te wijken."

Twee dagen na de laatste gemeenteraadsverkiezingen twitterde ethicus Gert van Dijk: 'Als mijn Marokkaanse geneeskunde-studenten allemaal ophouden met hun studie, dan is er over een paar jaar een flink artsen-tekort.' En een dag later: 'Aangifte doen tegen Wilders is net als homeopathie: het helpt niks, maar je krijgt wel het gevoel dat je er iets tegen gedaan hebt.' Zo nam Van Dijk het via de social media op voor zijn allochtone studenten toen Geert Wilders tijdens de verkiezingsavond zijn toehoorders beloofde het aantal Marokkanen in Nederland terug te brengen. Reden om de man eens te vragen naar zijn kijk op de Nederlandse gezondheidszorg.

Spreken in algemeenheden is niks voor Van Dijk (54). Daarvoor is de gezondheidszorg veel te complex, meent de ethicus van het ErasmusMC. Liever pleit hij voor nuance. Als docent constateert hij dat zijn collegezalen steeds vaker worden bemand door allochtone studenten. De veelbesproken uitspraak over Marokkanen van Geert Wilders heeft hem dan ook erg gestoord. "Veel van mijn allochtone studenten zijn meiden die keihard hebben moeten knokken om in die collegezaal te zitten. Voor hen is het lang niet altijd

vanzelfsprekend om een universitaire opleiding te volgen. Dus moeten zij extra hard werken en dat vereist veel motivatie. Dan is het ontzettend naar als je door een politicus als bevolkingsgroep wordt weggezet." Van Dijk wil zijn studenten juist het gevoel geven dat ze welkom zijn. "Ze zijn welkom in de collegezaal, op de universiteit en later in de gezondheidszorg, ook al omdat de patiëntenpopulatie steeds diverser wordt."

Die toenemende diversiteit leidt ook regelmatig tot spanningen, constateert Van Dijk. Zo hebben patiënten met een islamitische of orthodox-christelijke achtergrond vaak moeite met het staken van de beademing vanwege medische zinloosheid. "Het concept 'medisch zinloze behandeling' wordt door veel mensen niet begrepen, omdat voor hen iedere behandeling per definitie zinvol is. Zolang iemand leeft, is het goed. Dat leidt tot discussie met de dokter die verdere beademing vanuit medisch oogpunt juist niet meer zinvol acht." Volgens Van Dijk stuit een arts in zo'n situatie op professionele grenzen. "Artsen vinden het moeilijk om door te gaan met een behandeling die geen redelijk doel meer dient. Het vraagt bepaalde competenties van een arts om met het standpunt van de familie om te gaan. Het zijn nieuwe eisen die deze tijd stelt aan zorgverleners. Je kunt je >



‘Meer transparantie en minder administratie zijn twee krachten die elkaar tegenwerken’

> voorstellen dat allochtone studenten daar soms meer begrip voor hebben.

Van Dijk verbaast zich over de worsteling in de zorg over het begrip kwaliteit, waarbij overheid en samenleving om het hardst roepen dat de kwaliteit van zorg transparanter moet, maar waarbij niemand kan aangeven wat kwaliteit nu precies is. “Daardoor worden in het systeem prikkels ingebouwd waarbij het niet zeker is of deze de kwaliteit bevorderen. Ziekenhuizen worden tegenwoordig afgerekend op sterftcijfers: een lager sterftcijfer zou een betere kwaliteit betekenen. Maar daar kun je vraagtekens bij plaatsen. Neem een ziekenhuis waar artsen veel overleggen met hun patiënten en er goede palliatieve zorg is. Het is bekend dat patiënten in die situatie vaak minder agressieve behandelingen kiezen. Daardoor zijn de sterftcijfers in dat ziekenhuis misschien hoger, maar hoeft er geen sprake te zijn van kwalitatief mindere zorg.”

Afwachten

Ook een korte periode tussen diagnose en behandeling wordt vaak als indicator gezien voor goede zorg. Niet altijd terecht, meent Van Dijk. “Als die behandeling bijvoorbeeld een operatie inhoudt, kan het óók betekenen dat de arts toewerkt naar een operatie, terwijl dat kwalitatief gezien niet per se de beste behandeling hoeft te zijn. In sommige situaties, zoals bij bepaalde vormen van borst- of prostaatkanker, is het een reële optie om af te wachten hoe de ziekte zich ontwikkelt. Zo kan een prikkel die bedoeld is om de kwaliteit te bevorderen, een prikkel worden om tot agressieve geneeskunde over te gaan. Het is zeer de vraag of de patiënt daar altijd bij gebaat is.”

Sowieso is het ontwikkelen van deugdelijke kwaliteitsindicatoren in de zorg een lastig punt, meent Van Dijk. “Je kunt kwaliteit in zijn algemeenheid niet uitdrukken in een cijfer. Tegelijkertijd: hoe meer indicatoren, des te groter de administratieve last voor de zorgprofessional. Dat is de paradox: iedereen wil meer inzicht in kwaliteit, maar dat betekent tegelijk dat zorgverleners domweg meer papieren moeten invullen.

Meer transparantie en minder administratie zijn twee krachten die elkaar tegenwerken.”

Van Dijk wijst op het belang voor individuele patiënten om samen met hun arts een juiste afweging te maken. “Sommige patiënten kiezen liever voor een korter leven met betere kwaliteit dan een langer leven met minder kwaliteit. Bij prostaatkanker vinden mannen soms behoud van continëntie en potentie belangrijker dan de lengte van hun leven. Die individuele ruimte voor een eigen afweging van de patiënt is ontzettend belangrijk. Maar een te grote focus op overlevingskansen dwingt patiënten een bepaalde kant op. Artsen moeten soms de moed hebben om van de richtlijn af te wijken.”

Wantrouwen

Terwijl de patiëntenpopulatie verandert, wordt ook de achtergrond van zorgverleners diverser, hetgeen leidt tot nieuwe issues. “Zorgverleners kunnen persoonlijke overtuigingen koesteren die de professionele uitoefening van hun vak in de weg staan. Neem een antroposofisch arts die zich weigert te laten vaccineren tegen mazelen. Of vrouwelijke studenten met een christelijke achtergrond die zich tijdens hun opleiding niet willen laten onderzoeken door een mannelijke student. Voor mij is belangrijk of mensen zich tot goede professionals kunnen ontwikkelen en of zij de dingen doen die van zorgprofessionals verwacht mogen worden. Een zorgverlener die zich niet wil laten vaccineren, kan dat dus niet, want die brengt patiënten in gevaar. En studenten, die later alle patiënten moeten onderzoeken, zullen de eventuele gêne over het eigen lichaam moeten overwinnen.”

Van Dijks stelregel is dat alle eenvoudige antwoorden moeten worden gewantrouwd. “Of het nu over sterftcijfers of over abortus gaat, de praktijk van alledag is altijd ingewikkelder dan je denkt. Neem de discussies over abortus. Aborteren vanwege een schisis zou moeten worden verboden, hoor je weleens zeggen. Ik ken een casus waar veel vraagtekens waren bij de ouder-schapscompetenties van de aanstaande moeder vanwege psychiatrische problemen. Iedereen hoopte dat ze zou kiezen voor abortus omdat zij niet in staat was het kind op te voeden. Toen duidelijk werd dat het ongeboren kind een schisis had, was iedereen stiekem opgelucht omdat dit eigenlijk de beste oplossing was. Dan kun je zeggen: ‘dat is fout’, maar de werkelijkheid blijkt dus veel complexer dan je op het eerste gezicht denkt.”

Een ander voorbeeld waar Van Dijk zich over verbaast is de 24-wekengrens waarbinnen abortus mag worden uitgevoerd. “Die regel is ingevoerd om ongeboren kinderen te beschermen, maar doet soms precies het tegenovergestelde. Vrouwen hebben bij 20 weken een echo en bij eventuele geconstateerde ernstige afwijkingen bij de baby zijn er dus nog vier weken om voor een abortus te kiezen. Soms is die grens te krap en willen vrouwen extra tijd, omdat de ernst van sommige aandoeningen pas later duidelijk wordt. Maar door die naderende grens van 24 weken komt er ineens ontzettend veel druk op de ketel, bij zowel de vrouw als de arts. Daardoor worden er soms te snelle, overhaaste beslissingen genomen en kiezen vrouwen het zekere voor onzekere. Zonder die regel zouden vrouwen een zorgvuldiger besluit kunnen nemen.”

Zingeingsvraag

Van Dijk heeft de rol van de arts de afgelopen decennia flink zien veranderen. “Vroeger was er een duidelijke arbeidsverdeling tussen artsen en geestelijken. Door de secularisering zijn mensen met zingeingsvragen steeds vaker bij hun arts gaan aankloppen. Dat stelt nieuwe eisen aan artsen, want als arts moet je wel in staat zijn met dergelijke vraagstukken om te gaan. En je moet ook weten dat veel vragen naar medische zorg in feite zingeingsvragen zijn. Hoe moet ik met mijn laatste levensfase omgaan?, is zo’n vraag. Het is voor de handliggend om op dergelijke vragen een medisch antwoord te geven. Maar als je als arts in staat bent te herkennen dat het eigenlijk een zingeingsvraag is, verdwijnen veel medische vragen als sneeuw voor de zon. Dat kan ook leiden tot minder vraag naar medische zorg. Maar hoe minder tijd een arts heeft, des te groter wordt de kans dat de patiënt met een recept de deur uit loopt.”

Volgens Van Dijk moet in de laatste levensfase de vraag ‘Welke behandeling wilt u?’ vervangen worden door de vraag ‘Wat is voor u nog belangrijk?’. “Dat stelt nieuwe eisen aan artsen. Zij moeten in staat zijn dat soort gesprekken te voeren. Veel geneeskunde is tegenwoordig ouderengeneeskunde en mede daardoor is het echt een praatberoep geworden. Ik sprak laatst een oncoloog die aangaf dat hij er veel tijd in steekt om mensen af te raden door te gaan met behandelingen. Goed dat daar dus ook een vergoeding voor komt.”

De ruimte voor de individuele afweging geldt in het bijzonder voor het euthanasievraagstuk



‘Geneeskunde wordt steeds meer een praatberoep’

dat een onverminderd heet hangijzer is. Van Dijk, zelf lid van de regionale Toetsingscommissie euthanasie, is positief. “De huidige euthanasiewet biedt een open kader waarbinnen maatschappelijke opvattingen zich kunnen ontwikkelen. De bron van het lijden is niet bepalend voor de ernst daarvan en wat precies ‘ondraaglijk lijden’ is, wordt in de wet niet omschreven. Huisartsen zien euthanasie steeds meer als een normaal onderdeel van hun werk. Dat komt doordat er meer aandacht voor is in de opleiding en doordat artsen niet meer hebben meegemaakt dat euthanasie illegaal was.”

Toch blijven er lastige situaties denkbaar. “Wat doe je als een gezonde patiënt heeft verklaard in geval van dementie te willen sterven, maar eenmaal dement niet zichtbaar lijdt en ook niet meer dood wil?”, vraagt Van Dijk zich hardop af. “Ik kan me goed voorstellen dat de arts dan van euthanasie af wil zien. Dit zijn dilemma’s die zich niet lenen voor algemene waarheden, maar juist vragen om ruimte voor een individuele afweging.” <

Curriculum vitae

Gert van Dijk

Geboren 10 mei 1960

2010-heden lid/ethicus regionale Toetsingscommissie euthanasie

2007-heden ethicus ErasmusMC

2007-heden ethicus artsenfederatie KNMG

2005-2007 hoofd wetenschappelijk bureau D66

1988-1993 doctoraal filosofie Universiteit van Amsterdam