

Dokters gaat niet alleen over overleven



Andries Baartis bijzonder hoogleraar Presentie en Zorg aan de Universiteit voor Humanistiek.

Van de publicatie van 'harde, objectieve cijfers' over de sterfte onder kankerpatiënten kan een perverse prikkel uitgaan op de behandelende artsen.

ANDRIES BAART

Natuurlijk is het een goed idee om te laten zien hoe je scoort bij het genezen van kanker, en hoe je afsteekt bij anderen. Zo valt er voor de patiënt wat te kiezen. Het UMC St. Radboud in Nijmegen heeft als eerste zulke cijfers gepubliceerd (13 september). Een moedige, eerste stap waarbij echter ook kritische kanttekeningen moeten worden gemaakt.

Sommige punten van kritiek liggen voor de hand: die cijfers gaan onherroepelijk een eigen leven leiden in de slangenkuil die de vermarkte ziekenhuiszorg is; die 'harde, objectieve cijfers' zeggen uit zichzelf niets, er moet een praatje bij, en dat maakt het allemaal weer subjectief en boterzacht. Als je gemiddelden geeft, moet je ook de spreiding noemen omdat we anders niet weten hoeveel patiënten ver van dat gemiddelde af zitten. De wedloop wordt gewonnen door wie goed is in dit soort publicitaire battles, niet per se door de beste dokters. En de patiënt moet iets heidens ingewikkelds begrijpen: de

statistieken gaan over een populatie en dat is hij niet. Hij is een enkel geval - en daar gaan die statistieken weer niet over.

In de gepresenteerde getallen is verdisconteerd in welk stadium de kanker bij de aanvang van de behandeling verkeerde zodat de overlevingskansen van patiënten met uitgezaaide kankers niet worden vergeleken met die van patiënten met een beginnende kanker. Dat is eerlijk. Maar waarom zouden we alleen acht slaan op hoe het bij de aanvang met de kanker zat? Patiënten verschillen ook in leeftijd, vitaliteit, geslacht, voorgeschiedenis, comorbiditeit (wat ze nog meer mankeren), therapietrouw, familiegeschiedenis et cetera. Van alle variabelen wordt er nu maar eentje verwerkt en dat is heel weinig, zeker als je weet dat ziekenhuizen hun eigen recruteringsgebieden hebben en dus vaak een bepaald soort patiënt aantrekken. Patiënten die van elders kwamen, rekent het UMC St. Radboud dan ook niet mee.

Maar interessanter wordt het als we de statistiek laten voor wat ze is. We weten dat je met rigoureuze ingrepen vaak betere resultaten behaalt dan wanneer de dokter kalmpjes aan doet. Na rigoureuze ingrepen zijn de cijfers beter, maar betaalt de patiënt een (veel) hogere prijs. Er zijn aandoeningen die radicaal kunnen worden verwijderd maar die geweldige verminkingen achterlaten en die het sterfproces, dat uiteindelijk toch onvermijdelijk is, tot een nare en eenzame aangelegenheid maken. De kwaliteit van hun sterven of van hun voortleven wordt niet in de statistiek vermeld, wel de overlevingsjaren. Flink verminken loont cijfermatig, ook bij borstkanker.

Dat kan dus een perverse prikkel voor de dokter zijn: liever met goede cijfers op de nationale foto dan barmhartig naar de patiënt.

Een patiënt zal, als hij nog leven kan, dat graag goed doen en als hij sterven gaat dat ook graag goed doen. Niet weerzinwekkend verminkt en vereenzaamd, niet totaal uitgeput van het gedoe aan zijn lijf maar met nog wat energie om fatsoenlijk van de zijnen afscheid te kunnen nemen. Hier ligt een grote opgave voor ons kwaliteitsdenken en voor wat we als geslaagd aanmerken: dokters gaat niet alleen over overleven. Als een patiënt weinig fiducia heeft in een therapie, wat toch niet uitzonderlijk is, en denkt: liever over een jaar dood dan nog jaren een polonaise aan mijn lijf, dan doet het ertoe of je dokter scoren wil.

De dokter kan, alles overwegende en na gesprekken met de patiënt, zeggen: ik respecteer uw wens. Dat levert het ziekenhuis wel een slechte score op want deze patiënt gaat sneller dood dan landelijk gemiddeld. Of de dokter kan zich verzetten, de patiënt overtuigen of zelfs overreden en legertje case-managers en nurse practitioners op het dak sturen. Denk niet dat dat niet gebeurt; het kennisoverwicht van de dokter is zo groot dat de patiënt onophoudelijk wordt overreed, ook als de dokter keurig communiceert. Die overreding kan zich voordoen als goede zorg ('we gaan ervoor') maar het onderliggende geweld staat voor hetzelfde geld in het teken van goede scores willen halen. Dat je het verschil niet gemakkelijk kunt zien, is verontrustend.

En ten slotte, waarom werkt een therapie? De populaire verklaring zegt: omdat het mechanisme van ziek zijn en weer beter worden adequaat is ontrafeld en goed wordt gemanipuleerd. Je moet weten hoe het werkt. Dat is grotendeels juist, maar er is een stortvloed van literatuur die laat zien dat de relatie tussen dokter en patiënt, het wederzijds vertrouwen en de bemoediging die de therapie al dan niet begeleid, een groot

gewicht in de schaal leggen.

Niet het ziekenhuis tekent voor de goede score maar de relationeel ingestelde dokters daar, en als deze verkassen moet de score onmiddellijk worden bijgesteld.