

Een zeer persoonlijke visie

John Garrow

Op 30 september 1994 veranderde mijn leven abrupt. In de tweeënveertig voorafgaande jaren hadden mijn werkgevers, of een universiteit of de *Medical Research Council*, een alsmaar hoger bedrag overgemaakt naar mijn bankrekening. Als tegenprestatie moest ik patiënten behandelen met klinische problemen op mijn vakgebied, onderzoek doen die deze zorg effectiever moest maken en ik moest bijdragen aan de vorming van een aantal medische studenten. Dat is nu allemaal voorbij.

Ik was op dat moment 65 jaar, gepensioneerd, en niet langer een hulpaanbieder, maar in plaats daarvan een patiënt, en op voorspelbare wijze een steeds meer eisende consument van de gezondheidszorg geboden door de *National Health Service*.

Toen ik hulpverlener was had ik een duidelijk idee van mijn plichten, maar wat zijn mijn plichten als patiënt? Op dit punt worden tegenstrijdige adviezen gegeven. In 1995 was er een document getiteld het 'Patiëntenhandvest'. Dit bevatte uitspraken over hoe gewetensvol en vriendelijk de hulpverleners beloofden te zijn, en hoe zij hoopten dat de patiënten ook zo zouden reageren en constructieve wenken zouden geven als de geboden hulp niet aan de verwachtingen zou voldoen. Allemaal mooie woorden, maar nu moeten we ons dus meer richten naar het meer radicale concept van de Patiënt-centrale geneeskunde (PCG). Nadere uitleg daarover stond in het *BMJ* ^{1,2} en op de website www.trainer.org.uk/members/theory/curriculum/patient-centred.htm⁴.

In haar redactioneel over PCG schreef Stewart ²: 'Patiënten willen patient-centrale geneeskunde die (a) onderzoekt wat voor de patiënt de voornaamste reden van komst is, wat zijn zorgen zijn en diens behoefte aan informatie; (b) een geïntegreerd begrip zoekt van de patiënt's emotionele behoeften en levensproblemen; (c) zoekt naar een gemeenschappelijke kijk op het probleem en komt tot onderlinge overeenstemming over de aanpak; (d) preventie en gezondheidsbevordering aanbiedt; en (e) de duurzame relatie tussen arts en patiënt verstevigt.' De bewijzen dat patiënten dit alles van hun huisarts verlangen is afkomstig van een observationele studie van Little et al.³. Zij onderzochten de opvattingen van 865 patiënten uit drie praktijken en kwamen tot de conclusie dat patiënten het patiënt-centrale aspect van de eerste-

lijns zorg hoger achtten dan andere aspecten als lichamelijk onderzoek of receptuur.

Ik bekijk dat met aanzienlijke scepsis. Er zijn ongetwijfeld veel patiënten die graag een diepgaande relatie met hun huisarts zouden willen, maar ik geloof dat er nog meer zijn (inclusief mijzelf) die ernstige bezwaren koesteren tegen de consequenties van deze werkwijze. In haar uitgebreide exposé over PCG geeft Stewart ⁴ een opsomming van de bekwaamheden en attitude die van huisartsen gevergd worden bij het verdiepen van hun relatie met de patiënt. Dat vraagt een niveau van empathie en zelfopoffering, dat ongelofelijk is. Stewart spreekt niet over de tijd die nodig is om al deze zaken in een realistische dagelijkse praktijk tot uitvoering te brengen. Tallis ⁵ heeft het tijdgebrek beschreven dat er in het huidige NHS al bestaat zowel in de eerste lijn als in de ziekenhuizen. Hij laat zien dat het nauwelijks mogelijk is om van patiënten bijvoorbeeld 'informed consent' voor ingrepen te verkrijgen op de grondige wijze die ziekenhuisbestuurders wel verwachten. En het verkrijgen van 'informed consent' is een peulenschil vergeleken met het relatie opbouwen dat Stewart voorstelt. Een PCG-consult zou tenminste tienmaal zo lang duren als een niet-PCG consult. Het onderzoek van Little et al.³ zou wel eens heel anders hebben kunnen uitvallen als de PCG zou zijn aangeboden tegen een tienmaal langere wachttijd alvorens men de dokter te zien kreeg.

Mijn sterke voorkeur voor *evidence-based medicine* (EBM) boven de PCG heeft twee redenen. Allereerst wil ik bij het bezoek aan mijn huisarts te weten komen welke oogdruppels het beste zijn voor het glaucoom in een van mijn ogen en ook een goed advies over hoe om te gaan met de beginnende klachten over mijn heupgewricht, dat zijn leeftijd begint te voelen. Ik wil niet dat hij gaat zoeken naar mijn voornaamste reden van mijn bezoek, mijn zorgen en

mijn behoefte aan informatie. Nog veel minder zit ik te wachten op een geïntegreerd begrip van mijn wereld, hartelijk dank daarvoor. Maar ik wil deskundig *evidence-based* advies voor mijn oog en mijn heup en ik wil het snel. Ik heb weinig op met de PCG-patiënt voor mij die wellicht bezig is een diepgaande relatie met onze gemeenschappelijke huisarts op te bouwen, maar die ook een half uur van mijn tijd verspilt. Ten tweede zie ik weinig aanwijzingen dat PCG tot betere gezondheidszorg leidt, ondanks de inzet van aanzienlijke investeringen, met uitzondering van een minderheid van patiënten die eerder sociale steun dan medische behandeling behoeven.

Omdat ik van mijn hulpverleners EBM-standaarden verwacht, ben ik als patiënt natuurlijk verplicht om mee te doen als mijn praktijk deelneemt aan een goed opgezet en publiek geregistreerd onderzoek naar de behandeling van glaucoom of beginnende artrose. Zoals Evans et al.⁶ glashelder uiteenzetten is meedoen aan wetenschappelijk onderzoek de enige manier waarop patiënten kunnen bijdragen aan verbetering van de gezondheidszorg, dus het is patiëntenbelang om daarin vrijwillig te participeren. Ik verwacht overigens niet van mijn huisarts dat hij colleges gaat geven over de opzet van gerandomiseerd onderzoek. Informatie daarover is elders beschikbaar voor patiënten (zie Evans et al.⁶), die dat echt willen weten.

Referenties

1. In mijn vroege jeugd werd mij door mijn medische opvoeders een afkeer van de privé-praktijk ingeplant. Zij noemden ter illustratie Dr X, een zeer succesvol arts voor particulieren wiens klinisch oordeel twijfelachtig was, maar die, na zijn pensionering, zeer werd gemist door zijn patiënten. 'Als ik hem bezocht dan wist ik dat hij zich werkelijk verdiepte in mijn probleem', zeiden ze. Misschien deed hij dat ook wel, maar je hoorde wel dat zijn succes eerder toegeschreven moest worden aan zijn onveranderlijk sombere gelaatsuitdrukking. Zelfs als hij zich te buiten ging aan een heerlijk maal vertoonde hij geen enkel teken dat hij genoot. Ik heb zelf nooit privé-praktijk gedaan.
2. Stewart, M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001; 322: 444-445.
3. Little P, Everitt H, Williamson et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322: 468-472.
4. <http://www.trainer.org.uk/members/theory/curriculum/patient-centred.htm>, visited 29-08-2006.
5. Tallis R. (2004) Hippocratic oaths. Atlantic books, London.
6. Evans I, Thornton H, Chalmers I (2006) Testing the treatments. British Library, London

Dr. J. Garrow is emeritus hoogleraar humane voeding, Universiteit van Londen

Dit artikel verscheen eerder in de *Health Watch Newsletter* (64, januari 2007) en verschijnt hier met toestemming van de auteur.

Vertaling: dr. A.L.Terneer.

HealthWatch is een kleine en nog vrij jonge zustervereniging uit Engeland. Men omschrijft zichzelf als volgt: HealthWatch is a small UK-based charity which aims to promote:

- The assessment and testing of treatments, whether "orthodox" or "alternative";
- Consumer protection of all forms of health care, both by thorough testing of all products and procedures, and better regulation of all practitioners;
- Better understanding by the public and the media that valid clinical trials are the best way of ensuring protection.

Find out more on www.healthwatch-uk.org

Tenslotte maak ik mij zorgen over het wijd verbreide idee dat patiënten de meest aangewezen mensen zijn om te beslissen over de aanwending van NHS-financiën. Natuurlijk zijn patiëntenverenigingen van lijdens aan een bepaalde ziekte experts op het gebied van zaken waarvoor aan deze patiënten behoefte hebben. Problemen ontstaan als men gaat beweren dat de NHS 'tekort schiet' in het leveren van adequate zorg voor de 'slachtoffers' van deze ziekte en dat dat schandaal zo snel mogelijk moet worden aangepakt. Die beweringen komen natuurlijk van de beweerde slachtoffers, of soms - op bedekte wijze - door geneesmiddelfabrikanten die een geneesmiddel maken voor de betreffende kwaal. Zoals Tallis stelt maken wij patiënten allemaal gebruik van dezelfde publieke door de belasting- en premiebetaler opgebrachte gelden en zijn feitelijk met elkaar in concurrentie. Natuurlijk vinden wij onze eigen ziekte belangrijker dan die van de andere groepen.

Bij herlezing van dit stukje zie ik dat alle argumenten die ik naar voren heb gebracht in wezen bekrompen en egoïstisch zijn. Misschien is dat een kenmerk van mijn leeftijdsgenoten. Het zou zelfs nog kunnen dat mijn vroegere werkgevers wisten wat ze deden op 30 september 1994. Ze wisten dat ze iemand dumpten waarvan ze wisten dat hij spoedig zelfzuchtig en lastig zou worden. ●