



## Studie naar overbehandeling van kwetsbare ouderen

# ‘Leven niet onnodig rekken door medisch ingrijpen’

DOOR LOEK KUSIAK BEELD JEAN-PIERRE GEUSENS

**M**oeten artsen een gebroken heup bij een 86-jarige altijd opereren? Is het humaan om een 92-jarige bij een longontsteking antibiotica te onthouden? Is het moreel te verantwoorden om een kwetsbare oudere met ongeneeslijke darmkanker opnieuw te opereren in plaats van te begeleiden naar de dood? De lijst met dilemma's waar artsen dagelijks mee worstelen is lang. Regelmatig leidt dit tot keuzes die de kwaliteit van de laatste levensfase van de patiënt eerder verslechteren dan verbeteren. Dat zou niet nodig hoeven zijn, want of zorg aan kwetsbare ouderen 'goed' is en geen overbehandeling, valt vooraf vast te stellen. Met als uitkomst oplossingen waar zowel de patiënt, de medicus als de familie vrede mee hebben. De keuze kan in veel gevallen palliatieve zorg met pijnbestrijding zijn. Vier principes voor ethisch handelen kunnen bij het maken van een keuze behulpzaam zijn.

---

**“Een schoolvoorbeeld van slechte zorg”**

Dat staat in de onlangs verschenen studie ‘Overbehandelen, ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen,’ die in de medische wereld met veel waardering is ontvangen. Waardering voor zowel de objectieve als genuanceerde blik op de problematiek van overbehandeling en voor de aanbevelingen om dat tegen te gaan. Eén van de drie auteurs van de studie is Maarten Verkerk, bijzonder hoogleraar christelijke wijsbegeerte aan de Universiteit Maastricht, bestuurder van zorginnovatienetwerk Vita Valley en voormalig directeur van de Vijverdalkliniek in Maastricht. De andere twee auteurs zijn ethicus Theo Boer en Dirk-Jan Bakker, oud medisch-directeur van het AMC in Amsterdam. Uit praktijkvoorbeelden in het boek komen naar voren hoe vaak een arts vanuit medisch perspectief doorbehandelt en niet rekening houdt met de kwetsbaarheid van de oudere patiënt.

Verkerk: “Artsen staren zich blind op herstel van de aandoening in plaats van op de kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Het effect is slechte zorg, omdat het lijden van de patiënt alleen maar toeneemt. Een operatie moet je mede beoordelen vanuit de idee van de zorg voor de hele mens en niet puur vanuit wat medisch-technisch mogelijk is. De relatie tussen arts en patiënt is in de eerste plaats een morele relatie.”

### Onder druk

Maarten Verkerk geeft het voorbeeld van een ruim tachtigjarige patiënt die na een operatie aan ongeneeslijke kanker nog drie maanden met slangetjes en buisjes aan een verpleeghuisbed in leven werd gehouden. “Dat was geen kwaliteit van leven meer. Het alternatief had kunnen zijn dat hij zijn laatste maanden zonder operatie, maar met pijnbestrijding, met palliatieve zorg dus, in aanwezigheid van familie in huiselijke kring had kunnen doorbrengen. In die zin is onze publicatie ook een pleidooi voor een menswaardige manier van sterven. Wel of niet het leven met een paar maanden rekken is voor veel artsen een lastig thema in de omgang met ernstig zieke ouderen, vooral wanneer die te hoge verwachtingen hebben van hun verdere levenskansen.”

De noodzaak van de studie blijkt ook uit een enquête in 2012 van artsenkoepel KNMG. Van de geënquêteerde artsen vindt 71 procent dat er in de laatste levensfase langer wordt doorbehandeld dan nodig. 79 procent vindt het een reële optie om patiënten aan het einde van hun leven niet meer te behandelen. Bijna de helft, 46 procent, van de artsen voelt zich onder druk gezet door de familie of de partner om het leven van vader of moeder te rekken terwijl een ingreep de ziekte of aandoening niet zal opheffen of verminderen. In hun studie over overbehandeling rapporteren Verkerk en zijn mede-auteurs 28 casussen over goede en slechte zorg voor kwetsbare ouderen. “In één casus,” vertelt Verkerk, “concentreert een orthopeed zich volledig op het inbrengen van een nieuwe heup. Hij schenkt weinig aandacht aan het feit dat de man, 77 jaar en nog zelfstandig wonend, dementerend is. Door een val de nacht na de operatie brak de heup. De patiënt overleed na enkele maanden met veel pijn in het verpleeghuis. De orthopeed was vergeten dat rondom de heup nog een mens zat. Een schoolvoorbeeld van slechte zorg.”





### **Behandelmodus**

#### **Hoewel veel artsen zelf vinden dat ze te lang doorbehandelen, gaan ze er toch meer door. Waar komt dat vandaan?**

“Dat zit ingebakken in hun opleiding. Ze hebben geleerd te behandelen en geen rustmoment in te bouwen. Artsen staan in de behandelmodus. ‘Ik blijf voor u zorgen’. Maar ook de patiënt en zijn familie werken daaraan mee. Ze verwachten voor elke kwaal een oplossing en zeggen: ‘Dokter, u doet toch alles wat mogelijk is?’ Dat is, hoewel het uit liefde gebeurt, de verkeerde vraag stellen en de arts bevestigen in zijn behandelmodus. Die vindt het op zijn beurt weer moeilijk om over sterven als onvermijdelijk einde te praten, want dat klinkt alsof hij de moed opgeeft. Toch zou hij op dat moment het lef moeten hebben om te zeggen: ‘Ik wil u deze behandeling, een chemokuur bijvoorbeeld, niet geven omdat ik uit ervaring weet dat uw kans op genezing zeer klein is.’ Niettemin zijn er mensen die ook uit zo’n antwoord weer hoop putten, het positiever interpreteren dan de arts bedoelt. Het is dus ook een kwestie van gesprekstechniek door de arts met reflectie op moraliteit. Zodat de arts de rug recht kan houden om de behandeling te weigeren.”

#### **De studie schetst een ethisch kader met principes dat artsen houvast biedt bij het voorkomen van overbehandeling. Hoe ziet dat kader er uit?**

“Welke keuze uiteindelijk ook gemaakt wordt: de autonomie van de patiënt, wat hij of zij wil, is één van de medisch-ethische principes waar de arts uitdrukkelijk rekening mee te houden heeft. Autonomie betekent in dit geval dat overbehandeling niet door de dokter, door de maatschappij, of door de familie mag worden opgedrongen. Een ander principe gaat over niet-schaden. Dat betekent dat naarmate een behandeling meer ongemakken of bijwerkingen vertoont in verhouding tot het doel dat je nastreeft, er eerder sprake is van overbehandeling. Een derde principe is

Martin Verkerk

## **“De relatie tussen arts en patiënt is in de eerste plaats een morele relatie”**

‘weldoen’. Van weldoen is geen sprake als reanimatie kansloos is, of wanneer je een oudere een behandeling tegen kanker geeft terwijl deze persoon een zeer zwakke gezondheid heeft die niet door kanker is veroorzaakt. Een ander voorbeeld in dit verband is het inbrengen van een pacemaker bij een ernstige hartpatiënt die heeft aangegeven dat hij het liefst aan zijn hartaandoening zou willen sterven omdat hij dat als een verlossing zal ervaren. Hier is dus een relatie met autonomie. Het vierde principe heeft betrekking op rechtvaardigheid. Een behandeling van 50.000 euro voor iemand die nog maar een paar maanden leven heeft, neemt een onevenredig groot deel van de schaarse middelen in de zorg in. Ook dan spreken we sneller van overbehandeling. Met deze vier principes als criterium kun je tevoren ook bepalen of er risico zou kunnen zijn op onderbehandeling. Het ethisch kader werkt dus naar twee kanten om vast te stellen of iets goede zorg is. Daarbij is het pluriform kader, goed te gebruiken door zowel het christelijke-, moderne- als het postmoderne volksdeel.

### **Seniorvriendelijk**

#### **Wat houdt het inbouwen van een rustmoment waar u op doelt concreet in?**

“Dat is het moment waarop je het ethisch kader wilt gaan gebruiken, tevens het moment waarop de klinisch geriater, een specialist ouderengeneeskunde, in beeld moet komen en de regie overneemt. Hij is onafhankelijker dan de cardioloog of oncoloog die puur vanuit hun eigen specialisme een patiënt beoor-



delen. De geriater kan een veel betere inschatting maken van de kwaliteit van leven na of zonder een medische ingreep. Hij kijkt naar de totale belastbaarheid voor de patiënt. In ziekenhuizen met het keurmerk 'seniorvriendelijk' is de geriater de hoofdbehandelaar. Hij bespreekt primair met de patiënt en de familie welke behandeling er al dan niet gegeven wordt. Als de patiënt zelf niet meer wilsbekwaam is en de beslissingsbevoegdheid bij de partner of de familie ligt, is praten over pijnbestrijding in de laatste levensfase, palliatieve zorg dus, vaak voor de hand liggend. De geriater of de palliatief arts kan dit zien als goede zorg ofwel als goed sterven, en ook de familie kan aandringen op opvoeren van medicatie tegen pijn. Zinvol sterven, goed afscheid nemen, kan een periode zijn om over en weer dankbaarheid te uiten voor wat patiënt en naasten voor elkaar betekend hebben."

#### **Om de kostenexplosie in de zorg te stoppen, stelt het Centraal Plan**

#### **Bureau voor de extra jaren die iemand kan leven door een medische ingreep in een geldbedrag uit te drukken. Ofwel: een x-aantal euro's staat voor het aantal gewonnen levensjaren gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven. Dat wordt uitgedrukt in zogeheten QALY's. Wie te veel kost, krijgt geen vergoeding.**

"Kosten zijn geen onderdeel van onze studie geweest, maar het is evident dat te lang doorbehandelen van kwetsbare ouderen fors bijdraagt aan de kostenstijging in de gezondheidszorg. Iemand nog een laatste keer een chemokuur geven die niets meer oplost, is geldverspilling. We moeten er dus over nadenken of we dit willen voortzetten. Als we het principe van rechtvaardigheid als ethisch criterium serieus nemen, moeten we er ook over praten of we de prijs van een behandeling hanteren bij de afweging wie wel of niet een behandeling moet krijgen. Als ik iemand voor 30.000 euro een behandeling geef die nog twee

maanden het leven verlengt, moet ik die behandeling ook aan twintig of dertig anderen geven. Dit geld kan echter niet uitgegeven worden aan de 40-jarige patiënt met beduidend meer levenskansen. Dat ondergraaft de solidariteit onder ons zorgstelsel. Als het geld in de zorg een schaars goed is, is de verdeling ervan ook een ethische kwestie."

"De trend in de huidige hedonistische cultuur is er één van jong blijven en veroudering tegengaan. Vanuit het idee van verlichting en vooruitgang en de beschikbaarheid van technologie kunnen we aftakeling niet accepteren. Dus zo lang mogelijk in leven blijven mag best wat kosten. De andere trend, kenmerkend voor het christelijke denken, is de onvolmaaktheid van het leven, het zuchten van de mens onder de Schepping. De mens die moet omgaan met ziekte en tegenslagen. Levenskunst is omgaan met pijn en leed. Stervenskunst is accepteren dat de dood onvermijdelijk is en bekijken hoe we elkaar op dat moment van dienst kunnen zijn. In de ontwikkeling van palliatieve zorg hebben christelijke artsen een dominante rol gespeeld. We hebben nu al 1,3 miljoen mensen in Nederland met minimaal twee chronische aandoeningen. Ondertussen worden we ook nog ouder, maar neemt ook de kans toe dat we in de laatste levensfase erg ziek worden. Nadere richtlijnen voor palliatieve zorg om de laatste levensfase met zo min mogelijk pijn door te komen, kunnen beslist een rem zetten op overbehandeling." 🐟



**Prof. dr. Maarten Verkerk (1953) STUDEERDE chemie in Utrecht en promoveerde aan de Universiteit Maastricht en de TU Twente. Hij WERKTE van 1986 tot 2002 als manager en leidinggevende in de industriële sector van Philips in Nederland (Roermond), Duitsland en Taiwan. Daarna was hij VOORZITTER van de raad van bestuur van het psychiatrische ziekenhuis Vijverdal in Maastricht, dat onder Verkerk fuseerde met de Mondriaan Zorggroep. Sinds 2008 is hij BESTUURSVOORZITTER van VitaValley in Ede. Ook is hij bijzonder hoogleraar christelijke wijsbegeerte aan de Universiteit Maastricht (implementatie van innovaties in de zorg) en de TU Eindhoven. Maarten Verkerk is GEHUWD, heeft vier kinderen en WOONT in Hoensbroek.**