

Artsen laten zich door de farmabedrijven inpalmen en verleiden tot het voorschrijven van dure medicijnen en behandeltechnieken. Dit drijft de kosten voor de zorg niet alleen onnodig op, maar schuurt ook met de wens van patiënten zelf de 'kwaliteit van leven' te bepalen. In discussies over kosten blijven veel artsen zich ondertussen hardnekkig beroepen op hun 'professionele autonomie.' Dat is de rode draad in het betoog dat prof. dr. Jan Anne Roukema houdt op het *Zorgmarktcongres* van 2 december. Roukema is oncologisch chirurg in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en hoogleraar Kwaliteit van Leven aan de Universiteit van Tilburg.

De Autoriteit | Loek Kusiak

Thema: Baten van de zorg

Prof. dr. Jan Anne Roukema mist zelfreflectie bij medische stand:

'Artsen hoor je nooit over dure medicijnen'

U vindt dat bij beslissingen van artsen het aspect 'kwaliteit van leven' voor de patiënt veel meer centraal moet staan. Kunt u dat toelichten?

Kwaliteit van leven gaat over de tevredenheid met het lichamelijk, psychologisch en sociaal functioneren en is als parameter voor het eerst geïntroduceerd bij hart- en vaatziekten. Alleen de patiënt kan aangeven waar hij of zij zich het beste bij voelt. Niet de verlenging van het leven, maar de kwaliteit van de resterende jaren is voor veel patiënten het belangrijkste.

In onderzoek is dat ook vaak gemeten, maar in de klinische praktijk zijn er vaak weerstanden om bij aanvang van een behandeling vast te stellen wat de patiënt, gelet op de aard van zijn ziektebeeld, onder kwaliteit van leven verstaat. Hoe angstig is de patiënt? Hoeveel last heeft hij van pijn, van bijwerkingen van medicatie? Hoe actief wil hij zijn? Dat soort vragen zou uitgangspunt voor de verdere therapie moeten zijn.

Waarom gebeurt dat nog te weinig?

Artsen kunnen maar moeilijk wennen aan het idee dat niet zij maar de patiënt het beter weten. Artsen zijn in feite ambachtslieden, die er niet of nauwelijks voor opgeleid zijn om een patiënt met zijn angst en onzekerheid rustig

door een beslissingstraject heen te loodsen. In psychologische technieken gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen dat wel. Angst wordt grotendeels gevoeld vanuit de persoonlijkheidsstructuur. Die bepaalt hoe iemand in het leven staat en met een ziekte als kanker omgaat. Kanker is ongeveer synoniem voor angst.

Je kunt iemand wel met chemotherapie behandelen, maar niet beloven hoe het verder zal gaan?

Inderdaad, dus blijft die patiënt angstig. Maar die dokter heeft geen strategie aangeleerd gekregen om zo'n patiënt in zijn angst te begeleiden. Hij heeft gewoon spreekuur, regelt een screening en wordt afgerekend op overlevingscijfers. Want kwaliteit van kankerzorg wordt meestal gemeten in termen van overleving. Vrouwen met een hoge angstscore, blijkt uit studies, ervaren een betere kwaliteit van leven na een borstamputatie dan na een borstsparende operatie. Dat is wel iets om bij stil te staan. We rennen als artsen van risicoreductie naar risicoreductie, maar de vrouw zelf heeft vaak geen keuzevrijheid rond de behandelkeuze. Dat veel vrouwen tegen hun zin borstsparend zijn behandeld, terwijl ze achteraf liever voor een borstamputatie waren gegaan, is voor de gevestigde medische orde niet aangenaam om te horen. Met onderzoek



CV Jan Anne Roukema

Jan Anne Roukema (Ede, 1950) studeerde geneeskunde in Rotterdam en specialiseerde zich tot chirurgisch oncoloog in onder meer het Antoni van Leeuwenziekenhuis in Amsterdam. In 1986 promoveerde hij op preventie van postoperatieve longcomplicaties en werd hij chirurg bij het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg. In 2006 werd hij benoemd tot hoogleraar Kwaliteit van Leven bij de sociale faculteit van de universiteit van Tilburg. Daar is hij tevens kerndocent voor de master Medische psychologie. Roukema is tien jaar lid geweest van het Concilium Chirurgicum, dat zich bezighoudt met de opleiding van chirurgen. Momenteel is hij onder meer voorzitter van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren, lid van de Wetenschappelijke Raad voor de Sociale Oncologie van KWF Kankerbestrijding en lid van het Adviescollege van Integrale Kankercentra.

naar kwaliteit van leven proberen wij als hoogleraren specialisten ontvankelijk te maken voor andere facetten dan alleen snijden en chemotherapie. Je kunt je niet blijven vastklampen aan technische geneeskunde in een samenleving die steeds meer individualiseert. De patiënt heeft nu een sterkere positie.

Hoe heeft u zelf kwaliteit van leven als parameter in het St. Elisabeth ingebed?

Al bij de start van de behandeling van een kankerpatiënt proberen we erachter te komen wat iemands persoonlijkheid is. We doen dat met eigen vragenlijsten, gevalideerd op basis van criteria van de World Health Organization (WHO). In ons team hebben we de afspraak nooit direct na een diagnose een besluit over een behandelplan te nemen. De patiënt moet eerst de tijd krijgen om rustig na te denken, om er met geliefden over te praten. Ook de huisarts wordt erbij betrokken. Pas na een weloverwogen advies wordt een besluit genomen. De patiënt moet het voelen als háár besluit, zonder dat angst daarin de overheersende factor is. Angst is nooit helemaal weg te nemen, maar je kan iemand wel leren er anders mee om te gaan. Psychologen zijn daarin gespecialiseerd en zij kunnen daar in een medisch team leiding aan geven.

Wat is het nut van screenings, van bevolkingsonderzoeken?

Screening is een poging om onzekerheden weg te vangen. Maar ten koste van hoeveel angst? Wat is de prijs? Wanneer we besluiten tot een borstkankerscreening, wat een pijnlijk onderzoek is, onder duizend vrouwen, dan zullen er twaalf te horen krijgen dat een afwijking is ontdekt. Van die twaalf blijkt de helft, na een periode vol angst en nare onderzoeken, een onschuldige afwijking te hebben. De andere helft heeft inderdaad borstkanker, maar dat zou ook een weinig agressieve tumorsoort kunnen zijn. Maar hoeveel van die duizend vrouwen hebben door die screening kortere of langere tijd in angst gezeten? Er is bij enkelen iets goedaardigs gevonden, niet iets om je druk over te maken, maar het zit er toch maar! En zo laten we angstige vrouwen weer aan hun lot over.

Er is nu ook in bepaalde regio's een proefbevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Dat kost ongelooflijk veel geld en genereert ook weer angst. Ik vind het teleurstellend dat de Gezondheidsraad deze onzinnige campagne heeft goedgekeurd. Je kunt niet eens zeggen hoeveel winst in extra levensjaren door een screening geboekt wordt. Het probleem in onze samenleving is: we leren niet met onzekerheden om te gaan. Dat zei cabaretier Freek de Jonge in 2004 ook al, en daar gaat, zo voegde hij toe, onze beschaving aan ten onder. De prostaatcancer hebben we nog buiten de bevolkingsscreening kunnen houden. Maar als ook dat doorgaat, melden zich in no-time bij urologen honderden mannen die vanwege een kleine afwijking onder het mes willen. Zo creëren we een nieuw marktsegment in de toch al geldverslindende angstindustrie rondom onze gezondheid.

Geneesmiddelenindustrie, doktoren en patiënten hebben wensen die in elkaars verlengde liggen. De industrie wil pillen verkopen, arts en patiënt willen die pillen hebben. Is dat soms wat u bedoelt?

Het begrip gezondheidszorg bestaat uit twee woorden die steeds minder met elkaar te maken hebben, namelijk 'gezondheid' en 'zorg'. Gezondheid is gouden handel, waarmee miljarden te verdienen zijn en die ons, inclusief de artsen, in haar greep heeft. Blijkbaar hebben we dat zelf gewild. De industrie kan ik het niet eens verwijten. Het is business as usual.

Wat gebeurt er?

Ik zie een niet aflatende race naar records in overlevingscijfers. In de strijd tegen hart- en vaatziekten en kanker gooit de farmaceutische industrie steeds nieuwe medicamenten en behandelingen op de markt. Zogenaamd net een beetje beter dan de vorige, met minder bijwerkingen, maar wel weer duurder. Dat wordt dan voortijdig gelekt naar patiëntenverenigingen. Die moeten er dan, al dan niet gesponsord door diezelfde pillenproducent, voor zorgen dat het nieuwe wondermiddel door de zorgverzekeraar vergoed wordt. Voor beschouwing is geen tijd, want het motto is:

'We zullen die patiënten snel beter krijgen.' Dat thema van kwaliteit van leven is voor de pillenindustrie ook oninteressant. Aan iemand die bereid is pijn of ander ongerief te verdragen, is niks te verdienen.

Medische stand en farmaceutische multinationals treffen elkaar op internationale congressen. Is dat ontspoord?

Het is dramatisch. Decadent soms ook. Ik moet naar congressen om punten te halen voor mijn registratie, maar liever ging ik niet. Ging ik 25 jaar geleden naar een congres dan trof ik in de hal interessante wetenschappers aan die een lezing hielden. Daar had je wat aan. Tegenwoordig loop je bij binnenkomst in een exotisch congresoord tegen dames in nachtclubachtige kleding aan. Die loodsen je naar de stand van een farmaceut om je een lekker drankje aan te bieden. Veel artsen raken geïmponeerd door die verkooppraatjes. Ze laten zich mee uit eten nemen en gaan middelen voorschrijven die veel te duur zijn.

En dan hoort u dat de kosten van de zorg almaar omhoog gaan...

Ja, maar je hoort medici er nooit over dat bepaalde medicijnen of dat bepaalde operatietechnieken te duur zijn. Wat te duur is, dat zijn de handen aan de bed, dus ontslaan we maar weer een paar verpleegkundigen. Willen we dat? De medische stand heeft zichzelf een bijna onaantastbare autonomie toegeëigend om te bepalen wat de standard of care is. Daarbij wordt niet gekeken naar wat iets kost, hoe je een patiënt op iets voorbereidt en waaruit de nazorg bestaat. Artsen gedragen zich te veel als kinderen die in een speelgoedwinkel rondlopen, de mooiste autootjes uitzoeken en dan zeggen: 'Daar is papa, die betaalt wel.' Dat is dan de ziekenhuisdirectie.

Die zegt dan veel te snel ja?

Dat verschilt per ziekenhuis, maar bij artsen die nul op het rekest krijgen voor een bepaalde investering is de reflex meestal: 'Dat kunt u helemaal niet beoordelen, directeur. Wij vinden die uitgave wel verantwoord.' Artsen gaan dan oneigenlijke spelletjes spelen door er een patiëntenvereniging bij te halen, of ze benaderen een farmaceutisch bedrijf om een fonds op te richten, en dan gebeurt die investering toch. Ik wantrouw artsen die zich steeds beroepen op hun professionele autonomie. Die term wordt alleen gebruikt door artsen die geen bemoeienis tolereren en niet wetenschappelijk kunnen bewijzen dat de duurdere behandeling die zij voorstaan ook werkelijk beter is. Ondertussen is uit onderzoek allang gebleken dat vele dure medicijnen de gemiddelde levensduur niet eens met een half jaar verlengen.

Welk alternatief is er om kostenreductie op de agenda van medische staf en bestuurders krijgen?

Er moet iets veranderen in het hoofd van de medische stand. Die zou meer zelfreflectie kunnen opbrengen en

verantwoordelijkheid tonen naar de samenleving, naar de verzekerden die de premies opbrengen. De medici moeten zich in het maatschappelijk debat durven mengen en de farma-industrie uit de chauffeursstoel duwen. Je hoeft niet alles te wantrouwen, maar als riant betaalde specialisten zouden we veel kritischer mogen zijn. Als directie en medische staf elkaar recht in de ogen durven kijken, kunnen ze samen vaststellen van welke dure behandelingen en medicijnen de extra gezondheidswinst gering is. Daarmee kun je de kosten al met zeker 25 tot 30 procent reduceren.

Voorbeelden?

Elke orthopeed heeft zijn eigen link met een leverancier. Daardoor zijn er in één ziekenhuis wel zes of zeven verschillende heupprothesen in omloop, terwijl je ook kunt afspreken voortaan één type prothese te gebruiken. En is het echt nodig dat je zoveel CT-scans maakt? Niet dus. En waarom ook niet nog maar één merk antibioticum gebruiken en nog maar één type hechtdraadje? We moeten ook niet langer de duurste kunststofmatjes voor liesbreukoperaties inkopen. We hanteren per aandoening bovendien nog maar één of twee operatietechnieken, omdat we daarvan weten dat die gewoon goed zijn. Daarnaast moet de

artsenopleiding wetenschappelijker worden. Nieuwe artsen moet leren kritischer naar behandelvormen te kijken en er moet kostenbewustzijn ontstaan. Verder moeten ziekenhuizen ophouden alles aan te bieden. Concentreer complexe zorg in regionale centra. Van ingewikkelde behandelingen als kankerzorg is bewezen dat dit beter gaat, en ook kosteneffectiever is, als je het regelmatig doet. In die zin ondersteun ik verzekeraar CZ, die in zijn gepubliceerde ranglijst over slechte borstkankerzorg in ziekenhuizen ook sterk de mening van de patiënten zelf over de geleverde zorg laten meewegen.

Het toezicht in de zorg is intensiever geworden. Leidt dat dan niet tot een betere kwaliteit zorg?

Het is een drama zoals het toezicht nu geïntensiveerd wordt en in dat opzicht sta ik ook zeker niet bij marktwerking te juichen. Er is een vijandcultuur aan het ontstaan. We moeten ons voortdurend verdedigen. Getallen aanleveren, overal verslag van doen. Aan de ene kant wel begrijpelijk dat we moeten aantonen kwaliteit te leveren, maar tegelijk rolt er een tsunami over ons heen, met maar één boodschap: 'Ik vertrouw jou niet'. Dat noemt men dan 'transparantie'. Of de zorg van al dat geschuif met die rotgetallen veel beter wordt? Ik dacht het niet. |

Sommige talenten heb je liever niet in huis.

Nissen met talent zijn onreikbaar voor uw organisatie. Maar juist ook onder talentvolle medewerkers zitten fraudeurs, die hun creatieve geest op de verkeerde manier gebruiken. Hoffmann Forensische Dienstverlening is er in gespecialiseerd om deze talenten op te sporen. Daarbij wordt het aangestroomde bewijs op de

juiste wijze veiliggesteld en oormetstelselmatig gepresenteerd zodat het alle procedure kan doorstaan. Steeds meer organisaties kiezen daarom voor Hoffmann als er een vermoeden van fraude bestaat. Maar ook ons van te voren de mogelijkheden tot fraude te beperken. Bel voor een afspraak 020 - 62 33 000.