

Onafhankelijke commissie kan helpen bij financiële afweging

Kosten doorbehandelen ook zaak van arts

Nina Vermeer,
anios afdeling Heelkunde

Frank van der Heijden,
chirurg

Rita Arts,
manager afdeling Heelkunde

Anne Roukema,
chirurg

Allen werkzaam in
St. Elisabeth Ziekenhuis
te Tilburg

Correspondentieadres:
n.vermeer@elisabeth.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Getty Images

De 'zorg is te duur'-discussie wordt doorgaans gevoerd door ambtenaren, verzekeraars en politici, maar zelden door of met artsen. Merkwaardig en onterecht, want het zijn de artsen die de dure besluiten nemen.

Veel besluiten die leiden tot de huidige kostenexplosie worden genomen door artsen, vanuit de hippocratische belofte zo goed mogelijk voor hun patiënten te zorgen. Geld speelt in die besluitvorming nauwelijks een rol. Politici en ambtenaren durven er zelden een mening over te hebben en worden vooralsnog buiten de spreekkamer gehouden. Toch denken wij dat het redelijk en onvermijdelijk is om vanuit economisch en ethisch perspectief grenzen te stellen aan medisch handelen. Door wie? Door de beroepsgroep zelf, te beginnen op de werkvloer.

De wekelijkse multidisciplinaire besprekingen waaraan chirurgen en internisten deelnemen, beperken zich voornamelijk tot casussen

waarin een behandelvoorstel gedaan wordt; zelden worden casussen besproken die een beslissing vragen over het levenseinde. Ook is vaak een spanningsveld merkbaar tussen de verschillende solitaire

specialisten van het multidisciplinaire team. Wij beschrijven in een tweetal casussen uit onze praktijk waartoe zo'n spanningsveld kan leiden, ook financieel. De multidisciplinaire discussies en de verschillen van inzicht tussen de disciplines kunt u er zelf wel bij denken.

Casus 1

Bij een 80-jarige patiënt met abdominale pijnklachten, zonder acute buik, toonde een CT thorax/abdomen een slanke appendix, een aneurysma van 7cm van de

aorta abdominalis, een grawitztumor in de linker-nier en sterke verdenking op pulmonale metastasen. Tijdens multidisciplinair overleg werd besloten dat desondanks chirurgisch zou worden ingegrepen als het klinisch beeld zich zou ontwikkelen richting een appendicitis of een symptomatisch aneurysma.

Vier dagen later, bij ontstaan van lokale peritonitis, toonde een CT abdomen het beeld van een appendagitis epiploica bij het caecum, waarop een conservatief beleid werd voortgezet. De hierop volgende nacht kwam patiënt respiratoir in de problemen bij acute hevige abdominale pijnklachten, waarna een spoedlaparotomie werd verricht. Er bleek sprake van necrose van het ileum en een geperforeerd maagulcus. Ondanks dit gegeneraliseerd complexe probleem werd op dat moment besloten tot een en bloc dunnedarmresectie met aanleg van anastomose en primair sluiten van het maagulcus. Het beloop werd gecompliceerd door een fasciadehiscentie met evisceratie waarvoor operatief herstel met mat volgde. Bij uitblijven van genezingstendens werd een week later besloten tot een palliatief beleid waarna de patiënt overleed.

De berekende kostprijs, op basis van verrichtingen, operatietijd, verpleegdagen en honorarium, voor deze behandeling bedroeg in totaal 19.815,95 euro (exclusief kosten van medicatie).

Casus 2

Bij een 55-jarige patiënt met een distaal oesofagus adenocarcinoom, stadium T3-4 zonder metastasering op afstand, bleek er tevens sprake te zijn van een homozygote hemochromatose zonder systemische klachten. Hij onderging neoadjuvante chemoradiatietherapie waarna bij afgenomen passageklachten zijn gewicht wel weer toenam maar zijn conditie

Tijdens multidisciplinair overleg werd besloten tot chirurgisch ingrijpen

matig bleef. Controle CT toonde het bekende distale oesofagusproces en een kleine hoeveelheid vrij vocht in de buik, waarvan punctie geen maligne cellen toonde. Zes weken na de laatste bestraling onderging patiënt een transhiatale oesofagusresectie met buismaagreconstructie. Direct postoperatieve complicaties waren een lacunair infarct, letsel aan de n. recurrens en acute hypoxemie door pleuravocht. Spoedig ontstonden decubitusplekken ter hoogte van elleboog en stuit. Een pleura-empyem en intra-abdominaal vrije lucht bij forse ascites zonder dat naadlekkage bij re-exploratie kon worden aangetoond, compliceerden het beloop. Gezien frequente re-intubaties werd een chirurgisch tracheostoma aangelegd. Herstel bleef uit. Uiteindelijk werd samen met patiënt en familie gekozen voor een abstinierend beleid. Patiënt onderging in totaal twaalf CT's, zeven echogeïde puncties en gedurende zijn 75 dagen durende verblijf op de ic vrijwel dagelijks een thoraxfoto.

De berekende kostprijs op basis van verrichtingen, operatietijd, verpleegdagen en honorarium voor deze behandeling en zorgverlening bedroeg 160.045,18 euro (exclusief medicatie).

Weerstand tegen economiseren van de gezondheidszorg is begrijpelijk, maar tegelijkertijd onrealistisch.



Toeval en willekeur

Op 27 juni 2006 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het rapport 'Zinnige en duurzame zorg' uit. Hierin wordt bepleit om de kosten van een medische behandeling die wordt betaald uit de collectieve middelen, te binden aan het maximum van 80.000 euro per gewonnen levensjaar.¹ Dit is ruim tweemaal zoveel als in Groot-Brittannië, waar een waarde van 30.000 pond (37.000 euro) per quality-adjusted life year geldt.² Het erkennen van zinloos medisch handelen gaat in tegen de natuur van artsen. Niet behandelen klinkt als stagnatie, als falen. Net als patiënten kunnen ook dokters onzekerheid slecht verdragen en worden opgeleid in doen, niet in laten. Daarnaast kost het verdedigen van 'niet behandelen-beleid' veel tijd. Weerstand tegen economiseren van de gezondheidszorg is dan ook begrijpelijk en klinkt bovendien sympathiek. Maar het is tegelijkertijd onrealistisch. Natuurlijk kunnen beslissingen in een behandelkamer niet louter op grond van financiële argumenten genomen worden. Maar de tijd dat het spanningsveld tussen klinische en financiële mogelijkheden genegeerd kon worden, is voorbij. Omdat artsen zich de afgelopen decennia niet hebben willen mengen in het publieke debat noch in termen van kosten en baten hebben willen spreken, zijn deze keuzen nu in hoge mate het resultaat van toeval en willekeur.

Normatieve afwegingen moeten we dus niet overlaten aan technocraten en politici. De beroepsgroep zelf, te beginnen op de werkvloer, zal instrumenten moeten ontwikkelen om keuzes te maken in de zorg, ook op economische gronden.

Onafhankelijke commissie

Beslissingen over het begrenzen van hoge zorgkosten in de laatste levensfase horen binnen de muren van het ziekenhuis thuis. Daartoe zou een commissie van onafhankelijke specialisten zich moeten buigen over zowel individuele als algemene vraagstukken, en een niet-bindend advies uitbrengen. Op dit moment functioneren er binnen de ziekenhuizen kwaliteitstoetsingssystemen als de complicatiebespreking en de necrologiebespreking, maar hier vindt toetsing achteraf plaats, vaak weken tot maanden na dato. Wij verwachten dat behandelaars eerder geneigd zullen zijn kansarme behandelingen en diagnostische trajecten te beëindigen als zij zich gesteund weten door een advies in die richting van een onafhankelijk deskundig


SAMENVATTING

- Het is onvermijdelijk om vanuit economisch en ethisch perspectief grenzen te stellen aan medisch handelen.
- Artsen mogen zich aan de discussie hierover niet onttrekken.
- Aan de hand van twee casussen wordt het spanningsveld tussen klinische en financiële mogelijkheden geïllustreerd.
- Er zou een commissie moeten komen van onafhankelijke specialisten, die adviseert over instellen of voortzetten van een behandeling en daarbij ook economische motieven meeweegt.

orgaan uit hun ziekenhuis. Zo'n commissie zou kunnen bestaan uit een oncoloog, chirurg, intensivist, huisarts en een medisch psycholoog. Bij bespreking van de eerste casus zou deze commissie al voorafgaande aan verder medisch handelen een nuancering hebben kunnen aanbrengen in het gescheiden denken over de prognose bij een pulmonaal gemetastaseerde grawitztumor, de kans op ruptuur van een abdominaal aneurysma en een mogelijke abdominale sepsis bij deze 80-jarige patiënt. Bij de necrologiebespreking, waaraan alleen chirurgen deelnamen, werd het voorgenomen besluit in te grijpen bij appendicitis of geruptureerd aneurysma verdedigd door een meerderheid, aangezien de prognose van een patiënt met een naar de longen gemetastaseerde grawitztumor nog maanden kan zijn. Toen de klinische situatie verslechterde en veel bedreigender diagnoses in zicht kwamen, heeft men toch op basis van eerdere besluiten gemeend een laparotomie te moeten doen. Bij bespreking van de tweede casus in de reguliere necrologiecommissievergadering werd aangevoerd dat de indicatie tot operatie opnieuw gewogen had moeten worden toen de algemene conditie van patiënt na de neoadjuvante chemoradiatie bij de diagnose hemochromatose matig bleef en vervolgens een langdurig gevolgtraject op de ic noodzakelijk maakte, zonder duidelijke vooruitgang van de klinische toestand. Daarnaast is de stationaire situatie op

de ic met de onmogelijkheid om van de beademing af te komen dagelijks bron van discussie geweest over het staken van de behandeling, een besluit dat uiteindelijk pas op dag 75

is genomen. Deze casus illustreert de natuurlijke therapeutische hardnekkigheid van veel artsen wanneer eenmaal gekozen is voor een interventie van dergelijke omvang. Als vroegtijdig een advies van een onafhankelijke commissie was verkregen, was de behandeling mogelijk veel eerder gestaakt.

Slechts in een zo lerende organisatie zal het lukken nuanceren aan te brengen in de moderne gezondheidszorg, zodat zorgprofessionals naast kwaliteit van leven ook economische motieven meewegen in hun besluitvorming. Blijft onze beroepsgroep zich afzijdig houden zodra er economische aspecten aan de orde komen, dan rest ons niets anders dan lijdzaam toezien hoe anderen bij gebrek aan kennis de verkeerde bezuinigingen doorvoeren. 

Als onze beroepsgroep zich afzijdig houdt, voeren anderen verkeerde bezuinigingen door



De voetnoten vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.

veldwerk

Luchtwegen

Heftige luchtweginfecties bij kinderen dit jaar. Veel jonge zuigelingen met bronchiolitis en voedingsproblemen, maar ook veel kleintjes met bovenste luchtweginfecties met hoge koorts en algemeen ziek-zijn. Volle bak in het ziekenhuis en op de huisartsenpost.

Er is inmiddels volop onderzoek gedaan: medicamenten helpen niet bij bronchiolitis, en ook niet bij een virale bovenste luchtweginfectie. Toch is de verleiding vaak groot om iets voor te schrijven; omdat ouders willen dat er iets gedaan wordt, omdat het zo zielig is voor zo'n kleintje, om van het gezeur af te zijn. Dit jaar zien we dan ook opvallend veel kinderen in het ziekenhuis met zo'n virale luchtweginfectie die al een scala aan medicijnen hebben geprobeerd: antibiotica, pufjes, neusdruppels, enzovoort.

De bekende nadelen zijn eventuele bijwerkingen (zeldzaam) en de onnodige kosten (per patiënt niet zo groot, op populatieniveau wel). Ik ervaar echter iets anders als het grootste nadeel. Als je een kind met een virale luchtweginfectie medicijnen voorschrijft, stimuleert dat de indruk bij ouders dat het kind een serieuze ziekte heeft die om therapie vraagt, en verwachten ze ook dat het moet helpen. Maar helaas: een paar dagen later is het kind nog steeds verkouden, hoesterig, en niet lekker. En moet ik méér moeite doen om uit te leggen dat ik niets kan doen om het herstel te bespoedigen.

Het is niet gemakkelijk om alleen uitleg te geven en niets voor te schrijven. Maar het is wel het eerlijkste, en volgens mij ook het beste. In wezen zijn alle medicijnen bij virale luchtweginfecties gebakken lucht (of placebo), en ook aan zo'n interventie kleven nadelen. Goed wegen dus, die lucht. Pffffff.

Paul Brand,
kinderarts