

Vier specialisten over overbehandeling van hoogbejaarden

Tussen helpen en zinloos handelen

Joost Visser

Geriatr Joris Slaets meent dat veel medisch specialisten hoogbejaarde patiënten onnodig doorbehandelen. Vier specialisten reageren. 'De arts wil geen nee zeggen en de patiënt hoort ook het liefst dat de arts nog iets voor hem kan doen.'

Longarts Karin Groenewegen:
'Als een patiënt eenmaal in het ziekenhuis is, begin je met behandelen.'

beeld: De Beeldredactie,
Medea Huisman

Een ambulance brengt een patiënt van ver in de 80 naar het ziekenhuis. Hij heeft een longontsteking, functioneert op het randje, heeft hartfalen en COPD. En nu? Karin Groenewegen, longarts in het Deventer Ziekenhuis, ziet talloze patiënten als deze. 'Je denkt: tja, eens houdt het leven op. Maar hij is nu eenmaal hier, dus je begint te behandelen, zeker 's nachts, als je niet even met de huisarts kunt overleggen. Hij krijgt 24 of 48 uur lang antibiotica, zuurstof, eventueel morfine. Slaat de behandeling aan, dan gaan we door. Zo niet, dan bespreken we met familie en patiënt dat we ons gaan richten op palliatie en comfort,

niet meer op genezing. Meestal is de familie het daarmee eens, als ze er maar van overtuigd zijn dat we het uiterste hebben gedaan.'

Groenewegen reageert op de Groningse geriatr Joris Slaets, die in een interview in NRC Handelsblad en een uitzending van Buitenhof zijn collega-artsen in ziekenhuizen verweet hoogbejaarde patiënten te lang door te behandelen, ook als dat hun welzijn niet ten goede komt. Dat komt wel voor, weet Groenewegen, maar vaak is het andersom: 'Dan zien we patiënten die beter niet naar het ziekenhuis gestuurd hadden kunnen worden.'

Stoppen

Rozemarijn van Bruchem-Visser, internist ouderengeneeskunde in het Erasmus MC in Rotterdam, deelt de mening van Slaets: 'Dokters handelen altijd met het welzijn van hun patiënt voor ogen, daar ben ik van overtuigd. Maar welzijn betreft niet alleen het lichaam, het gaat ook om de mens. En dáár moeten ze meer aandacht voor krijgen. Dokters kunnen veel en willen dat graag aanbieden aan hun patiënten. Het is moeilijk om tegen een patiënt te zeggen: ik kan het wel, maar ik doe het niet. Toch moet dat soms. Als een patiënt ernstig ziek is en het einde nadert, geef ik aan dat doorbehandelen medisch niet meer zinvol is. Meestal vindt de patiënt dat dan ook al.'

Ook specialist ouderengeneeskunde Barend Kooistra uit Laren gelooft dat oude patiënten soms te lang worden doorbehandeld: 'Een





Specialist ouderengeneeskunde Barend Kooistra; 'Stoppen is altijd moeilijker dan niet beginnen.'

beeld: De Beeldredactie, Sander Koning

***'Ik kan het wel,
maar ik doe het niet'***

hoogbejaarde patiënt die na een beroerte met een verlaagd bewustzijn in het ziekenhuis terecht komt, krijgt al snel vocht toegediend. Als het langer duurt begint men er vaak met sondevoeding, omdat de patiënt moeite heeft met slikken. Het verpleeghuis krijgt die patiënten vervolgens toegeschoven. Wij moeten dan met de familie bespreken wanneer we met de voeding zullen stoppen, want daar komt het in het ziekenhuis vaak niet van. Bij geneesmiddelen zie je dat ook. Mensen krijgen op middelbare leeftijd cholesterolverlagers voorgeschreven en als ze tientallen jaren later na een beroerte in het verpleeghuis worden opgenomen, slikken ze die nog. Stoppen is altijd moeilijker dan niet beginnen.'

Menko-Jan de Boer, hoogleraar cardiologie aan het UMC St Radboud in Nijmegen, is het niet helemaal met Slaets eens. 'Sommige mensen van 90 zijn nog kraakhelder.' En die mensen,

weet hij, dreigen juist minder zorg te krijgen dan zij verdienen. 'Huisartsen verwijzen patiënten van boven de tachtig na een hartinfarct nog altijd niet direct naar het ziekenhuis. Ik kan er vrede

mee hebben als die patiënt half verlamd in het verpleeghuis ligt. Maar wie gezond is, kan nog prima van een infarct herstellen. Toch krijgen cardiologen meer dan de helft van de patiënten niet te zien, louter op basis van hun leeftijd. Ik noem dat discriminatie.' Van overbehandeling wil hij niet weten. 'Veel hoogbejaarde mensen hebben naast hun infarct ook ernstige klepafwijkingen en ander lijden. Maar zij worden

daaraan minder vaak geholpen dan 60- tot 70-jarigen. Wij zijn dus al terughoudend.'

Diagnostiek

Moet een arts bij oude mensen al goed nadenken alvorens een behandeling te beginnen of te continueren, voor het inzetten van diagnostiek geldt dat in het kwadraat. 'Als een diagnostisch onderzoek geen consequenties heeft, had je het beter niet kunnen doen', zegt longarts Groenewegen beslist. 'Daar ligt voor mij de grens.' Voor een bronchoscoopie kunnen goede redenen zijn, maar als een patiënt met hersenmetastase en een slechte conditie een tumor in de long blijkt te hebben, hoeft je dat onderzoek niet meer te doen. 'Dan weet je al dat de longkanker zich heeft uitgezaaid in de hersenen en dat je weinig méér hebt te bieden dan palliatieve zorg.'

Ook volgens Van Bruchem hebben veel artsen de neiging om te snel te veel diagnostiek in te zetten. 'Een patiënt heeft pijn in de knie en kan daardoor niet meer fietsen. Als we routinematig bloedonderzoek doen en we vinden iets, dan zetten we daar een batterij aan diagnostiek op in. Dat het de patiënt om dat fietsen ging, zijn we vergeten. Een arts kan beter zeggen: We hebben bij toeval iets in uw bloed ontdekt. We kunnen vervolgonderzoek doen óf we kijken het nog even aan. Als je dat goed uitlegt, kiezen sommige patiënten voor dat extra onderzoek, anderen komen liever terug als ze klachten krijgen.'

Houdgreep

Ook specialist ouderengeneeskunde Kooistra kent de gevaren van diagnostiek. 'Moet je een belastend darmonderzoek op mogelijk bloedverlies voorstellen aan een oude patiënt die een beroerte heeft gehad, bij wie een been is afgezet en die beginnend verward raakt door parkinson?', vraagt hij zich retorisch af. Toch komt ook hij daar soms niet onderuit. 'Als de familie het onderzoek per se wil, wie ben ik dan om het niet aan de internist voor te stellen? En die denkt: de verpleeghuisarts heeft met de familie gesproken, die wil het graag, wie ben ik om het te weigeren? Waarna hij een darmtumor vindt en de chirurg vraagt om die eruit te halen. Dat gebeurt dan, tenzij de anesthesioloog bezwaar maakt.'

Arts en patiënt of familie houden elkaar in de houdgreep, is Kooistra's stelling: 'De arts wil geen nee zeggen en de patiënt hoort ook het liefst dat de arts nog iets voor hem kan doen.' Hij haast zich eraan toe te voegen dat het ook wel voorkomt dat de internist zo'n onderzoek

weigert. 'Ik wil specialisten niet afschilderen als mensen die alleen maar doen wat ze gevraagd wordt.'

Internist Van Bruchem is zo'n arts die vragen stelt. 'Soms krijgen we een patiënt voor allerlei chemokuren doorverwezen en vragen we ons af: moet je hem de tijd die hem nog rest op deze manier laten doorbrengen? Is dat in zijn belang? We overleggen dan met de verwijzer. Als die het strikt noodzakelijk vindt en ons vertelt dat ook de patiënt ervoor kiest, gebeurt het. Zeker als de patiënt dat ook aan ons bevestigt, en we overtuigd zijn van de wilsbekwaamheid. Sporadisch hebben we twijfels over wat de patiënt wil en zoeken we verder. Dan blijkt er gebrekkig te zijn gecommuniceerd: de dokter heeft verteld dat de kuur heel zwaar zal zijn, maar de patiënt heeft alleen onthouden dat hij er met drie keer vanaf is. Begrijpen mensen echt wat de behandeling inhoudt, zeggen ze er zelfbewust ja tegen of denken ze: wat de dokter zegt, zal wel goed zijn?'

Biljarten

Als het aan Van Bruchem ligt, is de wens van de patiënt of de familie dus leidend, mits weloverwogen en goed onderbouwd. Dat betekent echter niet dat zij – zoals Slaets voorstelt – aan al haar oude patiënten de vraag stelt 'wat zij nog willen in deze fase van het leven'. Het betekent vooral dat de patiënt goed en volledig moet zijn voorgelicht over alle voors en tegens van een behandeling. Van Bruchem: 'Je zegt niet: u krijgt deze en deze behandeling, maar je legt uit wat je nog wel en wat je niet meer kunt doen. En als dat aan de orde is, wijs je ook op de mogelijkheid van een louter palliatief beleid.'

Menko-Jan de Boer, hoogleraar cardiologie: 'Wie gezond is, kan nog prima van een infarct herstellen.'

beeld: De Beeldredactie, Erik van 't Hullenaar



Volgens haar geven oude mensen vaker dan in het verleden hun grenzen aan. 'Sommigen zeggen meteen al dat ze nooit meer onder narcose willen, wat er ook gebeurt. Met die wetenschap ga je een gesprek anders in dan wanneer het nog helemaal open ligt.'

Ook wat een patiënt verstaat onder 'kwaliteit', bepaalt Van Bruchems handelen: 'Als het bijvoorbeeld gaat om pijn in de handen, zal ik iemand die graag biljart eerder behandelen dan iemand die niets liever doet dan tv-kijken. Want de biljarter zal eventuele nare bijwerkingen van medicijnen sneller voor lief nemen.' Ook longarts Groenewegen vraagt altijd hoe de klacht van de patiënt diens kwaliteit van leven beïnvloedt. 'Ik zag vanmiddag een man van 76 jaar die vroeger altijd marathons had gelopen. Dat werden eerst halve marathons en nu kan hij zelfs geen 10 kilometer meer lopen. In een ander ziekenhuis had men hem afgescheept met: dat moet je op jouw leeftijd ook niet meer willen! Maar voor hem zelf was het belangrijk. Bij onderzoek bleek hij een bronchiale hyperactiviteit te hebben, waarvoor ik hem inhalatiemedicatie heb gegeven. Met de uitleg dat ik hem zou proberen te helpen, maar niets kon garanderen. Ik moet hem nog terugzien, maar als hij toch tegen zijn fysieke grenzen blijkt aan te lopen, kan ik daar natuurlijk niets aan veranderen. Ik wil het wél proberen.'

Aan de slang

Om de wensen van bewoners precies vast te leggen worden in verpleeghuizen *advance directives* gebruikt. 'Dat doen we direct bij opname', vertelt Kooistra. 'Ik zeg dan: als we geen afspraken maken en er gebeurt iets acuuts, kunnen we niet anders doen dan u naar de specialist te sturen, terwijl u dat misschien helemaal niet wilt. Heeft een patiënt bijvoorbeeld moeite met slikken, dan vraag ik hem wat hij zou willen als ooit de mogelijkheid bestaat dat hij met een slang gevoed zal worden. Dat zetten we dan in de status, net als afspraken over wel of niet reanimeren of het al dan niet doen van sterk belastende behandelingen. Want in de hectiek van het ziekenhuis is het lastig praten over dit soort dingen, zeker met een doodzieke patiënt.' Als het even kan belt Kooistra na een opname zelf de specialist. 'Als ik hem nog eens aan die afspraken herinner, helpt hem dat in zijn gesprek met de patiënt. En kan de patiënt soms snel terugkomen voor terminale zorg hier.'

Afgeschreven

Het beeld dat 'de' medisch specialisten patiënten van 80, 90 jaar overbehandelen en willens

Valorisatie

De wereld verzakelijkt, zoveel is duidelijk. Dat geldt ook voor de medische wetenschap. De aanvragen die bij NWO of ZonMw kunnen worden ingediend, zullen vanaf nu in belangrijke mate worden beoordeeld op de vraag of de verwachte resultaten iets zullen opleveren. En dan gaat het niet over de wetenschappelijke waarde, want dat is vanzelfsprekend de bedoeling van elke wetenschapper en van ieder onderzoek. Nee, het gaat om geld. Valorisatie wordt dat genoemd: een vreselijk woord dat de lading totaal niet dekt. Alsof goede wetenschap te sturen is, alsof resultaten altijd te voorspellen zijn. Hoe is op voorhand te bepalen dat (medisch) onderzoek iets zal opleveren? Niet, natuurlijk. Het wemelt van de voorbeelden waar goede observaties van klinici hebben geleid tot baanbrekende interventies en waar de uitkomst van tevoren allerminst vaststond.

Dat raakt meteen aan het tweede probleem: de nuttigheidseis zal onherroepelijk leiden tot risicomijdend onderzoek, terwijl we juist behoefte hebben aan studies die van de gebaande paden afwijken. Zo dit al geldt voor de geneeskunde, is het nog sterker van toepassing op vakken als natuurkunde, waar Nederland in uitblinkt en waarin nog niet lang geleden Nobelprijzen zijn uitgereikt voor onderzoek waarvan het praktisch nut, volgens de onderzoekers zelf, ver te zoeken is. Resultaten van onderzoek zijn niet te voorspellen, nog minder te garanderen en zullen soms inderdaad niet nuttig blijken. En toch kan dergelijk onderzoek baanbrekend zijn en de wereld waarin we leven veranderen.

De eis tot valorisatie is niet alleen een toonbeeld van misplaatst woordgebruik, het is een treurig voorbeeld van politieke beïnvloeding van wetenschap. En daarmee tornt het aan de fundamenten van onze maatschappij. Wetenschap moet net zo vrij zijn als de mensen die het beoefenen. Vandaar dat de roep om valorisatie in de wetenschap verder strekt dan de wetenschappers alleen: het gaat ons allen als staatsburgers aan.

René Kahn,
psychiater

/veldwerk



Internist ouderengeneeskunde
Rozemarijn van Bruchem-Visser: 'Dokters handelen altijd met het welzijn van hun patiënt voor ogen.'

beeld: De Beeldredactie,
Andreas Terlaak

en wetens hun welzijn en kwaliteit van leven zouden schaden, lijkt te eenzijdig. Natuurlijk zijn ze er, de doordouwers. Maar de weldenkende arts wikt en weegt, zoekt naar de in eigen ogen beste beslissing, rekening houdend met de medische noodzaak én met de wensen van de patiënt. En soms gaat dat mis. 'Als arts moet je genuanceerd kijken', zegt De Boer. 'Oude mensen ondergaan zeker verkeerde ingrepen op een verkeerde indicatie. Maar ik weet ook zeker dat er ingrepen niet gebeuren terwijl er wel degelijk een goede indicatie voor is.'

De Boer vindt praten over overbehandeling bovendien gevaarlijk, want het zou oude mensen het gevoel kunnen geven te zijn afgeschreven. 'Ik zag 's nachts een keer een patiënt van 85, die een hartaanval had gekregen en blij was dat hij werd geholpen. Hij vertelde dat hem in de ambulance al werd gevraagd of hij echt naar het ziekenhuis wilde.

Later moest hij aangeven of hij nog gereanimeerd wilde worden als dat nodig was. Hij had zich bedreigd gevoeld. Hij kon zich voorstellen dat oude mensen die niet zo assertief zijn als hij, zullen denken dat ze alleen al door hun ouderdom niet meer in aanmerking komen voor hulp.'

Over één ding zijn De Boer en zijn drie collega's het overigens roerend eens. De kosten van een zinnig geachte behandeling mogen nooit reden zijn om deze niet aan een patiënt voor te stellen. 'De beroepsgroep moet de discussie over kosten niet uit de weg gaan, maar die hoort niet in de spreekkamer thuis.'



**Hardlopen? Dat moet je
op jouw leeftijd
ook niet meer willen!**



Een uitzending van Buitenhof over dit onderwerp en een aantal reacties uit het veld kunt u vinden bij dit artikel op www.medischcontact.nl.