

# Kun je overbehandeling zien aankomen?

THEO BOER

***Overbehandeling staat in Nederland prominent op de agenda. Er moet een einde komen aan behandelingen die niet op hun plaats zijn. Maar hoe doe je dat, 'overbehandelen' vermijden? Vaak kun je toch pas achteraf zeggen of iets overbehandeling is? In dit artikel gaan we op zoek naar signalen vooraf die erop wijzen dat een behandeling bij een kwetsbare oudere maar beter nagelaten kan worden.***

In ons land zette J.H. van den Bergh de thematiek op de agenda met zijn boekje *Medische macht en medische ethiek* (1969). Een indringend relaas over mensen die met toeters en bellen in leven werden gehouden en daar zwaar onder leden. Een man met een geamputeerd onderlichaam, iemand van twintig met een vegetatief bestaan, mensen in vergevorderde dementie, dat alles temidden van een kille, klinische setting. In de jaren tachtig betoogde Heleen Dupuis dat het tijd werd om dokters, betrokken bij dit maar door- en doorgaan, tot de orde te roepen. Begin jaren negentig introduceerde Dunning zijn gelijknamige 'trechter' die, met kostenbeheersing als doel, noodzakelijke van niet noodzakelijke behandelingen kon helpen te onderscheiden. Langzamerhand wordt het pleidooi voor terughoudendheid bij behandelen nu gemeengoed. Steeds meer beroepsbeoefenaars en patiënten zien er de noodzaak van in.

Probleem is intussen wel dat je vaak pas achteraf kan vaststellen of iets 'overbehandeling' is. 'Had ik maar geweten dat ik zo ziek van die behandeling zou worden', zegt iemand met kanker; familieleden klagen over de eindeloze lijdensweg voordat iemand 'eindelijk mocht

sterven'; anderen klagen over de kosten van niet-noodzakelijke behandelingen. Zeker, daar staan ook succesverhalen tegenover: mensen die waren opgegeven maar dankzij een invasieve chemokuur een half jaar later op Aruba kunnen gaan snorkelen. Maar alle wijsheid achteraf ten spijt: voor beslissingen die je *nu* moet nemen heb je daar niets aan. Het heeft evenmin zin om na afloop van een autorit te zeggen: we hebben geen ongeluk gehad, dus hadden net zo goed onze gordel niet hoeven omdoen.

## **Indicatoren voor overbehandeling**

In een onlangs gepubliceerde studie gingen filosoof Maarten Verkerk, chirurg en ex-AMC directeur Dirk-Jan Bakker en ikzelf op zoek naar criteria die zorgverleners vooraf helpen om te bepalen of er bij kwetsbare ouderen nog behandeld moet worden. Het ging daarbij nadrukkelijk om behandeling en niet om zorg. Op zorg, nabijheid en palliatie moet je niet willen bezuinigen. Uitgangspunt was de medische ethiek van Beauchamp en Childress (2012). Deze ethici gingen vanuit verschillende achtergronden (utilistisch respectievelijk religieus) op zoek naar punten van overeenstemming. Volgens hen spelen er in de geneeskunde vier

**Casus: IJdele hoop**

Peter Bongers (82) was geschokt toen bij hem een uitgezaaid coloncarcinoom werd geconstateerd. Toen de oncoloog vertelde dat een operatie tot de opties behoorde putte Peter nieuwe hoop. Het zou een zware en risicovolle operatie worden. Zonder operatie zou hij naar verwachting nog twee tot drie maanden te leven hebben, mét een operatie misschien nog wel een half jaar. De dochters van meneer Bongers gingen eerst een gesprek aan met de oncoloog en daarna met de internist. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat de operatie voor iemand als hem weinig zou opleveren. Peter Bongers wilde echter van geen wijken weten: hij moest en zou geopereerd worden: 'Zolang er leven is, is er hoop'. De operatie werd als geslaagd gezien. Na acht weken verliet hij het ziekenhuis en enkele maanden later stierf hij in het verpleeghuis.

morele principes een rol: weldoen, geen schade berokkenen, respect voor autonomie en oog voor rechtvaardige verdeling. Deze principes hebben we toegepast op overbehandeling. Welke indicatoren vooraf duiden op het risico van overbehandeling?

**1. Onbewezen effect**

Heeft een behandeling een wetenschappelijk bewezen effect? Of is het eerder iets van 'je weet maar nooit'? Die vraag naar het effect wordt extra belangrijk als het gaat om kwetsbare ouderen, daar op hoge leeftijd de effectiviteit van behandelingen die bij anderen wel werken, verder afneemt. Bij meneer Bongers was het bewezen effect van een operatie bewijsbaar gering. In het jargon van de genoemde principe-ethiek zeggen we dan: een behandeling kan niet worden aangemerkt als een vorm van weldoen.

**2. Te verwachten bijwerkingen**

Welke negatieve effecten heeft een behandeling op iemands welzijn? Denk aan de bijwerkingen van een chemokuur of aan een ingrijpende operatie. Vaak is het: 'baat het niet, het schaadt ook

niet'. Maar soms moet je concluderen: het baat weinig en het schaadt enorm. Denk aan wat misselijkheid en pijn bij een toch al kwetsbare oudere doen; denk ook aan wat je door een poging om het leven te rekken niet meer zult kunnen: in alle rust afscheid nemen, die ene reis nog maken. Een behandeling voegt dus schade toe.

Bij beide, het positieve effect en het toegevoegde lijden, is het van belang dat de behandelaars de voors en tegens eerlijk op een rijtje zetten. Dat is voor wie zijn opgeleid met het adagium 'opgeven is geen optie' echter niet altijd gemakkelijk. Doorgaan-bij-twijfel heeft bovendien voor behandelaars het voordeel dat het bij kan dragen aan kennis over de werking van een behandeling. Ook kan behandelen gunstige effecten hebben op het inkomen van de arts. Dat minister Schippers in januari 2014 aankondigde dat ook afgebroken behandelingen vergoed zullen worden, is in dit opzicht een stap voorwaarts.

**3. Twijfels bij de patiënt**

Alles eerlijk wegende: wil de patiënt deze behandeling inderdaad wel? Te vaak is er nog de vanzelfsprekendheid van 'we gaan behandelen'. Natuurlijk moet je soms proberen een patiënt over de streep te trekken. Het zou jammer zijn als iemand therapie weigert alleen uit somberheid of uit een ongegronde angst voor bijwerkingen. Hoe veelbelovender een therapie, des te meer ruimte moet er zijn voor een beetje overtuigingskracht. Tegelijk wijst de praktijk uit dat menige oudere, als hij echt de keuze eerlijk en open krijgt voorgelegd, kiest voor terughoudendheid bij riskante of weinig effectieve behandelingen.

**4. Extreme kosten**

Is een behandeling financieel te verantwoorden? Hoewel we in Nederland vinden dat in de gezondheidszorg iedereen moet krijgen wat hij nodig heeft, kunnen we onze ogen niet sluiten voor het feit dat de middelen beperkt zijn. Met peperdure behandelingen zetten we de betaalbaarheid en daarmee de solidariteit van het zorgstelsel op het spel. Moet je de medicijnen ter bestrijding van Pompe en Fabry vergoeden?

Het gaat om honderdduizenden euro's per jaar en in het geval van sommige medicijnen, die het leven van een patiënt met kanker maanden kunnen verlengen, om duizenden euro's per maand. Blijkens een enquête van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie vind bijna de helft van de oncologen inmiddels dat de kosten moeten meespelen bij het besluit om een geneesmiddel wel of niet voor te schrijven. De vraag is dan wel wie het prijsplafond moet bepalen. Je moet dit in elk geval niet de individuele dokter en zijn patiënt aandoen. Natuurlijk gaan de patiënt en zijn familie voor de allerbeste therapie. En natuurlijk sta je als dokter pal achter je patiënt. Je wilt je niet voorstellen hoe het is als een arts tegen je zegt: 'Ik heb er nog eens een nachtje over geslapen maar die uitstekende behandeling waar ik gisteren op zinspeelde, gaan we toch maar niet doen. Ik vind hem in uw geval te duur'. Beslissingen over de toelaatbaarheid van peperdure behandelingen horen op een ander niveau thuis. Helaas wil daar in Nederland tot dusverre niemand zijn handen aan branden. De zorgverzekeraars niet, het Zorginstituut Nederland (het voormalige CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit niet, de beroepsbeoefenaars niet en de politiek evenmin. Maar keuzen rondom peperdure behandelingen zullen ons vroeg of laat gaan bezighouden.

### **Vijfde morele principe: natuurlijkheid**

Aan het rijtje van weinig effect, toegevoegd lijden, autonomie en rechtvaardigheid voeg ik hier tot slot een vijfde begrip toe: past een behandeling bij wat je de 'loop van je leven' kunt noemen? Ik vat dit vijfde criterium samen als: natuurlijkheid. Wat bedoel ik daarmee? De Nederlandse medische ethiek staat in zijn algemeenheid kritisch tegenover het begrip natuurlijkheid. Hebben we het dan immers niet over vroeg doodgaan, ziektes, kiespijn? Dankzij onze cultuur en technologie hebben we ons toch juist aan die narigheid ontworsteld? Vanuit de godsdienst is geweest op wat er in de natuur allemaal niet overwonnen moest worden: lust, wraak, wreedheid, sterfelijkheid. Verlichtingsfilosofen en Existentialisten droegen het hunne ertoe bij om de moraal van de

natuur los te wrikken, met als resultaat: hoe minder natuur, hoe meer mens. Hoe langer leven, hoe beter. En als we al doodgaan, dan het liefst snel en autonoom. Het is jammer dat we op deze manier met het badwater het kind hebben weggegooid. Nog steeds heeft een grote meerderheid van de mensen een voorkeur voor een 'natuurlijke dood'. Ook de moderne mens roept de geneeskunde het liefst pas te hulp als het niet anders meer kan. In wilsverklaringen komt een afkeer van 'infusen en slangen' naar voren zoals we dat ook bij Van den Bergh al zagen. Een mens mag van ophouden weten, schreef Kuitert twee decennia later. En dat betekent, toegepast op behandelen: hoe verder verwijderd van een natuurlijk overlijden, hoe meer reden tot voorzichtigheid.

De vijf genoemde criteria geven geen zekerheid vooraf. Meer dan piketpaaltjes zijn het niet. Toch ben ik ervan overtuigd dat ze kunnen helpen om een streep te trekken. De conclusie is dus: een goede dokter weet wanneer te stoppen. Vergelijkbaar met: 'een goede chauffeur weet wanneer hij niet moet inhalen'. We hebben daarnaast ook dappere patiënten en hun omgeving nodig. Mensen die na rijp beraad zeggen: 'Misschien zou er nog meer in zitten, maar alles wegende – het is genoeg geweest zo.'

### **Literatuur**

- Beauchamp T.L. & Childress J.F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. 7e, gewijzigde druk. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, J.A. van den (1969). *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach.
- Boer T.A., Verkerk M.J. & Bakker D.J. (2013). *Over (-) behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam: Reed Business Education.

### **Over de auteur**

*Theo Boer* studeerde theologie en ethiek in Utrecht en Uppsala. Hij is Universitair docent medische ethiek aan Protestantse Theologische Universiteit te Groningen en verbonden aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. Hij is tevens ethicus-lid van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie.