

Wat kunnen huisarts en apotheker doen om overbehandeling te voorkomen?

Theo Boer

■ Prof. dr. T.A. Boer, universitair docent ethiek Protestantse Theologische Universiteit (PTHU), Groningen; Lindeboom hoogleraar Ethiek van de Zorg Theologische Universiteit Kampen; Associate, Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht

Wat wisten we?

In Nederland weten we al een aantal decennia dat er bij kwetsbare ouderen sprake is van overbehandeling. Het bleef echter bij kennis op een politiek en filosofisch niveau.

Wat is er nieuw?

Nieuw is dat het streven om overbehandeling bij kwetsbare ouderen te voorkomen in steeds grotere mate door apothekers, artsen, andere behandelaars, zorginstellingen en -organisaties en patiënten- en cliëntenorganisaties wordt gedeeld. Daarvoor zijn echter instrumenten nodig die ons helpen om overbehandeling vooraf en in de praktijk te herkennen.

Wat betekent dat voor mijn dagelijkse praktijk?

Vier concrete aandachtspunten vormen voor de behandelaar tools om zinvolle behandeling van overbehandeling te onderscheiden. Het finale antwoord is met die tools echter niet te geven, omdat elke situatie en elke patiënt uniek is.

Samenvatting

Overbehandeling van kwetsbare ouderen staat volop in de belangstelling. Hoewel veel van deze overbehandeling op het conto van medisch specialisten komt, is er ook voor huisartsen en apothekers een taak weggelegd: door verstandig geneesmiddelgebruik en kritischer doorverwijzen kan veel overbehandeling worden voorkomen. In dit artikel formuleren we vier signalen, of criteria, die erop wijzen dat een behandeling bij een kwetsbare oudere beter nagelaten kan worden. De criteria zijn afkomstig uit de medische ethiek en hebben een hoge mate van praktische toepasbaarheid.

Spreken over overbehandeling is 'in'. Zorgverleners, patiënten, instellingen, politici, verzekeraars, ethici, het Zorginstituut Nederland (voorheen cvz) en de media spreken erover. In 1969 zette J.H. van den Berg de thematiek al op de agenda met zijn boekje *Medische macht en medische ethiek*.¹ 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 met even weinig overlevingskansen als kwaliteit van leven, iemand van net 20 die nooit boven de ontwikkelingsleeftijd van 1 jaar zou uitkomen, mensen met vergevorderde dementie, alles in een kille, klinische setting. In de jaren tachtig betoogde Heleen Dupuis dat

het tijd werd om dokters die maar door- en doorgaan tot de orde te roepen. Begin jaren negentig introduceerde de commissie-Dunning de naar de voorzitter genoemde ‘trechter’ die, met kostenbeheersing als doel, zou moeten helpen om noodzakelijke van niet-noodzakelijke behandelingen te onderscheiden. Lang niet al deze pleidooien drongen tot in de behandelkamer door. Pas sinds een paar jaar is duidelijk dat ook zorgverleners en patiënten de ernst van het probleem van overbehandeling inzien. Probleem is wel dat je vaak pas achteraf kunt vaststellen of iets ‘overbehandeling’ is. ‘Had ik maar geweten dat ik hondsberoerd van die behandeling zou worden’, zegt iemand met kanker; familieleden klagen over een traumatische lijdensweg voordat iemand ‘eindelijk mocht sterven’; in de politiek wordt gewezen op de effecten van niet-noodzakelijke behandelingen voor de betaalbaarheid van de zorg. Daar tegenover staan vervolgens de succesverhalen van invasief behandelen: die collega die was opgegeven maar dankzij een ‘kansloze’ chemokuur onlangs weer op Aruba kon gaan snorkelen; die zieke oudtante met een doodswens die door een misverstand voor een longontsteking werd behandeld en nu dolblij is dat ze bij het huwelijk van haar nichtje aanwezig kan zijn. Denk ook aan het weldadige placebo-effect dat sommige niet-geïndiceerde geneesmiddelen kunnen hebben. Wie een beslissing moet nemen, heeft aan wijsheid achteraf niet veel. Zo heeft het ook geen zin om uit het feit dat iemand zonder een gordel te dragen een auto-ongeluk overleefde, te concluderen dat de verplichting om de gordel te dragen verkeerd is.

Casus

De 94-jarige Willem van der Meer had last van diabetes mellitus, hypertensie, boezemfibrilleren en aderverkalking van de kransslagaders van het hart, met als gevolg chronisch hartfalen. Voor al deze kwalen kreeg hij medicatie: pillen voor de suikerziekte, bloeddrukverlagende middelen, ontstollingsmiddelen en plaspillen, plus een maagbeschermingsmiddel en pijnstillers (pillen en een pleister). In totaal nam hij op verschillende tijdstippen van de dag elf verschillende geneesmiddelen tot zich. Meneer woonde nog thuis met zijn echtgenote. Op een nacht viel hij uit bed en werd met een flink bloedende hoofdwond naar de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis gebracht. Het letsel bleek oppervlakkig te zijn. Een CT-scan van het hoofd, die gemaakt werd vanwege zijn leeftijd en het gebruik van ontstollingsmiddelen, liet geen bloeding zien. Laboratoriumonderzoek toonde een licht verhoogde glucosewaarde in het bloed, een normaal hemoglobinegehalte en een gestoorde nierfunctie.

Meneer Van der Meer werd verwezen naar een internist ouderengeneeskunde, die hem een week later op de polikliniek zag. De wond was goed genezen en veroorzaakte geen klachten meer, maar soms had hij bij het opstaan een licht of een drukkend gevoel in het hoofd, iets wat later op de dag weer wegtrok. Verder meldde hij zich goed te voelen. Zijn vrouw vertelde dat hij ‘s nachts erg onrustig was, veel rondliep, slecht sliep en steeds naar het toilet moest. Ook viel hij ‘s avonds regelmatig en de hem voorgeschreven slaapmedicatie hielp niet.

Lichamelijk onderzoek liet zien dat meneer liggend een normale bloeddruk had. Als hij opstond was de bloeddruk na vijf minuten aan de lage kant, zonder dat hij daarbij duizelig werd. Het probleemlijstje dat de geriater opstelde, vermeldde suikerziekte, hoge bloeddruk, hartfalen, regelmatig vallen en de vele geneesmiddelen. Verder een gestoorde nierfunctie, pijnklachten, duizeligheid, slecht slapen en moeite met de ontlasting (obstipatie). Het geheugen leek nog goed te zijn, maar het slaap-waakritme was omgekeerd (‘s nachts wakker). Ook waren er loopstoornissen en slechthorendheid aan beide oren. De geriater besloot de plastabletten af te bouwen tot tweemaal daags en bovendien niet meer vlak voor het slapengaan. Hiermee zou de patiënt ‘s nachts minder hoeven plassen, rustiger doorslapen en minder vallen. Ook de slaaptablet werd niet meer gegeven. In verband met de lage bloeddruk bij het staan en de gestoorde nierfunctie werden de geneesmiddelen voor de hoge bloeddruk gehalveerd. De fentanylpleisters tegen de pijn – die obstipatie als bijwerking kunnen hebben – werden gestopt en de patiënt kreeg een mild laxeermiddel. Daarnaast besloot de geriater het gewicht beter te controleren en bij gewichtstoename (meer vocht vastgehouden door het hartfalen) extra te controleren. De geriater verwees de patiënt terug naar de huisarts. Na enkele weken waren de klachten van een licht gevoel in het hoofd en het slechte slapen grotendeels verdwenen. Ook viel meneer nauwelijks meer en was de nierfunctie verbeterd.

In een onlangs gepubliceerde studie zijn filosoof Maarten Verkerk, chirurg en ex-AMC-directeur Dirk-Jan Bakker en ikzelf op zoek gegaan naar criteria die zorgverleners vooraf helpen om te bepalen of er bij kwetsbare ouderen nog behandeld moet worden.³ Het ging ons om behandeling, niet om zorg: dat laatste, verzorging, nabijheid en palliatie kan eigenlijk nooit te veel zijn. We kregen tientallen casusbeschrijvingen toegestuurd. Het geval van meneer Van der Meer is er één van. Hier werd overbehandeling verholpen, doordat één behandelaar kien genoeg was om het gehele geneesmiddelgebruik in kaart te brengen en aan te passen.

Uitgangspunt voor onze analyse is de medische ethiek van Tom L. Beauchamp en James F. Childress.³ Deze twee filosofen concluderen vanuit zeer uiteenlopende achtergronden (respectievelijk een utilistische en een religieuze) dat er in de geneeskunde vier morele principes een rol spelen: weldoen, geen schade berokkenen, respect voor autonomie en oog voor rechtvaardige verdeling. Deze principes hebben wij toegepast op het thema 'overbehandeling bij kwetsbare ouderen' en wel op zo'n manier dat zij een instrument vooraf vormen. Samen vormen zij vier indicatoren die vooraf kunnen duiden op het risico van overbehandeling.

Is sprake van weldoen?

Naarmate de effecten van een behandeling of geneesmiddel wetenschappelijk minder overtuigend zijn, moet meer rekening worden gehouden met het risico van overbehandeling. Motto's als 'baat het niet, het schaadt ook niet' en 'je weet maar nooit of hier nog iets goeds van komt' staan een kritische afweging echter in de weg. Sommige patiënten willen bovendien bij een bezoek aan de dokter dolgraag met een recept naar huis worden gestuurd: vaak niet geïndiceerd, nog los van de soms niet onaanzienlijke kosten van 'voorzorgsrecepten'. Er is onvoldoende aandacht voor het feit dat veel geneesmiddelen en behandelingen die bij gezonde volwassenen wel een bewezen effect hebben, bij kwetsbare ouderen, gezien hun slechtere conditie en de aanwezige comorbiditeit, veel minder effect sorteren. Ook kan het effect van bepaalde geneesmiddelen bij elkaar opgeteld (polyfarmacie) de werkzaamheid van de afzonderlijke geneesmiddelen beïnvloeden. Vanuit ethisch perspectief moet tevens genoemd worden dat aan het uitschrijven van een recept c.q. het leveren van geneesmiddelen voor de betrokken artsen en apothekers soms een financieel aspect zit. In januari 2014 kondigde minister Schippers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan dat ook afgebroken behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen, waarmee wordt voorkomen dat een niet-afgemaakte DBC in het geheel niet vergoed wordt en behandelaars dus een 'perverse prikkel' hebben om met een zinloos gebleken behandeling door te gaan. Bij geneesmiddelgebruik is een dergelijke beslissing minder zinvol. Hier worden immers, anders dan bij DBC's, alle reeds geleverde geneesmiddelen en diensten tot aan het moment van afbreken vergoed.

Voegt iets niet teveel schade toe?

Een tweede aandachtspunt: de mogelijk negatieve effecten van een behandeling op iemands welzijn. Een chemokuur kan weliswaar een zekere kans op succes bieden, maar tegelijkertijd met ernstige bijwerkingen gepaard gaan: 'baat het niet, het schaadt misschien wél'. Denk aan de effecten van misselijkheid en pijn bij een kwetsbare oudere. Anders dan bij iemand met een betere uitgangspositie kan een chemokuur bij een kwetsbare oudere leiden tot een vicieuze cirkel. Bij sommige ouderen is de motivatie om te strijden om er bovenop te komen minder groot: men kijkt terug op een goed leven, heeft zijn kinderen al lang en breed 'goed achtergelaten', weet dat er na de ene ziekte weer een volgende kan komen en beseft dat er toch een keer afscheid genomen moet worden. Denk ook aan wat een patiënt door een poging om het leven te rekken *niet* meer zal kunnen: in alle rust afscheid nemen, die ene reis nog maken. Ook kan gewezen worden op bijwerkingen in de vorm van gewenning/verslaving, het ontwikkelen van een geneesmiddelintolerantie en de kans op het ontstaan van therapieresistente bacteriën. Kortom: een behandeling *voegt schade toe* in de vorm van lijden en in de vorm van gemiste kansen. Bij beide, het positieve effect en het toegevoegde lijden, is het overigens niet zo dat je altijd moet zeggen: bij twijfel niet doen. Er kunnen overwegingen zijn om *toch* te behandelen, ondanks de risico's. Een heel sterke wens om te overleven bijvoorbeeld. Leeftijd op zichzelf speelt nadrukkelijk geen rol: iemand van 70 jaar kan veel 'ouder' ogen en minder goed in staat zijn tot herstel dan iemand van 87 jaar. Het is dus van des te groter belang, dat de apotheker, de arts en andere behandelaars de voors en tegens eerlijk op een rijtje zetten, zonder enige suggestie of druk. Dat is voor wie zijn opgeleid met het adagium 'opgeven is geen optie' (de slogan van de Alp d'HuZes!) niet altijd even gemakkelijk. Ook dient men er op bedacht te zijn dat doorbehandelen artsen en apothekers voordelen oplevert in de vorm van kennis en persoonlijke ervaring over de werking van een geneesmiddel of behandeling. Het zal overigens niet geheel te voorkomen zijn dat dit als motief op de achtergrond soms meespeelt.

Wil een patiënt iets ook echt?

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw is autonomie het belangrijkste principe in de medische ethiek. Het

grootste gewicht legt dit principe in de schaal wanneer iemand een behandeling of geneesmiddel weigert. Op die regel is eigenlijk maar één uitzondering: de patiënt is niet wilsbekwaam (er is sprake van een depressie, een psychose of van evident verkeerde informatie) en niet-behandelen brengt bovendien ernstige gezondheidsrisico's met zich mee. In dat geval is het *overrulen* van iemands uitdrukkelijke wens voor elke behandelaar een dilemma dat zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Is van de geschetste situatie geen sprake, dan heeft een arts voor elke behandeling de expliciete (en waar dat voldoende is, de impliciete) toestemming van een patiënt nodig. Gaat het niet om het weigeren van, maar om het vragen om een behandeling, dan is autonomie minder doorslaggevend en is de afweging complexer. Een behandeling mag dan wel gewenst worden, maar is zij ook bewezen effectief? Lastig wordt het bijvoorbeeld wanneer een patiënt geen 'no for an answer' accepteert en in ieder geval iets in de vorm van een doorverwijzing, een zalfje of een pil verlangt. Hij vraagt aandacht voor zijn klacht en wil daar het liefst een tastbaar bewijs van. Alleen zo'n bewijs kan al een placebo-effect hebben en bijdragen aan iemands gevoel van welbevinden. Heel wat artsen strijken dus soms met de hand over het hart, niet alleen omdat dit de arts-patiëntrelatie ten goede kan komen maar ook omdat 'je het maar nooit weet'. Vanuit het oogpunt van *evidence-based medicine* is dat soort coulantie uiteraard tamelijk problematisch: er worden immers kosten gemaakt, bacteriën kunnen resistent worden of – ingeval van een doorverwijzing – de wachtkamer van de specialist wordt nog voller. Ook kan een behandeling wel een bewezen effect hebben, maar gewoonweg (veel) te duur zijn. In de context van kwetsbare ouderen zitten er aan autonomie nog andere haken en ogen. Niet iedereen begrijpt de pro's en contra's van een behandeling en dus kan het voor de hand liggen dat behandelaars en/of familie namens die patiënt kiezen. Sommige oudere patiënten willen misschien niet zelf de knoop doorhakken: 'De dokter zal het immers wel weten?' Juist om overbehandeling uit te sluiten, is het echter van belang dat ouderen naar hun mening gevraagd wordt: wil iemand, als hij alle voor- en nadelen eerlijk op een rijtje ziet, echt behandeld worden? Uiteraard is het zeker geen doel op zichzelf om mensen tot niet-behandelen te verleiden. Soms moet je juist het omgekeerde doen en proberen een patiënt over de streep te trekken, bijvoorbeeld omdat iemand een veelbelovende therapie weigert uit somberheid, bescheidenheid of uit

een ongegronde angst voor bijwerkingen. Tegelijk leert de ervaring dat menig oudere, als hij echt de keuze eerlijk en open krijgt voorgelegd, kiest voor terughoudendheid bij riskante of weinig effectieve behandelingen. Te veel behandelingen zijn het gevolg van de onvoldoende onderbouwde aanname dat een patiënt als vanzelfsprekend voor een behandeling kiest.

Is sprake van rechtvaardige verdeling?

Is een behandeling, is een duur geneesmiddel financieel te verantwoorden? Met andere woorden, is iets fair in relatie tot wat je andere zorgvragers kunt bieden? Hoewel het uitgangspunt van het Nederlandse zorgstelsel is dat iedereen de behandeling dient te krijgen die hij nodig heeft, kunnen we onze ogen niet sluiten voor het probleem van de beperkte middelen. Wanneer behandelingen in relatie tot de opbrengst te veel geld kosten, zetten we daarmee de betaalbaarheid en dus de solidariteit van het zorgstelsel op het spel. Doordat er in 2012 voor de bekostiging van geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en Fabry – kosten: honderdduizenden euro's per jaar – een aparte regeling werd bedacht, is in Nederland de discussie over de grenzen aan de kosten opnieuw naar de toekomst verschoven. Zoals blijkt uit een enquête van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) vindt 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 daarbij wie het prijsplafond moet bepalen. Je moet dit in elk geval niet de individuele arts en zijn patiënt aandoen. Natuúrlijk gaan die (met de familie) voor de allerbeste therapie. Geen arts zal tegen een patiënt kunnen zeggen: 'Ik had een uitstekende behandeling in gedachten, maar in uw geval vind ik hem wat duur'; evenmin zal een apotheker durven zeggen: 'Uw arts heeft u wel iets voorgeschreven, maar dat gaat mij bij u te ver. Dat kan ik uw verzekeraar niet aandoen.' Artsen en apothekers dienen zich pal achter hun patiënten op te stellen. Wie moet dan wel beslissen over de toelaatbaarheid van peperdure behandelingen en geneesmiddelen? Daar lijkt in Nederland tot dusverre niemand zijn vingers aan te willen branden. Het Zorginstituut Nederland niet, de zorgverzekeraars niet, de Nederlandse Zorgautoriteit niet, de beroepsbeoefenaars niet en de politiek ook niet. Zo'n discussie is vroeg of laat wel van belang, zeker in het geval van kwetsbare ouderen, waar de 'opbrengst' en het effect van heel dure behandelingen immers kleiner is.



Slot

Ik vat de criteria nog eens samen. Hoe kunnen artsen en apothekers overbehandeling bij kwetsbare ouderen zien aankomen? Ten eerste: als er sprake is van een behandeling of geneesmiddel waarvan de werkzaamheid niet is bewezen. Bij die beoordeling moet in acht worden genomen dat de positieve effecten bij een kwetsbare oudere toch al vaak minder groot zijn. Ten tweede: als er een serieuze kans is op ernstige bijwerkingen (mede gezien de stapeling van geneesmiddelgebruik), die een patiënt bovendien een (soms laatste) mogelijkheid ontnemen om echte kwaliteit van leven en relaties te ervaren. Ten derde: als een patiënt die men alle voors en tegens heeft uitgelegd, serieus twijfelt of er wel behandeld moet worden. En ten vierde: als een behandeling een te grote claim legt op de beschikbare gemeenschappelijke middelen. Ten overvloede: we spreken hier over medische behandelingen, niet over palliatie en zorg. Net zoals goede chauffeurs weten wanneer zij niet moeten inhalen, kennen een goede arts en een verstandige apotheker de grenzen van wat nog zinvolle behandelingen zijn. Maar zij kunnen niet zonder dappere patiënten en hun omgeving. Mensen die na rijp beraad zeggen: 'Misschien zou er nog meer in zitten maar alles wegende – het is genoeg geweest'.

Literatuur

- 1 Berg JH van den. Medische macht en medische ethiek. Nijkerk: Callenbach, 1968.
- 2 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics (7e, gewijz. druk). Oxford: Oxford University Press, 2012.
- 3 Boer TA, Verkerk MJ, Bakker DJ, Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.

Financiële banden: de auteur heeft geen financiële banden die betrekking hebben op dit onderwerp.