

Ook patiënten leggen zich vaak niet neer bij de dood

‘De arts staat in de behandelmodus’

Joost Visser

Artsen behandelen patiënten die binnenkort zullen sterven, vaak te lang door. Meestal met de beste bedoelingen en met instemming van de patiënt. Maar toch kan het beter, zo blijkt uit een lezersenquête van Medisch Contact en de KNMG.

‘**M**eer is niet altijd beter’, schreef Job Kievit, chirurg en hoogleraar medische besliskunde aan het LUMC, dit voorjaar in Medisch Contact. Aan de hand van twee aangrijpende voorbeelden liet hij zien hoe nadelig agressieve, belastende en kostbare medische interventies kunnen uitpakken voor patiënten die het einde van hun leven zien naderen. ‘Je ziet vaak dat arts en patiënt in een reflex schieten’, verklaart Kievit dit fenomeen. ‘De arts zegt: “Ik heb nog iets voor je”, de patiënt reageert: “Dat is goed”. Hij gaat opgelucht naar huis omdat hij nog niet hoeft na te denken over het naderend einde. En de arts is blij dat hij weer kan doen waar hij goed in is: behandelen. Of het winst oplevert weet hij niet. Maar wie is hij om de patiënt deze kans te onthouden?’

Veel artsen zijn het met Kievit eens, zo blijkt uit online onderzoek van Medisch Contact en de KNMG (zie *kader* op blz. 1328). Bijna twee op de

drie respondenten (62%) onderschrijft daarin de stelling dat artsen patiënten in de laatste levensfase langer doorbehandelen dan wenselijk is – palliatieve behandelingen niet meegerekend; 22 procent is het niet met de stelling eens, de rest weet het niet. De respondenten zien vier belangrijke redenen voor overbehandeling. De arts staat ‘in de behandelmodus’ en wil graag behandelen, precies zoals hem dat geleerd is (zegt 53%). De patiënt heeft te hoge verwachtingen van de behandeling (51%) en legt zich er niet bij neer dat hij zal sterven (45%). En ook de familie wil dat de arts alles doet om het leven van hun dierbare te rekken (46%).

Positieve intentie

Arie Kruseman, naast KNMG-voorzitter ook internist-endocrinoloog in het MUMC, staat als arts allerminst in die behandelmodus: ‘Ik stel mezelf altijd de vraag waaróm ik een behandeling inzet.’ Toch behandelt ook hij wel eens langer door dan wenselijk: ‘Dan weet ik eigenlijk wel dat ik niets meer moet doen. Maar vertel de patiënt vervolgens toch dat ik niet met 100 procent zekerheid kan zeggen dat behandeling volstrekt zinloos is. En haal dan voldoende argumenten uit zo’n gesprek om nog een poging te wagen.’ Hij weet van dokters die – anders dan hijzelf – de neiging hebben om koste wat kost dóór te behandelen, ‘tot de patiënt er bijna bij neerval’. Maar vaak ligt het iets subtieler: ‘Dokters hebben de neiging de wereld rooskleuriger voor te stellen dan ze is. Uit een positieve intentie, maar naderhand

KNMG-symposium

Onder de titel ‘Geef nooit op? Doorbehandelen in de laatste levensfase’ organiseert de KNMG een symposium over het medisch handelen in de laatste levensfase. Hoe zorgen we dat mensen aan het eind van hun leven passende zorg krijgen? Welke mechanismen leiden ertoe dat artsen (te) lang doorbehandelen in de laatste levensfase? Het symposium is bedoeld voor artsen, verpleegkundigen, bestuurders, beleidsmakers en andere belangstellenden. Donderdag 14 juni, 13.30-20.00 uur, Domus Medica, Utrecht, www.knmg.nl/symposium/doorbehandelen.



beeld: Reporters

Vooraf voor jonge patiënten is de boodschap 'nu hebben we echt niets meer' lastig te accepteren.

blijkt dan toch dat ze het beter niet hadden kunnen doen.'

'We maken fouten, zeker, maar dat artsen opzettelijk hun regie laten prevaleren boven die van de patiënt, dat klopt niet.' Anders dan Kievit en Kruseman gelooft Harm Rutten, oncologisch chirurg in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, niet in het beeld van de onnodig doorbehandelende dokters. Zeker in zijn vak, zegt hij, is het niet meer zo makkelijk vast te stellen waar precies de grens ligt tussen zin en onzin: 'Vroeger konden we door chemotherapie de klachten verlichten, maar dat voegde

geen minuut aan het leven toe. Nu zijn er nieuwe palliatieve behandelingen waarmee we het overlijden één of twee jaar kunnen opschuiven.' Totdat het moment is gekomen dat ook dat niet meer kan.

Rutten: 'Vooraf voor jonge patiënten is de boodschap "Nu hebben we echt niets meer" lastig te accepteren. Maar oudere patiënten weten dat het leven eindig is en willen er op een niet-gemedicaliseerde manier afscheid van nemen.'

Artsen vinden het eng om met patiënten over het leven te praten

Te lang wachten

Van de ruim zevenhonderd respondenten op de online enquête zegt de overgrote meerderheid (82%) zelf wel eens voor de keuze te staan om een patiënt tegen het einde van diens leven al dan niet door te behandelen. Van deze groep 'ervaren' artsen zegt bijna driekwart (72%) dat de mening van de patiënt 'altijd' of 'vaak' bepaalt hoe hun beslissing uitvalt. Toch noemt 64 procent van hen het 'soms' moeilijk om met een patiënt over het naderend leven te praten, en vindt maar liefst 67 procent van alle respondenten dat artsen er te lang mee wachten. 'Nogal wat artsen vinden dat gesprek eng', weet Kievit. 'Het raakt hun eigen angst. Ben je zelf minder bang voor de dood, dan praat je er ook met anderen makkelijker over.' Zelf vindt hij deze gesprekken tot zijn taak horen, maar niet iedere arts denkt daar zo over: 'Ik kan me voorstellen dat een chirurg zegt: "Wat heb ik nog met een patiënt die inmiddels bij een oncoloog onder behandeling is?" In de cardiologie doet de hartchirurg alleen de operatie, de cardioloog het voor- en natraject. Door de druk tot superspecialisatie gaat het in de algemene heilkunde wellicht ook die kant op. Als we niet

uitkijken gaat dat ten koste van de meer menselijke aspecten van het arts-zijn.’

Denkproces

‘Het’ gesprek bestaat overigens niet. Behandeling verloopt immers in stappen, en het eerste gesprek daarover is anders dan het tweede of derde. Kruseman: ‘Tegen patiënten met een schildklier carcinoom zeg ik aanvankelijk: “Het is kanker, maar niet een soort dat snel om zich heen grijpt. Ik heb nog veel behandelmogelijkheden en er is geen reden om nu al te praten over de laatste fase. Als het zover komt, bespreek ik dat met u.” Daarmee heb ik de patiënt gerustgesteld, maar het denkproces komt er toch mee op gang.’ Is het moment inderdaad ‘gekomen’, dan moet de arts precies weten op grond van welke criteria hij besluit om te stoppen of door te gaan – en daar vooraf met de patiënt over praten. Kruseman: ‘Ik zei onlangs nog tegen een patiënte dat ik die en die vergrote klieren drie maanden lang zou behandelen. Daarna zou ik een foto

maken. Waren ze dan niet kleiner geworden, dan zou ik stoppen. Ze bleken inderdaad niet kleiner te zijn geworden, waarop zij zei: “Nu wilt u dus stoppen?” Ik beaamde dat, waarop zij probeerde: “Maar kunnen we niet?” Ik zei haar nu niets meer te verwachten van dóórbehandelen. Uiteindelijk was zij het daarmee eens.’

Met het voorbeeld maakt Kruseman duidelijk wanneer de arts geen gehoor meer zal geven aan de wens van de patiënt: namelijk als deze iets van hem vraagt wat hij niet voor zijn rekening wil nemen. Ook Rutten zegt soms verantwoord ‘nee’: ‘Als een patiënt iets wil wat strijdig is met wat ik denk dat goed is, dan moet hij een second opinion halen bij iemand anders.’ In Nederland, denkt hij, zal het niet vaak voorkomen dat een andere dokter vervolgens wél op de wens van de patiënt ingaat. Kruseman is daarover minder optimistisch: ‘Er zijn patiënten die shoppen en vervolgens wel gehoor krijgen.’

Kievit trekt ook een grens van een andere orde: ‘Als een patiënt geen uitleg wil horen, niet wil

Online vragenlijst

Medisch Contact stuurde bijna 1600 deelnemers aan het KNMG-ledenpanel (met uitzondering van sociaal geneeskundigen, studenten en gepensioneerden) een online vragenlijst over het doorbehandelen van patiënten tegen het einde van het leven; 726 artsen (46%) reageerden.

Zes stellingen over doorbehandelen

Als diagnostisch onderzoek geen consequenties meer heeft, moet je de patiënt er niet mee belasten



Artsen wachten te lang om met patiënten te praten over het naderende levenseinde



Praten over het levenseinde gaat niet samen met een gesprek over curatieve opties



Artsen behandelen patiënten in de laatste levensfase langer door dan wenselijk is (afgezien van palliatieve behandeling)



In de laatste fase van het leven is intensieve medische zorg vaak strijdig met het welzijn van patiënten



Een arts moet pas met een patiënt praten over het naderend levenseinde als deze er zelf om vraagt



■ Zeer eens
 ■ Eens
 ■ Oeneens
 ■ Zeer oneens
 ■ Weet niet



De volledige uitslagen van de online enquête, de genoemde artikelen en meer over dit onderzoek vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.



20 procent van de ervaren artsen begint of continueert een behandeling alleen als deze zal resulteren in een extra levensverwachting van minstens drie maanden.

weten hoe ik worstel met de voors en tegens van een operatie, dan krijgt hij die niet. Moet ik iemand helpen die niet eens wil weten dat het risico bestaat dat hij overlijdt tijdens een operatie die ik moet doen? Nee, iedere patiënt moet ten minste bereid zijn om de mogelijke ellende onder ogen te zien, net als ikzelf.'

Professionaliteit

In de enquête van Medisch Contact zegt 20 procent van de 'ervaren' artsen een behandeling alleen te beginnen of te continueren als deze naar verwachting zal resulteren in een extra levensverwachting van ten minste drie maanden. Voor de helft (51%) speelt de geschatte levensverwachting geen enkele rol in hun beleid; voor hen is de kwaliteit van leven belangrijker. 'Met een flinke kans op een beetje winst en een kleine kans op een beetje verlies, is het duidelijk', zegt zelfverklaard utilitarist Kievit. 'Met een flinke kans op winst en een flinke kans op schade, ga je misschien ook nog behandelen, zeker als de patiënt geen andere mogelijkheden heeft. Maar een vrijwel zeker verlies van kwaliteit van leven en een kans op succes van één op een miljard, nee, dat is geen basis om iemand te behandelen.' Rutten noemt concrete cijfers: 'Voor goede palliatie is een respons van 30 tot 40 procent een minimum. Is de winst groter, dan mag je een kleinere kans accepteren. Dus is voor levensverlenging een respons van minstens 10 procent voldoende. Dat betekent wel dat je negen van de tien mensen onnodig doorbehandelt. Je moet goed met de patiënt

bespreken dat er meer kans is dat hij bij die negen behoort dan bij die één.' Voor Kruseman is zo'n gesprek essentieel: 'In NEJM werd laatst gepleit voor *preference-based medicine*. Daarin gebruik je de evidentie als uitgangspunt voor het gesprek met de patiënt: hoe staat hij in het leven, welke prijs is hij bereid te betalen. Als arts moet je al die componenten betrekken bij je advies. Dat is je professionaliteit.'

Kosten

Van de 'ervaren' respondenten op het online onderzoek laat 61 procent de kosten 'nooit' een rol spelen bij de afweging om een patiënt al dan niet te behandelen; 35 procent doet dat 'soms'. Kruseman, Kievit en Rutten vinden unaniem dat 'kosten' niet

thuishoren in het gesprek in de spreekkamer: dat zou de patiënt het gevoel kunnen geven dat hij een behandeling niet 'waard' is en zo de arts-patiëntrelatie kunnen verstoren. Maar de discussie moet wél gevoerd worden. 'Als je 10 procent uitgeeft aan 90 procent van het leven en 90 procent uitgeeft om er nog 10 procent aan toe te voegen, dan is dat een disbalans', zegt Rutten. 'Maar als in de richtlijnen staat dat je bepaalde middelen bij bepaalde indicaties mag gebruiken, dan staat het poortje open.' Het is aan de overheid om dat poortje dicht te maken. Kievit: 'Een therapie die een week levensverlenging geeft voor 20.000 euro, dus één miljoen kost per kwaliteitsgecontroleerd levensjaar, moet niet uit het basispakket worden vergoed. Zodat ik als dokter kan zeggen: "Het is verdrietig, maar helaas: dit heb ik niet in de aanbieding."' 

mctv
uitgelicht

Het is van belang om met de patiënt te praten over het wel of niet voortzetten van de behandeling, benadrukt KNMG-voorzitter Arie Nieuwenhuijzen Kruseman in MCTV Uitgelicht.

[/video](#)