

‘Beloon ook gezondheids- winst in plaats **van alleen behandelen**’

INTERVIEW MET HOOGLERAAR KWALITEIT VAN ZORG EN CHIRURG JOB KIEVIT

Hoe kun je weinig effectieve zorg die veel kost voorkomen? Daar heeft chirurg en hoogleraar Kwaliteit van Zorg Job Kievit wel enkele ideeën over. ‘We moeten het systeem anders inrichten. Alle prikkels zijn nu gericht op zo veel mogelijk behandelen. Pak dat eerst aan en beïnvloed daarna de publieke opinie. Als ik terminaal ziek word, dan hoop ik dat in mijn rouwadvertentie staat: “hij heeft tenminste niet tot het eind gevochten”. Er zijn immers mooiere en zinvollere dingen te doen aan het eind van je leven.’

Door: M. Hulsebos

Als lid van de AdviesCommissie Pakket van het College van Zorgverzekeringen beschikt hij over de achtergrondinformatie die leidde tot het advies: stop met het vergoeden van medicatie voor de niet-klassieke vorm van de ziekte van Pompe. Hij is het volledig met dit advies eens en ergert zich over de manier waarop er in de media over wordt gepraat. ‘In de journalistieke media zie je uitspraken die gewoon niet kloppen. Alsof er nu acuut allerlei mensen gaan overlijden omdat één of andere afstandelijke ambtelijke bobo, die nog nooit een patiënt heeft gezien, een geldkraan dichtdraait. In werkelijkheid gaat het om minimale gezondheidsverschillen tegen idioot hoge kosten. Waardoor, als we zo blijven kiezen, ons zorgstelsel economisch onhoudbaar wordt en de maatschappij meesleept in z’n neergang. Maar een patiënt op tv, met een gezicht en een verhaal, spreekt het publiek nu eenmaal veel sterker aan dan zo’n – schijnbaar kille – getalsmatige afweging. Dan huilt iedereen mee, ook de minister.’

Wat zijn de feiten dan wel? Uit onderzoek blijkt dat het geneesmiddel dat wel effectief is bij mensen met de klassieke vorm van Pompe weinig uithaalt bij patiënten die lijden aan de niet-klassieke vorm. Na 15 jaar medicatie boeken zij een winst in de levensverwachting van ongeveer drie maanden. De door patiënten gerapporteerde kwaliteit van leven verandert niet. En ook op aspecten als de afstand die iemand nog kan lopen verandert er maar weinig. ‘Dat kost de samenleving ongeveer 15 miljoen euro per kwaliteitsge-

corrigeerd levensjaar. Dat is bijna tweehonderd keer zo hoog als de RvZ ooit als bovengrens heeft geadviseerd. Daar kunnen we ook een heleboel andere patiënten voor helpen met dingen doen die nu worden wegbezuinigd. We moeten als maatschappij de discussie aangaan wat we met het criterium kosteneffectiviteit concreet gaan doen. Die discussie wordt nu in de kiem gesmoord door zeer eenzijdige en vaak ook nog onjuiste verslaggeving over dit onderwerp.’

PR-machine

Eén van de redenen is dat de PR-machine van de farmaceutische industrie veel beter werkt dan die van het CVZ. De farmaceutische industrie heeft er geen belang bij eerlijk te vertellen dat er heel veel geld omgaat in sommige nieuwe geneesmiddelen die maar een geringe winst opleveren in de levensverwachting of -kwaliteit. ‘Er komen allerlei nieuwe geneesmiddelen aan, bijvoorbeeld monoclonale antilichamen die worden ingezet bij reuma, of in het eindstadium van kanker. Nogal wat van die medicijnen zijn heel duur, hebben maar een beperkt effect op de levensverwachting, soms in combinatie met een duidelijke achteruitgang in kwaliteit van leven.’ Toch kiezen patiënten vaak voor zware behandelingen, omdat ze de naderende dood niet onder ogen willen zien, of om andere redenen niet-behandelen geen optie vinden. ‘Het cliché is dat je moet vechten en dat als je dat niet doet, het dan je eigen schuld is als het misgaat. Dat wordt ons door de maatschappij opgelegd.’

Maar als de kanker werkelijk terminaal is, dan verlies je meestal veel meer met dat gevecht dan je wint. Dat besef is bij patiënten en hun familie vaak gering. En de arts die hen daarop zou moeten wijzen, doet soms liever waar ie goed in is: behandelen. En wordt daartoe mede aangezet door de gedachte “hoop doet leven, ook valse hoop” en door de bekostigingssystematiek van de zorg. Behandelen betaalt doorgaans veel beter dan praten en luisteren en kost soms zelfs minder tijd.’

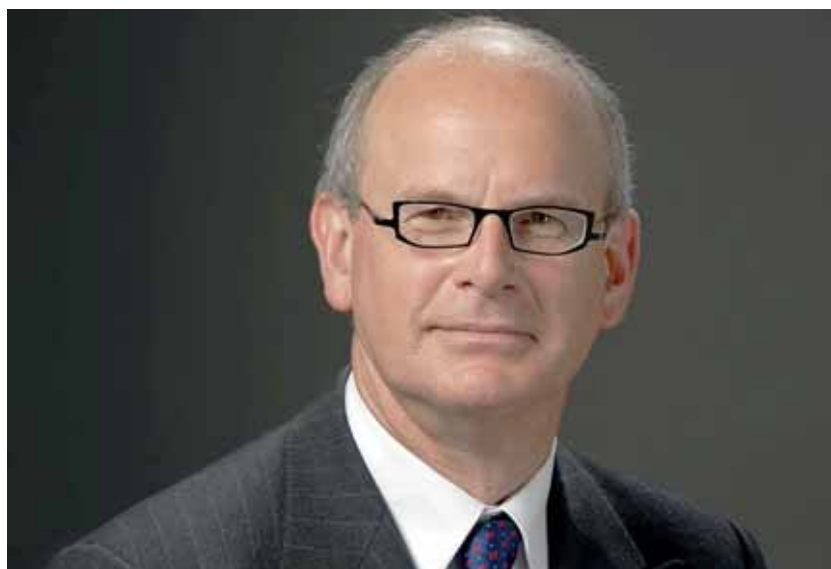
Kwaliteit van leven

Het heeft alles te maken met de diepe maatschappelijke ontkenning van de dood, denkt Kievit. ‘Zeker als mensen relatief jong zijn, roept de dood veel verzet op. Dat is een emotionele reactie. “Je moet ertegen vechten en daar gaan wij je bij helpen”, zeggen familie en vrienden dan vaak. Maar je kunt je afvragen of dat niet een misplaatste uiting van empathie is. Misschien heeft de patiënt er veel meer aan om samen met familie en vrienden die laatste maanden zo mooi mogelijk in te vullen en daarna op een waardige manier afscheid te nemen. Die keuze is zeker niet makkelijk en de timing van die keus moet je samen en zorgvuldig doen. In eerlijk overleg met de arts onder ogen zien hoe het ervoor staat, dan nagaan wat je als patiënt nog echt belangrijk vindt en vervolgens alle voors en tegens van elke optie eerlijk en scherp afwegen. Daar kom je in dergelijke keuzes verder mee dan met ontkenning, angst of gevoel alleen.’

Niet alleen bij het verlengen van het leven, maar ook bij het boeken van winst in de kwaliteit van leven kun je vraagtekens zetten bij de kosten die daarvoor moeten worden gemaakt, vindt Kievit. ‘Er zijn verschillende medicijnen tegen reuma. Met sommige van die medicijnen zijn geweldige successen geboekt, zodat mensen weer veel beter kunnen deelnemen aan de maatschappij en bijvoorbeeld ook weer kunnen sporten. Maar als er nog veel duurdere medicijnen komen die ervoor zorgen dat je, in plaats van een uur, nu een uur en een kwartier kunt tennissen, dan is de vraag hoe ver je daarin moet en kunt gaan, met een basispakket van de zorg dat uit “verplichte solidariteit” wordt gefinancierd. Kun je van de maatschappij verlangen dat iedereen eraan meebetaalt dat jij een kwartier langer kunt sporten? En dat we daarvoor, bij een beperkt overall budget, op andere zorggebieden inleveren?’

Ander systeem

Hij vindt dat het systeem zou moeten worden veranderd, op zo’n manier dat artsen mede wor-



Job Kievit

den beloond of gekort voor de gezondheidswinst die ze al of niet bij patiënten weten te boeken in plaats van puur op basis van de aantallen gegeven behandelingen. ‘Dan stimuleer en beloon je artsen weer om te doen waarvoor ze zijn opgeleid: afwegen wat het beste is voor de gezondheid van hun patiënt’, vindt Kievit.

Hij is dan ook heel blij met het rapport van Ab Klink, die vergelijkbare conclusies trekt. ‘Natuurlijk, het is best lastig om daar een goede, valide methodiek voor op te zetten, maar niet onmogelijk. Andrew Vallance-Owen heeft met de Patient Reported Outcome Measures (zie pagina 20) heel nuttig werk verricht op dit gebied.’

Een ander instrument dat veel vaker zou moeten worden ingezet, is de second opinion, vindt Kievit. ‘De second opinion kan gebruikt worden om meer scheiding aan te brengen tussen het stellen van de indicatie en het uitvoeren van – en dus verdienen aan – de behandeling. Dat is een prachtig instrument, maar we gebruiken het bij dubieus effectieve zorg veel te weinig. Misschien moeten we het initiatief tot het aanvragen van een second opinion niet alleen bij de patiënt neerleggen, maar laagdrempeliger in het systeem verweven.’

Kievit is helder: er moet iets gebeuren om de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Niet morgen, maar nú. De sector en de politiek kunnen het probleem van onnodige zorg niet langer ontkennen. ‘We móeten grenzen stellen aan de kosteneffectiviteitsratio van publiek gefinancierde zorg. Niet straks als de zorgpremie een kwart of meer van ons inkomen bedraagt, maar nu.’

Informatie over de auteur

Mirjam Hulsebos is freelance journalist.