

ZORGVRAAG INTERVIEW

Wie behandelen we? Medisch specialisten moeten **kiezen**

Door de stijgende zorgvraag krijgen patiënten straks niet meer alle mogelijke behandelingen. Medisch specialisten moeten gaan kiezen. „Als jij heel veel onderzoeken wil, staat jouw broer op de wachtlijst”



NIEUWEGEIN

NRC. OSCAR VERMEER

Patiënten kunnen er in de toekomst niet meer op rekenen dat ze alle behandelingen krijgen die mogelijk zijn. Medisch specialisten moeten gaan kiezen wat ze nog wel en wat ze niet meer doen. Dat staat in de toekomstvisie Medisch Specialist 2035, die donderdag door de Federatie Medisch Specialisten is gepresenteerd op het lustrumcongres in Nieuwegein. Die keuzes zijn onvermijdelijk door de dubbele vergrijzing, bevolkingsgroei, complexere zorgvragen en een tekort aan zorgpersoneel. „Dit is een sluimerende crisis”, zegt Esther Cornegé, voorzitter van de groep die de toekomstvisie schreef. „Specialisten maken zich daar grote zorgen over. Hoe kunnen we de zorg toegankelijk houden met de alsmaar groeiende zorgvraag? Als je voor de ene patiënt tot het gaatje gaat en alles uit de kast trekt, betekent dat dat anderen langer op de wachtlijst staan.” Bijna drieduizend medisch specialisten, andere zorgprofessionals, studenten, experts en patiënten dachten de afgelopen

maanden mee over de toekomstvisie. Daarin wordt gesproken over „onvermijdelijke keuzes die gemaakt moeten worden”. En: „Beschrijf in de richtlijnen (...) expliciet wat níet te doen.”

Oké, keuzes maken dus. Wat gaan jullie straks niet meer doen?

Cornegé: „We gaan alleen nog zorg leveren die waarde toevoegt, voor zowel de individuele patiënt als de maatschappij.”

Dat klinkt abstract. Wat bedoelt u daarmee?

„Neem buikscans. Als je daarbij kleine cystes op de alveesklier vindt, moet je die volgens de richtlijnen in de gaten blijven houden omdat ze kwaadaardig kunnen worden. Maar in de praktijk gebeurt dat zelden, en er is heel weinig bewijs dat die follow-ups zin hebben. Als je daarmee stopt en ze alleen weer gaat doen als iemand klachten krijgt, scheelt dat veel capaciteit, die je weer kan inzetten voor bijvoorbeeld iemand die waarschijnlijk kanker heeft. Zo kan je heel veel scans voorkomen en heb je niet veel extra risico voor de individuele patiënt.”

„Of neem mensen die veel maag-

“
We gaan alleen
nog zorg
leveren die
waarde
toevoegt, voor
zowel de
individuele
patiënt als de
maatschappij.

Esther Cornegé
Klinisch geriater

zuur hebben. Dat kan het slijmvlies in de slokdarm aantasten en eventueel kwaadaardig worden. Maar de kans daarop is superklein. En bij controles krijgen die mensen zo'n slang in hun keel die ze moeten inslikken, een endoscopie, dat is echt niet fijn. Het levert in de praktijk zo weinig op, dus waarom doen we het nog? Als je minder of helemaal niet meer controleert, kan dat veertigduizend endoscopieën per jaar schelen.”

Maar waarom hebben we dat al die tijd gedaan dan?

„Er is natuurlijk een tijd geweest dat het niet op kon. Er was in de zorg genoeg geld, genoeg personeel, genoeg van alles. Dat beviel goed, en er was geen noodzaak het anders te doen.”

De angst voor een jarenlang slepende tuchtklacht van een patiënt speelt ook mee, legt Cornegé, tevens klinisch geriater in het Brabantse Jeroen Bosch Ziekenhuis, uit. „We zaten altijd heel erg aan de voorzichtige en de veilige kant. Want stel dat die ene patiënt nou zegt: 'dit had je moeten controleren volgens de richtlijn maar je hebt het gemist' en je daarna aanklaagt? Dan hang je.”

Hoe zit het met mensen aan het einde van hun leven?

„Bij oude, kwetsbare mensen in het verpleeghuis die een heup breken, is het per patiënt verschillend wat de toegevoegde waarde is om te opereren. Als je blindelings de richtlijnen volgt, dan zou je altijd maar door blijven behandelen. Maar willen patiënten dat zelf nog wel? Als je een gesprek aangaat dan zijn er heel veel patiënten die zeggen: 'Nou dokter, mijn levensboek is al geschreven, er hoeft niet nog een hoofdstuk bij.'”

De vergrijzing bereikt in 2040 haar hoogtepunt. Tegen die tijd is een kwart van Nederland 65-plusser. De vraag naar zorg zal dan fors zijn gestegen. Cornegé: „Het worden andere tijden. Als jij heel veel onderzoeken wil, of een derde en vierde second opinion, dan betekent dat dus dat jouw broer langer op de wachtlijst blijft staan. Ik denk dat we het zo persoonlijk moeten maken. Want als het niet dichtbij komt, dan voel je hem niet.”

Een lastige boodschap. Gaan patiënten dit accepteren?

„Dit moeten we natuurlijk zorgvuldig en met respect brengen. Eerst