

Preventie als taak van het ziekenhuis

Is preventie wel een taak voor het ziekenhuis? Hoort dat niet meer bij huisartsen en leefstijlcoaches? Dit beeld is volgens hoogleraar Christiaan Boerma, aan het kenteren. Nu de zorg dreigt vast te lopen, is er veel meer oog voor preventie. Ook binnen het ziekenhuis. Meer artsen kijken naar hun eigen handelen. Kan het ook anders en zijn alle behandelingen die we doen wel altijd echt nodig. Hier is volgens Boerma, decaan van de MCL-Academie, veel winst te halen. Zo betoogde hij in zijn oratie bij de aanvaarding van de leerstoel Betekenisvolle Preventieve Gezondheidszorg aan de Campus Fryslân.

Boerma volgde het klassieke pad van basisarts via specialisatie tot internist en uiteindelijk intensivist in het MCL. Een superspecialist die heel veel wist van een klein stukje van de zorg. Hij zag wel dat IC-bedden jaarlijks robuuster en breder werden, dat de boog van de ct scan met elke generatie groter werd en dat de naalden die door het onderhuids opgeslagen vet de bloedbaan moesten bereiken, steeds langer werden.

“Wat is er gebeurd met dat jongetje dat twintig jaar geleden als mager scharminkeltje nog vrolijk rillend op de foto stond bij het behalen van zijn zwemdiploma en nu 250 kilo zwaar in een ic-bed ligt.” Een zorgelijke trend, maar voor preventie is in het ziekenhuis nauwelijks aandacht. Het zit niet in de training van artsen en door de schotten in de zorg, lijkt preventie vooral een taak van andere zorgverleners.

Niet betuttelen

Preventie begint vaak met een goed gesprek. Niet ‘betuttelen’ en zeggen wat mensen niet meer mogen doen. Maar juist oog hebben voor de context. “Daar hebben artsen nog wel iets te leren.” Hoe leven mensen, wat zijn de factoren waardoor mensen zo zwaar zijn geworden en waarom is dit gedrag zo lastig te veranderen. “Dit gaat in stapjes en als het een keer niet lukt of een patiënt heeft een terugval. Laat hem dan niet vallen. ‘Straffen’ is heilloos. Dat werkt niet. We doen allemaal dingen die niet verstandig zijn en weten ook hoe lastig het is om dat gedrag aan te passen.”

Maar er is op veel meer vlakken dan leefstijl winst te halen met preventie. Juist in het ziekenhuis. Zo blijkt uit ervaringsmetingen van patiënten (PROM's) dat een aanzienlijk deel van de mensen die een openhart operatie ondergaat en even op de ic verblijft, daarna niet opknapt maar juist een mindere kwaliteit van leven ervaart.

“Dit hadden we niet verwacht. We dachten dat iedereen wel tevreden zou zijn. Selecteren we dan wel op de goede manier. Zijn er manieren om deze patiënten eruit te filteren en hen anders te begeleiden of te behandelen en zo onnodige zware en kostbare ingrepen te voorkomen.” Dit andere selectieproces vraagt dan wel om langere goede gesprekken met patiënten en daar is doorgaans geen tijd voor. Ook worden deze langere consulten door zorgverzekeraars niet vergoed. Artsen denken dan volgens Boerma al snel, laten we maar behandelen.

Goed gesprek

Ook bij oudere kankerpatiënten kan een goed en langer gesprek leiden tot minder behandelen. “We denken vaak dat iedereen maar behandeld wil worden. Maar als je goed doorvraagt, kan het zijn dat die tachtigjarige juist niet kiest voor de immunotherapie van 90.000 euro die zijn leven met twee of drie maanden verlengt. Hij kiest ervoor om niet te behandelen en die laatste periode in goede

kwaliteit bij familie en vrienden door te brengen. Dat goed begeleiden, is dan echt betekenisvol voor deze patiënt en niet de laatste therapie.”

Niets doen belonen

Maar hier is dus wel extra tijd voor nodig. Tijd die nu niet wordt vergoed en de behandeling wel. Boerma roept daarom verzekeraars op om juist “het niets doen meer te belonen.” Het leidt in een aantal gevallen tot betekenisvolle zorg, je behandelt niet waar het niet nodig is. Uiteindelijk levert het de zorgverzekeraar ook geld op.

In het MCL doen ze veel aan ‘medicine based evidence’, ze toetsen of nieuwe behandelingen of medicijnen ook echt doen wat ze beloven. In universitaire centra doen wetenschappers fundamenteel onderzoek naar nieuwe behandelingen. Het begint in een petrischaaltje op bijna moleculair niveau, om jaren later uit te monden in een nieuw medicijn dat getest moet worden op mensen voor het op de markt komt. Daar wringt de schoen.

Groepen uitsluiten

Om tot de beste resultaten te komen, sluiten opdrachtgevers vaak grote groepen mensen uit. Denk aan vrouwen, kinderen, mannen met meerder aandoeningen etc. Uiteindelijk blijft er een gezonde groep mannen over in een bepaalde leeftijd. Als bij hen het medicijn tot goede resultaten leidt, komt het op de markt en wordt het vervolgens ook bij vrouwen, ouderen of mensen met complexe aandoeningen voorgeschreven. Patiënten die niet in de onderzoeken zaten.

“Dan komen wij in beeld. Wij gaan uitgebreid onderzoeken of het medicijn ook inderdaad bij iedereen even goed werkt. Vaak blijkt dan dat het bij sommige patiënten helemaal niet werkt, minder goed werkt of juist onverwachte bijwerkingen heeft. Of dat een andere dosering wenselijk is. Wij kunnen dat goed onderzoeken, omdat we over duizenden trouwe patiënten beschikken die – anders dan in een academisch ziekenhuis - al hun hele leven in het MCL komen. Daar komen straks, als we Frisius zijn, de patiënten uit Heerenveen nog bij.”

Schade berokkenen

Dit toegepaste onderzoek draagt direct bij aan betere behandeling en kwaliteit van leven. En is ook een vorm van preventie. “We voorkomen dat we de patiënt iets geven wat niet helpt of juist schade berokkent. En als arts hebben we een eed gezworen dat we de patiënt nooit schade zullen berokkenen. Een behandeling moet medisch zinvol zijn.”

Boerma ziet in al deze voorbeelden kansen om preventie verder te ontwikkelen en als artsen en verpleegkundigen ‘het goede te doen’. De ene keer is dat behandelen op de juiste manier, de andere keer is het een goed gesprek en dan niet behandelen. “Ik merk dat steeds meer artsen en verpleegkundigen hiermee bezig zijn en ideeën hebben hoe we meer met preventie kunnen doen. En we zoeken elkaar op, zodat we niet allemaal apart het wiel lopen uit te vinden.”

Solidariteit onder druk

“Met alles wat er in de zorg op ons afkomt, is dit het moment om anders naar zorg te kijken. Maar dat kunnen we niet allen, daar hebben we bijvoorbeeld ook de zorgverzekeraars bij nodig. Doen we dit niet, dan zal het zorgsysteem verder vastlopen en komt uiteindelijk de solidariteit tussen arm en rijk en gezond en niet gezond onder druk te staan. Dat moeten we zien te voorkomen.”