

## Commentaar

### Oog van de naald

**Dat de schade van kernongelukken meevalt, is nog geen ontcrachting van de bezwaren tegen kernenergie.**

Harrisburg, Tsjernobyl, Fukushima. Huiveringwekkende namen, maar volgens sommigen ook het bewijs dat kernenergie uiteindelijk toch minder gevaarlijk is dan de doemdenkers ons graag voorhouden.

Inderdaad hebben de kernongelukken in het Amerikaanse Harrisburg en in de Sovjet-centrale van Tsjernobyl niet de catastrofale gevolgen gehad die destijds werden voorspeld. Maar bij na een jaar na de kernramp in Fukushima is het nog te vroeg om een afgewogen oordeel te vellen over de ernst van wat zich daar heeft afgespeeld.

Zeker is in ieder geval dat de tsunami zelf veel meer slachtoffers (20 duizend) heeft gemaakt dan de meltdown van de reactoren in de centrale van Fukushima (6). Maar dan is er natuurlijk nog de schade aan het milieu – het gebied rond de centrale is voor eeuwen onbewoonbaar – en de volksgezondheid.

Uit een recent rapport van de Stichting Initiatief voor de Wederopbouw van Japan is onlangs gebleken dat de Japanners vorig jaar door het oog van de naald zijn gekropen. Op een moment vreesde de regering voor een 'duivelse kettingreactie' waarbij de reactoren van Fukushima en een nabijgelegen centrale de lucht in zouden gaan. Er werden zelfs plannen opgesteld voor de evacuatie van Tokio. Japan ontsnapte aan deze ramp doordat het personeel tegen het advies van de leiding achterbleef en de reactoren wist te stabiliseren.

Het is vreemd dat dit alarmerende rapport zo weinig aandacht heeft getrokken. In plaats van meteen conclusies te trekken – 'weg met kernenergie' of 'het viel wel mee' – zou er een diepgaand onderzoek moeten komen naar de les van Fukushima.

Bert Lanting

### Nog lang niet veilig

**Om het herstel van de euro niet in gevaar te brengen moeten zwakke landen hun begrotingen saneren.**

Door de geslaagde Griekse schuldsanering is de Europese schuldencrisis verder geluwd. Dat is goed nieuws. Dankzij de rust op de financiële markten krijgen diverse Europese regeringen de tijd om intern orde op zaken te stellen. Bovendien zal het geknakte vertrouwen van Europese consumenten weer langzaam herstellen, waardoor de economie kan oprakbelen.

Het succes van de reddingsactie van de euro is te danken aan een reeks van maatregelen. De vrijwillige bijdrage van banken is slechts één van de schakels. De bijdrage heeft lange tijd voor veel onrust gezorgd en leek daardoor averechts uit te pakken voor de schuldencrisis. Nu de banken toch akkoord zijn gegaan is dat een politieke overwinning voor Angela Merkel en ook Marc Rutte. Zij wilden dat banken moesten bloeden voor het jarenlang uitlenen van geld zonder goed naar de risico's te kijken.

Om de bankenbijdrage af te dwingen waren wel extra maatregelen nodig om de eurocrisis te bezweren. Vooral het opendraaien van de kredietkraan door de Europese Centrale Bank (ECB), waardoor banken voor 1 miljard euro goedkoop geld konden lenen, heeft rust op de obligatiemarkt gebracht. Italië betaalt inmiddels minder dan 5 procent rente over zijn 10-jarige obligaties, waar de rente eind 2011 nog boven de 7 procent stond.

Aan de overigens terechte redding van de euro kleven nog allerlei risico's. De euro ontspoot opnieuw als de Europese landen in gebreke blijven bij het op orde brengen van hun financiën. De regeringen van Griekenland, Portugal, Spanje en Italië moeten de komende tijd daarom gebruiken om hun begrotingen te saneren en de economie te hervormen. Vooral Griekenland staat pas aan het begin van de redding.

Xander van Uffelen

## Opinie & Debat

# Sterven kost veel geld in ziekenhuis

### KWALITEIT VAN LEVEN

Moet voor een minimale kans op succes het gros van de patiënten 'boeten' met een voor hen zinloze en belastende behandeling?

**V**eel geld wordt in de gezondheidszorg uitgegeven in de laatste fase van het leven. Populair gezegd: sterven is duur. Uit onderzoek blijkt dat dit ongeveer 20- tot 50 duizend euro per patiënt kost, dat is ongeveer 12 procent van alle kosten die in de loop van het leven aan gezondheidszorg worden uitgegeven.

Nu spreekt voor zich dat kosten die gemaakt worden met het doel het leven te behouden of de kwaliteit van leven te verbeteren in principe terecht worden gemaakt. En ook al heeft dat geen succes, dan nog is de intentie voldoende rechtvaardiging. Zo worden nogal wat kosten in de zorg gemaakt op de afdeling intensive care of op de afdeling oncologie. In geval van overlijden zijn dat dus hoge kosten die in het laatste levensjaar worden gemaakt.

Indien het verblijf op de intensive care leidt tot een herstel, dan zijn die kosten als het ware een investering in gewonnen levensjaren. Een van de grote problemen anno 2012 is dat bij het begin van de ziekte moeilijk is te bepalen voor wie de behandeling zinvol zal zijn en voor wie niet.

Bij veel medische professionals bestaat de indruk dat nogal wat medische interventies aan het eind van het leven ongewenst en weinig zinvol zijn. Het duidelijkst is dit bij het starten van behandelingen bij patiënten die helemaal niet behandeld willen worden.

Een praktijkvoorbeeld: een patiënt met veel chronische aandoeningen is al jaren bij de huisarts bekend met zijn wens om niet gereanimeerd te worden en niet aan de kunstmatige beademing te willen. Hij raakt op straat onwel, wordt met spoed naar het ziekenhuis gebracht, alwaar hij een hart- en ademstilstand ontwikkelt. Onbekend met zijn uitdrukkelijke wens wordt patiënt in het ziekenhuis gereanimeerd, opgenomen op de intensive care (IC) en beademd. Exact het scenario dat hij niet wenste: gedocumenteerd en al bij de huisarts, maar niet bekend bij de hulpverleners in het ziekenhuis.

Er is op dit moment geen sluitend communicatiesysteem om dit soort vrijwel dagelijkse situaties te voorkomen. In deze gevallen wordt met de huisarts en de familie overlegd, en soms zal dit leiden tot het staken van de behandeling en het overlijden van de patiënt, maar als de familie het moeilijk vindt een beslissing te nemen kan het IC-verblijf nog dagen worden verlengd.

Ingewikkelder wordt het als een ernstig zieke patiënt met een slechte levensverwachting de keuze krijgt voorgelegd of er nog een aanvullende behandeling moet plaatsvinden, zoals een operatie of chemotherapie. De patiënt zal vragen wat het hem oplevert en in veel gevallen zal dat verlenging van het leven zijn, soms met enkele maanden maar



Leeg ziekenhuisbed. Foto Colourbox

### Strijden is goed, maar niet zinvol in een wedstrijd die je al hebt verloren

soms maar met enkele weken. Voor mensen in nood is dat vaak toch de moeite waard.

Aan de nadelen van de therapie (zoals mogelijke complicaties, pijn, infecties of ongemak) zullen de meeste patiënten voorbij gaan omdat ze dit niet willen horen, maar vaker omdat ze er geen beeld bij hebben.

Illustratief is het voorbeeld van mensen met een matige gezondheidstoestand die wordt gevraagd of ze in geval van een hartstilstand willen worden gereanimeerd. De overgrote meerderheid die dit wil, slinkt tot vrijwel nul als vervolgens een kort filmpje wordt getoond van een reanimatie en de toestand waarin een patiënt zich daarna bevindt.

Natuurlijk zal hemodialyse bij een hoogbejaarde patiënt de nierinsufficiëntie bestrijden en overlijden aan nierfalen voorkomen, maar de patiënt voelt zich tijdens de behandeling allerbelabberd, zal achteruit gaan in conditie, afvallen en is ook nog eens heel veel tijd kwijt aan de behandeling terwijl hij die achteraf liever had willen besteden aan het doen van zinnige en plezierige dingen met familie en vrienden toen hij zich nog goed voelde, ook al was dat een aanzienlijk kortere tijd geweest.

Een precies geïnformeerde patiënt zal dus mogelijk anders beslissen en afzien van zulke behandelingen aan het einde van het leven. Hoewel het duidelijk is dat de beslissing in alle gevallen uiteindelijk geheel bij de patiënt dient te liggen, zal de dokter hier een essentiële raadsman zijn. De arts kan de patiënt helpen met een evenwichtige afweging en hem of haar een krachtig advies geven, wat er ook op kan neerkomen dat nadere behandeling weinig voordeel en veel narigheid kan opleveren. Als dit heel duidelijk is, kan de

arts er zelfs voor kiezen een behandeling niet eens aan te bieden, of wel als theoretische mogelijkheid te noemen maar daar direct aan toe te voegen dat deze optie voor de patiënt echt geen verantwoord idee is. Bij een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zal een dergelijk advies doorslaggevend zijn.

Het is van het grootste belang dat de arts daarbij altijd heel duidelijk maakt aan de patiënt dat hij adviseert in het belang van de patiënt en dat het afzien van intensieve behandeling niet betekent dat de patiënt in de steek wordt gelaten. Goede ondersteunende behandeling in de laatste fase van het leven behoort tot uitstekende medische zorg en is van de grootste betekenis voor de patiënt en zijn familie, en overigens dikwijls ook zeer bevredigend voor de medische hulpverlener.

In onze hedendaagse maatschappij is sterven moeilijk en mensen hebben een *drive* te willen strijden tegen ziekte en de dood. Hoe vaak lees je niet in overlijdensadvertenties waarderend gesteld dat de overledene 'tot het laatst heeft gevochten'. Ook op de website van het KWF komen de woorden 'strijd' en 'fight' regelmatig voor.

Een dokter die helder en realistisch is, kan de patiënt en zijn familie duidelijk maken dat strijden natuurlijk goed en belangrijk is, maar niet zinvol in een wedstrijd die je al hebt verloren.

Moet voor een werkelijk minimale kans op succes het overgrote deel van de patiënten 'boeten' met een voor hen zinloze en dikwijls heel belastende behandeling?

Er zijn talloze voorbeelden van mensen die intensieve therapie aan zich voorbij lieten gaan en de laatste periode hebben besteed om met familie nog die ene reis te maken, of met goede vrienden nog die lang gewenste activiteit uit te voeren, eventueel met ondersteunende maatregelen van de arts. Achteraf is dat voor veel patiënten en nabestaanden een veel meer bevredigende periode dan een ongelijke strijd die met veel ellende gepaard gaat.

Zoals uit dit betoog blijkt, staan de kosten bij medische keuzen als deze in eerste instantie niet centraal. Dat kan ook helemaal niet in de spreekkamer. Maar in het gesprek tussen patiënt en arts over eventuele intensieve therapie bij gevorderde aandoeningen horen vertrouwen in het beste advies van de arts aan de patiënt en de kwaliteit van het resterende leven voorop te staan.

Interessant genoeg zal dat bij velen terecht leiden tot grote terughoudendheid, en dat kan de gezondheidszorg uiteindelijk veel zinloze kosten besparen. Minder kosten, een beter leven en een betere zorg zijn heel goed mogelijk. Als arts en patiënt maar tijdig en zorgvuldig in gesprek gaan en hun afspraken vastleggen in het Elektronisch Patiënten Dossier.

**FRANK BOSCH** is internist/intensivist en voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging.

**MARITH REBEL-VOLP** is huisarts en voorzitter a.i. Vereniging Nederlandse Vrouwelijke Artsen.

**MARCEL LEVI** is internist en voorzitter raad van bestuur AMC.

### DE VOLKSKRANT OP ZONDAG

25 MAART

#### De rekenmeesters

Maart is de maand van de cijfers. De politiek is in de ban van het begrotingskort en de bezuinigingen. Te gast is **Coen Teulings**, directeur van het Centraal Planbureau. Hij geeft een toelichting op de economische prognoses. En gaat in debat met **Johan Witteveen**, **Onno Ruding** (oud-ministers van Financiën) en **Barbara Baarsma** (directeur van de Stichting voor Economisch Onderzoek te Amsterdam) over de vraag wat er moet gebeuren om Nederland weer financieel gezond te maken. Gespreksleiding **Pieter Klook** (hoofdredactie de Volkskrant) en **Martin Sommer** (politiek columnist).

- Aanvang 16.00 uur
- Toegang € 7,50, € 6,50 (korting)
- De Rode Hoed, [www.rodehoed.nl](http://www.rodehoed.nl)
- Keizersgracht 102
- 1015CV Amsterdam
- 020-6385606

