

‘Het leven is niet voor altijd, dat moeten we leren inzien’

Levensende zorg komt te weinig aan bod in medische opleidingen, concludeerden onderzoekers onlangs (zie kader op pagina 7). Zij pleiten ervoor dat geneeskundestudenten beter worden voorbereid op de praktijk, waarin ze al snel met de dood te maken krijgen. Hoe ervaren jonge artsen dat zelf? Zijn zij voldoende klaargestoomd voor de ‘hete vuren’ rondom het levensende? Kán dat überhaupt? • *Teus Lebbing*

van palliatieve zorg en euthanasie, dat ik wel eens dacht: gaan we het er nu alweer over hebben?’ Toch is ze blij met haar grondige voorbereiding. ‘Ik vind dat huisartsen hier goed in moeten zijn. De laatste levensfase beleeft een mens het vaakst thuis, liefst in nauwe samenspraak met de huisarts. Die rol neem ik zelf zeer serieus.’ Waarbij het volgens haar met name draait om ‘liefdevol begeleiden en op de deur blijven kloppen’. ‘Ik probeer na het slechte nieuws in ieder geval zo snel mogelijk, zodra de patiënt daar aan toe is, de wensen en verwachtingen helder te krijgen: hoe zie je het laatste stukje voor je? Thuis of in een hospice? Waar ben je bang voor? Hoe denk je over euthanasie? Ik merk dat het veel goed doet, ook voor de acceptatie bij de familie, wanneer dat uitgesproken kan worden.’

Zoektocht > Dat uitspreken is lang niet altijd vanzelfsprekend, merkt ze in de praktijk. ‘De reacties kunnen zo uiteenlopen. Sommige mensen hebben hun ideeën rondom hun sterven helemaal uitgedokterd, andere niet. Die worden door mijn vragen overvallen of willen of kunnen de onvermijdelijke realiteit niet onder ogen zien. Want je kop in het zand steken is ook een strategie natuurlijk. Gun je dat de patiënt of blijf je volharden in je begeleiding? En hoe zit het dan met de informatieplicht van jou als arts? Dat is een zoektocht waar geen enkele opleiding je volgens mij op kan voorbereiden.’

Ik heb wel wat communicatielessen gehad, maar die gingen niet over: wat als iemand doodgaat of niet meer wil leven? Dat onderwerp kwam zelden aan bod’, herinnert basisarts Stephanie Sondaal (29) zich over haar geneeskundeopleiding. ‘Ik ontdek nu al doende hoe je daar als arts mee omgaat. Hoe je het gesprek erover voert.’ Stephanie heeft er net een periode als ANIOS (Arts Niet In Opleiding tot Specialist) opzitten, op de afdeling Geriatrie in het Tergooi Ziekenhuis. ‘Daar werd ik vaak geconfronteerd met vraagstukken over het levensende en stervende patiënten. Ik heb dan ook echt een inhaalslag gemaakt, op gespreksgebied. Want dat is volgens mij waar levensende zorg vooral om draait: dat je kunt praten met patiënten over hun laatste fase; dat je achterhaalt wat belangrijk voor hen is, met hen meedenkt en kunt aangeven hoe je daar als arts een rol in kunt spelen.’

Liefdevol begeleiden > Persoonlijke aandacht en ‘dat alles bespreekbaar wordt gemaakt’ ziet ook huisarts Inge Kroese (31) als de belangrijkste facetten van de levensende zorg, naast het technische gedeelte van onder andere pijnverlichting. Zelf is ze daarin inmiddels aardig gepokt en gemazeld en dat heeft alles met haar specialisatie te maken, legt zij uit. ‘De huisartsenopleiding ging zo diep in op de ins en outs



Stephanie Sondaal:

‘Ik heb echt een inhaalslag gemaakt, op gespreksgebied. Want dat is volgens mij waar levensende zorg vooral om draait’

Datzelfde geldt voor familie-onenigheid of cultuurverschillen rondom het onderwerp: hoe deal je daarmee als arts? Inge: ‘Soms kom je echt voor verrassingen te staan. Toen ik ANIOS was op de afdeling geriatrie behandelde ik een Turkse oudere dame die ongeneeslijke kanker had. Haar kinderen stonden erop dat we haar dat niet zouden vertellen. Daar hebben mijn supervisor en ik echt over gedubd. We wilden haar cultuur respecteren, maar haar ook goed inlichten en begeleiden.’ Na overleg met collega’s met kennis over de cultuur en na inschakeling van een tolk kwamen ze uiteindelijk op een middenweg uit. ‘We hebben haar wel verteld dat ze niet beter zou worden, maar niet welke ziekte ze had.’

Onverwachts > Zijn dit soort ‘hete vuren’ rondom het levensende voor huisartsen en geriaters aan de orde van de dag, anders is dat voor specialisten die zelden te maken krijgen met deze fase van het leven. Reumatoloog Leonard Schoneveld (44, Bravis ziekenhuis) bijvoorbeeld begrijpt het wel dat er in zijn opleiding weinig aandacht was voor de zorg voor een goed sterfbed.

‘Artsen als ik zijn er vol op gericht om patiënten te behandelen. Na de interactie met de wetenschap is dat ook wat me zo trekt aan ons vak.’ Het was dan ook ‘flink schakelen’ voor hem toen hij drie jaar geleden een euthanasieverzoek kreeg van een patiënte. ‘Dat kwam onverwachts voor mij. Hoe goed ik haar ook snapte, gezien haar ziektebeeld en ongunstige diagnose.’ In nauw contact met de patiënte en haar dierbaren, het artsenteam, de SCEN- en huisarts, verpleegkundigen en apotheek heeft hij haar goed kunnen begeleiden bij haar overlijden. ‘Hier ben ik geen arts voor geworden. Maar ik vind het een waardevolle ervaring, die mij meer bewust heeft gemaakt van de andere kant van het spectrum.’

Gebrek aan ervaring > Precies dát inzicht kan een arts zo verrijken, vindt internist-oncoloog Anouk Jochems (37). ‘We hebben een geweldig beroep waarin we mensen beter kunnen maken. Maar dat lukt helaas ook geregeld niet. En dan? Nu focust met name de basisopleiding geneeskunde zich vooral op het handelende en verlengende. Komen artsen vervolgens



Inge Kroese:

‘De huisartsen-opleiding ging zo diep in op de ins en outs van palliatieve zorg en euthanasie, dat ik wel eens dacht: gaan we het er nu alweer over hebben?’



Leonard Schoneveld:

‘Hier ben ik geen arts voor geworden. Maar ik vind het een waardevolle ervaring, die mij meer bewust heeft gemaakt van de andere kant van het spectrum’

in aanraking met een stervende patiënt, dan schieten zij bij gebrek aan ervaring al snel in de handelmodus. Terwijl in die fase juist ook de menselijkere elementen zo belangrijk zijn: de aandacht voor communicatie, zelfreflectie en levensbeschouwing.’

Vanwege haar interesse voor deze kant van het vak ging Anouk tijdens haar opleiding en specialisaties bewust op zoek naar bijscholing op dit gebied. Als internist-oncoloog in het Haaglanden Medisch Centrum is ze inmiddels ook hoofd van het Team Ondersteuning en Palliatieve Zorg, dat collega-artsen onder meer bijstaat bij de levenseindebegeleiding van hun ongeneeslijke patiënten.

‘De cruciale vraag die je in deze fase als arts aan de patiënt moet leren stellen, is: wat is voor u belangrijk? En hoe kunnen we daar invulling aan geven? Met dat gesprek markeer je het moment van: ik kan u niet meer beter maken. Dat geeft de patiënt de gelegenheid om na te denken over zijn afscheid, om het te proberen te aanvaarden, om zaken te bespreken met familie of

te regelen, mocht dat nodig zijn. Daar spelen we als dokter een essentiële rol in.’

Beslagen ten ijs > Dat artsen best een horde moeten nemen om zo’n gesprek aan te gaan, begrijpt Anouk. ‘Niet iedereen kan met de dood omgaan. Ook dokters niet altijd, zij zijn ook mensen. Maar ze hoeven dit proces niet alleen te doorstaan. In de meeste ziekenhuizen zijn er palliatieve teams die hen daarbij kunnen begeleiden.’

Om als jonge dokter beter beslagen ten ijs te komen, zou Anouk het toejuichen als levenseindezorg meer wordt geïntegreerd in het geneeskundeonderwijs. Vooral in de specialisaties, maar ook in de basisopleiding. ‘Ik weet hoe die vier jaren volgestouwd zitten met medische kennisoverdracht, er blijft nauwelijks ruimte over. Toch zou het een hoop schelen als studenten er al in die periode een bewustzijn voor ontwikkelen. Het leven is niet voor altijd, dat moeten dokters leren inzien.’

Het helpt als artsen tijdens hun opleiding realistische verwachtingen leren koesteren over hun rol, benadrukt huisarts Inge Kroese tot slot. ‘Als dokter wil je er alles aan doen om de stervende patiënt vrede te laten gaan, maar dat lukt helaas niet altijd. Elk lichaam reageert anders op medicijnen. En sommige jeuk, pijn of benauwdheid is niet te bestrijden, bijvoorbeeld wanneer de patiënt helder wil blijven en geen palliatieve sedatie wenst. Ik maak er een punt van om de patiënt en de familie hier tijdig op voor te bereiden, zodat ook zij de werkelijkheid onder ogen zien. Want net als een geboorte is ook de dood niet altijd mooi.’

↑

Het artikel End-of-life care in the Dutch medical curricula door Josefien de Bruin, Mary-Joanne Verhoef, Joris P.J. Slaets en David van Bodegom, op 5 september 2018 gepubliceerd in wetenschappelijk tijdschrift Perspectives on Medical Education, is te vinden op: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40037-018-0447-4>

AANBEVELING ONDERZOEKERS: ‘END-OF-LIFE CARE’ ALS EXTRA VAK IN OPLEIDINGEN

Onderzoek van Leyden Academy on Vitality and Ageing heeft aangetoond dat toekomstige artsen tijdens hun geneeskundeopleiding beter voorbereid moeten worden op de levenseindezorg. Meer ouderen en meer oudere ouderen, dat is de toekomst. Het onderwijs is daar nog onvoldoende op ingesteld. Op alle acht Nederlandse medische faculteiten is levenseindezorg weliswaar verweven in het curriculum, als onderdeel van andere vakken, maar het aanbod

is wisselend en het thema blijft over de gehele linie onderbelicht. Hoogleraar ouderengeneeskunde Joris Slaets van Leyden Academy, co-auteur van het artikel, pleit voor een prominente plek in het medisch onderwijs: ‘Maak er een concreet vak van, ga er in werkgroepen mee aan de slag. Zorgen voor een goed sterfbed voor je patiënten is uiteindelijk een van de basisfacetten van het arts-zijn, ongeacht welke specialisatie je kiest.’