



Doorbehandelen? Twee 'onaardse' oplossingen

In 'Buitenhof' spraken drie collega's over het te lang doorbehandelen van ouderen: Jos Slaets, Rudi Westendorp en Marcel Levi. Het is wel aardig dat Slaets, de geriater, de arts die zich uitdrukkelijk met ouderen bezighoudt, veel uitgesproken opinies heeft dan de andere twee die internist zijn. Internisten zien naast allerlei patiënten ook ouderen en dat verklaart, denk ik, hun betrekkelijk milde opstelling in het gesprek.

Het is een ingewikkeld onderwerp, omdat zowel de patiënten als de behandelingen voortdurend van aspect veranderen. De tachtigers van nu zijn minder oud dan de tachtigers van 1980. Vele behandelingen (vooral chirurgische ingrepen) hebben aan finesse gewonnen zodat ook hoogbejaarden vrij makkelijk door sommige ingrepen heenkomen.

Dat neemt niet weg dat er vroeg of laat gestorven moet worden en voor de meeste mensen geldt dat ze op de lange weg naar het graf vooral in het laatste stukje ontstellend veel artsen tegenkomen. Die kunnen het je behoorlijk moeilijk maken alvorens je alle moeite voorbij bent.

De vraag is of die artsen goed bezig zijn als het enige wat ze bereiken een overlijden is dat slechts enkele dagen of maanden wordt opgeschoven tegen de prijs van veel ongemak, zo niet uitgesproken ellende. Als je het zo opschrijft vraag je je af: waarom doen mensen dit zo? Nou, mensen doen dit zo omdat ze niet dood willen en wie niet dood

Sterftepercentage van de mens ligt ondanks vele eeuwen van ingenieuze capriolen nog altijd op 100

wil die gaat naar de dokter. Dat is in vele gevallen een vergissing, want de dokter kan geen wijziging aanbrengen in het sterftepercentage van de mens, dat ondanks vele eeuwen van ingenieuze capriolen aan de rand van het graf nog altijd op het mooie ronde getal van 100 ligt. Ook in Amerika, voeg ik er voor de zekerheid aan toe. Twijfel over dit percentage leidt er toe dat er in Nederlandse ziekenhuizen nog altijd uitermate beroerd wordt gestorven.

Ik schets u hoe zoiets gaat. Mevrouw De Boer is 85 jaar oud, zware

rookster, longpatiënt, met hartfalen, suikerziekte, hoge bloeddruk en een matige nierfunctie. Zondagavond 21 uur wordt ze vreselijk benauwd. Haar man belt de dienstdoende huisarts, die komt meteen, ziet dat ze het niet kan oplossen en belt een ambulance.

In het ziekenhuis wordt ze behandeld door de longarts, maar ze blijft benauwd en de cardioloog komt er bij. Door hun medicatie loopt haar nierfunctie terug en de nefroloog komt in consult. Haar bloed wordt preventief verdund tegen trombose. Ze heeft harde ontlasting die de darmwand licht beschadigt, maar omdat ze zo makkelijk bloedt (door die bloedverdunners) zit er bloed bij de ontlasting. Nu komt de maag-darm-leverarts en die besluit tot een darmonderzoek wegens het risico van kanker. Dan moet ze eerst aan de diarree gebracht worden om de darm schoon te maken.

Nu komt de dermatoloog, want ze begint door te liggen. Vervolgens raakt ze vreselijk verward door dit alles en wordt de psychiater er bij gehaald. Ze is nu elf dagen in het ziekenhuis en gezien door zes specialisten. Het begon met een benauwde oude vrouw en nu is ze een nauwelijks aanspreekbaar wrak waar men morgen een *scoop* in gaat steken op zoek naar een tumor die men toch nooit zou kunnen opereren omdat ze daar qua hart en longen veel te beroerd voor is. Zo gaat dat in vele ziekenhuizen. Elke dag. Mevrouw De Boer sterft na drie ellendige weken in het ziekenhuis.

Er zijn twee doeltreffende remedies voor dit niet geringe euvel. Beide zo onaards, dat ik ze nauwelijks durf te suggereren. Beide eisen van de arts dat zij er een uur of wat voor gaat zitten om samen met de patiënt na te denken over dat laatste stukje van de levensweg.

In ons voorbeeld zou de huisarts geen ambulance moeten bellen voor een 85-jarige benauwde patient. Op die manier verplaatst zij het behandeldilemma naar de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis, en dat is zo'n beetje de allerslechtste plaats voor behandeldilemma's.

De huisarts van deze 85-jarige zou de mogelijkheid van complicaties allang besproken moeten hebben om bij problemen een thuis in te zetten palliatieve benadering te starten. De dienstdoende huisarts hoeft dan geen moeilijk gesprek te gaan voeren met een ernstig benauwde vrouw, maar kan haar met een gerust hart wat morfine geven om de benauwdheid te bestrijden. Het kan heel goed zijn dat mevrouw De Boer dan komt te overlijden, terwijl ze nog drie weken te gaan had. Of meer, dat weet je nooit. Huisartsen voeren dit gesprek niet. Dergelijke afspraken over wat te doen bij crisis liggen nergens klaar in de woonhuizen van kwetsbare ouderen. Onaards dus.

De tweede remedie ligt in het ziekenhuis. Om te voorkomen dat een hele reeks specialisten vanuit een beperkte visie een onbedoeld beschadigend initiatief ontplooiën moet een hoofdbehandelaar worden aangewezen, een geriater, die tegen de patiënt durft te zeggen: Hoe wilt u eigenlijk sterven? En tegen de opdringende collega's: Wegwezen! Maar ook dit is niet van deze aarde.

advertentie

VolZin

Hét tijdschrift voor zinvol leven.

Bestel nu 3 nummers voor € 5,- op

www.volzin.nu

en ontvang om de twee weken inspiratie én ideeën over religie, zingeving en spiritualiteit.