

Behandeling van stervende patiënten*

DOOR J. SCHOUTEN, INTERNIST**

De dood is in elke samenleving altijd verbonden met gevoelens van grote emotionele betekenis. De mens kan niet aanvaarden dat het leven plotseling wordt beëindigd, dit einde moet worden omringd met een passend ceremonieel. Deze „ceremonieën” zijn een poging om de schrikwekkende aspecten van de dood te verzachten door deze in te passen in een samenhangend geheel en door het sterven meestal te verbinden met de opvatting van een leven na de dood. Dezelfde ceremonieën hebben tot doel de achtergebleven familie te steunen en te troosten. In primitieve samenlevingen spelen de begrafenisceremonieën een belangrijke rol; in de tegenwoordige tijd blijken zij echter te devalueren. De Engelse schrijver Evelyn Waugh heeft dit op cynische wijze in zijn boek „The loved one” beschreven.

Heden ten dage is het verminderde religieuze besef niet vervangen door een andere filosofie: wanneer de dood komt, vindt deze ons meer dan ooit onvoorbereid. Alle mensen moeten eens sterven, maar men voelt nu eenmaal een zekere weerzin om te denken aan zijn eigen dood of aan de dood van degenen die men lief heeft.

In vele religieuze opvattingen wordt ons de verzekering gegeven dat de dood niet het einde is; dergelijke opvattingen helpen de gelovigen om zich voor te bereiden op het einde van dit aardse bestaan. Aangezien thans vele mensen langer leven en een betere gezondheid genieten dan voorheen, neigt men nog meer ertoe de verontrustende gedachte aan de eigen dood te verdringen. Velen komen gedurende hun leven niet met de problematiek van het sterven in aanraking; deze mensen zijn dan ook meestal geheel onvoorbereid wanneer zij voor hun stervende familieleden moeten zorgen.

Zelfs artsen voelen vaak een zekere weerzin om lange tijd bij een stervende patiënt te vertoeven, omdat zij bij voorkeur tot de patiënten wensen te spreken in de zin van beter worden. In het medische beroep wordt ons geleerd de dood te zien als een medisch falen, men dient zich dan haastig terug te trekken. Wij moeten echter beseffen, dat wij over de stervende mens beter dienen te zijn gedocumenteerd teneinde het lijden van degenen die gaan sterven, te verlichten. Een gedeelte van ons

werk bestaat immers uit het brengen van verlichting, soms zonder dat dit kan gepaard gaan met genezing: „Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours”. Pas sedert de laatste jaren zijn deze problemen echter geleidelijk aan uitvoeriger onderzocht.

Door de dood worden gevoelens van verschillende aard opgeroepen, zoals vrees, verdriet, boosheid, wanhoop, wrok, medelijden en vaak ook een gevoel van hulpeloosheid. Vrees is een deel van ons wezen, een noodzaak voor het individuele voortbestaan: zonder vrees zou het leven te vaak in de waagschaal worden gesteld.

Kinderen hebben over het geheel genomen geen angst om over de dood te praten. Dit bleek uit een onderzoek dat te Budapest werd verricht. Van 400 schoolkinderen zagen de kinderen jonger dan vijf jaar de dood als slaap of weggaan. Kinderen ouder dan negen jaar ervoeren de dood als het definitieve einde, maar de meesten van hen geloofden dat de ziel zou voortleven (*Hinton*).

Volwassenen vermijden vaak het noemen van de dood, zij wensen ook niet aan de dood te denken. Sommige onderzoekers vonden echter dat hoe ouder de mensen zijn, hoe meer zij aan het doodgaan denken. De meeste mensen hopen plotseling zonder pijn tijdens de slaap te sterven; stervende mensen zouden immers vooral bang zijn voor pijn.

Hinton heeft erop gewezen dat de bewustzijnsgraad bij stervende mensen geleidelijk aan afneemt. Van een bepaalde groep stervende patiënten bleek ongeveer tien procent bewusteloos te zijn gedurende de laatste week van hun leven. Op de laatste dag was een derde bewusteloos, terwijl gedurende de laatste zes uur van hun leven tweederde van de stervende patiënten zich niet realiseerde wat er gebeurde. Vrienden en familieleden van de stervende patiënt weten meestal te weinig van de beschermende functie van deze bewustzijnsdaling.

Toch is het duidelijk dat vele mensen gedurende de terminale fase van hun ziekte meer lijden dan nodig is. Tot op heden is er weinig reden om voldoening te gevoelen over datgene wat is bereikt om dit lijden te verlichten. Over het algemeen komen de patiënten tijdens hun terminale ziekte vaak in een toestand van kalme aanvaarding wanneer zij tenslotte het onvermijdelijke onder ogen zien, iets waartoe zij tijdens hun actieve levensfase niet zijn gekomen. Welbekend zijn de woorden van William Hunter: „If I had strength enough to hold a pen, I

* Naar een voordracht, gehouden in december 1969 voor de School of Nursing, Boston University te Boston, U.S.A.

** Afdeling geriatrie Gemeentelijke en Geneeskundige Gezondheidsdienst te Amsterdam (Dir.: K. Ittmann).

would write how easy and pleasant a thing it is to die". Mensen die ontevreden zijn over hun leven, onvoldaan over zichzelf en uitgeput door hun eigen gevoelsconflicten, verlangen soms naar de rust welke de dood kan brengen.

Slechts weinigen onder ons hebben zich nog nooit afgevraagd hoe lang zij zullen leven en op welke manier, vroeg of laat, hun leven zal eindigen. In de Romeinse tijd was de levensverwachting ongeveer 22 jaar, in Europa in de achttiende eeuw ongeveer 36 jaar, in 1910 ongeveer 50 jaar. Heden ten dage is zij ongeveer 70 jaar voor mannen en enkele jaren langer voor vrouwen. Toch blijkt uit de statistieken dat de mensen na hun vijftigste jaar tegenwoordig niet veel langer leven dan dat in 1910 het geval was. Dit betekent, dat onze kennis betreffende het voorkómen en genezen van ernstige ziekten en de aftakeling op middelbare en hoge leeftijd zich slechts weinig heeft verdiept. Derhalve rijst de gedachte: „Is er soms een fysiologische duur van het leven?”

Er zijn inderdaad twee belangrijke oorzaken voor de algehele achteruitgang, namelijk de som van alle beschadigingen en ziekten tijdens het leven aan lichaam en geest toegebracht en daarnaast — en mogelijk nog belangrijker — de „ingeboren” veranderingen in het lichaam, die bij het ouder worden aan de dag treden.

Sommige onderzoekers zijn van mening dat veroudering het gevolg is van een tekort schieten van de lichaamscellen om zich op een doeltreffende manier te vermenigvuldigen, mogelijk een gevolg van het falen van enzymsystemen. Anderen denken, dat veroudering ontstaat door beschadiging van de cellen tengevolge van giftige stoffen die zich in het lichaam ophopen. Volgens de nieuwe theorieën wordt de oorzaak van veroudering gezocht in een verkeerde samenstelling van lichaamseiwitten, zodat auto-immuun ziekten kunnen ontstaan. Ook erfelijke factoren en (onder-)voeding kunnen een rol spelen.

Het aantal opvattingen over veroudering is zo groot dat Comfort enkele jaren geleden, na honderd theorieën uit de literatuur te hebben verzameld, afzag van verder onderzoek. Theoretisch gezien kan veroudering van het organisme leiden tot een geleidelijke afbraak van de organen en hun functies; in de praktijk bereikt deze afbraak van een belangrijk orgaan als hart of hersenen op een gegeven moment echter een kritiek punt, zodat „the tide of illness in later life can be dammed no longer” (*Hinton*).

Bij obducties van oude mensen vindt men vaak een aantal afwijkingen. Professor Ferguson Anderson uit Glasgow merkte tijdens het internationale Gerontologische congres dat in 1969 te Washington werd gehouden, het volgende op: „De arts, die minder dan drie afwijkingen bij oudere mensen vindt, moet een belangrijke diagnose gemist hebben”.

Men moet niet te spoedig aannemen dat achteruitgang op oudere leeftijd „veroudering” is. Helaas

denken vele patiënten en artsen aldus. Wij moeten echter ervan uitgaan dat er niet-ontdekte lang bestaande afwijkingen aanwezig kunnen zijn, die de vitaliteit doen verminderen en tenslotte tot de dood leiden. Deze afwijkingen hadden echter kunnen worden behandeld — en waren dan wellicht ook wel tot genezing gebracht — mits zij tijdig waren ontdekt. Wij mogen ook niet vergeten dat sociale factoren een belangrijke rol bij de veroudering kunnen spelen. Oude mensen die actief bezig zijn in zaken op het gebied van de politiek of van de geneeskunde dragen „de last der jaren” gemakkelijker dan degenen die zonder enige gerichte belangstelling leven. Er zijn aanwijzingen dat op „actieve” geriatrie afdelingen waar het moreel der patiënten hoog is, de weerstand tegen ziekten toeneemt. In dit verband moet worden gewezen op de woorden van Lord Amulree: „we should add life to years”.

Een uiterst belangrijke vraag is of wij de patiënten moeten vertellen dat zij stervende zijn. Uit de weinige onderzoeken die hierover zijn verricht, blijkt dat ongeveer de helft van de stervende patiënten weet of althans vermoedt dat het einde nabij is. Des te meer gelegenheid de patiënt krijgt om over de mogelijkheid dat hij zal sterven te praten, des te meer zal blijken dat een groot aantal patiënten zich bewust is van het onvermijdelijke einde. *Saunders* zegt: „It is not the question what we will tell our patients, but what do we let our patients tell us”.

Het feit dat een patiënt niets vraagt betekent niet, dat hij niets heeft te vragen. Wanneer een arts meent dat de patiënt alleen maar weet wat hij hem vertelt, dan misleidt deze arts zichzelf. Stervende patiënten zullen niets vragen wanneer zij heel goed weten dat zij toch geen antwoord krijgen. Zij zijn meestal zeer hoffelijk tegenover hun arts, zij stellen zelden vragen die niet zijn te beantwoorden. Een aantal patiënten voelt heel duidelijk dat hun arts denkt „er is toch niets meer aan te doen” en dat hij zich onttrekt aan een werkelijk contact.

Uiteraard is het onmogelijk een algemene regel te geven wat betreft de wijze van het mededelen dat de ziekte een fatale afloop zal hebben. Sommige patiënten geven opzettelijk de voorkeur eraan dit niet te willen weten; uiteraard dient deze keus te worden gerespecteerd. In dergelijke gevallen zouden voortijdige inlichtingen aanleiding kunnen geven tot groot verdriet en ontredde, zowel voor de patiënt als zijn familieleden.

Toch beseffen vele patiënten vaak geleidelijk aan de ernst van hun toestand, zelfs wanneer zij niets vragen en wanneer niets hierover wordt gezegd. Meestal zullen zij dan ook geen vragen stellen, tenzij zij de overtuiging hebben dat zij een weloverwogen en humaan antwoord krijgen.

Indien patiënten naar de waarheid vragen, dient men hun deze mede te delen, maar altijd zo tactisch en humaan mogelijk. Meestal echter dient noch de arts noch de verpleegster het initiatief

hiertoe te nemen. Men moet overwegen of de patiënt op dat bepaalde moment bereid is de volle waarheid onder ogen te zien. Ons streven moet bovenal zijn het sterven lichter te maken, wij mogen geen dogma maken van „altijd de waarheid zeggen”.

Wanneer de patiënt zijn arts vraagt: „Zal ik sterven?”, dan is het zeer wel mogelijk dat de arts op een dergelijk moment niet op zijn hoede is, zich onzeker gedraagt en haastig de mogelijkheid van sterven ontkent. Het is echter veel beter om de vraag met een wedervraag te beantwoorden, dus om te vragen waarom de patiënt dit denkt en hem te verzoeken zijn klachten te vertellen die voor hem de aanleiding zijn tot het stellen van deze vraag en om uit te leggen wat voor soort angst hij voelt. Op de lange duur zal blijken, dat men de patiënt beter helpt door zijn angst met hem te bespreken, dan door het haastig vertellen van een leugen.

Luisteren — wat in werkelijkheid horen moet zijn (*Saunders*) — is vaak het beste middel om een angstige patiënt verlichting te brengen. Dit betekent echter wel dat de arts voor deze vorm van behandeling de tijd moet nemen.

In het begin van een fatale ziekte, wanneer het nog niet duidelijk is of de patiënt werkelijk de volle waarheid wenst te weten, kan men dergelijke vragen beantwoorden door de nadruk te leggen op de gunstige aspecten van het beloop van de ziekte, waarbij men mogelijk ernstige gevolgen slechts vluchtig dient aan te roeren. Wanneer de patiënt zich echter ten volle bewust wordt van zijn toestand en hij van ons een duidelijke uiteenzetting vraagt, waarom zouden wij hem dan niet een eerlijk, maar humaan en weloverwogen antwoord geven? Men moet nooit vergeten dat niet alleen de arts tracht te schatten of de patiënt slecht nieuws kan „hebben”, maar dat van zijn kant de patiënt de capaciteit van zijn arts om moeilijke vragen te beantwoorden eveneens probeert vast te stellen. Het valt ten eerste te betreuren dat noch medische studenten, noch jonge artsen, noch verpleegsters tijdens hun opleiding onderricht krijgen in het behandelen van dergelijke problemen.

Dikwijls schijnen de patiënten die de fatale afloop van hun ziekte weten, verbetering te brengen in de verhouding tot hun familieleden; hierdoor zouden zij ook minder gespannen zijn. Iemand die ziek is en ervan overtuigd is dat hij zal sterven, maar aan wie elke gelegenheid wordt onthouden hierover te spreken, kan zich uiteindelijk zeer geïsoleerd en angstig gaan voelen.

Vaak willen de mensen uit het bedrijfsleven voordat zij sterven hun zaken regelen. Door de patiënt te vertellen dat hij verstandig eraan doet orde op zaken te stellen, geeft de arts hem de gelegenheid verder hierop in te gaan, indien hij dit wenst.

Wij kunnen de patiënt ook laten merken dat wij bereid zijn elke mogelijkheid op een fatale afloop

van zijn ziekte met hem te bespreken, door hem te vragen of hij ergens bang voor is. Wij moeten proberen te weten te komen hoeveel de patiënt op dat moment wil weten en op welke wijze wij hem dat kunnen vertellen. Uiteraard kan men een en ander niet uit boeken leren, maar het is de eigen ervaring en de eigen levensfilosofie, die ons hier de juiste weg moeten wijzen. Daarom is geneeskunde altijd nog een kunst.

Soms kan men uit de literatuur te weten komen hoe artsen patiënten en hun familieleden behandelen. Enkele jaren geleden beschreef *Simone de Beauvoir* het sterfbed van haar moeder in het boek: „Une mort très douce”. * De schrijfster vraagt aan één van de behandelende artsen wat zij tegen haar moeder moet zeggen, wanneer deze te weten komt dat zij aan een carcinoom zal overlijden: „Mais que dira-t-on à maman quand le mal reprendra, ailleurs?” Hierop antwoordt de arts: „Ne vous inquiétez pas. On trouvera. On trouve toujours. Et le malade vous croit toujours”.

Sommige patiënten weten heel goed dat, wanneer geen verbetering optreedt in hun toestand, zij zullen sterven. Sommigen lezen hun eigen ziektegeschiedenis en soms vergeet de arts dat de patiënt ook luistert wanneer hij staande aan het ziekbed diens ziekte bespreekt.

Sommige patiënten misleiden zichzelf, zij willen niet toegeven dat zij gaan sterven. Wanneer zij erg angstig zijn, vol weerzin om heen te gaan, kunnen zij anderen meeslepen in hun wanhoop, vooral de verpleegsters die vaak een zeer nauw contact hebben met de stervende patiënten. Vaak ontwikkelt zich echter, na een periode van twijfel en onzekerheid, een zekere aanvaarding van de dood. Voor heel oude en heel zieke mensen is het sterven meestal niet moeilijk meer: „The body has a wisdom of its own”. (*Saunders*).

Een aantal mensen overlijdt onder ellendige omstandigheden. Het wordt echter niet altijd duidelijk wat zij het meeste vrezen: de dood zelf of de angst voor lichamelijk lijden. In het laatste stadium van hun ziekte willen patiënten vaak weten of het sterfbed lang zal duren en vooral of het lichamelijke lijden kan worden verlicht.

Vele patiënten zijn vooral bang voor pijn gedurende hun laatste levensdagen; zoals blijkt uit een onderzoek van *Exton-Smith* is deze angst niet zonder reden. Hij stelde vast dat veertien procent van de stervende patiënten op een geriatrische afdeling aan pijn leed zonder dat deze adequaat werd behandeld. Pijn, veroorzaakt door reumatoïde aandoeningen en soortgelijke afwijkingen, is echter vaak moeilijk te behandelen.

Wanneer mensen gaan sterven, kan hun stemming soms wisselen van optimisme tot pessimisme, van angst tot stoïcisme. Iedere zwaar zieke patiënt kan ernstig bezorgd zijn over zijn toestand, vooral

* Ed. Gallimard, Paris, 1964.

wanneer hij het gevoel krijgt dat hij is afgeschreven. Vele mensen geloven in de vooruitgang van de geneeskunde en zodra zijzelf voelen dat hun toestand niet verbetert, kunnen zij ontevreden worden over hun arts, verpleegster, ziekenhuis en familie. De patiënt kan dit openlijk laten blijken, maar hij kan ook hierop reageren door een achterdochtig gedrag, soms zelfs door een zekere paranoia.

Voor vele mensen is het niet-zeker-weten moeilijker te dragen dan het weten. Het is van het grootste belang dat de arts aandacht blijft besteden aan de klachten van een stervende patiënt, zelfs al kent hij die klachten nog zo goed. Een dergelijke patiënt kan zich uiterst eenzaam en verlaten voelen wanneer de arts snel langs zijn bed loopt om andere patiënten te behandelen van wie de prognose gunstiger is. De patiënt die over zijn lichamelijk lijden spreekt, wil vaak in feite praten over zijn wanhoop, zijn angst, zijn gevoel alleen te staan in een situatie, welke hij niet aankan.

Veelal zal de verpleegster in staat zijn door haar optreden rust en kalmte te herstellen in de kamer van de stervende. Recht trekken van lakens, verandering van de houding van de patiënt in bed, kunnen soms bijdragen tot een vermindering van zijn gevoelens van onbehagen. Patiënten in hun laatste stadium kijken vaak uit naar iemand, die tenminste zijn best doet om hen te begrijpen.

Uiteraard is het bijzonder belangrijk dat degenen, die verantwoordelijk zijn voor de behandeling van de patiënt, weten of herstel mogelijk is. Wanneer een fatale ziekte niet tijdig wordt herkend, verkeren patiënten en hun familieleden vaak langer in onzekerheid dan nodig is. Wanneer een ziekte echter op onvoldoende gronden als ongeneeslijk wordt beschouwd, dan zullen uiteraard de mogelijkheden tot een juiste behandeling ongebruikt voorbijgaan. Is de diagnose niet zeker, dan ontstaat vaak onzekerheid.

Sommige diagnoses kunnen alleen worden gesteld ten koste van veel ongemak of zelfs risico voor een ernstig zieke patiënt. Het is soms uiterst moeilijk om het juiste evenwicht te vinden tussen diagnostische methoden die de laatste levensdagen van een patiënt kunnen vergallen en een zekere beperking in de diagnostiek, ook al brengt dit laatste enige onzekerheid met zich. In dergelijke gevallen kunnen het gezonde verstand en de klinische kennis van de arts de juiste weg wijzen. Sporadisch komt het voor dat ernstig zieke mensen volkomen onverwacht toch nog opknappen. Maar meestal is het oordeel van verpleegsters en artsen die ervaring hebben in de verpleging en behandeling van terminale ziekten wat het moment van de afloop betreft, vrij betrouwbaar.

Het is altijd een moeilijke en discutabele zaak of en op welk moment de arts de behandeling moet staken. Sommige artsen menen, dat het hun plicht is elke kans op verlenging van het leven te benutten door het gebruik van kunstnieren, beademingsapparaat en dergelijke. Niemand zal het nut van

dergelijke toestellen in twijfel trekken wanneer zij worden gebruikt om een acute crisis te overwinnen. Naar mijn overtuiging dient men deze apparaten echter niet te gebruiken wanneer hierdoor niet het leven van de patiënt, maar zijn lijden wordt verlengd. In bepaalde gevallen dient over een en ander toch een beslissing te worden genomen, liefst in overleg met collegae, waarbij onze enige gids het welzijn van de patiënt moet zijn. Iedere patiënt zal op zichzelf moeten worden beoordeeld. Natuurlijk betekent het staken van de behandeling niet, dat de gewone verzorging of voeding zou moeten worden gestaakt. In de terminale fase van de ziekte moet onze volledige aandacht zijn gericht op het zoveel mogelijk verlichten van de symptomen, dus van het sterven.

Naar mijn mening mogen wij de dood van de patiënt niet verhaasten, met andere woorden, wij hebben niet het recht euthanasie toe te passen. Door aldus te handelen zouden wij een verantwoordelijkheid op ons nemen welke wij niet kunnen dragen. Het toepassen van bepaalde maatregelen die het lijden van de stervende patiënt verlichten, kunnen wel eens het risico met zich brengen dat het leven van de patiënt wordt verkort, doch dit is totaal iets anders dan het opzettelijk doden van de patiënt. Wanneer de artsen meer gaan leren en begrijpen over het lijden en de behandeling van stervende patiënten, zal het probleem van de euthanasie naar de achtergrond verdwijnen.

Soms lijkt het wreed om de stervende patiënt uit zijn vertrouwde omgeving te verwijderen, wanneer thuis onvoldoende mogelijkheden aanwezig zijn ter verzorging. Het gaan naar een ziekenhuis of een verpleeghuis, het zich realiseren dat men niet meer levend daaruit zal komen, is op zichzelf al sterven. Men moet afscheid nemen van vertrouwde voorwerpen, van een omgeving waarin men soms jaren heeft geleefd. Maar heden ten dage, nu familieleden vaak ver weg of in kleine woningen wonen, is het dikwijls onmogelijk voor de familie om een stervende bloedverwant in zijn eigen omgeving te verzorgen. Toch gebeurt dit nog herhaaldelijk, zelfs bij totaal ontoereikende sanitaire voorzieningen.

Soms is het heel moeilijk of zelfs onmogelijk om vast te stellen wanneer het moment van sterven begint. Hippocrates beschreef meer dan twintig eeuwen geleden het gelaat van de stervende patiënt als volgt: „De neus is scherp, de ogen verzonken in de kassen, en de oren bleek, koud en verschrompeld, met de oorlellen omgekeerd, het gelaat bleek, lijkkleurig of zwart”, terwijl Shakespeare deze bewoordingen gebruikt (King Henri V, scene 3, act 2) „— for after I saw him fumble with the sheets, and play with flowers, and smile upon his fingers' ends, I knew there was but one way; for his nose was as sharp as a pen, and 'a babbled of green fields. — So 'a bade me lay more clothes on his feet: I put my hand into the bed and felt them, and they were as cold as any stone; then I felt to

his knees, and so upward and upward, and all was as cold as any stone." Inderdaad schrijdt het proces van het sterven veelal voort van de voeten af naar boven toe. Het gevoel en de kracht gaan evenals de reflexen in de benen eerder verloren dan in de armen.

In het maagdarmkanaal verslappen de sluitspiereën, zoals de sphincter ani, de peristaltiek houdt op en tenslotte kan de patiënt niet meer slikken. In deze toestand is het zinloos een poging te doen om hem langs orale of anale weg te voeden. Vloeistof per os gegeven, kan gemakkelijk in de trachea terecht komen, waardoor „gereutel" wordt veroorzaakt. Zolang de stervende patiënt kan slikken, wordt ijswater meestal als aangenaam ervaren.

Staat de mond van de patiënt open en is de tong erg droog, dan kan vaseline op de droge tong geïmpliceerd, nuttig zijn. Ook dient de patiënt in dergelijke omstandigheden op zijn zijde te worden gedraaid, ten einde te voorkomen dat de tong naar achteren zakt. Vaak is het de stervende patiënt aangenaam wanneer zijn ligging in bed af en toe wordt veranderd. Een bemoeilijkte ademhaling kan worden verlicht door het oprichten van de boven helft van het lichaam, waarbij het laagste gedeelte van de rug en het hoofd worden gesteund.

Bij profuse transpiratie moet de patiënt worden afgesponst. Zelfs al voelt het lichaam reeds koud aan, toch voelen stervende patiënten zich vaak erg warm en het woelen is soms alleen maar een poging om lakens en dekens weg te duwen. In deze omstandigheden is licht toedekken van de patiënt, evenals frisse lucht, een eerste vereiste. Voorts moet de sterfkamer goed zijn verlicht, aangezien vele stervenden zich instinctmatig naar het licht keren. Stervende mensen zien alleen datgene wat in hun nabijheid is, zij kunnen uitsluitend duidelijk gesproken woorden verstaan en zij worden vaak erg onrustig door fluisteren in de nabijheid.

Het is belangrijk bij incontinentia urinae een verblijfs-catheter aan te leggen, teneinde lichamelijke en psychologische moeilijkheden te voorkomen. Decubitus moet heel zorgvuldig worden behandeld. Dit lijden is bij stervende patiënten vaak niet te voorkomen, zelfs niet door regelmatige verandering van de ligging of het gebruik van opblaasbare luchtmatrassen. Het is uiteraard van het grootste belang de patiënten zoveel mogelijk uit bed te houden.

Toch is het uiteindelijk de pijn, die vaak onnodig ernstig zieke en stervende patiënten veel ongemak veroorzaakt. De patiënt kan soms zijn waardigheid als mens verliezen door het lijden van heftige pijnen. Nooit zullen wij mogen toestaan dat de pijn de overhand krijgt en daarom dienen analgetica op geregelde tijden te worden toegediend. Men kan niet vertrouwen op de patiënt in die zin, dat men wacht totdat hij om zijn pijnstillende medicijnen vraagt. Sommige patiënten zullen immers te lang wachten, terwijl anderen daarentegen te snel om dergelijke medicamenten vragen.

Wanneer een patiënt vanaf het eerste begin prompt verlichting van zijn pijn krijgt, terwijl hij weet dat hij erop kan vertrouwen dat de volgende dosis op tijd zal worden toegediend, zal de pijn niet verergeren door angst of spanning. Wij dienen met onze behandeling angst en pijn vóór te blijven, waarbij wij ons ervan bewust moeten zijn dat voortdurende pijn ook voortdurende behandeling vraagt.

De medicijnen moeten de pijn niet alleen verlichten, maar zij moeten ook de pijn voorkomen, wat alleen mogelijk is door met geregelde tussenpozen analgetica te geven, bijvoorbeeld elke drie of vier uur. Vaak kan de dosis per keer dan betrekkelijk laag worden gehouden.

Het is volkomen onjuist de verpleegster op te dragen dat het pijnstillende medicament „zo nodig" moet worden toegediend. Dit betekent in feite, dat de arts de verantwoordelijkheid voor het geven van een analgeticum op de verpleegster afwentelt en dat gedurende nachtdiensten soms een leerling-verpleegster of ziekenverzorgster over het juiste tijdstip beslist. Meestal overdrijven patiënten hun pijn niet, vooral niet als eenmaal hun vertrouwen is gewonnen. „It is not important which medicine we give our patients, so long as we give ourselves with our pills" (*Worcester*).

Toch is het verstandig, vooral wanneer men de zorg voor vele patiënten heeft, een bepaald, uiteraard flexibel schema te volgen. Men kan beginnen met op geregelde tijden acidum acetylsalicylicum (Aspirin) of acetylaminofenol (Paracetamol) samen met codeïne te geven, bijvoorbeeld om de acht uur en daarna om de zes of vier uur. Voortdurende pijn kan het beste worden behandeld met morfine, door William Osler „God's own medicine" genoemd of diacetylmorfine (heroïne) dat veel door *Saunders* wordt gebruikt. Deze medicijnen moeten zo lang mogelijk oraal worden toegediend. Natuurlijk dient men zich te realiseren dat dit verslavingsgiften zijn, doch bij de behandeling van onduidelijke pijnen bij stervende patiënten vormt dit slechts een onbelangrijk probleem.

Het is vaak moeilijk het juiste tijdstip aan te geven waarop met toediening van deze medicijnen een begin dient te worden gemaakt, maar de ervaring leert dat zulks vaak toch te laat gebeurt. Zoals reeds werd opgemerkt moeten deze medicamenten om de drie of vier uur worden toegediend teneinde de pijn „voor te blijven". Aan morfine of diacetylmorfine kan chlorpromazine (Largactil) worden toegevoegd, evenals cocaïne en „gin", zodat men een variatie van de Brompton-cocktail verkrijgt. Genever is een uitstekend sedativum om 's avonds te geven, met name voor mannen. Wanneer de circulatie slechter wordt, moet men morfine zo nodig intraveneus toedienen.

Aangezien de pijn meestal wordt vergezeld door angst, moet ook deze worden verlicht. Vaak is het zeer nuttig, wanneer de patiënt over zijn moeilijkheden kan praten met iemand die naar hem

luistert. Soms moeten tranquillizers zoals chlordiazepoxyde (Librium) worden gebruikt. Als slaapmiddelen mogen geen barbituraten worden gegeven, omdat hierdoor de patiënt te suf wordt, maar verbindingen zoals chloralhydraat of slaapmiddelen die geen barbituraten bevatten bijvoorbeeld gluthetimide (Doriden) of Mogadon.

Veelal is het van groot belang, vroeg op de avond een „basis-medicijn” te geven, zoals chlorpromazine, enkele uren vóór de slaaptablet. Wij moeten trachten de laatste levensdagen van de patiënt te verlichten zonder diens persoonlijkheid af te breken. Hier is ruimte voor toepassing van de elegante receptuur van een vroegere artsengeneratie.

* * *

Stervende patiënten worden niet alleen door pijn geplaagd, ook misselijkheid en braken kunnen erg hinderlijk zijn. Soms kunnen preparaten als prochlorperazine (Stemetil) of antihistaminica hierin verlichting brengen. In bepaalde gevallen kan zelfs een operatie worden overwogen.

Benaauwdheid is vaak een ernstige bron van moeilijkheden voor de stervende en nog moeilijker te dragen dan pijn. Ernstige dyspnoe kan maken dat de patiënt in een opwindingsstoestand geraakt. Zuurstoftoediening kan soms nuttig zijn, maar hierdoor kan de patiënt het gevoel krijgen dat hij is afgesloten van zijn omgeving, vooral wanneer hij in een zuurstoftent ligt. Efedrine en eufylline kunnen verlichting brengen bij spasmen van de luchtwegen, atropine kan de productie van sputum verminderen, met behulp van antibiotica kan men trachten infecties der luchtwegen te bestrijden. Hardnekkige hoest kan worden behandeld met antibiotica, gecombineerd met expectorantia. Een ervaren verpleegster kan de dyspnoe soms aanmerkelijk verlichten door de patiënt zodanig in bed te zetten, dat zijn borstkas voldoende kan uitzetten.

Ingedikte faeces in de darmen, soms een oorzaak van voortdurende diarree, moet met behulp van olie- en waterclysma's en soms manueel worden verwijderd.

Slechts in het kort zij hier vermeld de mogelijkheid om radiotherapeutisch te werk te gaan, bijvoorbeeld om een obstruerende longtumor te bestralen.

Bij stervende patiënten komen uiteraard vaak depressies voor. Wanneer de ziekte lang voortduurt en de lichamelijke ongemakken blijven bestaan, kan de depressie toenemen. Sommige patiënten zijn boos, omdat het lichaam hun in de steek laat; soms hebben zij de neiging hiervoor de blaam op anderen te werpen. Ernstig zieke mensen kunnen gevoelens van jaloezie koesteren ten opzichte van andere mensen in hun omgeving die blijven leven, terwijl zij gaan sterven. Ook familieleden kunnen zich verlegen voelen omdat zij blijven leven, terwijl de patiënt zal overlijden. Soms voelen familieleden zelfs een niet te verklaren ge-

voel van boosheid ten opzichte van de stervende patiënt, die hun immers gaat verlaten.

Evenals primitieve stammen soms een bepaald „agens” de schuld geven van de dood van een familielid, evenzo kunnen ook meer ontwikkelden aan anderen, bijvoorbeeld artsen, verpleegsters of familieleden, de schuld geven van het overlijden van hun verwant(e).

* * *

Wij moeten goed beseffen, dat niet alleen de stervende patiënt onze hulp nodig heeft, maar vaak ook zijn familieleden en vrienden. Deze kunnen schuldgevoelens of verdriet hebben, al naar gelang de aard van hun vroegere verhouding tot de overledene.

Iemands dood kan vele emoties bij zijn familie oproepen. Sommige familieleden zijn apathisch, zij bewegen zich slechts langzaam en zij voelen zich af en toe overstelpt door verlangen naar de overledene. Andere familieleden zijn rusteloos, zij kunnen niet eten en niet slapen.

Vaak gaat dit verdriet vergezeld van gevoelens van twijfel en een pijnlijk „zelf-onderzoek”. De achtergebleven familieleden beschuldigen zichzelf dan ervan, voor de overledene niet genoeg te hebben gedaan toen hij nog in leven was. Zij zijn van mening dat zij aardiger voor de patiënt hadden moeten zijn. Soms is voor familieleden zelfs psychiatrische hulp nodig.

De achtergeblevenen kunnen niet alleen zichzelf van schuld betichten, soms doen zij dat anderen ook. Er kunnen volkomen ongemotiveerde beschuldigingen worden geuit, zoals verwaarlozing door de arts of het stellen van een onjuiste diagnose. Een ieder die voor stervende patiënten zorg draagt, dient op de hoogte te zijn van de mogelijkheid van dergelijke reacties.

De achtergebleven familieleden krijgen soms ook een gevoel van opluchting wanneer zij inzien dat de dood van de patiënt hem heeft bespaard voor een lange lijdensweg.

Stabiele naturen dragen het verlies en het schuldcomplex, zonder dat zij erdoor worden meege-sleept. Zij weten dat hetgeen ons overkomt zelden uitsluitend goed of slecht is en dat het moet worden aanvaard zoals het tot ons komt. Slechts wie zelf bij het sterfbed van geliefde familieleden heeft gestaan, kan zich het verdriet en de smart van de familieleden van de stervende goed indenken.

In de Franse literatuur heeft de schrijfster Anne Philipe haar gevoelens weergegeven in het boek „Le temps d'un soupir”*, toen zij wist dat de man die zij liefhad, zou sterven. Zij schrijft: „Je vis à vide. Je savais que cela serait ainsi. Pendant chacun de ces jours qui pouvait être le dernier, je te regardais, je voulais voir l'amour et je trouvais la mort. Je pensais: „Regarde-moi, toi aussi, car moi j'aurai au moins le souvenir, mais toi, rien. Tout va

* Ed. Juillard, Paris, 1963.

disparaître, jusqu'à ta conscience même du souvenir. Le néant. Tu vas retourner au néant".

Ik wil eindigen met op te merken, dat het sterfen soms ook heel vredig kan verlopen. Robert Louis Stevenson heeft dit in zijn gedicht „Requiem” als volgt beschreven:
„Under the wide and starry sky
Dig the grave and let me lie.
Glad did I live and gladly die,
and I laid me down with a will.
This be the verse you grave for me:
Here he lies where he longed to be:
Home is the sailor, home from the sea
and the hunter home from the hill.”

Exton-Smith, A. N. (1961) *Lancet* II, 305.
Hinton, J. Dying. Penquin Books, Harmondsworth, 1967.
Hinton, J. Distress in dying. *Medicine in old age*. Ed. Pitman, London, 1965.
Munnichs, J. M. A. Leven en eindigheid. Het Spectrum, Utrecht, 1965.
Saunders, C. Care of the dying. *Nursing times* reprint, 1959.
Saunders, C. (1963). *Proc. Roy. soc. Med.* 56, 191.
Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescriber's Journal* 4, 68.
Saunders, C. Telling patients. *District nursing* reprint, 1965.
Saunders, C. *Geront. Clin.* 9, 385.
Schouten, J. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 704.
Schreuder, J. Th. R. Oorzaken en gevolgen van de veroudering. Inaug. rede. Stafleu, Leiden, 1969.
Worcester, A. The care of the aged, the dying and the dead. Charles C. Thomas Publ., Springfield, 1961.

Contact tussen Nederlandse en Engelse huisartsen.

DOOR F. R. BAKKER, HUISARTS TE ROTTERDAM

Een vergelijking van verschillende benaderingswijzen van de huisartsgeneeskunde

Van 14 tot 18 mei 1970 was een groep huisartsen uit Rotterdam en Omstreken met een aantal N.H.G.-functionarissen te gast bij de North East Faculty of the Royal College of General Practitioners (Newcastle en Omstreken). Deze bijeenkomst was de voortzetting van een eerder contact met deze groep huisartsen uit het Noord-Oosten van Engeland, vorig jaar in Rotterdam - (1969) huisarts en wetenschap 12, 196.

De bijeenkomsten, een initiatief van Engelse zijde en georganiseerd in samenwerking met het N.H.G.-centrum Rotterdam, hadden tot doel elkaars methoden en problemen ten aanzien van de huisartsgeneeskunde te vergelijken; uitgaande van de vooronderstelling dat de huisartsgeneeskunde als eigen discipline in beide landen op vergelijkbare wijze bestaat.

Terwijl de eerste bijeenkomst in Rotterdam vooral het karakter had van een verkenning van elkaars systemen van gezondheidszorg, was het tweede contact reeds veel intensiever. Dit werd vooral gestimuleerd door het onderbrengen van de Nederlandse huisartsen - met hun vrouwen - bij Engelse collegae, waardoor een intensieve gedachtenwisseling mogelijk werd. In dit artikel wordt een aantal min of meer persoonlijke indrukken van deze gedachtenwisseling weergegeven. Omdat de gedachtenwisseling in kleine groepjes of met individuen een alles overheersende rol speelde, wordt hier afgezien van een chronologisch verslag van het programma. Voor zover dit nuttig is, zullen onderdelen van het meer formele programma en passant ter sprake komen.

Het onderkennen van gemeenschappelijke problemen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde. In de huisartsgeneeskunde speelt de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt, zoals bekend, een voorname rol. Deze relatie is onder meer nodig om de patiënt de mogelijkheid te geven met zijn problemen, welke die ook mogen zijn, over de (communicatie-) brug te komen.

Natuurlijk hebben wij hier in wezen met een algemeen principe te maken; wil men op een niveau communiceren met (een) ander(en) waarop het mogelijk wordt wezenlijke problemen aan te roeren, dan dient de relatie onder meer gebaseerd te zijn op wederzijds begrip en vertrouwen. Het was opmerkelijk hoe goed de Engelse huisartsen, althans voorzover ik hen heb ontmoet, in staat waren van gedachten te wisselen over wezenlijke problemen ten opzichte van de huisartsgeneeskunde. Zonder meer bleek men bereid zijn

eigen functioneren en zijn eigen „filosofie” met betrekking tot de huisartsgeneeskunde ter discussie te stellen. Dit niet alleen ten opzichte van Hollandse collegae, wat met enige moeite terug te brengen zou zijn geweest tot „English politeness”, maar ook onderling.

Ik geloof dat wij hiermee het eerste probleem met betrekking tot de huisartsgeneeskunde al meteen hebben aangevoerd. Immers men kan niet tot de kern van de problematiek doordringen - laat staan tot oplossingen komen - als men niet bereid is wezenlijke problemen onder ogen te zien. Mijns inziens is dit in Nederland vaak nog te weinig mogelijk. De relatie tussen Nederlandse (huis)artsen is nog te vaak gekenmerkt door een zekere mate van wantrouwen; door de angst zichzelf bloot te geven en door een - daarmee samenhangende(?) - hang naar individualisme. Soms krijgt men het gevoel dat de „collegiale hoogachting” en de medisch-ethische gedragsregels worden gehanteerd als mechanismen om de werkelijke instelling en gevoelens te camoufleren.

Onder de indruk van dit verschil in mentaliteit heb ik verschillende Engelse huisartsen naar hun mening hierover gevraagd. Het bleek toen dat ditzelfde probleem ook in Engeland levensgroot had bestaan. Mijn gastheer Hodgkin, die zeer geïnteresseerd is in het gedrag van individuen, onder meer vanwege de grote relevantie van kennis van allerlei gedragspatronen voor de dagelijkse huisartspraktijk, vergeleek een gedrag als boven beschreven met het territoriumverdedigen, zoals dit bijvoorbeeld bij vogelsoorten voorkomt. Zelfs de zwakste vogels bijten furieus van zich af als hun eigen terrein wordt bedreigd. Nu zijn huisdokters geen vogels, zodat er mogelijkheden aanwezig zouden kunnen zijn om een dergelijk „instinctief” gedragspatroon te boven te komen.

Men meende in Engeland dat door de gezamenlijke strijd voor een „eigen gezicht” van de huisartsgeneeskunde en de grote vorderingen, die in dit opzicht werden bereikt, in de loop der jaren niet alleen de eigen identiteit, maar ook de saamhorigheid versterkt waren. Men meende dat vooral ook het afschaffen van de „two standards of medicine” (fondspatiënten - particulieren) onder de „National Health Service” en het samenwerken in groepsverband het wantrouwen verminderend, de communicatie bevorderend en stimulerend hadden gewerkt. De saamhorigheid had een wezenlijk fundament gekregen en hoefde niet door opgelegde gedragsregels uiterlijk in stand te worden gehouden. Mogelijk kunnen wij in Nederland hier nog lering uit trekken.

Voor de duidelijkheid is het misschien het beste de verdere problematiek, die zich kenmerkend in beide landen voordoeft (of voordeed), enigszins te rubriceren en te zien hoe