

De rol van de huisarts bij sterven en rouwen

J. C. A. SOMMERS

Welke rol speelt de huisarts bij sterven en rouwen? Op deze vraag is nog nauwelijks een op harde cijfers gebaseerd antwoord te geven. Wél zijn er individuele ervaringen en opvattingen, die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de meningsvorming op dit gebied.

Inleiding

De betekenis van de medische technologie is in discussie. Er worden vraagtekens gezet bij de zin van geavanceerde technieken om het leven te verlengen. Het ledental van de vereniging voor vrijwillige euthanasie is groeiende. Steeds meer mensen leggen vast dat ze niet in leven gehouden willen worden als er geen zinvol bestaan meer is te verwachten. De betekenis die aan lijden wordt toegekend, is sterk afgenomen. Welke consequenties heeft deze ontwikkeling voor de huisarts? In deze bijdrage probeer ik daarop een - onvolledig - antwoord te geven, aan de hand van een drietal meer concrete vragen:

- Hoe zit het met de sterfgevallen in mijn eigen praktijk in het afgelopen jaar? Hoe zijn deze mensen gestorven? Wat was mijn rol en wat had mijn taak kunnen zijn?
- Wat vinden huisartsen van thuis sterven? Welke knelpunten ervaren zij?
- Welke preventieve ingangen heeft de huisarts bij het rouwen van ouderen?

Sterfgevallen in 1984

In mijn praktijk (2000 patiënten in Amsterdam-West, van wie 25 procent ouder dan 65 jaar) overleden in 1984 22 ouderen (tabel 1). De helft van deze ouderen was vitaal tot vlak voor hun einde; zij overleden (vrij) plotseling of na een kort ziekbed, meestal aan een hart-vaatziekte. Mijn rol is bij hen beperkt gebleven tot opnemen of tot het vaststellen van de dood, zo dit al niet door een waarnemende collega is gedaan. Bij patiënten met een kort ziekbed die in een ziekenhuis overleden, was ik meestal te laat. Bij elf patiënten - van wie acht met kanker - was het ziekbed lang. Dat

Tabel 1. Gegevens betreffende 22 in 1984 overleden bejaarden. Aantallen.

<i>Leeftijd</i>	
65-74 jaar	5
75-84 jaar	15
> 85 jaar	2
<i>Geslacht</i>	
mannen	11
vrouwen	11
<i>Huishouden</i>	
alleenstaand	7
met inwonende kinderen	3
gehuwd samenwonend	12
<i>Plaats overlijden</i>	
ziekenhuis	12
verpleegtehuis	2
thuis	7
tijdens vakantie	1

betekent een afmattende periode voor de familie, frequent ziekenhuisbezoek en een langdurige ontregeling van het dagelijkse leven. Het sterven is dan soms een opluchting voor de familie, een verlossing uit het lijden. Uit deze groep komen de vragen om een zachte dood en uitroepen als: zo wil ik het later niet.

Bij de patiënten die in het ziekenhuis of verpleegtehuis overleden, is mijn rol marginaal geweest. Van de thuis overleden patiënten stierven er drie plotseling; bij de andere vier vond echter een intensieve begeleiding van het sterven plaats. Aan deze patiënten bewaar ik kostbare herinneringen. Eenmaal mocht ik meemaken dat de zieke (en stervende) tot grote persoonlijke uitstraling kwam.

Volgens Stam (in een niet gepubliceerde voordracht) speelt de huisarts niet de hoofdrol onder de zorgdisciplines bij thuis stervenden; dat is eerder de wijkverpleegkundige. Ik kan dit gedeeltelijk onderschrijven. Een belangrijke medespeler wordt de huisarts echter bij de vraag om een zachte dood. Die vraag werd mij tweemaal gesteld. Ik ga positief in op zo'n verzoek - het is

een onderdeel van de levens- of stervenszorg - maar niet in haast of onder dwang en niet zonder vragen. Bij één patiënt trad het natuurlijke sterven in voor de afgesproken tijd. Voor de achtergebleven partner was dat een grote opluchting; zij bleek veel meer moeite met haar mans wens te hebben dan ze zich bewust was. Vroeger waren ze gelovig geweest. Bij de andere patiënt was een grote strijd aan het verzoek voorafgegaan. Was dit verenigbaar met Gods gebod? Hier was de zingeving van het lijden volop aanwezig, maar niet de verstikkingsdood - die vroeg God niet om te doorstaan.

Opvattingen en knelpunten

In 1982-1984 was ik betrokken bij een platform Thuis Sterven Mogelijk Maken. Dit platform ijverde voor het creëren van dusdanige voorzieningen dat een reële keuze tussen thuis en in een ziekenhuis sterven mogelijk gemaakt zou worden. In 1984 hebben wij een enquête gehouden onder 50 huisartsen met een totale patiëntenpopulatie van circa 90.000 zielen, met het doel enig inzicht te krijgen in eventuele knelpunten bij het thuis sterven. De respons was 35.

Vraag 1. *Is het bij u gewoonte om bij terminale patiënten de plaats van het sterven ter sprake te brengen?*

In de thuissituatie is dit onder de respondenten regel; in het ziekenhuis gebeurt het af en toe; in een bejaardentehuis is de gewoonte er minder dan thuis, doch vaker dan in het ziekenhuis. Voelt de huisarts zich toch niet zo op zijn gemak in het ziekenhuis om dit moeilijke probleem aan te snijden?

Vraag 2. *Met wie heeft u - naast de betrokkene - overleg hierover?*

Hoog scoren hier de familie, de wijkverpleegkundige, de specialist en de waarneemgroep (tabel 2).

Tabel 2. Antwoorden op vraag 2: met wie is er - naast de betrokkene - overleg over de plaats van het sterven? Aantallen.

Familie	35
Wijkverpleegkundige	28
Pastor	5
Hoofdverpleegkundige ziekenhuis	12
Specialist	27
Maatschappelijk werker ziekenhuis	8
Pastor ziekenhuis	2
Directie/staf bejaardentehuis	10
Andere collega's/waarneemgroep	19

Vraag 3. Hebt u al eens gewerkt met de Stichting Terminale Thuiszorg?

De helft van de respondenten antwoordt met ja.

Vraag 4. Ontmoet u knelpunten in het werk met terminale patiënten thuis?

Als grootste knelpunt wordt genoemd het niet 24 uur beschikbaar zijn van de wijkverpleging (tabel 3). Hierin is inmiddels voorzien. Ook de thuiszorg is nu oproepbaar voor avond en nacht. Tien huisartsen noemen de familie als knelpunten: de familie kan het niet aan, de bereidheid is soms minimaal, er is angst/gebrek aan tijd en de kinderen hebben soms ook uiteenlopende opvattingen over leven en dood, de zin van het stervensproces, maatregelen voor een zachte dood, wat een ziekenhuis kan/niet kan, spreken en zwijgen, verdriet en onmacht, wat de patiënt kan en wat de familie kan.

Tabel 3. Antwoorden op de vraag: ontmoet u knelpunten in uw werk met terminale patiënten thuis? Aantallen.

Bij de huisarts	–
Bij de pastor	–
Bij de wijkverpleging	14
Bij de gezinszorg	8
Financiële beperking betrokkene	4
Behuizing	10
Familie	10

Mede op grond van deze enquête hebben we besloten met het platform Thuis Sterven Mogelijk Maken te stoppen. Er is in Amsterdam een redelijk voorzieningenpakket voor thuis sterven aanwezig.

Preventieve maatregelen bij rouwen

Ik heb de gewoonte na het vernemen van een overlijden, op te bellen en een condoleancebezoek af te spreken. De huisarts plaatst zich door onmiddellijk te reageren, binnen het systeem als een *belangrijk andere* uit de crisistheorie. Ook bevestig ik een ruitertje op de patiëntenkaart van de nabestaande en noteer ik de datum van overlijden. Het condoleance bezoek beschouw ik vervolgens als een belangrijk ritueel. Het geeft de huisarts informatie over de wijze van sterven, over boosheid- of schuldgevoelens, over tekorten bij het verpleegkundig of medisch handelen, over de steunende omgeving of het ontbreken daarvan, over het eigen aandeel van de huisarts. Deze informatie is belangrijk om een beslissing te kunnen

nemen over de extra aandacht, een vorm van anticiperende geneeskunde.

Bij vervolcontacten, op het spreekuur of thuis, heb ik de gewoonte ook bij een lichamelijke klacht stil te staan bij het overlijden; ouderen somatiseren. Ook geef ik dan meestal de rouwfolder af, ontwikkeld door de Amsterdamse Werkgroepen Rouwbegeleiding (zie pag. 35). Deze folder voldoet goed, ook voor ouderen, al moeten zij soms een loupe gebruiken. Na het eerste jaar gaat het ruitertje van de patiëntenkaart af en komt er een ander ruitertje voor diegene die nog niet in de herstelperiode is, hetgeen zelden het geval is.

Om vast te stellen of er extra aandacht nodig is, ga ik uit van de vijf criteria die *Madison and Raphael* noemen:

- de wijze van sterven;
- de relatie;
- andere accidentele crisissituaties op het moment van sterven (juist verhuisd, kort tevoren een sterfgeval in de familie, etc.);
- de omgeving;
- de persoon van de rouwende met zijn/haar ervaring met verliesreacties.¹

Als er ten aanzien van deze vijf punten geen problemen zijn, is vrijwel nooit extra aandacht nodig; anders is de kans zeer groot dat extra aandacht wél is geboden.

Bij ouderen acht ik de steunende omgeving een wezenlijke voorwaarde om het verlies te verwerken. Ouderen blijven vaak alleen achter; soms zijn zij zelfs voor het eerst van hun leven alleen. Kerken en/of vrijwilligersorganisaties zijn hier bijna onmisbaar om de ontbrekende omgeving aan te vullen. De huisarts kan de rouwende extra ondersteunen wanneer de wijze van sterven onbevredigend is te noemen, bijvoorbeeld bij plotselinge dood, of dood door suïcide, bij schuldgevoelens over de plaats van overlijden of bij agressieve gevoelens ten aanzien van echt of vermeend falen in geneeskundig handelen.

De huisarts kan voorts attent zijn op moeilijkheden bij het rouwen, wanneer er voor het rouwproces onvoldoende ruimte is ten gevolge van bijzondere omstandigheden. Bij ouderen komt het (althans in Amsterdam) regelmatig voor, dat ze juist een verhuizing achter de rug hebben en dan pijnlijk de gewone dagelijkse steunende contacten van buurtgenoten en buurtwinkels missen. Ook komt het bij ouderen frequent voor dat zij bezig zijn met een ander rouwproces, na het overlijden van een broer of zus, goede buur of vriend. Rouwen

om een kind komt ook bij ouderen erg hard aan.

Wij moeten als huisarts weten dat de herdenking van de trouwdag, de verjaardag en de sterfdag weken tevoren veel spanning oproept die zich vaak vertaalt in lichamelijke klachten op het spreekuur. Dan past het advies deze dagen goed te organiseren.

Het is verheugend vast te stellen dat ook ouderen zich herstellen en tot grotere ontplooiing komen van hun sociale vaardigheden. Zij zijn vaak tot steun van hun nieuwe lotgenoten. Dit geldt overigens meer voor vrouwen dan voor mannen, is mijn indruk.

Beschouwing

Onze oudere patiënten sterven plotseling of na een kort ziekbed en ook thuis temidden van dierbaren. Het is die wijze van sterven die mensen doorgaans verkiezen. Het sterven kan echter ook plaats vinden na een lang ziekbed, veelvuldig doorgebracht in een ziekenhuis. Het is de vraag of wij als huisarts hierbij ons niet actiever kunnen opstellen en dan niet alleen in een groeiende tolerantie ten aanzien van hulp bij een zachte dood. Er dient een vorm van samenwerking met het ziekenhuis ontwikkeld te worden, zoals *Van den Bosch* die beschrijft in *Het Lentse dodenboekje*.²

Of men thuis of in een ziekenhuis sterft, is niet ieders vrije keuze. Dat wordt, behalve door aard van de ziekte, voor een goed deel bepaald door sociale of medische conventies. Waarschijnlijk spelen de taakopvatting en zorg van de huisarts daarbij ook een rol. IJveren voor voldoende voorzieningen om het thuis sterven mogelijk te maken, is een eerstelijns aangelegenheid. Het begeleiden van rouwen van ouderen is voor de huisarts een deel van zijn dagelijks werk. Er zijn hierbij kostbare preventieve ingangen. Nu de riten vervagen, is het sanctioneren van het rouwen bij de huisarts een belangrijk moment. Daarnaast kan de huisarts ook helpen bij het beëindigen van de rouw: Nu hebt u genoeg gerouwd. Misschien kunt u een ander van dienst zijn met uw ervaring!

¹ Madison D, Raphael B. Conjugal bereavement and its social network. In: Schoenberg B, et al., eds. Bereavement. Its psychosocial aspect. New York, London: Columbia University Press, 1975.

² Van den Bosch W. Het Lentse dodenboekje. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 99-105.

