

‘Niemand hoeft een slechte dood te sterven’

‘We denken weinig na over de dood. Dat is een omissie die de nodige aandacht verdient en daar werk ik ook hard aan.’ Kris Vissers, hoogleraar Pijn en palliatieve geneeskunde van het Radboud universitair medisch centrum in Nijmegen, is pleitbezorger van een multidisciplinaire aanpak van de palliatieve zorg, liefst al vóór de terminale fase.

Plato schrijft over Socrates’ voorbereiding op zijn naderende einde. Hij verlangt naar de dood, omdat hij ervan overtuigd is dat zijn ziel dan zal terugkeren naar haar goddelijke oorsprong. Cicero verwoordde het als ‘het hele leven van wijsgeren is immers een voorbereiding op de dood’. Haaks hierop staat de opvatting van Spinoza. Voor hem is de dood de ultieme machteloosheid. Weliswaar is de onontkoombare dood een gevolg van de natuurwetten en in absolute zin niet slecht te noemen, maar vanuit ons streven naar zelfbehoud zullen we de dood noodzakelijk als een kwaad beoordelen.

Spinoza schrijft in zijn Ethica: ‘De vrije mens denkt aan niets zo weinig als aan de dood, en zijn wijsheid is geen nadenken over de dood maar over leven’ (deel 4, stelling 67). Wat is uw standpunt?

‘Als medicus vind ik deze stellingen ongelooflijk artificieel. Het is echt werk van filosofen. Voor mij is van belang wat de dood voor een patiënt betekent, namelijk een ultiem moment van angst en onbekendheid. En, daarin moet ik Spinoza gelijk geven, we denken weinig na over de dood. Dat is een omissie die de nodige aandacht verdient en daar werk ik ook hard aan. Zo’n tien, vijftien jaar geleden mocht een kind zijn grootvader die lag te sterven op de intensive care niet bezoeken. Onderzoek in Rotterdam heeft aangetoond dat een kind dat zijn relationele oudere – grootvader, vader of wie dan ook – ziet sterven minder depressief ervan zal zijn. De dood is voor deze – voorzichtig uitgedrukt ‘toekomstige patiënt’ – duidelijker geworden. Het gefilosofeer van u draagt weinig bij aan het geruststellen en informeren van de burger over de realiteit van de dood. Aan de filosofische



Kris Vissers: ‘De multidisciplinaire aanpak werkt, dat kan ik u verzekeren.’

verzinnebeelding, zeg maar het filosofisch spel, heeft de burger geen boodschap.’

Volgens Lucretius hoef je de dood niet te vrezen, want ‘dood = niets’ en voor niets hoef je niet bang te zijn. Maar het is wellicht naïef te denken dat je met een overtuigende redenering irrationele angst kunt wegnemen.

‘Een patiënt sterft in het hier en nu. Die heeft niets aan filosofie, dat is iets voor filosofen, psychologen en soortgelijken, maar niet voor Jan met de pet. Deze mensen zoeken heel iets anders. Zij verlangen de nabijheid van een ander, een hand die ze vasthoudt, een luisterend oor. Ze willen vooral niet eenzaam zijn. Eenzaam sterven is een grote schrik. Als ik in de krant lees dat een alleenstaande vrouw in haar

appartementje is gestorven en dat men haar na drie maanden heeft gevonden, dan vindt de maatschappij die drie maanden een drama. Ik besef hoe eenzaam die vrouw is doodgegaan. Ik denk aan die laatste zes uur van haar leven, dat zij haar arm niet meer kon bewegen, de telefoon niet kon pakken. Dat is de grootste hel die er bestaat. Daar moet de maatschappij van wakker liggen.

Er verschijnt binnenkort een publicatie over ziekenzorg in Nederland en in Indonesië. Een pluim voor de manier waarop men dat in Indonesië doet. De opvang daar is maximaal, en wordt hoofdzakelijk door de familie uitgevoerd. Een ziekenhuis heeft zelfs geen keuken. Er wordt buiten gekookt en als je buurman geen eten heeft dan geef jij hem wat, want morgen krijg jij wat van hem. Er is geen arts nodig bij het sterven, tenzij voor het sederen. Een sociaal

werker of een vrijwilliger kan tien keer meer doen dan ik. En als ik ernaast ga zitten, dan is dat omdat de rest het

af laat weten. Toen ik in 2005 benoemd werd tot hoogleraar heb ik bij alle zorgverzekeraars documentatie aangevraagd. In heel Nederland was er slechts één zorgverzekeraar die de uitdrukking ‘palliatieve zorg’ gebruikte. Ik doe mijn uiterste best de palliatieve zorg in het verzekeringspakket te krijgen.’

U heeft ervaren dat patiënten die hun levenseinde zien naderen graag willen meewerken aan onderzoek. Artsen echter zijn terughoudend om hun patiënten daarmee ‘lastig te vallen’.



Palliatieve zorg wordt toegepast vanaf het moment dat genezing niet (meer) mogelijk is en kan zelfs samen met de curatieve zorg aangeboden worden wanneer een ontwikkeling naar een palliatief traject verwacht wordt. Het is dus niet voorbehouden aan mensen in de laatste levensdagen, de zogenaamde terminale fase, maar start bij voorkeur vroeger.

‘Dat is zo. Artsen baseren hun terughoudendheid op een voorstelling die filosofen schetsen: stervenden zouden met rust gelaten moeten worden. Zij vergoddelijken de dood. Er is een hele club geleerden die daar duizenden boeken over heeft geschreven, ik herken daarvan niets in de praktijk. Ze zitten niet naast een stervende en weten niet waar het over gaat. Het meedoen aan een onderzoek geeft patiënten betekenis aan hun leven. Als je weet dat je gaat sterven en jouw informatie kan ertoe bijdragen dat een ander minder pijn heeft of beter sterft, dan doe je graag mee. Bovendien, hoe kan ik iemand beter laten sterven als ik er geen onderzoek naar mag doen? Ik moest vijftien keer voor een ethische commissie verschijnen om dat uit te leggen!’

U pleit voor een multidisciplinaire aanpak. Artsen en geestelijk verzorgers spreken vanuit een eigen paradigma. Begrijpen jullie elkaar?

‘De multidisciplinaire aanpak omvat: 1. de somatische zorg, gericht op medische problemen;

2. de psychologische zorg voor de patiënt wiens levenseinde nader, 3. de sociale zorg ten behoeve van de relaties en verwanten van de patiënt; en 4. de religieuze of seculiere zingeving waarbij fundamentele levensvragen aan de orde komen. Wij beseffen dat elk vakgebied over een eigen referentiekader beschikt. Door intensieve communicatie leren wij elkaar te begrijpen in het belang van de patiënt.

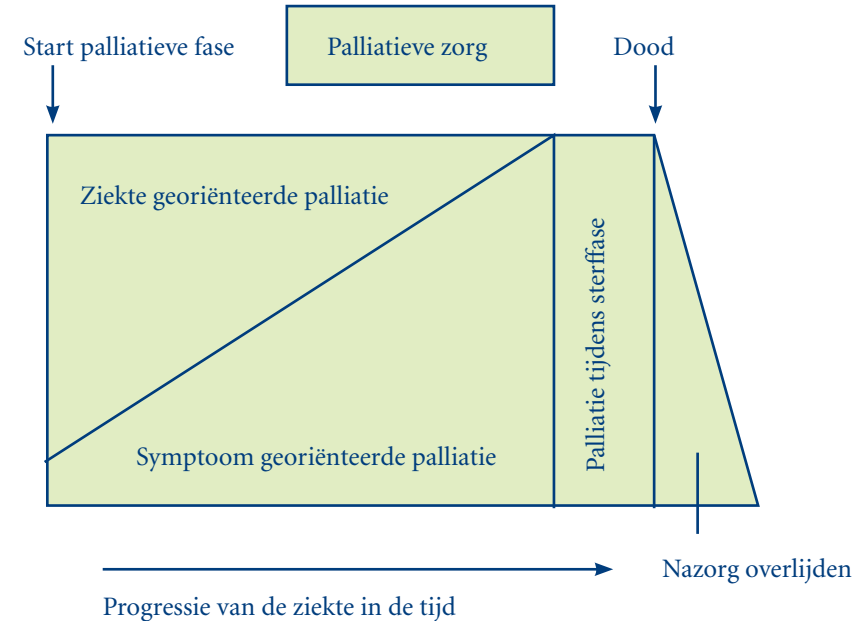
De multidisciplinaire aanpak werkt, dat kan ik u verzekeren. In een onderzoek heeft men patiënten met een bepaald type longkanker in twee groepen verdeeld. De ene groep werd – zoals gebruikelijk in Nederland – alleen behandeld door een oncoloog. De andere groep werd be-

handeld door een oncoloog én door een team zoals hiervoor geschetst. Het team heeft gevraagd en ongevraagd de patiën-

ten geholpen, met als resultaat dat patiënten van deze groep een betere kwaliteit van leven hadden en ook nog langer leefden. De Nederlandse oncologen werken op een medisch topniveau, maar kunnen zonder anderen de ideale zorg niet verlenen.’

Zijn alle leden van het team in dienst van het ziekenhuis?

‘Ja. Daarbij moet ik aantekenen dat de functie van de geestelijk verzorger slecht gedefinieerd is. Hij heeft bijvoorbeeld een eigen beroepsgeheim en behoort niet tot de BIG-geregistreerden. Hij valt dus buiten het kader van de kwaliteitszorg van het ziekenhuis. Ik kan het werk van deze mensen ook niet evalueren en dat geeft een zeker spanningsveld.’



Wordt de multidisciplinaire aanpak alleen in het Radboud universitair medisch centrum toegepast?

‘De afgelopen jaren hebben we honderd huisartsen opgeleid. Deze artsen hebben tweëntwintig weekenden in een cursus gestoken en hebben examen gedaan. Zij weten hoe het complete pakket van palliatieve zorg verleend moet worden. Kort gezegd, zij kunnen gemeten naar de huidige kennis van zaken, een patiënt goed laten sterven. Tevens geven zij advies aan huisartsen in hun regio.’

Patiënten willen graag weten waar ze aan toe zijn. ‘Hoe lang heb ik nog te leven?’ is een brandende vraag en artsen geven niet gemakkelijk een prognose.

‘Elke patiënt vraagt aan mij: ‘Dokter wat vindt u ervan? Hoe lang heb ik nog te leven?’ Dan

stel ik een wedervraag: ‘Wat zou u nog willen in uw leven?’ Soms krijg ik dan te horen dat een kleinkind op komst is. Dan zetten we als team alles op alles om dat te halen. De motivatie van de patiënt is heel belangrijk. Het gebeurt dat iemand twee dagen nadat zijn wens in vervulling ging sterft. Als mijn team in de gelegenheid wordt gesteld zijn werk te doen, hoeft niemand een slechte dood te sterven.’

*Nico (drs. N.) Krijn werkt bij TNO. Hij is als filosoof gespecialiseerd in de filosofie van de wiskunde en wetenschapsfilosofie.
nico_krijn@hotmail.com*