

onder redactie van:

Donald van Tol

Hanke Dekker

Menno de Bree

Thys van der Molen

# Handboek medische professionaliteit

HUISARTSOPLEIDING  
Antonius Deusinglaan 1  
9713 AV GRONINGEN



Bohn  
Stafleu  
van Loghum

Springer Media

Houten 2014

# Inhoud

1	<b>Wat is professionaliteit?</b> .....	1
	<i>Hanke Dekker (onderwijskundige), Peter van Dijken (huisarts), Donald van Tol (psycholoog), Menno de Bree (filosoof) en Thys van der Molen (huisarts)</i>	
1.1	Inleiding .....	2
1.2	Professionaliteit verder uitgediept .....	3
1.3	Conclusie .....	10
1.4	Meer weten over professionaliteit? .....	10
	Geraadpleegde literatuur .....	10
2	<b>Over reflecteren: wat, waarom en hoe</b> .....	13
	<i>Menno de Bree (filosoof), Donald van Tol (psycholoog), Hanke Dekker (onderwijskundige), Thys van der Molen (huisarts)</i>	
2.1	Inleiding .....	14
2.2	Reflectie .....	14
2.3	Waarom zou je reflecteren? .....	16
2.4	Drie reflectiemethodieken .....	18
2.5	Conclusie .....	23
2.6	Meer weten over reflecteren? .....	23
	Geraadpleegde literatuur .....	24
3	<b>Lichamelijkheid</b> .....	25
	<i>Hilly Mast (psycholoog)</i>	
3.1	Inleiding .....	26
3.2	Concepten van lichamelijkheid: object en subject .....	27
3.3	Lichamelijkheid in de medische professie .....	29
3.4	Conclusie .....	32
3.5	Vragen ter discussie .....	32
3.6	Meer weten over lichamelijkheid? .....	33
	Geraadpleegde literatuur .....	33
4	<b>Dikke mensen</b> .....	35
	<i>Jos Snoek (neuroloog)</i>	
4.1	Inleiding .....	36
4.2	Feiten over overgewicht .....	37
4.3	Verwachtingspatronen van patiënten en dokters .....	40
4.4	Obese patiënten in de gezondheidszorg .....	40
4.5	Meningen over overgewicht: bias, stigmatisering en discriminatie .....	41
4.6	Conclusie .....	43
4.7	Vragen ter discussie .....	43
4.8	Meer weten over dikke mensen? .....	44
	Geraadpleegde literatuur .....	44
5	<b>Arts en sociale media</b> .....	47
	<i>Enne Feenstra (godsdienstwetenschapper)</i>	
5.1	Inleiding .....	49

5.2	<b>Kenmerken van sociale media</b> .....	49
5.3	<b>Kansen en valkuilen van sociale media</b> .....	51
5.4	<b>Conclusie</b> .....	55
5.5	<b>Vragen ter discussie</b> .....	55
5.6	<b>Meer weten over arts en sociale media?</b> .....	56
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	56
6	<b>Patiëntgericht werken</b> .....	59
	<i>Ben Szabó (radiotherapeut-oncoloog)</i>	
6.1	<b>Inleiding</b> .....	60
6.2	<b>Patiëntgericht werken op het eerste gezicht</b> .....	62
6.3	<b>Patiëntgericht werken nader bekeken</b> .....	62
6.4	<b>Patiëntgericht of organisatiegericht werken?</b> .....	63
6.5	<b>Patiëntgericht werken en patiëntveiligheid</b> .....	65
6.6	<b>Communicatie en patiëntbejegening</b> .....	66
6.7	<b>Conclusie</b> .....	66
6.8	<b>Vragen ter discussie</b> .....	67
6.9	<b>Meer weten over patiëntgerichtheid?</b> .....	67
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	68
7	<b>Collegialiteit en loyaliteit</b> .....	69
	<i>Everhard ten Wolde (huisarts)</i>	
7.1	<b>Inleiding</b> .....	70
7.2	<b>Definiëring van begrippen</b> .....	71
7.3	<b>De keerzijde van collegialiteit</b> .....	73
7.4	<b>Elkaars 'broeders hoeder'</b> .....	74
7.5	<b>Conclusie</b> .....	75
7.6	<b>Vragen ter discussie</b> .....	75
7.7	<b>Meer weten over collegialiteit en loyaliteit?</b> .....	76
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	77
8	<b>Dokter en onderzoeker</b> .....	79
	<i>Els Maeckelberghe (ethicus)</i>	
8.1	<b>Inleiding</b> .....	80
8.2	<b>De twijfels van de artsen: dokter en/of onderzoeker?</b> .....	81
8.3	<b>Experiment of onderzoek?</b> .....	83
8.4	<b>Dubbelrol in clinical trials?</b> .....	83
8.5	<b>Conclusie</b> .....	85
8.6	<b>Vragen ter discussie</b> .....	85
8.7	<b>Meer weten over dokter-onderzoeker?</b> .....	86
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	87
9	<b>Zieke dokters</b> .....	89
	<i>Wouter van der Heide (huisarts)</i>	
9.1	<b>Inleiding</b> .....	90
9.2	<b>De zieke dokter, de gang door de zorg</b> .....	92
9.3	<b>Conclusie</b> .....	94

9.4	<b>Vragen ter discussie</b> .....	95
9.5	<b>Meer weten over zieke dokters?</b> .....	95
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	95
10	<b>Seksuele intimidatie</b> .....	97
	<i>Hanke Dekker (onderwijskundige)</i>	
10.1	<b>Inleiding</b> .....	98
10.2	<b>Seksuele intimidatie nader belicht</b> .....	99
10.3	<b>Conclusie</b> .....	103
10.4	<b>Vragen ter discussie</b> .....	103
10.5	<b>Meer weten over seksuele intimidatie?</b> .....	104
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	104
11	<b>Onverklaarbare symptomen</b> .....	105
	<i>Nella Houtman (reumatoloog)</i>	
11.1	<b>Inleiding</b> .....	106
11.2	<b>Definitie en prognose onverklaarbare symptomen</b> .....	107
11.3	<b>De benadering van een patiënt met onverklaarbare symptomen</b> .....	108
11.4	<b>De invloed van het Cartesiaans denken</b> .....	109
11.5	<b>Is een andere benadering mogelijk?</b> .....	109
11.6	<b>Erkenning voor onverklaarbare symptomen?</b> .....	110
11.7	<b>Conclusie</b> .....	111
11.8	<b>Vragen ter discussie</b> .....	112
11.9	<b>Meer weten over onverklaarbare symptomen?</b> .....	112
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	113
12	<b>Medicalisering</b> .....	115
	<i>Donald van Tol (psycholoog)</i>	
12.1	<b>Inleiding</b> .....	116
12.2	<b>De drijvende krachten achter medicalisering</b> .....	118
12.3	<b>Hoe (on)wenselijk is medicalisering?</b> .....	120
12.4	<b>Conclusie</b> .....	122
12.5	<b>Vragen ter discussie</b> .....	123
12.6	<b>Meer weten over medicalisering?</b> .....	123
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	124
13	<b>Omgaan met overlijden</b> .....	127
	<i>Arend van Essen (theoloog), Anita Verhoeven (huisarts)</i>	
13.1	<b>Inleiding</b> .....	128
13.2	<b>Cijfers en achtergronden</b> .....	129
13.3	<b>Casussen</b> .....	130
13.4	<b>Hoe wordt erover gedacht?</b> .....	132
13.5	<b>Conclusie</b> .....	134
13.6	<b>Vragen ter discussie</b> .....	135
13.7	<b>Meer weten over omgaan met overlijden?</b> .....	135
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	136

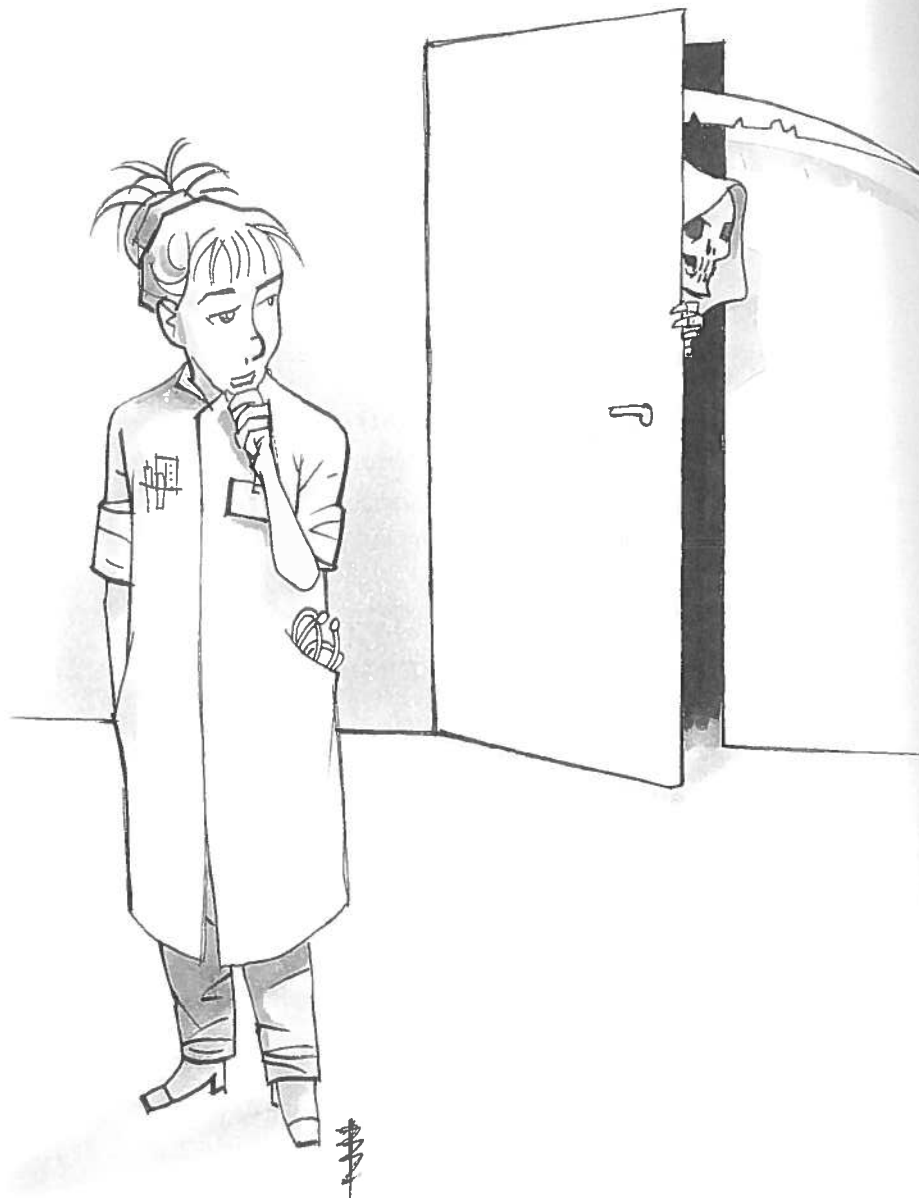
14	<b>Kwaliteit van leven</b> .....	137
	<i>Menno de Bree (filosoof), Menno Buiskool (specialist ouderengeneeskunde)</i>	
14.1	<b>Inleiding</b> .....	139
14.2	<b>Toepassingen</b> .....	140
14.3	<b>Kwaliteit als oordeel</b> .....	140
14.4	<b>Kwaliteit van leven: objectieve criteria</b> .....	141
14.5	<b>Kwaliteit van leven: subjectieve criteria</b> .....	143
14.6	<b>Conclusie</b> .....	145
14.7	<b>Vragen ter discussie</b> .....	145
14.8	<b>Meer weten over kwaliteit van leven?</b> .....	146
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	147
15	<b>Pijn en lijden</b> .....	149
	<i>Peter van Dijken (huisarts)</i>	
15.1	<b>Inleiding</b> .....	150
15.2	<b>Pijn</b> .....	152
15.3	<b>Lijden</b> .....	153
15.4	<b>Conclusie</b> .....	155
15.5	<b>Vragen ter discussie</b> .....	155
15.6	<b>Meer weten over pijn en lijden in de geneeskunde?</b> .....	156
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	156
16	<b>Patiëntveiligheid</b> .....	157
	<i>Dennis Beekhuis (huisarts)</i>	
16.1	<b>Inleiding</b> .....	158
16.2	<b>Patiëntveiligheid: enkele kernbegrippen</b> .....	159
16.3	<b>Zorggerelateerde schade in de Nederlandse ziekenhuizen</b> .....	162
16.4	<b>Patiëntveiligheidscultuur</b> .....	165
16.5	<b>Conclusie</b> .....	166
16.6	<b>Vragen ter discussie</b> .....	166
16.7	<b>Meer weten over patiëntveiligheid?</b> .....	167
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	167
17	<b>Diversiteit</b> .....	169
	<i>Els Maeckelberghe (ethicus), Eite Veening (filosoof), Auke Wiegiersma (arts maatschappij en gezondheid)</i>	
17.1	<b>Inleiding</b> .....	170
17.2	<b>Diversiteit: zeven invalshoeken</b> .....	171
17.3	<b>Voorbeeld: diversiteit en transplantatie</b> .....	173
17.4	<b>Conclusie</b> .....	175
17.5	<b>Vragen ter discussie</b> .....	175
17.6	<b>Meer weten over diversiteit?</b> .....	177
	<b>Geraadpleegde literatuur</b> .....	177
18	<b>Een fout, wat nu?</b> .....	179
	<i>Janneke Geurts (psycholoog)</i>	
18.1	<b>Inleiding</b> .....	181
18.2	<b>Hoe vaak gaat het eigenlijk fout?</b> .....	182

18.3	Wanneer en bij wie gaan er dingen fout? .....	182
18.4	Hoe gaat de medische wereld om met fouten? .....	183
18.5	Ontwikkelingen .....	185
18.6	Welke best practices zijn er als je een fout hebt gemaakt? .....	186
18.7	Conclusie .....	186
18.8	Vragen ter discussie .....	187
18.9	Meer weten over omgaan met fouten? .....	187
	Geraadpleegde literatuur .....	188
19	<b>Obductie</b> .....	189
	<i>A.U.C.C. Nooteboom (voorheen chirurg)</i>	
19.1	Inleiding .....	190
19.2	Wat is obductie? .....	191
19.3	De obductie in het onderwijs .....	192
19.4	Communicatieve aspecten .....	193
19.5	De beleving .....	193
19.6	Obductie aanvragen .....	195
19.7	De opbrengst van onderzoek bij obductie .....	195
19.8	Conclusie .....	196
19.9	Vragen ter discussie .....	197
	Geraadpleegde literatuur .....	197
	<b>Register</b> .....	199

# Omgaan met overlijden

*Arend van Essen (theoloog), Anita Verhoeven (huisarts)*

- 13.1 Inleiding – 128
  - 13.2 Cijfers en achtergronden – 129
  - 13.3 Casussen – 130
  - 13.4 Hoe wordt erover gedacht? – 132
    - 13.4.1 Casus 1: de relatie tussen persoonlijke en professionele houding – 132
    - 13.4.2 Casus 2: de arts als professional – 133
    - 13.4.3 Casus 3: de arts als persoon – 133
  - 13.5 Conclusie – 134
  - 13.6 Vragen ter discussie – 135
  - 13.7 Meer weten over omgaan met overlijden? – 135
- Geraadpleegde literatuur – 136



13

### 13.1 Inleiding

'Ik ben inmiddels overleden.' Indringend kijkt de man naar de wachtenden in het bushokje. Aan zijn blik valt niet te ontkomen. Zijn ogen blijven de reizigers volgen totdat de bus uit het zicht verdwenen is. De meer dan levensgrote poster brengt de alles verwoestende ziekte amyotrofe laterale sclerose (ALS) onder de aandacht van voorbijgangers. Media besteedden veel aandacht aan deze campagne. De levenden, die na hun dood zouden worden afgebeeld, kwamen – zo goed en zo kwaad als dat ging – op radio en televisie aan het woord. Zij zouden er geen baat



meer bij hebben, maar nader onderzoek zou toekomstige patiënten kunnen helpen. De Stichting ALS Nederland roept op tot een donatie. Het gironummer wordt vermeld. Hoe dichtbij kan de dood komen!

De vraag: hoe om te gaan met overlijden, staat centraal in dit hoofdstuk. Specifieker: hoe gaan (toekomstige) artsen om met overlijden? Zij komen – meer dan leeftijdsgenoten – in aanraking met de dood. Er komt in onze samenleving steeds meer belangstelling voor de dood. Regelmatig verschijnen er artikelen in de media over de (medische) zorg voor stervenden en nabestaanden, maar ook over de existentiële zoektocht van mensen die weten dat ze binnenkort gaan sterven.<sup>[1,2]</sup> De dood is meer zichtbaar en is vaker onderwerp van gesprek. In tegenstelling tot vroeger wordt het sterven niet langer weggestopt in ziekenhuizen, maar verschijnen er steeds meer hospices gelegen in woonwijken en dorpen.

De toenemende aanwezigheid van de dood in media en maatschappij heeft de arts-patiëntrelatie ook beïnvloed. De arts moet zich rekenschap geven van de betekenis van het sterven in zowel zijn professionele handelen als in zijn persoonlijk leven. De grens tussen professioneel en persoonlijk handelen van de arts kan daarbij vervagen. Hoort het bijvoorbeeld bij het professioneel handelen als een arts de nabestaanden van een patiënt een condoleancebrief stuurt?<sup>[3]</sup> Wanneer moet een arts ingaan op een uitnodiging om naar de uitvaart van een patiënt te gaan?

## 13.2 Cijfers en achtergronden

---

Jaarlijks sterven in Nederland tussen de 135.000 en 140.000 mensen, die ongeveer 500.000 nabestaanden achterlaten.<sup>[4]</sup> Van dit aantal sterft ongeveer een derde deel thuis, een derde in een ziekenhuis en een derde in een verzorgings- of verpleeghuis.<sup>[5]</sup> Een klein aantal sterft in een hospice of elders. In een huisartsen-normpraktijk van 2400 patiënten sterven jaarlijks twintig patiënten, van wie ongeveer acht thuis of in een verzorgingshuis, dus onder de hoede van de huisarts. De meest voorkomende doodsoorzaken zijn hart- en vaatziekten en kanker.<sup>[4]</sup> De meest voorkomende symptomen bij patiënten (met kanker) in de palliatieve fase zijn vermoeidheid en pijn.<sup>[6]</sup> De palliatieve fase gaat in nadat een patiënt te horen heeft gekregen dat genezen niet meer mogelijk is. Deze fase kan weken tot jaren duren.<sup>[7]</sup> Door onderzoek van Kubler-Ross in de jaren zeventig van de vorige eeuw dacht men dat het proces van diagnose naar sterven volgens een vast patroon verloopt: ontkenning en woede gevolgd door herorientatie en ten slotte acceptatie.<sup>[8]</sup> Tegenwoordig weet men uit uitgebreider wetenschappelijk onderzoek dat er geen vast patroon is, maar dat er variatie in reacties kan optreden.<sup>[9]</sup>

Bij het merendeel van de patiënten met een ziekbed verloopt het feitelijke stervensproces rustig. De meeste mensen hebben een sterfbed waarbij door het voortschrijden van de ziekte en/of door de invloed van geneesmiddelen de behoefte aan drinken minder wordt. Uiteindelijk vermindert het bewustzijn en zal de stervende in comateuze toestand overlijden. Tekenen van een naderende dood zijn een verandering van het gezicht (spitse neus, aftekenende jukbeenderen), een typische uitademingslucht door de uremie, koude ledematen met blauwe vlekken (doorgaans als eerste ter hoogte van de knieën) en een onregelmatige ademhaling (cheyne-stokesademhaling).<sup>[10]</sup>

Vanuit deze algemene gegevens zullen we nu drie casussen beschrijven. Deze zullen worden voorzien van een korte beschouwing over wat dit voor de arts en zijn omgang met overlijden betekent.

### 13.3 Casussen

#### Casus 1

In het volgende fragment vertelt een ervaren huisarts over een patiënt van middelbare leeftijd met darmkanker en hoe zij de begeleiding en het overlijden beleefd heeft.<sup>[1]</sup>

» Iemand die ik wel bijzonder vond is een meneer van 53 die darmkanker had. (...) «

» Op een gegeven moment had hij nog drie weken te leven. In die drie weken heeft hij zich ook echt voorbereid op het sterven en dat vond ik heel mooi om te zien. Hoe hij dat samen met zijn vrouw deed, erover sprak, zorgzaam was voor haar, van hoe het straks met haar moest als hij er niet meer was. Dat zeiden ze ook waar ik bij was. Dan ben je dus betrokken bij iets wat heel intiem is en dat is bijzonder om mee te mogen maken. (...) «

» Ja, daar word je gewoon deelgenoot van gemaakt, want daar wordt over gepraat terwijl ik erbij zit. Uiteindelijk was het bij die mensen ook zo, dat ik mijn mobiele nummer heb gegeven voor als er wat was in de avonden, nachten of weekenden. Die man is ook 's nachts overleden, dat vond ik ook heel mooi, ik was er 's avonds nog geweest. (...) Toen nam hij ook afscheid van zijn vrouw. Vervolgens gaf ik hem een injectie met het slaapmiddel en ik ging er rustig bij zitten. Hij was binnen een kwartier zo diep in slaap en zijn vrouw zei: 'Ja, dit is mijn man weer, want zo snurkte hij vroeger ook op de camping, zo echt keihard de camping over.' Dat was nu ook zo. Hij lag er helemaal ontspannen bij en toen ben ik weggegaan. 's Nachts werd ik gebeld dat hij niet meer wakker was geworden en was overleden. Zijn vrouw was erbij en zijn zwager. Die hadden samen gewaakt. Dan is het heel mooi om dat dus ook af te ronden, om te schouwen. Dan is het goed zo. (...) «

» Het is wel een heel bevredigend onderdeel van mijn werk, want je kunt wat doen voor mensen, je begeleidt ze. Maar ik leer daar zelf van. Ik leer daarvan hoe mensen zijn in zo'n laatste fase en wat er zoal gebeurt. Ik vind dat het mijn eigen leven en mijn persoon verrijkt. (...) «

» Ik denk dat ik daardoor toch wel anders ben gaan kijken naar de opdrachten die mensen krijgen in het leven. Of het leven zin heeft of niet, dat soort zingevingvraagstukken. (...) Ik denk wel dat ik er nu anders tegenaan kijk dan vijftien jaar geleden. «

In deze eerste casus zien we twee manieren waarop de grens tussen het functioneren als arts en als persoon vervaagt en de beide gebieden in elkaar overlopen. Als eerste valt op hoe de stervensbegeleiding de arts aanzet tot reflectie over haar eigen zingeving. Haar werk beïnvloedt haar persoonlijke vragen over de zin van het leven. Ten tweede vervaagt de grens tussen werk en privé met de beslissing van de huisarts om haar mobiele telefoonnummer aan de patiënt te geven. Hierdoor kan zij dag en nacht gebeld worden. Waar veel andere beroepsbeoefenaars de professionele rol achter zich laten bij het sluiten van kantoor, is dat voor artsen vaak minder zwart-wit. Dat geldt des te meer bij begeleiding van een sterfproces.

## Casus 2

Als coassistent loopt Sanne mee met dokter Van Heiningen, hematoloog en haar supervisor. Samen doen ze vandaag het spreekuur op de poli. Ter voorbereiding bekijkt Sanne de statusgegevens van de volgende patiënt. Ze schrikt even, want het gaat om mevrouw Van Dijken, een 25-jarige vrouw en moeder van een peuter. Sanne herinnert zich haar nog van een recente opname. Bij de opname ontdekte Sanne toen dat ze, behalve hun leeftijd, ook hun geboortestad met elkaar deelden. Mevrouw Van Dijken komt nu voor de uitslag van haar onderzoeken. Dokter Van Heiningen bereidt Sanne voor door te zeggen dat het om een slechtnieuwsgesprek gaat: de uitslagen wijzen op een non-hodgkinlymfoom met uitzaaiingen met een zeer slechte prognose. De sfeer tijdens het consult met mevrouw Van Dijken en haar man is gespannen. Mevrouw Van Dijken barst bij de slechte boodschap in tranen uit. Ook coassistent Sanne kan haar ogen niet droog houden. Het spreekuur gaat door, maar Sanne kan onmogelijk haar gedachten bij haar werk houden. 's Nachts slaapt ze onrustig.

Uit deze tweede casus blijkt dat artsen het moeilijk vinden geconfronteerd te worden met de dood. Artsen zien het meest op tegen het brengen van de slechte boodschap, de heftige emoties van de patiënt en de confrontatie met het gevoel met lege handen te staan, wat een hulpverlener juist niet wil en waarvoor hij niet is opgeleid.<sup>[12]</sup> Toch is het belangrijk dat de arts en de patiënt tijdig spreken over het levenseinde, zodat zij over en weer elkaars visie op de laatste levensfase leren kennen. Zo krijgt de patiënt de kans om desgewenst de regie zoveel mogelijk in eigen hand te houden en weloverwogen keuzes te maken; dit vermindert tevens angst en onzekerheid.<sup>[13]</sup> Een goede band met de behandelend arts, gekenmerkt door vertrouwen en respect, heeft een positief effect op de kwaliteit van sterven.<sup>[14]</sup> De houding van de coassistent laat overigens alle ruimte voor de eigen emoties van de arts als professional.

## Casus 3

Toen een aankomend arts tijdens haar opleiding onverwacht haar vader verloor, had dit een grote impact op de medestudenten. De studente schreef haar collega's een brief, waarin ze hen deelgenoot maakte van haar ervaring. Zij schreef onder meer:

» Omgaan met overlijden betekent nu voor mij een heel directe confrontatie met de persoon die ik mis in mijn leven, die persoon die wij als artsen niet hebben kunnen helpen. Het is heel onwerkelijk en oneerlijk om te leren voor dokter en tegelijkertijd niets te hebben kunnen doen aan het overlijden van diegene die ik het liefst had willen redden. In de eerste dagen na mijn vaders overlijden had ik heel veel last van het feit dat ik mijzelf niet alleen kon zien als een rouwende dochter, maar ook als een bijna-dokter, diegene in de familie met medische kennis. «

» Natuurlijk zal het overlijden van een patiënt nooit zo dichtbij komen als het overlijden van een familielid, vriend of partner, maar het kan je wel juist confronteren met je eigen gevoelens. Wat ik de afgelopen tijd heb ervaren is dat er eigenlijk maar een ding fout is: niets zeggen. Mensen zeggen vaak: ik weet niet wat ik tegen je moet zeggen, ik ben bang dat ik iets verkeerd zeg. Maar op het moment dat je niets zegt, weet een persoon ook niet dat je wel aan diegene denkt. «

» Mijn vader is niet gestorven in het ziekenhuis, maar onze huisarts was een van de eersten die mijn moeder heeft ingelicht. Dit laat al zien hoe belangrijk de rol van de arts is in het proces van overlijden en rouwverwerking. Hij kwam de eerste weken ook vaak even bij ons langs. (...). Ook nu heb ik nog contact met hem om te kunnen praten over hoe ik weer verder moet als geneeskundestudent, zonder bij iedere patiënt het gevoel te hebben dat het te dichtbij komt. Hij vertelde mij dat er een moment komt in je beroep als dokter, dat je beseft hoe verschrikkelijk oneerlijk ons vak eigenlijk is...<sup>1</sup> «

In deze derde casus ervaart de coassistente een enorme onmacht als de plotselinge dood van haar vader haar overvalt. Ze is de controle volledig kwijt. Ze ervaart de onmacht en de werkelijkheid als oneerlijk. Innerlijk ontstaat het conflict tussen de rouwende dochter en het bijna-arts zijn.

Als aankomend arts beschrijft ze niet alleen de confrontatie met haar eigen gevoelens, maar ook het dilemma van de mensen om een nabestaande heen. Moet je tegen een nabestaande wel of niet beginnen over het overlijden? En zo ja, wat moet je dan zeggen? Keirse zegt van wel.<sup>[15]</sup> Hij beschrijft vier rouwtaken voor de nabestaande, die verderop in dit hoofdstuk worden toegelicht. Artsen, familie en vrienden kunnen de nabestaande ondersteunen bij één van de rouwtaken, namelijk het ervaren van de pijn van het verlies, door hem de kans te geven stil te staan bij de pijn. Dit kan door de naam van de overledene uit te spreken of aandacht te geven aan onderliggende emoties van lichamelijke klachten. Uit deze casus mag duidelijk worden hoe belangrijk de rol van de huisarts is voor de nabestaanden.

## 13.4 Hoe wordt erover gedacht?

De drie casussen geven aanleiding tot de bespreking van enkele thema's rond het overlijden:

- Casus 1. De relatie tussen persoonlijke en professionele houding van de (aankomende) arts in de omgang met de stervende patiënt: distantie en nabijheid, en zingeving.
- Casus 2. De (aankomende) arts als professional: rol van de arts en het slechtnieuwsgesprek.
- Casus 3. De (aankomende) arts als persoon: gevoelens van onmacht, identificatie met de patiënt, zingeving, en distantie en nabijheid.

### 13.4.1 Casus 1: de relatie tussen persoonlijke en professionele houding

Het professionele leven van de arts heeft invloed op de arts als persoon. Zoals we hierboven zagen vervaagt de grens tussen het persoonlijke en professionele leven van de arts als de patiënt zich in de palliatieve fase bevindt. De huisarts in casus 1 wordt door haar werk geconfronteerd met haar eigen zingevingsvragen. Voorbeelden van deze existentiële vragen van de arts zijn: wat maakt mijn leven zinvol? en: hoe sta ik tegenover de dood? Privé en werk lopen ook in elkaar over als de huisarts haar mobiele telefoonnummer, in dit geval heel bewust, aan de

<sup>1</sup> De brief is authentiek en is opgenomen met toestemming van de studente.

patiënt geeft en zij dus dag en nacht, ook in haar vrije tijd, gebeld kan worden. Professionaliteit betekent hier verantwoordelijkheid nemen voor zelfkennis en zelfzorg. Dit is in dit geval goed voor zowel de patiënt als de dokter. Dit soort gebeurtenissen vergen extra aandacht van de arts.

Als reactie op het (naderende) verlies van een patiënt kunnen zich sterke emoties bij de arts manifesteren.<sup>[16,17]</sup> De positieve kant is dat het energie geeft, een gevoel van saamhorigheid met de nabestaanden, een gevoel van verwondering en bewondering. De negatieve kant is dat het emotioneel veel vergt van artsen, dat het hen verdrietig maakt en zij er soms zelfs kapot van zijn.<sup>[11]</sup>

### 13.4.2 Casus 2: de arts als professional

---

De arts speelt een belangrijke rol rond het overlijden van een patiënt. Dit geldt voor zijn gespreksvaardigheid bij het brengen van het slechte nieuws (casus 2), voor zijn handelen bij het verlenen van de medisch-technische zorg, maar zeker ook als het gaat om de emotionele zorg (casus 1) voor patiënt en nabestaanden.

Wat kan de arts doen voor nabestaanden (en zichzelf) als ze een periode van rouw doormaken? Bij casus 3 werd gewezen op de vier rouwtaken van de nabestaanden. In deze taken van rouwarbeid kan de arts de nabestaanden ondersteunen.<sup>[15]</sup> De eerste taak is het onder ogen zien van de werkelijkheid van het verlies. De arts kan hierbij helpen door de nabestaanden te begeleiden bij het begrijpen van wat zich heeft voorgedaan. De tweede rouwtaak is het ervaren van de pijn van het verlies, waarbij geleerd moet worden om de pijn toe te laten en eventueel gevoelens van opstandigheid en schuld te erkennen. De arts kan een handreiking doen door bij een consult het verlies ter sprake te brengen. De derde rouwtaak is aanpassen aan het veranderende leven. De arts zal in deze fase kunnen helpen door telkens opnieuw te luisteren naar wat deze aanpassing voor nabestaanden betekent en met welke moeilijkheden die gepaard gaat. Ten slotte is er de vierde rouwtaak: het verlies een (emotionele) plaats geven en opnieuw leren van het leven te houden. Hiervoor kan de arts doorverwijzen naar instanties die zich met professionele rouwverwerking bezighouden.

### 13.4.3 Casus 3: de arts als persoon

---

Niet elk overlijden maakt evenveel indruk op de arts. In casus 1 ervaart de huisarts dat de patiënt en zijn sterven heel dichtbij komt in haar persoonlijke leven. Als de arts onmacht ervaart, zoals de student in casus 3, zal het overlijden meer indruk maken. In casus 2 zien we dat de coassistent zich identificeert met de patiënt door de gedeelde leeftijd, geboorteplaats en ervaringen in de ziektegeschiedenis.

In **▣** tabel 13.1 worden ook andere factoren genoemd die betrekking hebben op de arts, de situatie en de patiënt en die de kans op problemen bij rouwverwerking van de arts doen toenemen.

In de confrontatie met lijden en dood krijgen artsen te maken met de vraag naar de zin en betekenis van het leven (casus 1), het lijden en de dood, ook de eigen dood. Dit zijn zingevingsvragen.

Is de arts zich niet bewust van de eigen emoties rond een overlijden, dan kunnen deze de relatie met volgende patiënten negatief beïnvloeden, en daarmee de arts-patiëntrelatie verstoren of zelfs vermijdingsgedrag, depressie of burn-out veroorzaken.<sup>[19]</sup> Artsen kunnen na een

■ Tabel 13.1 Factoren die de kans op problemen met rouwverwerking bij artsen kunnen doen toemen.<sup>[18]</sup>

artsgebonden factoren	identificatie van de arts met de patiënt qua uiterlijk, beroep, leeftijd en/of karakter
	identificatie met een belangrijk persoon uit het leven van de arts
	de arts heeft een ziek familielid, heeft pas iemand verloren of heeft onverwerkt verdriet
	gevoelens van inadequaatheid of falen
	onvermogen in het omgaan met gevoelens van onzekerheid of tweeslachtigheid
	angst voor dood en invaliditeit
	psychiatrische ziekte
	frequente eerdere verlieservaringen
situatiegebonden factoren	langdurige en hechte arts-patiëntrelatie
	persoonlijke relatie met patiënt (vriend of familie)
	onenigheid tussen arts en collega's of patiënt over het medisch beleid
	tijdsdruk
	veel ziekenhuisopnames in korte tijd of langdurige hospitalisatie
	onzekerheid wat de prognose of de medische zorgdoelen betreft
patiëntgebonden factoren	boosheid, depressie of wantrouwen bij patiënt of familie
	de patiënt is zelf werkzaam in de medische sector
	complexe of disfunctionerende familierelaties

overlijden achterblijven met een schuldgevoel over de inschatting van een aandoening, nachtmerries of zulke sterke emoties dat ze minder gaan werken.<sup>[11]</sup>

Niet alleen de patiënt en de nabestaanden rouwen, de (huis)arts rouwt soms mee.<sup>[20]</sup> Ook de huisarts ervaart namelijk menselijke gevoelens bij het onvermijdelijke overlijden van een patiënt (casus 2), en gevoelens van rouw en verliesverwerking na een overlijden (casus 1 en 3). Het hoort bij professionaliteit om zich hiervan bewust te zijn.

### 13.5 Conclusie

De overkoepelende vraag hoe om te gaan met overlijden hebben we aan de hand van drie casussen benaderd. De voorbeelden laten licht schijnen op de houding van de (aankomende) arts als persoon en als professional, en op de relatie daartussen. Uitgaande van het laatste valt op (casus 1) dat stervensbegeleiding de arts aanzet tot reflectie op haar eigen zingeving. Door het mobiele telefoonnummer te geven op ultieme momenten vervaagt ongetwijfeld de grens tussen werken privésituatie, maar als gebaar schept het wel een grotere vertrouwensband. Heftiger wordt het in het geval van coassistente Sanne (casus 2). Slechtnieuwsgesprekken vragen veel van de

arts, maar zijn tegelijk voorwaarde voor een goede behandeling/benadering in de eindfase van het leven. Dat de coassistente er met betrouwende ogen bij zit, getuigt van betrokkenheid, niet van falende professionaliteit. Geconfronteerd worden met de dood eist ook zijn tol van de professional. Dat kan nauwelijks duidelijker worden gemaakt dan met de brief van de aankomende arts die tijdens haar opleiding onverwacht haar vader verloor (casus 3). Ze beschrijft niet alleen de realiteit van de confrontatie met de eigen gevoelens, maar ook het dilemma van de mensen om een nabestaande heen. De rol van de arts in deze casus is buitengewoon belangrijk en zet aan tot nadenken over rouwtaken. Omgaan met overlijden is niet een statisch thema die een eenduidige benadering rechtvaardigt. De vraag hoe om te gaan met overlijden kent dan ook geen standaardantwoorden.

### 13.6 Vragen ter discussie

---

1. Heb je zelf ervaringen met overlijden en rouw? Wissel indien mogelijk deze ervaringen uit met een ander.
2. Zou je zelf als arts de uitvaart bijwonen van een overleden patiënt? Waarom wel/niet?
3. Zou je als arts een condoleancebrief sturen naar nabestaanden van patiënten? Formuleer enkele zinnen die je in zo'n brief zou kunnen gebruiken.
4. Bij casus 1: Welke gedeelte maakt de meeste indruk op je? Waarom?
5. Bij casus 2: Beschrijf de gedachten en gevoelens die coassistent Sanne heeft. Vind je die herkenbaar?
6. Bij casus 3: Beschrijf in je eigen woorden het innerlijke conflict dat bij deze studente is ontstaan door het overlijden van haar vader.
7. Stelling: Een professionele arts geeft in geval van een terminaal ziekbed zijn mobiele nummer aan de patiënt of zijn familie. Wat vind je van deze stelling?

### 13.7 Meer weten over omgaan met overlijden?

---

#### ■ Literatuur

Anbeek C, Jong A de. De berg van de ziel. Een persoonlijk essay over kwetsbaar leven. Utrecht: Ten Have, 2013.

Bleyen J. Doodgeboren. Een mondelinge geschiedenis van rouw. Amsterdam: De Bezige Bij, 2012.

Koelewijn J. De alledaagse dood. Gesprekken over het einde van het leven. Amsterdam: Prometheus, 2007.

Donkers ECMM, Thewessen EAPM. Vijf visies op sterven. Med Contact 2010;65(35):1656-9.

Keizer B. Vijf stijlen om stervensangst te beheersen. Trouw, 11 september 2010.

Mönnink HJ de. Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk. Utrecht: Elsevier, 2001.

Berg M van den. Rouwen in de tijd: een zoektocht in het landschap van afscheid en verlies. Kampen: Ten Have, 2009.

#### ■ Romans

Heijden AFT van der. Tonio. Grave: Dedicon, 2011.

Yalom ID. De Schopenhauer-kuur. Amsterdam: Balans, 2009.

#### ■ Films, documentaires, websites

Landelijke Steunpunt Rouw (LSR) (► <http://www.landelijksteunpuntrouw.nl>).

Agora, landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg (► <http://www.palliatief.nl>).

Vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (► <http://www.vptz.nl>).

Als je niet meer beter wordt ... Lotgenotenvoorlichting over de laatste levensfase. Vijftien video's van mensen die gaan sterven (► <http://www.alsjenietmeerbetertwordt.nl>).

Juul Bovenberg. Dodelijk dilemma (documentaire), 2009.

Over mijn lijk. Programma van omroep BNN over jonge mensen met een terminale ziekte van wie het verhaal wordt gevolgd voorafgaand en na hun overlijden (► <http://oml.bnn.nl>).

### Geraadpleegde literatuur

- 1 Kooi M van der. Wie stelt de grote vragen nog? Medicalisering van het levenseinde. *Trouw*, 1 juni 2013; bijlage.
- 2 Es G van. Het laatste woord: de kunst van leven met de dood. Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2013. Selectie van 48 van 105 gesprekken tussen 2011-2013 met 105 mensen over hun laatste levensfase. Aanvankelijk wekelijks gepubliceerd in de NRC op de achterpagina op zaterdag. Zie ook: televisie-uitzendingen van de NOS/NTR Nieuwsuur 27-30 mei 2013 over de laatste levensfase.
- 3 Hart W, Walvoort HC. 'Troosten: altijd'; condoleancebetuigingen van artsen aan de nabestaanden van hun patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145(45):2185-7.
- 4 StatLine (internet). Den Haag, Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; geciteerd juni 2013. Beschikbaar op: ► <http://statline.cbs.nl>
- 5 Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, Löfmark R, Miccinesi G, Kaasa S, et al. Population-based study of dying in hospital in six European countries. *Palliat Med* 2008;22(6):702-10.
- 6 Wanrooij BS, Graeff A de, Koopmans RTCM, Leget CJW, Prins JB, Vissers KCP, Vreken H, Zuurmond WWA (red). Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010:29.
- 7 Wanrooij BS, Graeff A de, Koopmans RTCM, Leget CJW, Prins JB, Vissers KCP, Vreken H, Zuurmond WWA (red). Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010:17.
- 8 Kubler-Ross E. On death and dying. London: Tavistock Publications, 1970.
- 9 Graeff A de, Hesselmann GM, Krol RJA, Kuypers MB, Verhagen EH, Vollaard EJ (red). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2006:626.
- 10 Wanrooij BS, Graeff A de, Koopmans RTCM, Leget CJW, Prins JB, Vissers KCP, Vreken H, Zuurmond WWA (red). Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010: 273.
- 11 Verhoeven AAH. De huisarts als professional en persoon rond het overlijden van een patiënt (masterscriptie Geestelijke Verzorging). Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap, 2009.
- 12 KNMG. Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde; handreiking om met de patiënt het gesprek aan te gaan over grenzen, wensen en verwachtingen rond het levenseinde. Utrecht: KNMG; herziene versie juni 2012 (geciteerd 6 september 2013). Beschikbaar op: ► <http://www.knmg.nl/spreken-over-levenseinde>
- 13 Wijlick E van, Dieten E van, Wigtersma L. Elf spelregels voor praten over het einde. *Med Contact* 2011;66(33-34):1968-70. Ook beschikbaar op: ► <http://www.knmg.nl/praten-over-overlijden>
- 14 Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med* 2012;172:1133-42.
- 15 Keirse E. Omgaan met rouw. *Bijblijven* 2005;21:18-26.
- 16 Jackson VA, Sullivan AM, Gadmer NM, Seltzer D, Mitchell AM, Lakoma MD, et al. 'It was haunting ...': Physicians' descriptions of emotionally powerful patient deaths. *Acad Med* 2005;80(7):648-56.
- 17 Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003;327:185-91.
- 18 Graeff A de, Hesselmann GM, Krol RJA, Kuypers MB, Verhagen EH, Vollaard EJ (red). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2006:628-9.
- 19 Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001;286:3007-14.
- 20 Anoniem. Niet alleen de patiënt verliest: de huisarts rouwt soms mee. *Huisarts Wet* 2003;46(10):590-1.