

Mart Calff over omgaan met patiënten van wie het einde nadert

# Een goed gesprek over de dood

Eveline van Dieten,  
communicatieadviseur KNMG

Correspondentieadres:  
e.van.dieten@fed.knmg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Een tijdig gesprek over het naderend overlijden voorkomt misverstanden over de hulpverlening bij het sterven. Dat staat in een nieuwe KNMG-handreiking. 'Zo'n gesprek moet je niet uitstellen', zegt medisch psycholoog Mart Calff.

Medisch psycholoog Mart Calff helpt artsen om patiënten naar waarheid voor te lichten.

beeld: De Beeldredactie,  
Marc Driessen

**Z**e traint artsen in (extreem) moeilijke gesprekken in de medische praktijk; gesprekken die gaan over het overlijden zoals euthanasie, orgaandonatie, palliatieve zorg, obductieverzoeken. Zwaarmoedig wordt Mart Calff, hoofd patiëntenzorg van de afdeling medische psychologie in het AMC, er niet van: 'Het is een mooi vak

om artsen te helpen patiënten naar waarheid voor te lichten. Als je een patiënt de "doodsklap moet toebrengen" is niets menselijks een arts vreemd. Wat je niet moet doen, is de boodschap uitstellen, te veel inkleden of hopen dat een patiënt zelf zijn conclusies trekt. Of maar blijven doorratelen terwijl de patiënt amper aan bod komt. Een goede voorbereiding



helpt om dicht bij jezelf en de patiënt te blijven.’

#### **Uitstelgedrag**

Dokters stellen het gesprek over de dood soms te lang uit. Of schuiven het door naar een collega, zoals een specialist naar de huisarts. De KNMG komt deze maand met een handreiking ‘Tijdig praten over het overlijden’ (zie *kader KNMG-handreiking* op blz. 1537) met aandachtspunten om vragen en verwachtingen van

patiënten over hun levens-einde tijdig te verkennen.

Als een patiënt binnen afzienbare tijd zal komen te overlijden, is een tijdig gesprek over zijn wensen cruciaal om passende zorg te kunnen verlenen

rond het levenseinde, stelt de handreiking. Die nadruk op het tijdig aangaan van dit gesprek maakt deze handreiking zo belangrijk, zegt Calff. ‘Zo’n gesprek moet je liever niet uitstellen. Gun jezelf en de patiënt de tijd om samen de behandelopties in deze nieuwe situatie door te nemen en te kijken wat goede zorg is. Artsen denken vaak dat hun mogelijkheden ophouden als de dood in zicht komt. Ze blijven maar zoeken naar behandelmogelijkheden en vinden het vaak niet te verdragen dat ze in hun ogen niets meer te bieden hebben. Niets is minder

waar. Als relatieve buitenstaander ben je juist een belangrijke gesprekspartner. Wat vindt de patiënt werkelijk van belang in zijn laatste levensfase? En hoe kan je met palliatieve zorg iemand maximaal comfortabel laten zijn?’

#### **Aankaarten**

Mensen praten niet graag over hun eigen overlijden. Wat te doen als iemand de boodschap lijkt te ontkennen? ‘Allereerst’, zegt Calff, ‘noem iets niet te snel ontkennen. Het feit dat iemand aangeeft niet met jou over het naderend einde te willen spreken, hoeft niet te betekenen dat hij het bericht ontkent. Als er wél sprake is van ontkenning, is mijn advies om dat uiteindelijk te accepteren en te respecteren. Mijn ervaring is dat mensen tot zich laten doordringen wat ze aankunnen. Het is wel verstandig in zo’n situatie hardop te benoemen dat de patiënt die maar herhaalt dat hij blijft vertrouwen in een goede afloop jou als het ware een volmacht geeft om te handelen zoals het je goeddunkt.’ Het aankaarten van het naderend overlijden is vaak een moeilijk moment. Calff: ‘Wat helpt, is van tevoren bedenken wat je wilt bereiken. Wat wil je dat de patiënt écht hoort? Je wilt bijvoorbeeld dat hij onthoudt dat hij ongeneeslijk ziek is, dat er veel manieren zijn om dood te gaan en dat jij als arts hem kunt begeleiden en hierover kunt praten. Daar moet je je informatie op afstemmen.’ Een bekende valkuil om de

### **‘Als relatieve buitenstaander ben je een belangrijke gesprekspartner’**



#### **Waar zien artsen het meest tegenop?**

##### **1. De klap toebrengen.**

Calff: ‘Stel het niet uit. En overlaad de patiënt niet met informatie. Laat hem op adem komen.’

##### **2. Niet kunnen verdragen dat je niets meer te bieden hebt.**

Calff: ‘Je hebt juist veel te bieden! Jij bent als relatieve buitenstaander een belangrijke gesprekspartner. Wat vindt de patiënt werkelijk van belang in zijn laatste levensfase?’

##### **3. Emoties van de patiënt verdragen.**

Calff: ‘Realiseer je dat het uiten van emoties hoort bij een eerste verwerking. Stimuleer dit uiten eerder dan het af te kappen. Het is een fase die je door moet alvorens verder te spreken.’

## Praten over (on)mogelijkheden

In dit gesprek staat het perspectief van de patiënt centraal: waar is hij bang voor? Wat wil hij nog bereiken? Wat heeft hij ervoor over? Bespreekpunten zijn:

- Welke medische mogelijkheden zijn er om klachten te verlichten of het leven te verlengen? Wat kan daarmee worden bereikt en op welke termijn? Benoem ook de kwaliteit van leven als de patiënt niet meer behandeld zou worden.
- Wat zijn de voordelen en nadelen van deze mogelijkheden?
- Hoe verlopen deze behandelingen voor de patiënt? Hoe belastend zijn ze?
- Wat zijn de gevolgen als de patiënt een behandeling weigert?
- Zijn bepaalde behandelingen medisch zinloos? Waarom?
- Zijn er schriftelijke wilsverklaringen? Is een non-reanimatiebeleid besproken? Overweegt de patiënt te stoppen met eten en drinken?
- Wat kan een arts concreet doen aan lichamelijke en psychische klachten?



## ‘Iemand die heel slecht nieuws krijgt, kan dichtklappen’

harde boodschap uit de weg te gaan, is de *hang yourself*-methode. Door bijvoorbeeld de patiënt eerst maar eens te vragen of hij nog is afgeval- len en nog steeds zoveel hoest. Calff: ‘Patiënten voelen de dreiging onbewust aan en zullen eerder geneigd zijn te vertellen hoe goed het met ze gaat waardoor het voor de slechtnieuwsbren- ger alleen nog maar moeilijker is geworden om het nieuws te brengen. Zeg liever direct wat er aan de hand is. Geen uitstel door middel van social talk als “was er nog een parkeerplekje?” of “hoe was het weekend?”, maar “U komt voor de uitslag. Ik kom direct ter zake. Ik heb helaas slecht nieuws voor u.” Het grote voordeel is dat je dan het consult vooral kunt gebruiken voor het opvangen van de patiënt.’

### Heftige emoties

Je moet de woorden vinden die bij jou pas- sen, zegt Calff. En leren om op de patiënt te letten. ‘Oefenen helpt. Artsen hebben na een training vaak het rustige gevoel dat ze moei- lijke gesprekken nu met het juiste gereed- schap kunnen aangaan. Het helpt om te weten hoe je bijvoorbeeld met heftige emoties moet omgaan.’ Wat zeg je dan? Calff: ‘Iemand die heel slecht nieuws krijgt, kan dichtklappen. Die hoort niets meer, voelt alleen de eigen emo-

ties. Schrik daar niet van. Accepteer maar dat iemand tijdelijk instort. Dat is een volkomen normale reactie op abnormaal nieuws. Je moet een patiënt eerst helpen om zich te uiten, zodat zijn hoofd weer leger wordt en hij ook jou weer kan horen. Geef hem de ruimte, iemand huilt echt geen uur lang. Laat weten dat je ‘m hoort, herhaal wat hij zegt en sluit aan bij je patiënt. Zeg bijvoorbeeld “U schrikt zich rot, wat gaat er door u heen?” Vraag waar hij zelf aan denkt, waar hij zich zorgen om maakt. Het uiten van deze zogenaamde “eerste reacties” is het begin van wat uiteindelijk “verwerking” genoemd kan worden. Pas na het uiten van deze eerste reacties zal de patiënt kalmeren en in staat zijn het gesprek te vervolgen.’

Het is ook verstandig niet alles in één gesprek te willen bespreken, zegt Calff: ‘Plan een vervolgspraak om aanvullende informatie te geven en vooral ook om na te gaan wat de pa- tiënt begrepen heeft van de informatie.’ En hou in de gaten of je van de patiënt een weloverwo- gen antwoord krijgt, zegt Calff: ‘Niet opgelucht het gesprek afronden als de patiënt direct “ja” zegt op je vraag of je verhaal duidelijk is, maar checken wát de patiënt heeft begrepen. Juist in emotionele gesprekken.’

### Behandelen of afwachten

Als de eerste emoties geventileerd zijn en er een heel klein beetje rust is ontstaan in het hoofd van de patiënt, is het mogelijk om de keuze te

## Psychisch en de rest

Ik maak in deze column regelmatig melding van mijn getob met patiënten met psychische klachten. Een moeilijke groep. Maar psychische klachten zijn niet het grootste probleem ('uitdaging') voor de bedrijfsarts. Dat zijn de medische veelvragen. Zij zijn overtuigd van de lichamelijke oorzaak van hun belemmeringen, en vastbesloten zoeken ze in het somatische circuit ('Er moet toch iets zijn'). Zij krijgen nog steeds de ruimte, bij voorkeur in de grote poliklinieken, waar de assistenten het werk doen. Assistenten zijn minder zelfverzekerd dan de ervaren rotten. Zij zetten voor de zekerheid technisch en chemisch onderzoek in, en anders vraagt de patiënt wel om een MRI. De apotheose is een verwijzing naar het naburige specialisme. Dankzij de wisseling van assistenten kan bij ieder polibezoek het verhaal opnieuw worden opgepakt. De regering heeft eind mei bekendgemaakt dat de kosten in de gezondheidszorg de ramingen overstijgen, dit keer met een miljard. De eerste lijn – de huisarts en de bedrijfsarts – staat erbij en kijkt ernaar. De huisarts heeft het niet gemakkelijk, want hij leert in zijn opleiding om vooral de relatie met de patiënt op orde te houden. Van de bedrijfsarts wordt eerder geaccepteerd dat de patiënt ontevreden is, als hij de spreekkamer verlaat. Soms maak ik hiervan gebruik, in een poging om de geldverslindende medische consumptie af te remmen. Mijn doel – dat slechts zelden wordt bereikt ('ik ben toch niet gek') – is om de vaste polikliniekbezoeker om te turnen tot een patiënt met psychische klachten. Weer eentje erbij in deze categorie. Ook niet eenvoudig. Maar daar hebben we de psycholoog voor.

Eveline Knibbeler,  
bedrijfsarts

bespreken tussen behandelen en afwachtend beleid. Calff: 'Het is daarbij van belang dat de patiënt de voor- en nadelen van beide opties goed gaat begrijpen zodat hij tot een weloverwogen keuze kan komen.'

Uit onderzoek is bekend dat artsen eerder geneigd zijn de "behandel"-optie onder de aandacht te brengen en relatief weinig woorden besteden aan de optie "afwachtend beleid". Ze adviseert om te streven naar een evenwichtige presentatie van beide opties en de patiënt te ondersteunen bij het afwegen van de voor- en nadelen van beide opties.

### Meeleven

Mag je meehuilen? Calff: 'Meehuilen niet; meeleven en empathie tonen wel. Meeleven is voor mij onlosmakelijk verbonden aan goede patiëntenzorg. Het toont professionele betrokkenheid. Zolang je maar meent wat je zegt. En, ook belangrijk, probeer af te stemmen op de copingstijl van de patiënt. Sommigen zijn heel direct in het uiten van hun emoties, anderen kiezen meer voor een zakelijke, rationele houding. Het is vaak goed om daarop aan te sluiten.' Het tegenovergestelde kan ook gebeuren: artsen die, vaak uit ongemak, niet op emoties reageren en maar doorpraten. Calff: 'De balans moet mijns inziens doorslaan naar de patiënt, die moet het meest aan het woord zijn. Het gaat tenslotte om het krijgen van een zo duidelijk mogelijk beeld van wat de patiënt zou willen omtrent zijn levenseinde.'



De handleiding en een korte checklist kunt u vinden via dit artikel op onze website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### KNMG-handreiking

Een tijdig gesprek over het overlijden vergroot de kans dat de patiënt passende zorg krijgt. En het voorkomt misverstanden over (on)mogelijkheden van de hulpverlening. Makkelijk is zo'n gesprek niet. De nieuwe KNMG-handreiking 'Tijdig praten over het overlijden' biedt houvast.

Met de gesprekspunten in de handreiking worden vragen en verwachtingen van patiënten over hun levenseinde verkend. Zoals de (on)mogelijkheden van behandeling, de aanwezigheid en betekenis van wilsverklaringen, opname in ziekenhuis, verpleeghuis of hospice, euthanasie en orgaandonatie. Samen met diverse patiëntenverenigingen wordt aan een variant voor patiënten gewerkt.

