

Oud geleerd...

Ed Kenter, gepensioneerd huisarts, werkte als SCEN-arts in het Britse Hull

beeld: Getty Images

Het Dove House Hospice in Hull is het hol van de leeuw. Daar is Ben Zylitz medisch directeur. Zylitz was in de jaren tachtig en negentig de grote voorman van de palliatieve geneeskunde in Nederland. Hij ging in tegen de stroom van opvattingen over euthanasie en propageerde palliatieve alternatieven.

Als gepensioneerd huisarts wil ik nog even doorwerken als SCEN-arts en daarvoor mijn kennis over palliatieve geneeskunde vergroten. Waar kun je dat beter doen dan bij Ben Zylitz en in Engeland waar de palliatieve zorg min of meer is uitgevonden? Ik laat mij met de taxi van de boot naar de hospice brengen. De chauffeur hoort al snel dat ik uit Nederland kom. Hij probeert het gesprek op gang te brengen met de altijd opdoemende namen van Cruyff en Gullit. Op de plaats van bestemming reken ik af en stap uit. 'Have a nice day, sir.' De chauffeur ziet het billboard voor de ingang: *Dove House Hospice. Caring for people with a life limiting illness. 'If possible'*, mompelt hij.

In Nederland wordt een hospice oneerbiedig een sterfhuis genoemd. In Engeland denkt men daarover heel anders. De opgenomen patiënten worden behandeld en 50 procent wordt ontslagen. Slechts de helft overlijdt in de hospice.

Als doorgewinterde huisarts moet ik mijn denkwijze soms corrigeren. Palliatieve geneeskunde heeft een andere manier van denken. Een huisarts probeert iemand beter te maken, een palliatief arts

probeert iemand zich beter te laten voelen. De huisarts richt zich op de diagnose en de therapie. De palliatief arts richt zich primair op het verbeteren van klachten en symptomen.

Er wordt eerst gekeken naar de prognose en dan naar de vraag of onderzoek en behandeling binnen die

termijn nog effect sorteren, of de patiënt daar baat bij heeft en hoe belastend dat voor hem is.

In het Dove House zijn twintig bedden en er is een polikliniek. De zorg op zaal wordt verdeeld over twee teams. Ik ben *clinical assistant*, vergelijkbaar met arts niet in opleiding tot specialist, en heb de zorg over tien patiënten die verspreid liggen op zaaltjes en kamers.

Tijdens de zaalvisite verbaas ik mij over de Engelse patiënten die in de plooi blijven en indirect commu-

niceren, terwijl zij happen naar lucht of creperen van de pijn. Daar moet ik erg aan wennen. Ik moet dus wel een beetje doorvragen.

'Are you alright? Are you comfortable?'

'I'm quite well, thank you.'

'Well I don't think you are, are you?'

Dan pas komt er ruimte voor de klachten.

Het woord *euthanasia* wordt niet uitgesproken, niet door de dokter, niet door de patiënt of de familie.

Natuurlijk kijken de familieleden om het bed bedrukt en soms kijken zij mij nadrukkelijk aan als de stervensfase langer duurt dan gedacht. Ik ben in Nederland gewend aan vragen over waarom het allemaal zo lang moet duren en aan het voorbeeld van de zieke hond en het spuitje.

Hier lijkt de familie merendeels te berusten in het verloop van de ziekte. De vragen blijven beperkt tot informeren naar de prognose en mogelijke pijn. Ik vraag me af waardoor er zo'n verschil bestaat in de omgang met de stervensfase.

Heeft er in Nederland normverschuiving plaatsgevonden dankzij een liberaal denkklimaat? Zijn daardoor nieuwe referentiekaders ontstaan?

Is 'ondraaglijk lijden' als criterium inmiddels vervangen door 'gebrek aan kwaliteit van leven'?

Nederlanders zijn niet alleen directer in de communicatie, maar ook praktischer. Men spreekt zich makkelijker uit over het verdriet en het lijden. Daarbij willen Nederlanders alles onder controle houden door allerlei afspraken te maken en die vast te leggen, tot en met de schriftelijke wilsverklaring.

Ik logeer in het huis van collega Lia, dat met de voeten bijna in de River Humber staat. Vanuit de *conservatory* (serre) kijk ik over de tuin naar de rimpels van het water. Breed is de Humber en de stroming is snel. De andere oever is gelijk de einder. Daar wordt de skyline gevormd door fabrieken en schoorstenen die hun rook uitblazen.

Aan deze kant van de Humber waren tot in de jaren zestig van de vorige eeuw scheepswerven.

Er is niets meer van over. Alleen de straatnamen herinneren nog aan die tijd. Alle scheepsbouw is vervangen door woningen voor de *upper middle class*.

Hull heeft een voorgeschiedenis van industrie met veel asbestverwerking, waardoor relatief veel mesothelioom voorkomt. Er wordt hier bovendien heel veel gerookt, waardoor ook veel mensen longkanker hebben. Dat heeft z'n weerslag in de

**De Engelse patiënten
blijven in de plooi
terwijl ze happen naar lucht**

CZ en Plexus

Het einde van het jaar nadert, mensen krijgen weer de gelegenheid naar een andere zorgverzekeraar over te stappen. Verzekeraars doen daarom extra hun best om zieltjes te winnen. Zo ook CZ.

Deze verzekeraar wil zich profileren als pleitbezorger van transparantie in de zorg door uit te spreken welke ziekenhuizen goede en welke slechte zorg leveren. Om te beginnen met borstkankerzorg. De lijst met 'goede' en 'slechte' ziekenhuizen heeft veel aandacht gekregen. Helaas voor CZ was dat vooral kritische aandacht. Borstkankerchirurgen, patiëntenverenigingen en ziekenhuizen zijn niet te spreken over de lijst. Zij vinden het een slechte lijst die gebaseerd is op slechte, onjuiste en ondoordachte uitgangspunten.

Daar schrokken ze bij CZ van en ze verzonnen een list. Op televisie verscheen ineens gezondheidszorgdeskundige Jaap Maljers. Hij had het nog eens bekeken en jawel, het onderzoek van CZ was wel degelijk een goed onderzoek. Hij prees CZ omdat zij nu eens man en paard noemden. Nee echt, CZ had het beste met de borstkankerpatiënten voor.

CZ tevreden, want hun onderzoeksrapport werd door een deskundige goedgekeurd. En Jaap Maljers tevreden, want hij was weer eens als deskundige op de televisie geweest. Maar nadere bestudering laat iets raars zien. Zorgverzekeraar CZ heeft bij het opstellen van het onderzoeksrapport hulp gekregen van Plexus, een organisatieadviesbureau werkzaam in de gezondheidszorg. Plexus heeft CZ geassisteerd bij het schrijven van het rapport waarop CZ zich beroept. Dat rapport dus waarvan Jaap Maljers zegt dat het zo doorwrocht is.

En nu mag u eenmaal raden waar Jaap Maljers werkt.

Inderdaad, bij Plexus. Dat was hij even vergeten te zeggen.

Aysel Erbudak,
voorzitter raad van bestuur Slotervaart-
ziekenhuis



Hull had vroeger veel asbestverwerkende industrie, waardoor er veel mesotheliom voorkomt.

hospice in Hull. Mesotheliom, COPD en bronchuscarcinoom vormen het hoofdmenu bij de mannen.

Arbeiders van weleer komen op brancards en in rolstoelen rochelend en benauwd binnen. Zij zijn de metaforen van rumoerige scheepswerven en fabrieken met rokende schoorstenen. William Morris is een van hen. Het asbest heeft zijn longvlies kwaadaardig veranderd in mesotheliom. Als een vis op het droge hapte William naar lucht. Hij kreeg steeds meer pijn en kreeg daarom steeds meer morfine. Als hij Willem zou heten en in Holland zou wonen, dan zou hij waarschijnlijk allang om euthanasie hebben gevraagd. Palliatieve sedatie leek mij nog de enige optie, maar een gepensioneerd huisarts is nooit te oud om te leren. 'Denk bij behandeling van pijn ook aan de pathofysiologische oorzaak', zegt Ben Zylicz. William was bij opname delirant. Hij had *pinpoint* pupillen en myoclonieën. Hij was dus toxisch. Hij had opioïde geïnduceerde hyperalgesie. William verbeterde na opioïdrotatie, waarbij de equivalente dosering werd verlaagd en hij kreeg verschillende pijnstillers uit andere groepen. Net als bij hypertensie, is polytherapie tegen pijn vaak effectiever dan hoge doses monotherapie. Oud geleerd is oud gedaan.

Over de Grens

Had u ook een verbijsterende, opmerkelijke of saillante ervaring met de gezondheidszorg in het buitenland, mail uw verhaal dan naar: redactie@medischcontact.nl.



Op www.medischcontact.nl kunt u alle artikelen uit de rubriek Over de grens terugvinden op de wereldkaart. Klik op de pennetjes en zie waar uw collega's zich bevinden en wat ze daar beleven.