

Een willig oor geeft steun

'Het gesprek is het belangrijkste communicatiemiddel met patiënten', vindt prof. dr. D.J.Th. Wagener. Hij is als hoogleraar Interne Geneeskunde verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Radboud in Nijmegen. Wagener is ervan overtuigd dat artsen meer zouden moeten luisteren naar hun patiënten. Dat kost minder tijd dan zij vaak veronderstellen. 'Spreekuur' en 'spreekkamer' moeten worden omgedoopt in 'luistertijd' en 'luisterkamer'. 'Naast specialistische kennis en ervaring is optimaal communiceren met patiënten één van de belangrijkste vaardigheden waarover artsen moeten beschikken', zegt hij.

"Kanker"; jrg. 20; april 1996; nr. 2
n. 6-9 L. van der Hoeven

'Doe niets tenzij je weet wat te doen als het verkeerd gaat' is een grondregel die aankomende medici leren, zegt Wagener. 'Als zij dus geen training hebben gehad in het omgaan met emoties van patiënten, behoren zij slecht-nieuwsgesprekken zoveel mogelijk te vermijden. Want hoe moet een arts reageren op patiënten die zeer boos worden of gaan huilen? Dit zijn reacties die veel voorkomen als de diagnose 'kanker' wordt medegedeeld. Oncologisch specialisten moeten vrijwel dagelijks 'slecht-nieuwsgesprekken' voeren. Zij moeten hun angst daarvoor overwinnen. Dat kan heel goed door praktische training. Die zou moeten bestaan uit diverse onderdelen zoals kennis maken, de diagnose vertellen, de verwachtingen van patiënten peilen en de arts-patiënt-relatie bespreken'

Status bestuderen

'Een arts dient de status terdege te bestuderen, voordat hij een slecht-nieuwsgesprek gaat voeren', maant Wagener.

pressiever werd. Een geneesheer had haar verteld dat zij tachtig procent kans had om vijf jaar te overleven. Na vijf jaar vertrouwde zij me toe dat ze allang dood had moeten zijn. Ze had kennelijk niet begrepen wat die tachtig procent betekende. Laten we niet vergeten dat veel kinderen op de lagere school moeite hebben met percentage-reken-sommen. Bovendien zijn in Nederland zo'n 800.000 mensen feitelijk analfabeet. Als je dat goed tot je laat doordringen, probeer je vanzelf je boodschap zo eenvoudig en helder mogelijk te verwoorden'.

Beeld van patiënt

'Bij het doornemen van de anamnese vormen artsen zich een beeld van de patiënt. Hoe zou deze zelf over zijn ziekte denken? Als een patiënt veronderstelt dat het gezwel goedaardig is, komt de diagnose 'kanker' hard aan. In de status zijn mogelijk ook aanwijzingen van eerdere ervaringen met de dood te vinden. Heeft de cliënt misschien ouders, broers, zussen of kinderen die reeds zijn overleden? Zo ja, dan heeft hij al eens een rouwproces doorgemaakt. De verwerking van het huidige verdriet zal dan waarschijnlijk gemakkelijker zijn. Stel daarentegen dat een patiënt een glanzende carrière achter de rug heeft en plotseling met een op handen zijnde dood wordt geconfronteerd. Dan verwacht ik dat het veel moeilijker wordt om het leven te aanvaarden. Aanvankelijk lijken zulke mensen de nare boodschap heel goed aan te kunnen maar na enige tijd blijken zij toch in psychische problemen te komen.

De auteur is sociaal wetenschapper en freelance journalist.

Soms raken zij in een diepe depressie en dan verwijst ik door naar een psychiater.

Eerste ontmoeting

'In het eerste contact wordt het vertrouwen gewonnen of het wantrouwen geboren', vervolgt Wagener. 'Daarbij zijn een aantal uiterlijke zaken van groot belang. Bij binnenkomst van de patiënt in de luisterkamer dient de arts op te staan, achter het bureau vandaan te komen en enige passen in de richting van de patiënt te zetten. Een handdruk en een glimlach werken ontwapenend. Daarna begint het gesprek. De arts moet regelmatig oogcontact zoeken, vooral tijdens het praten. Daarbij is een gelijke ooghoogte van belang. Een luisterkamer dient een rustige atmosfeer te hebben. Geen telefoons die voortdurend rinkelen, geen medewerkers die in en uit lopen. Van belang is dat doktoren hun patiënten het gevoel geven dat hun behandelaar alle tijd voor hen heeft'.

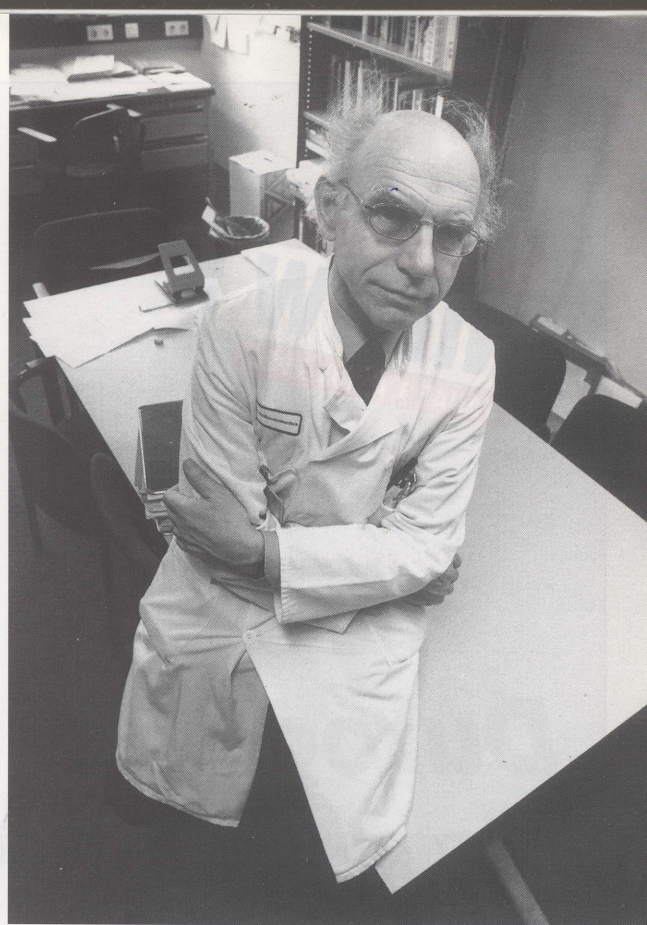
'Vertelt u eens, wat is er aan de hand? Zou een goede eerste vraag kunnen zijn. Daarbij zouden artsen hun patiënten in de gelegenheid moeten stellen om hun hele verhaal te vertellen. Uit onderzoek blijkt dat medici hun patiënten al na gemiddeld achtien seconden in de rede vallen. Dat geeft patiënten een opgejaagd gevoel. Beter is het om hen in staat te stellen hun klacht te verduidelijken. Zeventig procent van de patiënten heeft daarvoor minder dan twee minuten nodig, terwijl ruim negentig procent het in vijf minuten afkan. Let daarbij op non-verbale signalen zoals klamme handen, verwijde pupillen en andere angstsymptomen, en op de vraag-achterde-vraag'.

Openheid

'Om een goed gespreksniveau te bereiken, is een aantal factoren van wezenlijk belang', zegt Wagener. 'Het gesprek

dient plaats te vinden in een ruimte die voldoende privacy voor patiënten garandeert. Het beste kunnen niet alleen de patiënt zelf, maar ook zijn partner of directe familieleden worden uitgenodigd. Openheid is het devies, zodat geen van de aanwezigen achteraf hoeft te denken dat de geneesheer iets heeft achtergehouden. De arts neemt de ziektegeschiedenis van de patiënt door. Daarbij neemt hij de tijd voor eventuele opmerkingen, aanvullingen of vragen van de aanwezigen. Het is van belang om niet continu zelf aan het woord te zijn. Het gesprek is immers bedoeld om met de patiënt en diens familie te praten en niet tegen hen. Het is zinvol om af en toe na te gaan of het besprokene goed is overgekomen en of er nog vragen zijn gerezen. Het is belangrijk om momenten van stilte in te bouwen om de boodschap te laten verwerken. Patiënten moeten de ruimte krijgen om hun gevoelens te luchten: huilen, boosheid of angsten zijn normale emotionele reacties op onaangenaam nieuws. Juist met huilen weten veel artsen zich geen raad, terwijl het juist een belangrijke verwerkingsfunctie vervult. Groot verdriet kan het beste worden opgevangen door woorden van medeleven te uiten. Na enige tijd kan de behandelaar de patiënt vertellen dat hij alles zal doen om het lijden draaglijk te maken. De patiënt kan op zijn hulp rekenen, vooral in moeilijke momenten. Daardoor zal een deel van de angst worden weggenomen. Artsen zouden moeten bedenken dat het voor patiënten vele malen moeilijker is om een dergelijke tijding aan te horen dan dat het voor henzelf is om deze uit te spreken'.

'Met emoties kunnen artsen leren omgaan. In geval van huilbuien moeten zij bij de zieke blijven en hun medeleven tonen. Dat betekent niet dat zij emotioneel diepgaand



meeleven want dat gaat eenvoudig niet. Andere patiënten doen straks een beroep op hen en ook dan moeten zij klaarstaan. Als zij te veel van zichzelf vergen, gaan zij er zelf onderdoor. Daarom is een zekere zakelijke afstand, gekoppeld aan een 'ik wil je helpen'-houding het beste. Het verdriet van patiënten kunnen medici zich niet steeds persoonlijk aantrekken', zegt Wagener.

Verwerking

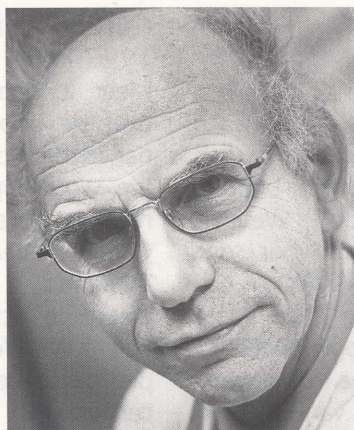
'Kübler-Ross onderscheidt vijf stadia in het proces van verwerking van een zwaar verlies: ontkenning, boosheid, onderhandeling, depressie en acceptatie', vervolgt Wagener. 'Voor angsten heeft zij geen aparte plaats ingeruimd, terwijl naar mijn ervaring die emotie erg vaak optreedt. Veel patiënten vrezen lichamelijke klachten, zoals verlamming of bedlegerigheid. Zij zijn bang voor de operatie: de pijn en de verminking van hun lichaam. Ook vrezen zij de gevolgen en de bijwerkingen van de ingreep. Anderen zijn bang om het psychisch niet aan te kunnen of hun verstand te

Prof. dr. Wagener: 'Patiënten moeten het gevoel krijgen dat deze dokter alles over hen weet...'

Foto: Flip Franssen, Nijmegen.

verliezen. Ook angst voor het sterven komt vaak voor. Tenslotte vrezen velen voor de financiële gevolgen van hun ziekte en het verlies aan status en invloed. Bovendien geeft de hulp en de zorg door derden hen een gevoel van afhankelijkheid, wat zij niet gewend zijn. Zo heeft eigenlijk iedere patiënt een unieke combinatie van angsten en zorgen over de gevolgen van de ingreep. Sommige patiënten reageren met humor op het slechte nieuws van hun behandelaar. Deze reactie dienen medici op te vatten als een verdediging van patiën-

'Juist met huilen weten veel hulpverleners zich geen raad...'



ten, die sterke gelijkenis vertoont met de ontkenning van de ziekte. Scherts functioneert als een opvangmechanisme om zichzelf staande te houden in een situatie waar eigenlijk alles de patiënt ontvalt. Zo zei een patient tegen mij tijdens het wegen: 'Ik zal mijn gebit maar inhouden, vindt u niet? Ik ben de laatste tijd wel erg afgevallen. De dragers van mijn kist verdienen hun geld wel heel gemakkelijk'. Want een dodelijke ziekte rekent af met toekomstplannen en -verwachtingen. Aan deze patiënten is nog maar een betrekkelijk korte tijd gegund, waarin veel zaken-idealiter-nog tot een goed einde moeten worden gebracht'.

Leugens om bestwil

'Het is beter om patiënten passief dan actief te informeren', meent Wagener. 'Gelukkig is daarin veel ten

goede gekeerd. Zo stelde ik in het eerste jaar van mijn opleiding de diagnose 'maagkanker' bij een patiënte vast. Van de chef de clinique kreeg ik opdracht haar te vertellen dat er sprake was van een maagzweer. 's Middags bracht zij twee mandjes met aardbeien. Zij vertelde mij dat ze erg opgelucht was omdat zijzelf dacht dat zij kanker had. Leugens om bestwil karakteriseerden in de vijftiger jaren de arts-patiënt-relatie. Sindsdien gaan de twee partijen veel democratischer met elkaar om. Onder de nieuwe patiëntenwetgeving zijn artsen verplicht om de juiste diagnose te vertellen. Artsen moeten nu wel direct noodzakelijke inlichtingen geven, maar zeker niet alles waar zij weet van hebben. Laat ik een voorbeeld geven. Tumoren zijn dermate klein, dat deze niet op röntgenfoto's zichtbaar zijn. Een patiënt kan dus miljarden kwaadaardige cellen in de longen hebben, zonder dat deze zijn aan te tonen. Medici dienen deze informatie niet te geven, anders zou het zelfvertrouwen van patiënten worden ondermijnd.

Geen valse hoop

'Patiënten moeten zoveel mogelijk leren positief met hun ziekte om te gaan. Dat betekent niet dat de werkelijke gang van zaken moet worden verdoezeld', vervolgt Wagener. 'Als artsen een palliatieve behandeling overwegen, moeten zij dat aangeven. Zij behoren te zeggen dat zij niet kunnen genezen. Patiënten verdrijven een dergelijke mededeling meestal in eerste instantie maar het blijft wel gelijk in het achterhoofd hangen. Het is net als met soldaten aan het front. De overlevenden wanen zich onkwetsbaar voor de kogels. Toch loopt het bij een groot aantal oncologische aandoeningen fataal af. Patiënten moeten dan ook worden voorbereid op het overlijden. Het is van groot belang dat zij er reke-

ning mee houden weldra niet meer te zullen leven. Misschien komt zo'n opmerking over het naderende levenseinde erg hard aan maar het in stand houden van valse hoop is ronduit verwerpelijk. Mensen sterven vreedzamer indien zij het gevoel hebben dat zij afscheid hebben kunnen nemen. Pas na afronding van alle tere zaken uit het verleden treedt de acceptatie in. Een menswaardige dood is dan niet langer afschrikwekkend'.

'De meeste patiënten met kanker krijgen pijnstillende medicatie voorgeschreven. Op de vraag of zij veel pijn zullen lijden, kunnen artsen zeggen dat zij ervoor zullen zorgen dat de patiënt zo min mogelijk pijn zal hebben. De zieke kan erop vertrouwen dat hij bij pijn een sterker of een ander geneesmiddel zal krijgen. Daarbij is het beter om een hoge dosis te geven waardoor hij meer slaapt, dan dat hij ernstige pijn lijdt. Verder zijn veel oncologie-patiënten bang voor benauwdheid, waardoor zij vrezen te zullen stikken. Maar een dergelijke complicatie zien wij eigenlijk nooit meer. Ook al zou benauwdheid optreden, dan nog bestaat er medicatie die het subjectieve gevoel van benauwdheid bestrijdt'. Wagener vervolgt: 'De vraag: hoe ga ik dood? zouden behandelaars kunnen beantwoorden met: langzamerhand raakt u meer en meer vermoeid. U zult steeds meer willen rusten en slapen. Uiteindelijk zult u waarschijnlijk tijdens uw slaap sterven. Voor het overlijden hoeft u niet bang te zijn, mits u zich erop voorbereidt door zoveel mogelijk met uzelf en uw omgeving in het reine te komen. Daardoor zult u in vrede afscheid kunnen nemen'.

Literatuur

D.J.Th. Wagener: 'Slecht nieuws, een handreiking bij de gespreksvoering', Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht (telefoon 0302333436), f. 39,50.