

# De dokter en de dood

## *Pleidooi voor een vernieuwd medisch curriculum*

**Tijdens de opleiding geneeskunde worden de aanstaande artsen nauwelijks voorbereid op de confrontatie met de eigen sterfelijkheid en de omgang met ernstig zieke patiënten. Tijd voor verandering, al is het alleen al omdat dit de kwaliteit van zorg kan verbeteren.**

*Door Marleen Moors en  
Katinka Dirken-Heukens-  
feldt Jansen*

Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde en filosoof, schreef in 2011 of we geen onomstotelijker embleem voor de dood kennen dan een mensenschiedel.<sup>1</sup> Zijn vervolgvraag of er iets zieligers denkbaar is dan een mens die zich met zo'n ding in zijn hand alleen maar afvraagt waar de sinus maxillaris precies zit, is een goede verwijzing naar de discussie die de laatste jaren speelt rondom het thema 'De dokter en de dood'.

Ondanks de twee uiterst boeiende programma's van zowel het congres 'De dokter en de dood' (Medisch Contact, oktober 2015 en 2016) en de nascholing 'Over- en uitbehandeld: passende zorg in de laatste levensfase', (Medilex, najaar 2015) ontbrak er iets in de programma's. Iets wat regelmatig tijdens discussies over de rol van de dood in de geneeskunde ontbreekt: aandacht voor de existentieel-psychologische processen waar artsen in hun beroepsuitoefening mee te maken krijgen in het contact met patiënten aan het levenseinde en de invloed die deze processen hebben op medische beslissingen. Zo zou de verhouding tot de eigen sterfelijkheid bij artsen een rol kunnen spelen in het besluitvormingsproces om door te behandelen bij ongeneeslijk zieke patiënten of om een slechtnieuwsgesprek over de naderende dood uit te stellen of te vermijden.

### **Invloed op slechtnieuwsgesprekken**

Al in de ZonMw-publicatie 'Moet alles wat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven' werd gesteld dat het slechtnieuwsgesprek nog steeds een precair issue is tussen arts en patiënt.<sup>2</sup> Communicatie in de spreekkamer over het stoppen of doorgaan met behandelen aan het einde van het leven verloopt soms stroef en ongemakkelijk of wordt te lang uitgesteld. In het publieke debat over het 'goede' slechtnieuwsgesprek wordt veelal aandacht besteed aan richtlijnen, communicatietechnieken en protocollaire vormgeving. Desalniettemin is

de vraag niet alleen hoe een slechtnieuwsgesprek formeel vormgegeven kan worden, maar ook welke psychologische processen bij arts en patiënt parten spelen in het beslissingsproces om door te behandelen of te stoppen en hoe dit onderling wordt gecommuniceerd. Onbewuste afweer die direct relateert aan angst voor de eigen dood kan immers ook van invloed zijn op moeilijke of onduidelijke communicatie tussen arts en patiënt. Immers, de arts is getuige van existentiële pijn bij ernstig zieke patiënten, iets wat gewild of ongewild een appel doet op zijn of haar inlevingsvermogen en het bewustzijn van de eigen sterfelijkheid. Hier wordt de arts – die binnen een medisch paradigma is opgeleid – geconfronteerd met existentiële thema's zoals sterfelijkheid, onmacht en de capaciteit tot loslaten.

### **Doodsontkenning**

Er lijkt van artsen te worden verwacht dat ze te allen tijde medisch denken en handelen en dat ze ook existentieel en interpersoonlijk over de vaardigheid en weerbaarheid beschikken om met deze confrontatie om te gaan. Is deze verwachting reëel?

Uit Amerikaans sociaalpsychologisch onderzoek blijkt dat doodsontkenning een fundamentele drijfveer is achter menselijk handelen.<sup>3</sup> Omdat het een fundamentele drijfveer is, is het universeel en betreft het alle mensen, en is dit ook van invloed op de geneeskundige praktijk. Zo toont een studie uit 2013 aan dat de persoonlijke angst voor de dood en een onduidelijke eigen levensfilosofie bij geneeskundestudenten hen ervan weerhoudt slechtnieuwsgesprekken aan te gaan bij patiënten met een terminale prognose.<sup>4</sup> Een onuitgesproken angst voor de dood kan op langere termijn tot uiting komen als verminderde empathie bij de behandelend arts, wat de communicatie tussen arts en patiënt kan verslechteren.<sup>5,7</sup> Burn-out, met name binnen de oncologie, palliatieve en huisartsenzorg, kan een resultaat zijn van veelvuldig blootgesteld zijn aan het lijden van anderen in combinatie met te hard werken en een gebrek aan intercollegiaal overleg.<sup>5,6,7</sup>

De Terror Management Theorie, een onderzoeksrichting uit Amerika binnen de sociale psychologie, is gebaseerd op het idee dat de dood de enige zekerheid is die we hebben en gaat in op de vraag hoe de mens met deze angst omgaat. Normaliter kunnen mensen gedachten aan de dood redelijk goed ver-



Adobe Stock

dringen in het dagelijks leven. Deze verdringing is noodzakelijk om goed te kunnen functioneren. Maar wanneer men in de palliatieve geneeskunde of oncologie werkt, is dat een stuk moeilijker omdat de afweermechanismen die de dood op afstand houden voortdurend worden getriggerd. Dit geldt voor artsen, verpleegkundigen, psychologen, geestelijk verzorgers en anderen in de oncologische zorg.

#### **Meer aandacht voor omgaan met de eigen dood**

Artsen worden veelvuldig getraind op klinische competenties, maar artsen in opleiding krijgen nog steeds weinig structurele scholing en begeleiding in het omgaan met de dood.<sup>8</sup> Er zijn in Nederland nauwelijks georganiseerde leergangen over dood en doodsangst binnen de medische opleidingen. Naast een enkele cursus ethiek of een keuzevak psychosociale oncologie wordt de toekomstige arts zelden of niet voorbereid op de confrontatie met de eigen sterfelijkheid in de omgang met ernstig zieke patiënten. Dit ondanks het feit dat een connectie tussen ontkenning van doodsangst en ongemak met slechtnieuwsgesprekken bij artsen in opleiding is aangetoond.<sup>4</sup> Hoewel artsen patiënten tegenwoordig langer in leven kunnen houden, zijn geneeskundestudenten te vaak onvoorbereid in het omgaan met negatieve emoties zoals doodsangst bij patiënten met een terminale ziekte, blijkt uit Amerikaans onderzoek.<sup>6</sup> Geneeskundestudenten associeerden hun eigen doodsangst met vermijding, afwijzing,

het zoeken naar begeleiding en rationalisatie van de gebeurtenis. Individuele verschillen zoals geslacht, empathie, vroeg ouderverlies en stress beïnvloeden hun eigen doodsangst.<sup>9</sup>

#### **Verbeterde communicatie**

Wij achten het wenselijk om het thema dood tijdens de opleiding geneeskunde uitvoeriger te introduceren als onderdeel van het curriculum. Een mogelijkheid is om theoretische en ervaringsgerichte educatie te ontwikkelen waarbij de arts in opleiding inzicht krijgt in de eigen afweermechanismen die de communicatie tussen arts en patiënt kunnen vertroebelen, leert reflecteren op de betekenis van de eigen sterfelijkheid voor de beroepspraktijk en de eigen angsten bespreekbaar durft te maken.<sup>10</sup> Voorbeelden zijn de theoretisch wetenschappelijke bestudering van sterven en dood tijdens de bacheloropleiding vanuit multidisciplinair perspectief, zoals de antropologie, psychologie, ethiek, geneeskunde, sociologie en filosofie.<sup>10-11</sup> Tijdens de masteropleiding zou ervaringsgericht onderwijs een meerwaarde kunnen bieden. Bijvoorbeeld intervisiemomenten voor studenten die coschappen lopen, waarbij men groepsmatig de gelegenheid krijgt om te reflecteren op de eigen angsten en overtuigingen omtrent de dood, om ervaringen met terminale patiënten en hun overlijden uit te wisselen en hoe slechtnieuwsgesprekken te houden.<sup>10-11</sup> Wat doet het met je als een jonge patiënt op jouw afdeling gaat overlijden aan kanker? Hoe voelt het om

### Samenvatting

Het idee om artsen te laten reflecteren op de eigen sterfelijkheid tijdens hun studie voordat ze in de spreekkamer een slechtnieuwsgesprek houden of een confronterend gesprek over medische beslissingen rondom het levenseinde, zoals staken van de behandeling, is geen nieuwe ontwikkeling. Desalniettemin wordt de toekomstige arts tijdens de opleiding geneeskunde zelden of niet voorbereid op de confrontatie met de eigen sterfelijkheid in de omgang met ernstig zieke patiënten. Dit terwijl een connectie tussen ontkenning van doodsangst en ongemak met slechtnieuwsgesprekken is aangetoond. Tevens kan de verhouding van de arts tot de eigen sterfelijkheid van invloed zijn op het aanbieden of staken van medische behandelingen. Dit artikel pleit daarom voor theoretisch en ervaringsgericht onderwijs over de dood binnen het medisch curriculum.

in de buurt te zijn van een patiënt die gaat overlijden? En wat betekenen deze momenten voor jou als arts én als mens?

Wanneer de arts zich competent voelt het gesprek over de dood met de patiënt aan te gaan, neemt de kans toe dat slechtnieuwsgesprekken minder vaak worden uitgesteld en dat de communicatie opener zal verlopen aan het levenseinde. De verwachting is ook dat open communicatie over de eigen doodsangst binnen een veilige groep collega's de kans op een burn-out op de langere termijn doet afnemen, door vertrouwdheid met de thematiek.

### Handvatten en hulp

In huidige discussies over de dokter en de dood wordt er nog te weinig gevraagd waarop de behandelmodus van de arts vanuit existentieel-psychologisch oogpunt is gestoeld. Een reden hiervoor kan zijn dat het als onprettig en confronterend wordt ervaren. Het gesprek over de eigen doodsangst en het ongemak met eindigheid ligt immers binnen het existentieel paradigma, iets dat diep persoonlijk is en formeel buiten het medisch paradigma valt. Het kan van belang zijn om de arts in opleiding taal en handvatten te geven om zich persoonlijk en professioneel te verhouden tot de eigen existentiële thema's. Veel artsen zullen dit voor zichzelf al gedaan hebben en vanuit deze zelfkennis met de patiënt communiceren. Toch kan het voor de beginnende arts van belang zijn de confrontatie met de eigen eindigheid tijdens de eerste opleidingsjaren aan de kaak te stellen. Indien daar geen ruimte voor is, kan de behandelende arts erbij gebaat zijn om de geestelijk verzorger of consulent spirituele zorg in te roe-

pen bij slechtnieuwsgesprekken, of om ziekenhuisbreed het protocol in te voeren dat existentiële zorg een vast onderdeel wordt van de zorg rondom slechtnieuwsgesprekken. ●

### Literatuur

1. Keizer, B. (2011) Geneeskunde mijdt de dood, maar de dood mijdt niks of niemand. In: Filosofie, geneeskunde en de dood. Utrecht: De Tijdstroom, p. 65-74.
2. ZonMw Signalement Moet alles wat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven. April 2013, p. 29-34.
3. Uit de Terror Management Theorie van Amerikaans sociaal psycholoog Solomon, Greenberg en Pyszczynski blijkt dat onbewuste doodsangst een drijvende factor is achter menselijk handelen. In: Solomon S. Greenberg J & Pyszczynski T. (1991) Terror management theory of self-esteem. In: Snyder CR & Forsyth D (Eds.) Handbook of social and clinical psychology: The health perspective. New York: Pergamon Press.
4. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. Archives of medical science: AMS 2013;9:127-131.
5. Fields Sa, Johnson WM. Physician-patient communication: breaking bad news. W V Med J 2012; 108:32-5.
6. Wear D. (2002). Face to face with it: Medical students' narratives about their end of life education. Academic Medicine, 77 (4), 271-277.
7. Bruera et al. A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. Palliat Med 2007; 21: 501-5.
8. Dirken-Heukensfeldt Jansen K. (2007) Doodgaan is een afgang. Medisch Contact, nr 09-28 feb. 2007, p. 397.
9. Firth-Cozens J, Field D. Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. Br J Med Psychol. 1991;64:263-71.
10. Dam QD van. (2016). Psychotherapeuten en de dood. Pleidooi voor educatie. T. v. Psychotherapie. 3: 156-168.
11. Dam QD van. (2016). Het gevreesde levenseinde. De vele gezichten van doodsangst. In: Vink M, Teunisse S & Geertsema H (red.). Klaar met leven? P. 49-62. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

*Marleen Moors is filosoof en spiritueel zorgverlener oncologie en palliatieve zorg bij VieCuri Medisch Centrum, een topklinisch opleidingsziekenhuis met locaties in Venlo en Venray en een verzorgingsgebied van ongeveer 280.000 inwoners.*

*Katinka Dirken-Heukensfeldt Jansen is huisarts bij Gezondheidscentrum Castrovalva, Zorggroep Almere, huisartsopleider bij het AMC te Amsterdam en bestuurslid LHOV. De auteurs ervaren geen belangenverstrengeling.*