

“Met een gesprek over vroegtijdige zorgplanning valt heel wat winst te boeken”

Blijven we tot elke prijs levensverlengende behandelingen uitvoeren of begrenzen we de zorg en kiezen we voor een kwaliteitsvol levenseinde? Dat is de delicate vraag die verpleegkundige Greet De Cock en intensivist Philippe Meersseman zich bedachtzaam en genuanceerd stellen in hun boek *Grenzen aan genezen*.

TEKST VEERLE SAMAN

In het maatschappelijk debat over de aanpak van de vergrijzing en de zorg die uit zijn voegen barst, komt kwaliteitsvolle zorg aan het levenseinde bijna niet aan bod. Was dat de aanleiding om het boek te schrijven?

Greet De Cock: “Het is inderdaad zo dat in de discussies over de haalbaarheid van onze gezondheidszorg vooral gesproken wordt over het belang van preventie, het bijsturen van de efficiëntie, technologie en zorgdifferentiatie. Hoe belangrijk dat ook is, toch missen we een essentieel element, namelijk de vraag of al onze diagnostisch-therapeutische ijver ook de levenskwaliteit van onze zorgvragers dient. We merken dagelijks dat er veel zorg- en levenskwaliteit verloren gaat, doordat we te lang interventies blijven doen of te lang blijven doorbehandelen. Ons uitgangspunt is dus de waardigheid van de zorgvrager, maar dat kwalitatieve, menselijke zorg een remedie zal zijn tegen een zorginfarct hangt daar wel mee samen. Daar verwijst trouwens de ondertitel van ons boek naar.”

Philippe Meersseman: “Het thema hield ons allebei al heel lang bezig. Greet vanuit haar ervaring als verpleegkundige en mij vanuit mijn beroep als intensivist. Die gedeelde bezorgdheid heeft ons aangezet om te schrijven, zeker omdat te vaak blijkt dat zowel beleidsmakers als de brede samenleving de grenzen aan genezen doodzwijgen. Terwijl open

communicatie net zo belangrijk is. We willen voorzichtig en genuanceerd duidelijk maken aan de zorgverleners, -vragers en beleidsmakers dat we moeten durven na te denken over hoever zorg moet gaan. Dat kunnen we alleen samen beslissen.”

En merken jullie dat het iets in beweging zet?

De Cock: “Het boek is zo geschreven dat het toegankelijk is voor iedereen. We wilden niet alleen voor de zorgsector schrijven. Dus we krijgen reacties vanuit twee hoeken. Enerzijds vanuit de zorgvragers, die nu beter begrijpen hoe zorg georganiseerd is en hoe een overdaad kan schaden. Mensen daarover informeren was een belangrijke doelstelling. Anderzijds vanuit de zorgverleners, die ons laten weten dat onze getuigenissen heel herkenbaar zijn en dat ze de boodschap voluit ondersteunen. Dat is fijn om te horen omdat het bevestigt dat *Grenzen aan genezen* niet alleen het verhaal is van twee auteurs, of van een specifiek ziekenhuis of specifieke medische discipline. Het is een verhaal van onze hele samenleving. Wat zijn de waarden waarmee wij naar ons leven kijken, naar de lengte en de kwaliteit ervan?”

Meersseman: “Mensen die niet in de sector werken, geven bovendien aan dat het boek een goede aanleiding is om

over het levenseinde te praten. Oudere mensen of patiënten met ongeneeslijke ziektes vermijden het onderwerp nog vaak, ook in gesprekken met hun kinderen. Sommigen zet het aan om na te denken over hoe ze omgaan met de eigen gezondheid en de impact daarvan op anderen en de hele maatschappij.”

Jullie pleiten voor vroegtijdige zorgplanning met een samenspraak, een 'trialoog', tussen de zorgverlener, de patiënt en zijn omgeving. Welke rol kunnen zorgprofessionals daarin spelen?

De Cock: “Door de palliatieve werking is er al een hele weg afgelegd, want die omvat immers op tijd spreken over wensen en doelen. Toen ik startte als verpleegkundige, beslisten artsen alles en ondergingen de patiënten dat gewoon. Daarna kwam gelukkig de patiëntenparticipatie en kregen patiënten mee de regie in handen. Maar wat moeilijker geworden is, is dat patiënten hun wensdenken gaan verwoorden en van daaruit therapieën gaan vragen en soms eisen. Zorgverleners weten vanuit hun expertise en ervaring dat meer, intense of langdurige interventies niet altijd betere zorg betekenen. Die twee belevingen moeten we weer op elkaar afstemmen en dat kan alleen door erover te praten, liefst in een 'trialoog'.”

“

Het is veel gemakkelijker om therapie aan te bieden dan voor te stellen om niet meer te behandelen en voor optimaal comfort te zorgen. Dat zijn moeilijkere gesprekken, die meer tijd vragen.”

PHILIPPE MEERSSEMAN

UZ Leuven



Meersseman: “De aanzet om erover te spreken kan zowel van de patiënt als van de arts komen. De huisarts kan het initiatief nemen, maar ook een specialist tijdens een behandeltraject. Omdat er veel redenen zijn waarom een gesprek over vroegtijdige zorgplanning niet gebeurt, pleiten we ervoor om, naar analogie met de bevolkingsscreenings, elke 75-jarige een uitnodiging te sturen om met de huisarts te praten over de zorgmogelijkheden en -wensen in de toekomst. Een, misschien moeilijk, gesprek nu vergemakkelijkt een moeilijke beslissing later. Zeker wanneer iemand acuut achteruitgaat en wilsonbekwaam wordt, is het een grote hulp voor de naasten en de zorgverleners om te kunnen terugvallen op eerder uitgesproken en geregistreerde wensen. Het kan wrijvingen binnen families voorkomen.”

Bestaat er ook bij zorgprofessionals nog een zekere schroom om een kwaliteitsvol levenseinde ter sprake te brengen?

Meersseman: “Artsen zijn opgeleid om te behandelen en te genezen. Ze willen opties kunnen aanbieden. Dat is ook vaak wat de patiënt verwacht. Het is veel gemakkelijker om therapie aan te bieden dan voor te stellen om niet meer te behandelen en voor optimaal comfort te zorgen. Dat zijn moeilijkere gesprekken,

die meer tijd vragen. Bovendien hebben artsen de eindverantwoordelijkheid. Niet starten of stoppen met een behandeling kan mentaal wegen, vooral als ze iemand al lang opvolgen. Verpleegkundigen staan dicht bij de patiënt en zien wat de effecten zijn van de therapie die artsen voorschrijven en wat de impact ervan is. Daar moeten we dicht bij elkaar komen. De samenspraak omvat dus ook alle zorgverleners onderling. Iedereen – zorgkundigen, sociaal werkers, spiritueel zorgverleners en diëtisten – die bij de zorg van een patiënt betrokken is, bekijkt hem vanuit een andere invalshoek en kan een stukje van de puzzel leggen. Dat is de kern van interprofessioneel samenwerken.”

De Cock: “Dikwijls werpt de patiënt heel subtiel iets op wat de zorgverlener zou moeten oppikken in het kader van vroegtijdige zorgplanning. Iemand die aangeeft dat hij niet meer wakker wil worden bijvoorbeeld. Zo'n uitspraak nodigt uit om door te vragen. Houdt dat hem al langer bezig en heeft hij dat

al met zijn familie bekeken? Wil hij dat dat opgenomen wordt met de artsen? Vroegtijdige zorgplanning wordt dus niet altijd op een bepaald moment gepland, maar dient zich aan door de zorg heen. Daarom zou elke dienst op regelmatige basis een interprofessioneel overleg moeten voorzien, want elke zorgverlener brengt eigen waardevolle informatie aan.”

Meersseman: “Gesprekken over vroegtijdige zorgplanning gaan over onze kwetsbaarheid en eindigheid. Het vraagt sereniteit en tijd om daarover te praten, terwijl artsen al zo weinig tijd hebben. Ze willen zoveel mogelijk mensen helpen en de wachttijden zijn lang. Als een huisarts vier raadplegingen per uur doet en hij moet een uur spreken met iemand over vroegtijdige zorgplanning, dan zitten er drie mensen in de wachtzaal te wachten. Toch is dergelijke informatie cruciaal om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. Ik moet eerst goed kunnen uitleggen wat bijvoorbeeld reanimatie inhoudt of wat een opname

“

Elke dienst zou op regelmatige basis een interprofessioneel overleg moeten voorzien, want elke zorgverlener brengt waardevolle informatie aan.

GREET DE COCK UZ Leuven



op intensieve zorgen betekent en wat de consequenties zijn, voor ik kan peilen of de patiënt of zijn naasten dat nog willen.”

De Cock: “Zo'n gesprek is een tijdsinvestering op korte termijn, maar spaart heel wat tijd uit op lange termijn. Dat is de vicieuze cirkel die we moeten doorbreken. Het is sneller en makkelijker om te zeggen dat we een 90-jarige naar intensieve zorgen moeten overbrengen dan een gesprek over comfortzorg aan te gaan. Maar de arbeidstijd van tal van zorgverleners die op intensieve zorgen voor deze patiënt instaan, is natuurlijk vele malen hoger dan het gesprek dat niet gevoerd werd uit tijdsgebrek. De palliatieve kaart trekken vraagt tijd op korte termijn, maar rendeert ongelooflijk op het vlak van middelen en mensen op lange termijn. Daarbij moeten we in rekening brengen dat studies aantonen dat de arbeidskrachte tot 2025 alleen maar zal toenemen.”

Meersseman: “Er moet over de disciplines heen gekeken worden. Een huisarts die

een uur met iemand praat, kan soms vermijden dat die persoon van een woonzorgcentrum in een ziekenhuis belandt en uiteindelijk op intensieve zorgen terecht komt. De tijd die die huisarts nam, zal de levenskwaliteit van die patiënt ten goede komen en een positieve impact hebben op de organisatie van de zorg in zijn geheel. We zijn verantwoordelijk voor onze individuele patiënten en hoe langer hoe meer ook voor het collectief systeem waarin zorg georganiseerd wordt.”

Wat willen jullie graag bereiken met het boek?

De Cock: “Hoe meer mensen het boek lezen, hoe meer er van onderuit nagedacht zal worden over toekomstige levensdoelen en zorgwensen. Maar ook structureel hopen we wat verschuiving te zien. Achteraan het boek doen we een aantal suggesties. Het zou fantastisch zijn als er een interprofessionele werkgroep samengesteld zou worden met artsen, beleidsmakers, een ethicus, socioloog, verpleegkundige of medisch

econoom. Zo'n groep zou dan vanuit die verschillende hoeken onze andere aanbevelingen onder de loep kunnen nemen, opdat er structureel bijgestuurd kan worden.”

Meersseman: “Als beleidsmakers ervoor zorgen dat er een respectvolle dialoog tussen de verschillende stakeholders kan ontstaan, dan zetten we zeker al een stap in de goede richting.”

GREET DE COCK EN PHILIPPE MEERSSEMAN
Grenzen aan genezen. Hoe menselijke zorg een zorginfarct voorkomt
Oktober 2024 | ISBN 978 94 014 3574 1 | € 25,99 | 200 blz. | Lannoo Campus

