

Er zijn grenzen aan behandelen, aan genezen en aan het leven: soms moeten mensen gewoon kunnen sterven

DS

© nyt

Waarom blijven we mensen in uitzichtloze medische situaties keer op keer door het oog van de naald helpen, vragen Philippe Meersseman en Greet De Cock zich af.

Philippe Meersseman & Greet De Cock

Pneumoloog-intensivist; verpleegkundige. Auteurs van het boek *Grenzen aan genezen?* dat in het najaar verschijnt bij LannooCampus.

Gisteren om 03:00

Hoe moet het voelen om in dit tijdsgewricht in onze contreien 80-plusser te zijn? Ze zijn onze inspiratiebronnen, onze (groot)ouders, onze morele kompassen, maar zouden ze soms zelf het noorden niet verliezen te midden van alle polemieken die hen aanbelangen? Er was hun kwetsbare geïsoleerde positie tijdens de coronacrisis, er zijn de discussies over euthanasie bij mensen met dementie, er zijn de constante tekorten aan mensen en middelen in de woonzorgcentra, er zijn de berekeningen rond de vergrijzing en de discussies over de pensioenfactuur.

We mogen hopen dat ouderen zich blijvend laten horen. Ook nu, na de voorstellen die CM-voorzitter Luc Van Gorp, ongetwijfeld in eer en geweten, heeft gelanceerd: ouderen die levensmoe zijn, zouden “het leven moeten kunnen teruggeven”. Dat was een knuppel in het hoenderhok, maar het is goed dat dit aartsmoeilijke, onontkoombare debat wordt gevoerd. Een debat dat geen enkele voorgaande generatie is moeten aangaan, omdat mensen nog nooit zo massaal en met zoveel verschillende aandoeningen tegelijk ouder werden als nu. De snelle evolutie van de volksgezondheid en de geneeskunde heeft de levensverwachting verhoogd, maar ze heeft ook geleid tot meer existentiële en sociologische vragen. Als zorgverleners voelen we de nood om te getuigen vanuit het hart van de acute zorg.

Belastend parcours

In ziekenhuizen wordt dagelijks massaal ingezet op levensverlenging. Uiteraard vaak met verbluffend resultaat. Maar wat als samen met de levensjaren ook de hulpbehoevendheid, de ziektebeelden en ongemakken bij een patiënt hand over hand toenemen? Wat met de 87-jarige uitbehandelde kankerpatiënt met levensbedreigende nierproblematiek? Wat met een 83-jarige man die een hartstilstand krijgt? Wat met hoogbejaarden met beperkte functionaliteit op intensieve eenheden en in operatiekamers?

Het is overigens niet altijd gelinkt aan leeftijd. Ook jonge mensen kunnen een slecht medisch lot trekken. Een dertiger kan minder vitaal zijn dan een tachtiger. Nog andere factoren kunnen bepalen of medisch ingrijpen verantwoord is: veerkracht, fysieke en mentale capaciteiten, sociale omkadering, levensvreugde of het ontbreken ervan, enzovoort.



Lees ook

Hoe praat je over het levenseinde? “Gun jezelf domme opmerkingen” >

Waarom blijven we mensen met verschillende van die fragiele parameters, waarvan hoge leeftijd er een is, in een levensbedreigende situatie keer op keer door het oog van de naald helpen? Waarom kiezen we, soms als vanzelfsprekend, voor nierdialyse, reanimatie, chemotherapie, bloedtransfusies, complexe infuus- en voedingstherapie, invasieve onderzoeken, operaties of intensieve zorgeenheden terwijl we weten dat de kans heel groot is dat we mensen in een zeer fysiek afhankelijk en mentaal belastend parcours duwen? Soms voor enkele weken of maanden, soms voor jaren. Om dan ergens onderweg op hun chronische traject te verzuchten dat het leven eigenlijk al lang ‘voltooid’ is. Is het dan niet logischer dat we onze therapeutische overmoed inruilen voor het tijdiger respecteren van natuurlijke stervensprocessen? De natuur heeft een mechanisme bedacht om ‘het leven terug te geven’: vrijwaren dat mensen op de gepaste tijd (kunnen) sterven. Het vraagt moed om die wetmatigheid te respecteren. Zolang we op die manier massaal natuurlijke stervensprocessen te vuur en te paard bestrijden, worden de persoonlijke en maatschappelijke vragen nog complexer: als we niet tijdig (laten) sterven, en er toch aan toe zijn, hoe kunnen we dan de dood verhaasten? Vicieuze cirkel

Af en toe hoor je op de afdeling intensieve zorgen tijdens een gesprek met een patiënt over zijn invulling van levenskwaliteit en medische wensen: “Oké, ik doe het nog voor mijn kinderen.” En na drie weken intensieve zorg zeggen de kinderen: “Dat zou pa nooit gewild hebben.”

Het geeft aan dat ook naasten altijd direct betrokken zijn bij therapeutische keuzes. Het wel of niet verder behandelen bij levensbedreigende situaties vraagt een delicate afweging met degelijke medisch-verpleegkundige informatie en serene gesprekken met alle betrokkenen. Als zorgvragers en hun naasten goed geïnformeerd zijn over de gevolgen en ongemakken van therapieën, kiezen ze vaker zelf voor levenskwaliteit zonder verdere interventie.



Lees ook

Ethicus Chris Gastmans zet puntjes op de i in debat over levensmoeheid: “Onze samenleving sluit heel oude mensen uit” >

Maar daar knelt het schoentje. De belangrijkste voorwaarde om die gesprekken in volle respect en vertrouwen te voeren, is tijd. Waar we tijd missen, doen we gewoon voort, blindelings gericht op gestandaardiseerde protocollen zonder rekening te houden met de persoonlijke context. Het is de vicieuze cirkel van de zorg. Zonder stilstaan gewoon doorgaan, leidt tot nog meer interventies, nog meer druk op de zorg.

Niet alleen de fysieke, mentale en sociale belasting van de hoge werkdruk speelt zorgverleners parten. Hoe langer hoe meer schuurt ook de bevraging over therapeutische hardnekkigheid (waar soms ook patiënten of families zelf om smeken): “Ik doe meer kwaad dan goed voor de levenskwaliteit van mijn patiënten.” “Waar ben ik nog mee bezig?” Sommige zorgverleners haken daardoor mentaal af, ze gaan zich afschermen van de menselijke impact en richten zich puur functioneel op het behandelen van ziektebeelden. Anderen kunnen die morele stress, het niet geloven in wat je doet, niet aan en zoeken ander werk. Dat kunnen we ons uit zorg voor zorgverleners en ons zorgsysteem, niet permitteren.

Economische realiteit

Onze krampachtige hunker naar levensverlenging is niet het verhaal van een enkel ziekenhuis, een medische discipline, een arts. Het is het verhaal van de hele samenleving, die worstelt met de onvermijdelijke eindigheid van het leven, die verbeten gelooft in de maakbaarheid en die nog te weinig overtuigd is dat goede geneeskunde ook de eigen grenzen erkent.

Die maatschappelijke overmoed ombuigen naar waardige realiteitszin is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners én zorgvragers. Laten we de moeilijke gesprekken over het levenseinde niet uit de weg gaan, maar voortijdig uitzoeken welke verwachtingen er zijn, wat mogelijk is, of we therapie starten, voortzetten of stoppen, wat leven of overleven is, wat wenselijk en menselijk is.

Als we de geneeskundige grenzen niet respecteren op basis van onze zorg voor levenskwaliteit en waardigheid (wat eigenlijk de drijfveer zou moeten zijn om beslissingen te nemen), dan zullen we op termijn verplicht zijn ze te stellen op basis van economische en organisatorische haalbaarheid. Nu we de zorg niet meer voor iedereen gebolwerkt krijgen, zijn die tijden aangebroken. Het voelt ongemakkelijk om het

levenseinde als perspectief in een adem te verbinden met de bezorgdheid voor zowel levenskwaliteit als economische realiteit. Een zorgorganisatie blijft, net zoals de samenleving, maar leefbaar als de collectieve middelen billijk verdeeld worden, dat klopt. Maar ook een individueel mensenleven blijft maar vervullend als de voltooiing ervan zich waardig kan voltrekken. Daarom hopen we dat zorgverleners, als kroongetuigen van de zorg, het langs alle kanten uitbazuinen: er zijn grenzen aan behandelen, aan genezen en aan het leven. Maar niet aan onze persoonsgerichte kwaliteitsvolle zorg voor anderen. Wij blijven voor u zorgen, als één team, met uw naasten, met zorgorganisaties, met een overheid, samen, met één gemeenschappelijk doel: uw kwaliteitsvol leven en ... waardig sterven.