



## OPEREREN IS NIET ZALIGMAKEND

Met de Medische Publieksacademie belichten *Dagblad van het Noorden* en Universitair Medisch Centrum Groningen medische onderwerpen voor een breed publiek. Dinsdag gaat de lezing over 'opereren of niet'.

### Lezing

Chirurg dr. Barbara van Leeuwen (boven) en de internisten ouderengeneeskunde dr. Pauline de Graeff (midden) en Suzanne Festen (onder) geven dinsdag een lezing over 'opereren of niet' in het UMCG. De lezing is reeds volgeboekt.

De najarsreeks van de Medische Publieksacademie behandelt de komende weken de volgende onderwerpen: leverkanker (29 september in deze bijlage); voeding bij gezondheid en ziekte (6 oktober); hart-klapafwijkingen (13 oktober); zeldzame bewegingsstoornissen (3 november) en parodontitis (10 november). De bijbehorende gratis lezingen zijn telkens op eerstvolgende dinsdag na publicatie. Zie ook: [www.medichepublieksacademie.umcg.nl](http://www.medichepublieksacademie.umcg.nl).



**N**ederlanders worden steeds ouder, en jammer genoeg worden ze daarmee ook steeds vaker ziek. Tegelijk nemen de medische mogelijkheden toe. „We weten nog niet zo goed wat er nog kan en wat er niet kan”, zegt chirurg Barbara van Leeuwen.

Vroeger was niet ongewoon dat mensen boven de pensioengerechtigde leeftijd niet meer ingrijpend geopereerd werden, puur vanwege hun leeftijd. 65? „Ja twintig jaar geleden vonden we dat nog oud”, vervolgt Van Leeuwen. „Ik weet nog dat een chirurg een vrouw van

die leeftijd met een vorm van kanker op de verpleegafdeling op haar schouder klopte met de woorden: „65 is ook een mooie leeftijd hoor.”

In die twintig jaar is het beeld totaal veranderd. Er zijn nu vrijwel geen leeftijdsgrenzen meer. Dat komt ook doordat de conditie van veel 65-plussers spectaculair verbeterd is. Mensen van die leeftijd zijn nu vaak niet echt 'oud' meer. Er zijn genoeg 75- en 80-plussers met een prima conditie. „Toen de leeftijdsgrenzen voor een operatie derhalve verviel, zijn we veel meer oudere mensen gaan opereren. Dat heeft desondanks af en toe wel tot schrijnende gevallen geleid. Mensen die je heel goed opereert maar die na zo'n operatie dan toch een heel ellendig leven leiden.”

Een 76-jarige vrouw met de ziekte van Parkinson had twee tumoren in haar darm, en kon eigenlijk niet leven met het idee dat die tumoren daar zaten. Ze wilde een operatie. Die verliep op zich goed maar het herstel was lastig, en ze kreeg last van complicaties. De vrouw kwam nauwelijks haar flat meer uit, leed aan pijn en is er eigenlijk nooit meer echt bovenop gekomen.

### NADELEN

Technisch gezien kunnen chirurgen heel veel. Maar aan elke operatie kleven nadelen. Het herstelpro-

ces duurt bij oudere mensen doorgaans langer, in zo'n periode kan de patiënt niet veel.

Een operatie bij een ouder iemand levert doorgaans meer problemen op dan bij een jongere. Een oudere kan na een ingreep behoorlijk in de war raken, een zogeheten delier krijgen, en het geheugen kan achteruit gaan. In het ziekenhuis krijgen ouderen sneller een blaasontsteking, longontsteking of andere infectie, omdat hun afweersysteem zwakker is. Het lange stilliggen en niet kunnen bewegen leidt tot verlies van spiermassa. En mensen raken uit hun normale ritme, raken sociale contacten kwijt en kunnen extra eenzaam worden. „Je kan zeker wel weer herstellen maar lang niet iedereen komt weer terug tot het oude niveau van voor de operatie”, zegt Van Leeuwen.

Daarom worden ouderen in veel ziekenhuizen tegenwoordig speciaal onderzocht voor ze geopereerd worden, om een beeld te krijgen van wat ze aankunnen en hoe kwetsbaar ze zijn. De patiënt en de arts kunnen zo beter voorbereid de operatie ingaan, of besluiten van een ingreep af te zien. In het UMCG is hier een speciale werkwijze voor opgezet, waarbij een chirurg als Barbara van Leeuwen en specialisten ouderengeneeskunde zoals Suzanne Festen en Pauline de Graeff hun kennis bundelen.

Die specialisten bespreken gezamenlijk patiënten, waarbij vooral ook de inbreng van verpleegkundigen belangrijk is. Speciale verpleegkundigen die langere gesprekken voeren met de patiënten en met 'het systeem' om de patiënt heen: de kinderen, partner, mantelzorgers. „We proberen duidelijk te krijgen wat de patiënt nou eigenlijk echt wil. Het kan wel zo zijn dat wij als artsen optimistisch zijn over de behandeling, maar is de patiënt dat ook?”

In zulke gesprekken wordt ook bekeken hoe goed het sociale netwerk is waarop iemand kan terugvallen, hoe de psychische gezondheid is, de gehele veerkracht. „We horen dan uiteindelijk toch regelmatig: 'Ik hoeft niet ten koste van alles tien jaar verder te leven'”, zegt Festen.

### WAARDE

Bij oudere mensen is genezing van een ziekte als kanker niet altijd het allerbelangrijkste. „Het gaat ook om de waarde van het leven, om hoeveel iemand nog kan doen, hoeveel pijn je hebt, of je nog mogelijkheden ziet, om sociale contacten”, zegt De Graeff. „Bij zo'n gesprek gaat het soms ook om de levensovertuiging van iemand, om de vraag waar je nog voor wilt leven.”

Van Leeuwen voegt toe: „Er zijn tegenwoordig maar weinig technische beperkingen om een operatie uit te voeren. Maar dat is niet het hele verhaal. Als je de verschillende gevolgen van een operatie bespreekt, en laat zien dat er ook een andere optie is, dan is dat soms een

## “VEEL DOKTERS STAAN IN DE BEHANDELSTAND

enorme opluchting. Patiënten denken vaak dat ze in het ziekenhuis komen om geopereerd te worden. Maar als ze dan merken dat er ook andere mogelijkheden zijn, dan valt er soms echt een last van ze af.”

Het zijn uiterst gevoelige keuzes. Wat het nog extra lastig maakt is dat er ook een maatschappelijk-politieke discussie over is. In die politieke discussie gaat het ook eens om geld. Daar is het soms de vraag of de samenleving een zeer dure operatie bij een 90-jarige nog wel moet willen vergoeden. „Het geld speelt bij ons nooit een rol in de afweging of we wel of niet opereren”, benadrukken de drie artsen met klem. „Onze manier van werken is niet financieel gedreven maar waarde gedreven”, zegt De Graeff.

En wat die waarde betreft zien artsen nu eenmaal dat een operatie niet altijd zaligmakend is. „Als chirurgen zijn we natuurlijk gewend om juist wél te opereren, want dat is nu eenmaal ons werk en daar zijn we ook goed in”, zegt Van Leeuwen. „Veel dokters staan in de behandelstand”, aldus De Graeff het.

„We moeten er met zijn allen aan wennen om eerst goed te overwegen wat we nou eigenlijk willen bereiken.” In de standaard-manier van besluitvorming in het ziekenhuis is daar weinig tijd voor. Maar veel patiënten nemen die tijd zelf ook niet, is hun ervaring. „De gemiddelde patiënt denkt langer na over de aanschaf van een nieuwe auto dan over een ingrijpende operatie.”

### FAMILIE

Het gaat bij ingrijpende beslissingen niet alleen om de patiënt zelf, maar ook om de familie. „Soms wil de familie nog door terwijl het van de patiënt zelf niet meer zo hoeft. Dat is dan ook belangrijk voor de familie om te horen. Soms blijkt ook dat de situatie thuis een probleem is, en helpt het al enorm om te zorgen dat iemand ergens kan revalideren na de operatie. Er zijn zelden echte meningsverschillen als je er goed met elkaar over praat.”

Zo had een 80-jarige man grote endeldarmtumoren. Na overleg besloten de patiënt en de artsen hem niet te opereren, maar alleen te bestralen. De jaren erna bleven de tumoren vrij rustig. De man heeft zijn laatste jaren nog een redelijk normaal actief leven kunnen leiden, kon dagelijks stukken fietsen en wandelen en bij zijn familie en kennissen op bezoek.