

HET BEGIN

Een gynaecoloog en een huisarts over bevallingen

Het leven raakt het wezen van het artsenvak. Dit geldt zeker voor specialisten die bij de start van het leven betrokken zijn. Gynaecoloog Jos van Roosmalen (60) en de verloskundig actieve huisarts Mindert Landheer (31) zien veel pril geluk.

TEKST: **INGRID LUTKE SCHIPHOLT**
FOTOGRAFIE: **MARCO BAKKER, HH**

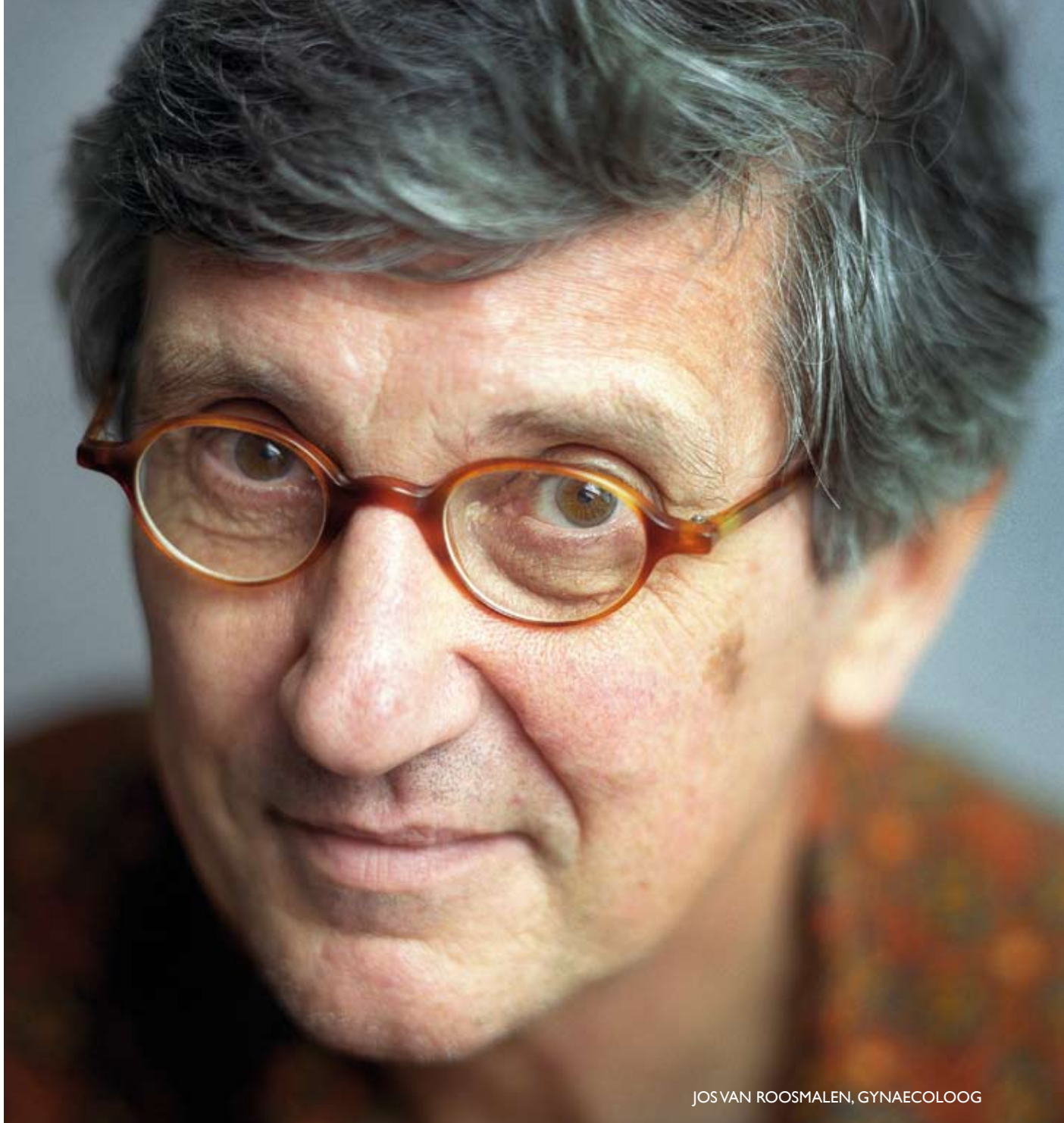
Fascinatie voor het leven en het contrast tussen levensomstandigheden in Nederland en de tropen waren voor Jos van Roosmalen belangrijke redenen om voor de gynaecologie te kiezen. Hij praktiseert in het Leids Universitair Medisch Centrum en in het academisch ziekenhuis in Dar es Salaam, Tanzania. De verschillen zijn groot.

'Er worden in de tropen een heleboel kinderen geboren. Bij veel baby's gaat iets mis. Een wezenlijke voorwaarde van het leven is dat het begin goed is. Dan krijgt een mens in ieder geval een aantal dingen mee.' Van Roosmalen werkte aan het begin van zijn

loopbaan zeven jaar als tropenarts in Tanzania.

Hij komt er nog geregeld om als gynaecoloog te praktiseren. 'Zonder die jaren in de tropen was ik nooit gynaecoloog geworden. In Tanzania had ik bijna iedere dag met verloskunde te maken. Ik vond en vind geboorten boeiend en uitdagend. Dat komt misschien wel omdat we allemaal twee dingen zeker meemaken: geboorte en dood.'

Over de vraag wat hij de indrukwekkendste bevalling vond, hoeft Van Roosmalen niet lang na te denken. Op kerstavond, twaalf jaar nadat zijn dochter werd geboren na een stuitligging, hielp hij een kind ter



JOS VAN ROOSMALEN, GYNAECOLOOG

‘GEBORTE IS WAAR DAN OOK IETS MOOIS’

wereld dat ook in stuit lag. ‘Dat waren mooie, natuurlijke bevallingen die ik niet gauw vergeet.’

Verdrietig

Andere bevallingen die hem raken, zijn die van dode kinderen. ‘Een dood kind ter wereld brengen is heel verdrietig. Ik hou de ouders altijd het volgende voor: “Het kind heeft het recht om op een waardige manier op de wereld te komen. Dat kun je nog voor hem doen. Zie dat als iets bijzonders.” Opvallend genoeg

zijn mensen na afloop waanzinnig trots op wat ze hebben gedaan. Meestal zien ze het kind nog na de bevalling. Soms is het een gaaf, mooi kindje met alles erop en eraan, soms met afwijkingen.’

Moederziel alleen

Af en toe maakt hij hele schrijnende bevallingen mee. Zoals de abortus bij een Burundese vrouw. De hiv-positieve vrouw woont in Nederland met twee kinderen; haar man leeft met twee kinderen

MET Z'N DERTIGEN BEVALLEN IN EEN GROTE *zaal*

in Burundi. Afgelopen winter is zij bevallen van een zoon. Nu was zij weer zwanger, vermoedelijk van een gebedsgenezers die beweerde haar van het aidsvirus af te helpen.

De zwangerschap kwam pas na 21 weken aan het licht. Toen de vrouw met een gynaecologische klacht op het spreekuur bij Van Roosmalen kwam, is de zwangerschap besproken in het Swahili, de taal die zij beiden spreken. Net voor de cruciale 24 weken is er een abortus gedaan.

'Dit was voor mij een stukje Afrika in Nederland. Die vrouw moet het hier moederziel alleen zien te rooien. De ochtend na de abortus wilde ze de bus naar huis nemen. Ik zei dat dit in haar conditie niet kon, maar ze had geen geld voor een taxi. Met veel moeite heeft de verpleging een vergoeding voor een taxi kunnen regelen. Ik had de verpleging al gezegd dat ik de rit desnoods zou betalen. Gelukkig zijn dit uitzonderingen. Maar het is wel schrijnend.'

Krijzen en gillen

Van Roosmalen vindt het steeds groter wordende verschil tussen arm en rijk zorgwekkend. De tweedeling tussen daar en hier raakt hem.

'Geboorte is waar ook ter wereld iets moois. Maar de slechte omstandigheden waarin kinderen in andere delen van de wereld worden geboren, schokken me. Er is elders een enorm gebrek aan middelen en privacy. Ik word er mismoedig van. In Dar es Salaam bevallen vrouwen met z'n dertigen tegelijk in een grote zaal. Alleen door een gordijntje om hun bed hebben ze enige privacy. Ze liggen allemaal bij elkaar maar desalniettemin allemaal alleen. De vrouwen mogen niemand meenemen. Er is ook geen pijnbestrijding, dus wordt er gekrijsd en gegild. Dat

is slecht voor de andere vrouwen. Evenals het feit dat een vrouw die een dood kind krijgt, gewoon naast iemand ligt die een goede partus doormaakt.'

En dat brengt Van Roosmalen op de grote verschillen tussen geboorten in de tropen en in Nederland. Een verschil in houding van de patiënte tijdens de bevalling wekt wel eens irritatie op. 'Soms zijn we hier wel vérselijk aardig voor de mensen. Patiënten eisen van alles. Ze verwachten bijvoorbeeld dat we een sectio verrichten. Dan moeten wij alles uit de kast halen om ze duidelijk te maken dat een sectio alleen op indicatie verstandig is. Daarom was ik zo blij met de keuze van Máxima om natuurlijk te bevallen. Zij heeft de Nederlandse verloskunde een enorme dienst bewezen.'

Altijd op de loer

In zijn rommelige werkkamer in het LUMC hangen foto's van collega's in Tanzania. Overal liggen artikelen over pijnbestrijding, moedersterfte en stuitbevallingen. Bij een stapel paperassen staat een tas met squashspullen. Sporten is zijn manier om af te reageren, fit te blijven en collega's te ontmoeten. Want ondanks veel vreugdevolle geboorten is er ook veel ellende in de verloskamer. De dood ligt altijd op de loer. 'Dood bij de geboorte is de meest extreme en ontijdige dood die er bestaat - hier en in de tropen. We nemen gezamenlijk een beslissing die voor het kind enorme gevolgen kan hebben. Het is vaak erger om een ernstig gehandicapt kind te krijgen dan een dood kind. Van een dood kind kun je afscheid nemen, hoe naar dat ook is. Van een gehandicapt kind niet.'

Meteen legt Van Roosmalen weer een verband met de tropen. Daar liggen leven en dood nog dicht bij elkaar. 'In de tropen heb je een ziek kind veel minder te bieden. Duizend gram wegen bij de geboorte is voor een kind in de tropen al bijna een doodsverklaring. Wij doen hier alles om een kind van 700 gram in leven te houden. Ik ken ouders die dit hebben doorgemaakt. Laatst zag ik zo'n stel zes jaar na de geboorte met een leuk monter kind tussen hen in. Dat maakt me gelukkig.'

Overal inzetbaar

Van Roosmalen vindt zijn manier van werken - praktiseren in het LUMC en in de tropen - de optimale invulling van zijn leven. 'Ik zou me gaan vervelen als ik alleen hier zou werken. Mijn werk als tropendokter heeft mijn leven gevormd. Vroeger wilde ik altijd huisarts worden. Maar als gynaecoloog ben ik overal in de wereld inzetbaar. Ik kan zowel in de tropen als in Nederland werken, al zou ik blij zijn als beide werelden ietsje dichterbij elkaar kwamen.'

Mindert Landheer (31) is sinds 2005 huisarts en verloskundig actief in Harkema, een dorp boven Drachten. Hij is gefascineerd door de vertrouwensband die bij een bevalling ontstaat. 'Ik koos voor verloskunde vanwege de relatie die je met een gezin opbouwt. Moeders vertrouwen je sneller als je ook de verloskundige zorg doet.'

Landheer heeft nu ruim tweehonderd bevallingen gedaan, waarvan zo'n veertig in zijn eigen praktijk. Verloskunde hoort bij het artsenvak. Een arts is pas een echte gezinsdokter als hij ook bevallingen doet, aldus Landheer. 'Een bevalling is nooit routine. Ik ben op een van de meest intieme momenten bij een gezin. De reactie van ouders is prachtig. Geweldig! Het laat zich niet in woorden uitdrukken.'

Flinke schisis

'Ik kan niet één thuisbevalling noemen die vervelend was. Het is altijd een feest. Ik deed een keer een bevalling bij kennissen. Hun blijdschap ervoer ik als extra

bijzonder. Een bevalling die ik ook niet gauw vergeet, is de baby met een cheiloschisis - en het was een flinke schisis. De ouders wisten dat hun kind dit had, want het zat in de familie. Zelf waren ze er ook mee geboren. De enige die ontzettend schrok, was ik! De ouders moesten om mijn reactie lachen. "Iedereen schrikt, maar dat zijn we gewend", zeiden ze. Ik heb verder niet meegemaakt dat een kind afwijkingen had.'

Voor Landheer is er geen grote scheiding tussen professionele afstandelijkheid en jezelf zijn. 'Ik ben niet zo emotioneel ingesteld. En als er emoties komen op momenten dat je dat niet wilt, dan is dat maar zo. Mensen vinden het niet erg als je laat zien dat iets je niet koud laat. Het fascineert me als een kind eruit is en het goed doet. Ik verwonder me er telkens over hoe de natuur in elkaar zit.

Het einde van het leven vind ik aangrijpender. Laatst stierf er de ene avond een vrouw met wie ik een jaar was opgetrokken. De volgende ochtend deed ik een bevalling. Zo dicht liggen leven en dood bij elkaar.'

'BEVALLING
SCHEPT EEN
BAND'



HET EINDE

Een kinderarts en een anios over de dood

De grootste opponent van artsen is de dood. Artsen vechten voor het leven, ieder op zijn eigen manier. Kinderpulmonoloog Paul Brand (45) gaat de strijd aan; anios Baukje Peeters (27) bekijkt het gevecht van een afstand.

TEKST: **INGRID LUTKE SCHIPHOLT**
FOTOGRAFIE: **MARCO BAKKER. HH**

‘Goed doodgaan is belangrijk, goed rouwen ook. Het enige wat ik uiteindelijk kan doen, is het de kinderen aan het eind van hun leven zo comfortabel mogelijk maken en de ouders ruimte geven.’

Aan het woord is Paul Brand (45), kinderpulmonoloog in de Isala klinieken in Zwolle. Brand heeft in zijn negentienjarige loopbaan ervaring opgedaan met kinderen die doodgaan. In zijn praktijk overlijden hooguit tien kinderen per jaar door een trauma of ziekte. En één keer per twee jaar sterft er een kind na een lang en onaangenaam ziekbed. Dat houdt dan de hele groep artsen en verpleegkundigen intensief bezig.

Hoe kun je die kinderen en hun familie in de laatste fase steunen?

‘Het is lastig om in algemene termen te praten over kinderen voor wie je niets meer kunt doen. Je bent

als kinderarts ook belangrijk voor de ouders. Die moeten het verdriet verwerken. Medisch gezien heb ik in een terminale situatie niets meer te bieden. Maar ik kan aandacht geven. Als dokter kun je daarmee een verschil maken.’

Huil je als een kind overlijdt?

‘Ik houd mijn ogen niet altijd droog. Sterker nog, als het overlijden van een kind mij niks meer doet, stop ik met dit vak. Ik heb nog nooit gemerkt dat ouders geërgerd raken als ik emotie toon. Het biedt juist steun als ze zien dat verdriet wordt erkend en herkend.

Ik voel me niet thuis bij de traditionele opvatting van distantie. Bij ouders van kinderen die sterven, slaat zo’n professionele houding niet aan.

Soms neem ik mijn emoties mee naar huis, maar ik slaap er niet slecht van. Het maakt mij wel extra



PAUL BRAND, KINDERARTS

Als het overlijden
VAN EEN KIND MIJ
NIETS MEER DOET, STOP IK MET HET VAK

dankbaar voor wat ik zelf heb. Als ik na het overlijden van een patiënt thuiskom en mijn kinderen slapen, kijk ik meestal even hoe ze erbij liggen. Dan weet ik weer wat een bofkont ik ben.'

Hoe bewaar je toch enige afstand?

'Ik heb de kunst afgekeken van mensen die ik het goed zag doen: even een hand op een schouder of een welgemeende blik. Ik heb dat in mijn opleidings-tijd afgekeken van een oudere collega-assistent. Aan

de andere kant heb ik voorbeelden van mensen die ik het fout vond doen. Bijvoorbeeld een huisarts die een vrouw met kanker in de eindfase alleen liet met helse pijnen omdat de morfine niet meer toereikend was.'

Hoe draag je deze houding over aan je eigen airos?

'Ik neem de airos mee naar moeilijke gesprekken met ouders. Hij moet dat proces gadeslaan en erover nadenken. Je moet respect hebben voor het intense

‘JE HOOPT DAT HET LAATSTE DEEL VAN HET LEVEN *thuis* PLAATSVINDT’

verdriet van de patiënt die weet dat hij doodgaat en voor de ouders die achterblijven.

Het is heel lastig om een protocol voor dit soort situaties te schrijven. Het komt heel dicht bij jezelf. Je moet stevig in je schoenen staan om je kwetsbaar te kunnen opstellen. Elke reanimatie evalueren we. We bespreken daarbij ook hoe je je medisch-technisch handelen scheidt van je emoties.’

Je mag bij kinderen geen euthanasie toepassen. Wat doe je wel bij een chronisch ziek stervend kind?

‘Binnen de grenzen van de wet kan ik slechts pijnstilling en sedativa geven. Het staat mij tegen dat je een kind kunstmatig in slaap brengt, het leven daardoor rekt en vervolgens wacht op een natuurlijke dood. Waarom kunnen wij kinderen voor wie wij niets meer kunnen doen niet een waardige dood bieden? Ik voel er veel meer voor om de mogelijkheden van hulp bij sterven te verkennen, dan om te streven naar terminale sedatie die binnen de wet is. Terminale sedatie kan vaak alleen in het ziekenhuis, terwijl je hoopt dat het laatste deel van het leven thuis plaatsvindt.’

Hoe zie je euthanasie bij kinderen voor je?

‘De euthanasiewet heeft bij volwassenen zijn nut bewezen. Een soortgelijk systeem kan ook haalbaar zijn voor kinderen. Er zit een regeling aan te komen voor levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen. Misschien dat je dergelijke regelgeving ook toepast bij kinderen tot twaalf jaar, van wie je vindt dat ze nog niet wilsbekwaam zijn. Daarboven hebben ze meebeslissingsrecht.’

Ben je in je privéleven geconfronteerd met de dood van kinderen?

‘Kinderen die overlijden, heb ik alleen professioneel meegemaakt. Privé heb ik juist ervaring met volwassenen die doodgaan. Ik was aanwezig bij het overlijden van mijn vader, een paar jaar geleden. Dat verdriet was anders, want nu ging het om iemand van wie ik zielsveel hield. De kinderen in mijn werk zijn me dierbaar, maar op een heel andere manier dan mijn vader.’

Kijk je door de ervaringen op je werk anders tegen de dood aan?

Hij denkt even na. ‘Dat weet ik eigenlijk niet. Dood hoort onlosmakelijk bij het leven. Het overkomt ons allemaal een keer. De meeste van mijn patiënten die doodgaan, treden de dood volkomen onbevangen tegemoet. Ik hoop dat vast te houden, zodat ik ook zo kan zijn als ik eenmaal zo ver ben.’

Filosofeer je wel eens over de dood?

‘Nee, ik kan niet zo goed filosoferen over dingen waarover ik toch geen duidelijkheid krijg. Daar ben ik misschien te veel wetenschapper voor. Ik zie het wel als het zover is. Ik ben een optimist. En ik geloof er geen bal van dat ons alleen maar ellende en narigheid te wachten staat.’

Wat kun je nog zeggen tegen een kind dat doodgaat?

‘Ik zeg niks. Ik heb niets te bieden; ouders soms wel. Sommige ouders ontroeren mij door de wijze waarop ze hun kind op de dood voorbereiden. Bijvoorbeeld de vader die tegen zijn doodzieke zoon zei: ‘Ik hou je hand vast en halverwege neemt Hij het over.’ Het waren religieuze mensen en het paste helemaal bij hun manier van leven. Dat gaf hen heel veel rust. En dat is waar het dan om gaat: rust.’

De stoel van God

Naar aanleiding van zijn ervaringen met kinderen die doodgaan, schreef Paul Brand de roman *De stoel van God*. Daarin gaat hij verder dan in zijn praktijk. De hoofdpersoon, een jonge kinderarts, past euthanasie toe bij een patiëntje. Het is een aangrijpend en controversieel thema. Hiermee draagt Brand bij aan de discussie over euthanasie bij kinderen. Hij laat zien dat het verbod op euthanasie bij kinderen vreemd is: volwassenen mogen wel uit hun lijden worden verlost, kinderen niet. Op www.destoelvangod.nl kan hierover gediscussieerd worden.

Het boek zet aan tot nadenken over de dood van kinderen. Maar bovenal emotioneert het boek, want kinderen en de dood zijn tegenpolen. De lezer wordt meegezogen in de woede en onmacht van kinderarts Theo van Diepen. Hier en daar wil de jonge kinderarts te veel de ideale schoonzoon uithangen door het slechte te schetsen en het goede te doen. Maar deze lichte irritatie valt in het niet bij de heftigheid van het thema. << ILS

De stoel van God, Paul Brand, Prelum Uitgevers, ISBN 978 90 8562 039 6, 298 blz., 22,50 euro

Anios Baukje Peeters (27) is zaalarts op de afdeling Interne geneeskunde in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam. Ze is er vlak na het behalen van haar bul in april begonnen.

Wanneer zag je voor het eerst een dode in het ziekenhuis?

‘Dat was tijdens mijn coschap hier in het ziekenhuis. De zaalarts nam me mee. Ik kende de patiënt niet. Het was raar om iemand te zien die niet ademde. Het zag er onwerkelijk uit, maar ik was er niet ondersteboven van. Iedereen in de kamer was rustig en ingetogen.’

En dan overlijdt er een patiënt die je kent. Hoe was dat?

‘Ik zag het aankomen. Maar toen de vrouw echt dood was, moest ik wel even slikken. Zeker toen ik de verdrietige familie eromheen zag. Ze was nog relatief jong, tussen de vijftig en zestig jaar. Ik bedacht dat mijn eigen moeder daar had kunnen

liggen. Toen voelde ik het verdriet van de familie. Ik realiseerde me dat haar man dit jaar Kerstmis viert zonder zijn vrouw.’

Wanneer schouwde je voor het eerst?

‘Een paar maanden geleden. Hoewel ik wist dat de patiënt was overleden, dacht ik toch van alles te horen. Daardoor twijfelde ik toch heel even. Ik moest immers iemand doodverklaren. Dat was niet niks.’

Zijn er mensen in je eigen omgeving overleden?

‘Ja, mijn opa’s, een oma en een goede vriend van de familie.’

Kijk je anders tegen de dood aan nu je er in je werk mee te maken krijgt?

‘Tegen het overlijden niet. In mijn werk kan ik er tegen. Dat had ik niet verwacht. Kennelijk bouw je een soort zelfbescherming op. Maar slechtnieuwsgesprekken vind ik niet altijd makkelijk. Die voer ik niet zelf, dat doen de hoofdbehandelaars.’

Leer je in de basisopleiding te reflecteren over de dood en thema’s die in slechtnieuwsgesprekken aan de orde komen?

‘Nee, eigenlijk niet. Ik praat er wel met collega’s over. En ik kijk hoe hoofdbehandelaars ermee omgaan. Zo zat ik laatst bij een slechtnieuwsgesprek. Naderhand zei ik de hoofdbehandelaar dat ik even had moeten slikken. Dat had zij ook gedaan. We leren in de basisopleiding niet na te denken over eigen emoties. Je merkt pas hoe je er zelf op reageert, als je er in het echt mee te maken krijgt.’

Heb je gesprekken met patiënten over de dood?

‘Dat is nog niet zo vaak voorgekomen. Als het aan de orde komt, zal de patiënt moeten aangeven of hij het erover wil hebben. Ik zal ervoor moeten waken dat ik niet iets zeg waardoor iemand in de put raakt.’

Wie is voor jou het belangrijkste bij een sterfproces: de patiënt of zijn familie?

‘De patiënt is het belangrijkste. Ik moet zorgen dat hij comfortabel kan sterven. Maar de familieleden met al hun emoties zijn ook heel belangrijk. Zij moeten bijvoorbeeld goed beseffen dat het contact minder wordt als we de morfine verhogen.’

Waarom is de dood een taboe?

‘Omdat de dood het einde is. Daar willen we eigenlijk niet over nadenken. Je wilt niet dood, je wilt gewoon hier zijn. Dat geldt voor patiënten ook: zodra je erover praat, benadruk je dat de patiënt er straks niet meer is.’ *

‘IK BEDACHT DAT
MIJN EIGEN MOEDER
DAAR HAD
KUNNEN LIGGEN’

