

'EEN EUTHANISEREND ARTS DIE BLIND IS VOOR ALTERNATIEVEN, DAT MAG NIET'

Groningse SCEN-artsen zien hun rol verschrallen

Een hoogbejaarde vrouw met ernstige pijnklachten vraagt om euthanasie, en krijgt die ook. De toetsingscommissie geeft het oordeel 'zorgvuldig', maar twee van de drie geconsulteerde SCEN-artsen zijn het daar beslist niet mee eens.

Egbert Klarenbeek (54), anesthesioloog-pijnspecialist in het Pijncentrum van het UMCG, houdt zijn nevenwerk als SCEN-arts voor gezien. Waarom? 'Een dokter die allang besloten heeft om een patiënt euthanasie te verlenen, die geen enkele boodschap heeft aan mijn mening, en mij alleen maar nodig heeft voor mijn handtekening – ik wil het nooit meer meemaken.' SCEN-arts Jaap Talsma (61), verbonden aan de Academische Huisartsenpraktijk Groningen, blijft nog wél, al deelt hij de kritiek van zijn oud-collega: 'Normaal gesproken neemt een arts alle mogelijkheden in beschouwing en kiest pas voor euthanasie als het niet anders kan. En niet alleen omdat de patiënt het zo wil.'

Medische dwaling

In mei 2014 gaat Klarenbeek, in zijn rol van SCEN-arts, op bezoek bij een hoogbejaarde vrouw die om euthanasie heeft gevraagd. Zij had – voor de tweede keer – een inzakkingsfractuur van een wervel, en leed heftige pijn. Haar huisarts had het euthanasieverzoek eerder afgewezen, hun relatie raakte verstoord, en de vrouw

riep de hulp in van de Stichting Levens-eindekliniek (SLK). Een aan de kliniek verbonden arts constateerde een 'multifactorieel pijnsyndroom' als gevolg van de fractuur; behandeling had geen resultaat meer, en hij besloot haar euthanasiewens in te willigen. Maar pijnspecialist Klarenbeek ziet een patiënte bij wie eerdere behandeling verkeerd was uitgevoerd, en die allerm minst was uitbehandeld. 'Ik constateerde een medische dwaling', zegt hij, anderhalf jaar later. 'De patiënte verkeerde in de onjuiste veronderstelling dat zij uitzichtloos leed aan een ziekte die niet uitzichtloos wás. Na mijn uitleg zei ze zonder pijn wel verder te willen leven.'

Nadat Klarenbeek zijn oordeel had gegeven – 'Deze vrouw is behandelbaar, over een jaar kan het al veel beter met haar gaan' – vroeg de SLK-arts om een tweede SCEN-arts, en dat werd Talsma. Ook hij vermoedde dat de pijn adequaat kon worden behandeld, maar dat de patiënte daarover onvoldoende was geïnformeerd. Hij adviseerde haar om een pijnspecialist te bezoeken – wat zij deed. Het antwoord van de specialist loog er niet om: 'Ik kan haar prima behandelen, maar de patiënte

kies daar niet voor.' Het blijft gissen, maar beide SCEN-artsen vermoeden dat de SLK-arts hier een rol gespeeld moet hebben. 'Hij had een monomane opstelling', zegt Talsma. 'In de zin van: deze vrouw heeft de wens te sterven, ik zal die wens vervullen.' En Klarenbeek: 'Dat zij niet geholpen wilde worden en koos voor euthanasie, heeft zij alleen kunnen zeggen omdat de arts van de Levens-eindekliniek dat daadwerkelijk ging doen.' Met de reactie van de geconsulteerde pijnspecialist gaf een derde SCEN-arts uiteindelijk zijn fiat, waarna de SLK-arts de patiënte euthanasie verleende. En ondanks de verdeeldheid in de SCEN-gelederen, gaf de toetsingscommissie binnen amper vier weken een duidelijk oordeel: zorgvuldig. Maar met dat (niet gepubliceerde) oordeel was de kous niet af. De SLK-arts diende met de nabestaanden een klacht in bij de Klachtencommissie SCEN, onder meer omdat in de consultaties te veel nadruk zou hebben gelegen op eventuele behandelingsmogelijkheden. Anders dan de toetsingscommissie volgde de Klachtencommissie SCEN de SLK-arts niet – overigens zonder de uit-

'Steeds vaker heeft een behandelrelatie euthanasie tot doel'



Anesthesioloog-pijnspecialist Egbert Klarenbeek (links) en huisarts Jaap Talsma voelden zich als SCEN-arts niet serieus genomen.

‘Een arts moet alle voors en tegens bij zijn oordeel betrekken’

spraak van de toetsingscommissie te kennen. De patiënte had aangegeven zonder pijn nog wel verder te willen, luidde het oordeel, en de behandeling die Klarenbeek voorstelde was niet irreëel. En dat een SCEN-arts de patiënte daarover zelf inlichtte, vindt de klachtencommissie in deze situatie te verdedigen.

Volgens de richtlijnen bespreekt de SCEN-arts eventuele behandelopties met de behandelend arts. Waarom is dat niet gebeurd?

Klarenbeek: ‘Ik heb wel degelijk met de arts overlegd, maar wat voor overleg kun je hebben met een collega die de autonomie van de patiënt als enig criterium hanteert? Ik heb de regel dus bewust en op goede gronden overtreden. Volgens de wet moet de arts de patiënt hebben voorlicht over zijn situatie en over de vooruitzichten. Als een huisarts de patiënt al jaren begeleidt, mag je ervan uitgaan dat dat is gebeurd. Dan is het ongepast als een SCEN-arts met de patiënt behandelopties bespreekt. Maar het komt steeds vaker voor dat een behandelrelatie euthanasie tot doel heeft. In dat geval kan het gebeuren dat de patiënt verkeerd wordt voorgelicht en zijn situatie niet goed inschat. Dan is het goed als de SCEN-arts hem of haar vertelt hoe het er werkelijk voorstaat.’

Volgens onderzoek van het VUmc hebben zeven op de tien SCEN-artsen eventuele alternatieven weleens besproken met de patiënt of de familie. Verbaast u dat? ‘Nee’, zegt Talsma. ‘Want stel dat ik lang-

durig en indringend met een patiënt praat om tot een oordeel te komen. En ik kom tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan. Dan schiet ik als dokter echt tekort als ik dat niet met de patiënt bespreek. Als deze vraagt wat ik ervan vind, kan ik toch moeilijk zeggen: “Daar doe ik geen uitspraak over, u hoort wel van de dokter hoe het verdergaat.” En dan de deur uit lopen. Dat kun je toch niemand aandoen?’ Wat beide artsen vooral stoort, is dat de arts van de Levenseindekliniek handelde terwijl de relatie tussen de patiënt en huisarts was verstoord: ‘Een arts die zoiets merkt, moet erop aandringen dat die relatie snel wordt hersteld, ook bij verschil van mening over de euthanasiewens. Dat is in het belang van de patiënt.’

Volgens de wet is een behandelrelatie niet vereist om euthanasie toe te passen, stellen de toetsingscommissies. Volgens u wel?

Klarenbeek: ‘Arts en patiënt moeten samen tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is dan euthanasie. Dat staat in de wet, en dat veronderstelt in mijn ogen een behandelrelatie. Ik heb niets tegen de Levenseindekliniek, ook een arts van hen kan een goede behandelrelatie hebben met de patiënt. Maar alléén als hij openstaat voor andere mogelijkheden dan euthanasie.’ Talsma vult aan: ‘Hij moet alle voors en tegens bij zijn oordeel betrekken. Zoals ook de huisarts alle mogelijkheden onderzoekt, tot de overtuiging komt dat hij niets meer kan doen, en dan pas kiest voor euthanasie. Naar onze stellige overtuiging is dat hier niet gebeurd.’

De KNMG stelt een medische grondslag als vereiste. Volgens u beiden dreigt die te verworden tot een papieren werkelijkheid. Is het zo erg?

Klarenbeek: ‘Omdat euthanasie het terrein is van de dokters, moet die medische grondslag er zijn – anders hoeft er geen dokter aan te pas te komen. Maar bijvoorbeeld een wervelfractuur, zoals in deze casus, geeft onvoldoende medische grondslag voor euthanasie.’ Hij geeft een ander voorbeeld: ‘Een patiënt van een col-

lega is blind geworden aan één oog, en vraagt om euthanasie. Hij wil er niet aan meewerken, noemt het geen ondraaglijk lijden.’ Onverwacht slaat hij met zijn vuist op tafel, als om de reactie van de patiënt kracht bij te zetten: ‘Ik weet wat ondraaglijk lijden is, ik lijd ondraaglijk en ik wil nu dood!’ En zegt dan, op rustiger toon: ‘Een patiënt die dit overkomt, kan daar aanvankelijk vreselijk aan lijden, maar in de loop van de jaren past hij of zij zich daaraan aan.’ Iets als een basaalioom aan de oorschelp, memoreert Talsma, kan evenmin ten grondslag liggen aan een besluit om euthanasie te verlenen: ‘Het moet gaan om geneeskundige zaken die direct in verband gebracht kunnen worden met ondraaglijk en uitzichtloos lijden.’

‘Je kunt helemaal meegaan met de beleving van een patiënt’, vat Klarenbeek de discussie samen, ‘maar je kunt er ook een oordeel over hebben. Dat is iets anders, dan zet je jouw medische kennis in van hoe mensen in het algemeen onder bepaalde omstandigheden lijden.’ Hij komt terug op de casus: ‘Ga je alléén af op de beleving van de patiënt, dan gaat het mis als je iemand treft die zijn of haar situatie niet reëel onder ogen ziet en er verkeerde conclusies aan verbindt. En dood wil, terwijl die wens niet ingewilligd zou moeten worden.’

De Groningse pijnspecialist is er klaar mee: ‘De meeste dokters vinden het moeilijk om euthanasie uit te voeren, en hebben steun nodig. Maar nu trof ik een dokter die maar één doel had, namelijk de euthanasiewens van zijn patiënt in te willigen. En die, toen dat eenmaal was gebeurd, een klacht tegen mij indiende omdat ik de patiënt wél goed had voorgelicht. Daar heb ik slapeloze nachten van gehad.’ ■

LEVENSEINDEKLINIEK: 'SCEN-ARTSEN STELDEN ZICH OP ALS BEHANDELAAR'

'Beide SCEN-artsen hebben zich ten onrechte opgesteld als behandelaar', zegt directeur Steven Pleiter van de Levenseindekliniek. 'Dat is de essentie van onze klacht. Klarenbeek nodigde de patiënte zelfs uit om op zijn spreekuur te komen. Een pertinente fout.' Samen met zorgmanager Jenne Wielenga reageert hij graag op het relaas van Klarenbeek en Talsma, want 'deze zaak is voor alle betrokkenen traumatisch geweest, ook voor onze arts en de familie van de patiënt'. Hun tweede fout, zegt Pleiter, is dat zij behandelopties met de patiënte hebben besproken, in plaats van met de uitvoerend arts.

Volgens de SCEN-artsen stond de SLK-arts niet open voor hun mening.

'Dat is een vooroordeel', reageert Wielenga. 'Op basis van alleen de aanvraag, dus nog voordat hij de patiënt had gezien, dacht Klarenbeek al te weten dat onze arts niet naar hem zou luisteren. Dat is vreemd. Hij verwijt ons dat onze artsen alleen maar gericht zouden zijn op het uitvoeren van euthanasie, iets als: u vraagt, wij spuiten. Dat berust op een misverstand. Of op een vooroordeel.' Wielenga noemt het contact tussen de SCEN-artsen en de SLK-artsen, zacht uitgedrukt, 'suboptimaal' – ook nadat Klarenbeek zijn advies had gegeven: 'Het ging toen vooral over de vraag of er nog een redelijke andere oplossing zou zijn. De patiënt en onze arts zeiden: nee, hij zei: ja. Dat kan, want de wettelijke zorgvuldigheidseisen zijn niet tot in detail gedefinieerd.'

'Een pijnspecialist die als SCEN-arts een patiënt ziet, wil behandelen; maar dat is zijn taak niet'

Dat juist een pijnspecialist nog alternatieven zag, had toch zwaar moeten wegen?

Pleiter: 'Dat is precies de valkuil. Een pijnspecialist die als SCEN-arts een patiënt ziet, wil behandelen, net als menig psychiater. Maar dat is zijn taak niet. Het gaat erom of hij kan begrijpen waarom dit lijden voor deze patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is, en behandeling dus niet meer gewenst.' Volgens Wielenga is er later wel degelijk gesproken over behandelalternatieven, zoals het geven van een injectie onder röntgencontrole: 'Maar de patiënt wilde per se geen invasieve behandelingen meer.'

Volgens de SCEN-artsen heeft de SLK-arts hierin een rol gespeeld.

'Het is andersom', reageert Wielenga. 'Ik weet bijna zeker dat onze arts terughoudend was om na twee negatieve adviezen toch euthanasie uit te voeren. En dat de patiënt een bezoek aan de poli als voorwaarde ging zien om euthanasie te krijgen. Pas de derde SCEN-arts had de beschikking over de brief van de pijnpoli waarin stond dat zij niets meer konden doen. Dat was een nieuw gegeven, waarmee hij kon zeggen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.'

Mag een SLK-arts zijn werk doen als de relatie tussen huisarts en patiënt is verstoord?

Pleiter: 'Ik zie het niet als onze primaire taak om deze relatie te helpen verbeteren. Primair zijn wij er om mensen te helpen van wie de eigen arts het euthanasieverzoek niet kan honoreren. Krijgen we een melding binnen, dan leggen we direct contact met de huisarts, altijd. Maar het komt wel eens voor dat een arts op grote afstand staat, omdat de relatie met de patiënt niet goed is. Dat is hier het geval geweest.'

De SLK spreekt inmiddels met de SCEN-organisatie over een alternatief voor de klachtenprocedure. Wielenga: 'Gaat een SCEN-consultatie niet goed, dan kunnen we beter met elkaar om de tafel gaan zitten om te kijken wat er beter kan.'

web

De uitspraak van de Klachtencommissie SCEN, meer informatie en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.