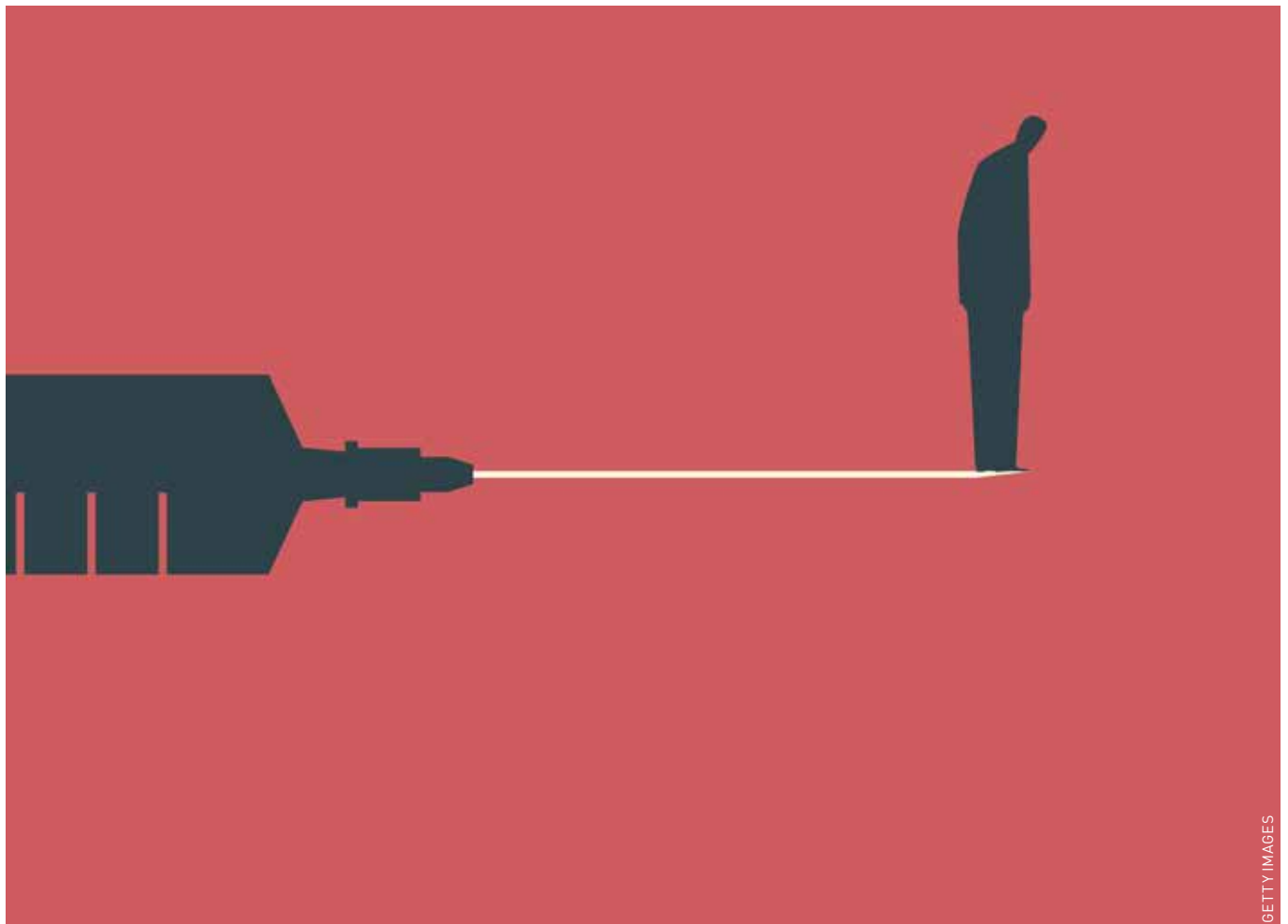


OVERWEGINGEN BIJ EEN COMPLEXE CASUS EN DE ROL DAARIN VAN DE RTE

In het strafbankje na euthanasie

Huisartsen Paul Giesen en Marianne Dees willen bijdragen aan de discussie over euthanasie, op een manier die lering en steun biedt voor alle betrokkenen. Eerstgenoemde beschrijft een waargebeurde casus, en samen formuleren ze aandachtspunten voor dit complexe proces.



GETTY IMAGES

In de loop van mijn 35-jarige carrière als huisarts had ik steeds vaker openlijke gesprekken met patiënten over vragen rond euthanasie. Patiënten konden hun wensen steeds beter kenbaar maken en waren beter geïnformeerd; procedures en afspraken rond euthanasie werden nauwkeuriger vastgelegd. Gesprekken met collega's, de SCEN-arts en de zes zorgvuldigheidscriteria in de euthanasiewet waren hierbij een belangrijke steun voor mij.

In de loop der jaren zag ik het aantal euthanasiewensen toenemen, maar bij slechts een derde deel kwam het ook werkelijk tot euthanasie. In de overige gevallen voldeed bijvoorbeeld de situatie niet aan de zorgvuldigheidscriteria, was alsnog sprake van natuurlijk overlijden of van afstel van de euthanasie wegens vol-

Euthanasie werd nooit routine

doende comfort in de laatste levensfase. Ik heb daarbij ervaren dat een natuurlijke dood voor de patiënt vaak een beter proces is dan euthanasie. Zelf was ik altijd opgelucht als een euthanasie niet doorging, want het was een emotioneel zwaar en tijdrovend gebeuren. Bijna altijd vonden frequente, intensieve en openhartige gesprekken plaats met patiënt en naasten. Zoals gebruikelijk is voor veel huisartsen was ik in de allerlaatste levensfase continu bereikbaar via mijn 06-nummer en ik ging 's avonds en in het weekend nog eens bij de patiënt langs. Dan was er vaak even wat meer tijd voor emoties en om wensen rond het levenseinde te bespreken. Ook kwamen dan de procedures, de technische uitvoering en de alternatieven van euthanasie aan bod. Die frequente gesprekken zorgden ervoor dat de patiënt, naasten en ook ik als huisarts toegroeiden naar een acceptatie van de aanstaande dood en eventueel euthanasie. Euthanasie werd nooit routine, en dat is maar goed ook.

CASUS

De casus die ik graag wil beschrijven betreft een 72-jarige vrouw, van wie ik al meer dan dertig jaar de huisarts ben.

'Precies zoals ik het ook wil'

De laatste jaren zag ik haar vooral bij haar vriendin met kanker die half comateus en met veel complicaties aan haar einde kwam. Dan zei ze: 'Ik wil niet zo zinloos wegwijnen, maar waar-dig sterven met euthanasie.'

Vlak daarop kreeg haar man een niet te behandelen kanker. Tijdens meerdere huisbezoeken spraken we over zijn, maar ook haar levenseinde. Zij lieten beiden eenzelfde euthanasieverkla-ring zien. Ik gaf enkele adviezen voor bijstelling, adviseerde hen hun levenseindewensen met hun kinderen te delen, de definitieve versie te ondertekenen, en een kopie af te geven op mijn praktijk. De toestand van haar man verslechterde steeds verder en met haar ging het ook niet goed vanwege buikklachten. Daarnaast speelde nog het feit dat ze moesten verhuizen, omdat hun appar-tement was verkocht. Ze konden gelukkig tijdelijk bij hun zoon intrekken. Voordeel hiervan was dat zo, met hulp van hun continu aanwezige dochter met verpleegkundige achtergrond, de zorg optimaal geregeld kon worden. Uiteindelijk verleende ik haar man de gevraagde euthanasie en zij en haar kinderen waren opgelucht dat zijn sterven vredig en harmonieus verliep. 'Dit is precies zoals ik het ook wil', zei ze dan.

Meer dan tien gesprekken

Enkele weken na het overlijden van haar man kreeg zij de uitslag van het internistisch onderzoek waarbij een inoperabel gemetas-taseerd pancreaskopcarcinoom werd vastgesteld. De schok en het verdriet bij haar en de familie waren groot. Gelukkig kon zij bij haar zoon blijven wonen en werd zij optimaal verzorgd door onder anderen haar dochter, die inmiddels ook tijdelijk was inge-trokken bij haar broer.

Mevrouw ging snel achteruit, was ernstig vermoeid, vermagerde en lag steeds meer op bed. Ondanks uitgebreide pijnmedicatie en zenuwblokkades had ze veel buik- en rugpijn.

Er vonden vele huisbezoeken plaats, om haar en haar familie te begeleiden bij het stervens- en rouwproces. Ik voerde meer dan tien gesprekken over haar euthanasiewens. Steeds was die vrij-willig en consistent: 'In geval van coma, onbeheersbare pijn, benauwdheid of bedlegerigheid wil ik euthanasie, precies zoals mijn man.' Andere opties zoals palliatieve sedatie wees zij af. Haar lijden nam toe en haar euthanasiewens werd voor mij steeds meer invoelbaar. Ik had haar en haar familie weinig anders te bieden dan troost, steun en een luisterend oor. Tijdens de laatste bezoeken vertelde ze dat haar einde nabij was. Ze voelde zich futloos, had een onbehandelbare buikpijn, braakte en was toenemend bedlegerig en zorgafhankelijk. 'Ik kan niet meer, ik wil op korte termijn overlijden', zei ze. Samen met haar besloot ik de SCEN-arts in te schakelen voor een onafhankelijke beoor-deling.

Verlaagd bewustzijn

Een dag later belde haar dochter de praktijk voor een spoedvisite: ze had haar moeder op de grond gevonden en mogelijk had ze een CVA. Bij aankomst constateerde ik een verlaagd bewustzijn en het beeld paste inderdaad bij een (bloedig) CVA. De patiënte reageerde wel op aanspreken en pijnprikkels. Ik vroeg of ze euthanasie wilde en ze reageerde bevestigend met een kreunend 'ja', hoofdknikken en handknijpen bij herhaling van de vraag. Vanwege de pijn verhoogde ik de dosering morfine. Tot haar dood wisselde haar bewustzijn met een EMV-comascore tussen 7 en 12, waarbij volgens de KNMG-richtlijn haar euthanasiewens uitgevoerd mag worden.¹ Ik ging de dagen tot haar overlijden meermaals op huisbezoek en telkens bevestigde ze haar euthanasiewens. Ik stelde de SCEN-arts op de hoogte van de situatie en deze deed een beoordeling. Helaas was de vrouw op het moment van beoordeling (mogelijk door de morfine) te weinig aanspreekbaar om goed over haar euthanasieverzoek te kunnen communiceren. De SCEN-arts twijfelde, maar na gesprekken met mijn collega uit de praktijk die goed op de hoogte was, haar familie, en mijzelf, en na dossierinzage, kwam deze tot de conclusie dat aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria was voldaan.²

De euthanasieverklaring bleek verdwenen...

Verklaring verdwenen

Aangezien ik verwachtte dat de dood binnen enkele dagen zou intreden, bedacht ik nog om terughoudend te zijn en haar eerst te sederen. Van de andere kant voelde dat als oneerlijk en laf, want ze leed nu ondraaglijk en wenste niet te leven in een afhankelijke, halfcomateuze toestand. Patiënte, gesteund door haar familie, gaf (non-verbaal en gebrekkig verbaal) wederom aan euthanasie te willen. Die heb ik aan het einde van de dag op de gebruikelijke wijze uitgevoerd.

Na haar overlijden overhandigde ik mijn verslag en alle andere relevante documenten aan de gemeentelijke lijkschouwer, en na toestemming van de officier van justitie werd 'het lijk vrijgegeven'. Alle documenten werden doorgestuurd naar de Regionale Toetsingscommissies (RTE). Enkele weken later werd de praktijk door de RTE gebeld met de vraag om haar euthanasieverklaring alsnog op te sturen, want deze zat niet bij de papieren. Tot mijn verbazing zat deze niet in haar dossier. De kinderen werden gebeld. Ja, deze hadden ze allemaal gezien en besproken, maar haar huis was uitgeruimd en de verklaring bleek verdwenen.

Negatieve teneur RTE

Ik werd na twee maanden voor het eerst in mijn carrière opgeroepen om bij de RTE te verschijnen. Ik sprak openhartig, want voor mijn gevoel had ik naar eer en geweten gehandeld en bovendien was deze complexe casus leerzaam genoeg om te delen. Tja, stom van die zoekgeraakte verklaring, maar dat voelde als pech en overmacht en bovendien is deze verklaring wettelijk niet noodzakelijk.

Het gesprek met de RTE ging over de zoekgeraakte verklaring, de discrepantie tussen de bevindingen van de SCEN-arts die een patiënt met een dieper coma aantrof dan ik als behandelend arts vaststelde. De commissie vond dat ik niet tot de overtuiging had kunnen komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte. Bovendien was naar hun idee door haar toestand en de gebrekkige communicatie niet vast te stellen of zij ondraaglijk leed en een actueel verzoek had. De RTE zette vraagtekens bij de wijze van communicatie (met handen knijpen en hoofdschudden) omdat dit niet tevoren was afgesproken (!). Dit alles bij de ontbrekende eigen verklaring. Ik was verrast door de negatieve teneur van het RTE-verslag. Bovendien had ik het gevoel dat de RTE niet deskundig oordeelde over haar bewustzijnsniveau, mijn professionele handelen en geen rekening hield met de context en de complexiteit van de casus. Ten slotte bleek er geen mogelijkheid voor hoger beroep te bestaan. Het gemaakte verslag werd doorgezonden naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). En daar rolde het balletje verder.

Plots een verdachte

Toen gebeurde er iets merkwaardigs: uit de krant vernam ik dat er vijf euthanasiedossiers door het OM waren uitgelicht waarbij de arts niet voldeed aan de zorgvuldigheids-eisen. Deze artsen werden mogelijk strafrechtelijk vervolgd en zouden worden gehoord door de politie. Wie schetst mijn verbijstering? Ik was een van hen! Hoe kon dat nou? Ik was plots een verdachte! Ik werd door twee recher-

cheurs drie uur lang verhoord op het politiebureau. Ook de SCEN-arts, de oncoloog en drie familieleden werden gehoord. Het gesprek met mij ging met name over het wisselende bewustzijn, of ze nu wel of niet leed en of ze nu wel of geen euthanasiewens had in de situatie van verlaagd bewustzijn. Daarnaast werd ik gehoord door drie verschillende IGJ-inspecteurs. IGJ kwam ten slotte tot de conclusie dat ik de euthanasiecode had gevolgd en onderschreef dat een schriftelijke euthanasieverklaring niet nodig was. Zaak gesloten. Maanden later werd ik door het Openbaar Ministerie opgeroepen voor een gesprek. Mijn dossier was door het College van procureurs-generaal bestudeerd en onafhankelijk en unaniem kwamen ze tot de uitspraak: onschuldig. Alle getuigenissen waren sluitend, alle bezwaren van de RTE waren verworpen en de euthanasiecode was gevolgd. In de toelichting kreeg ik complimenten voor mijn professionaliteit en betrokkenheid.



Naïef

Natuurlijk was ik opgelucht en deelde mijn vreugde met ingewijden. Achteraf was ik misschien te naïef en te vol van vertrouwen dat het recht zou zegevieren. Ik wilde geen advocaat. Neen, gewoon oprecht en eerlijk spreken vanuit mijn eigen professionele ervaring. Ik heb achteraf meermaals met de familie van patiënte gesproken.

Ik gaf hen complimenten voor de warme zorg voor hun moeder en hun eerlijkheid en openheid daarbij. Het rouwproces was zwaar door het vlak achter elkaar overlijden van zowel hun vader als hun moeder, en werd ook nog eens wreed verstoord doordat ze werden meegezogen in het justitieel onderzoek en de in hun ogen volkomen onterechte klacht jegens mij. Nog steeds ben ik trots op de euthanasiepraktijk in Nederland: de openheid, duidelijkheid en toetsbaarheid. Dat mijn eigen handelen tegen het wettelijke licht gehouden werd, is daarbij inherent aan het doktersbestaan.

Toch heb ik sinds de berichtgeving over mijzelf, de andere vier strafzaken en de zaak-Tuitjenhorn en de recente rechtszaak rond euthanasie bij een demente vrouw, het gevoel dat de euthanasiepraktijk begint door te schieten in juridificering en wantrouwen jegens medische professionals. Dat is een zorgelijke ontwikkeling en geeft risico's op afbreuk van hetgeen we met z'n allen zo zorgvuldig hebben opgebouwd. Ik zie collega's bij euthanasievragen vaker pijnlijk terughoudend zijn, vaker overgaan op palliatieve sedatie en gemakkelijker verwijzen naar de Levensindekliniek (nu: Expertisecentrum Euthanasie). Dat kan en mag toch niet de bedoeling zijn!

Aandachtspunten

Halverwege de ongeveer twee jaar durende procedure zocht ik steun bij expert-huisarts Marianne Dees. Zij doorliep met mij het traject. Ze hielp me om trouw te blijven aan mijn professionaliteit, niet in de verdediging te schieten en niet te juridificeren.

Haar emotionele en technische ondersteuning was weldadig. Samen formuleerden wij tien aandachtspunten voor professionals en andere betrokkenen:

1. Wils- en euthanasieverklaringen zijn geen doel op zich, maar een 'praatpapier en instrument' in het traject van gezamenlijke en zorgvuldige besluitvorming bij *advance care planning*.
2. De aanwezigheid van een euthanasieverklaring is geen zorgvuldigheidscriterium. Het kan een actueel verzoek

vervallen en een rol spelen bij de beoordeling van de behoeftzaamheid van het traject.

3. Zorgvuldig gedocumenteerde gesprekken, getuigenissen van naasten, interviews en beeldmateriaal zijn waardevol bij het toetsen van de wettelijke zorgvuldigheidscriteria.
4. Professionaliteit, kennis van de voorgeschiedenis en context van de patiënt, zorgvuldigheid, empathie en respect zijn de kern van het handelen van de arts in de context van euthanasie. Bij toetsing is het essentieel dit handelen primair langs de vigerende professionele richtlijnen te leggen.
5. Voor de arts is het essentieel om tijdens het emotioneel belastende toetsingstraject een beroep te kunnen doen op een inhoudsdeskundige collega. Professionele toetsing is gebaat bij diepgaande kennis van de dagelijkse euthanasiepraktijk.
6. Als beroepsgroep moeten wij zorgen voor georganiseerde beschikbaarheid van inhoudelijke en emotionele ondersteuning aan artsen bij complexe euthanasiecases, bij door de RTE als onzorgvuldig beoordeelde cases en bij onderzoek door de IGJ of verhoren in het kader van onderzoek door het Openbaar Ministerie.
7. Kennis over de dagelijkse euthanasiepraktijk is bij de beoordelende instanties niet vanzelfsprekend. Input van de arts als expert wat betreft de aspecten van de specifieke casus en input van de inhoudsdeskundige kunnen hen helpen om tot een juist beeld en een gewogen oordeel te komen. Te veel inzetten van het juridische perspectief kan daarbij het beeld vertroebelen en dient vermeden te worden.
8. Het is belangrijk te zorgen voor transparantie en zelfreining: wat leert de RTE over het eigen functioneren aan de hand van deze en andere door hen als onzorgvuldig beoordeelde cases?
9. Overweeg als RTE om bij complexe cases naast dossieronderzoek en bevragen van de professional gebruik te maken van andere informatiebronnen, zoals gesprekken met de SCEN-arts, de familie of bandopnames.
10. De nazorg door de RTE aan artsen kan verbeterd worden door na de afronding van als onzorgvuldig beoordeelde cases de betrokken arts een gesprek aan te bieden. ■

contact

paul.giesen@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

De alleskunnners

Op de poli tref ik een patiënt die ik al enige tijd ken. Na een geruststellend medisch deel van dit controleconsult is het gesprek met deze fanatieke golfer nog niet afgelopen. 'Er gaan dingen veranderen bij jullie, hè dokter?' Inmiddels loop ik lang genoeg mee om te weten dat ons streekziekenhuis op de golfbaan een geliefd onderwerp van gesprek is.

Ik weet waar mijn gesprekspartner op doelt en beaam dat het lastig zal zijn om de twee collega's die de komende maanden afscheid nemen te vervangen.

Beiden zijn al ruim 25 jaar hét gezicht van onze maatschap: zeer breed opgeleid, enorm ervaren, betrokken, altijd bereid een handje te helpen bij wie dan ook en mede daarom enorm geliefd binnen, maar ook zeker buiten het ziekenhuis.

'Dokter, hoe kan dat nou, we zien steeds meer verschillende dokters. Vroeger waren hier vijf chirurgen, nu

zijn het er meer dan tien.' Ik leg uit dat niet alleen de bevolking vergrijsd, maar dat ook ons vak aan het veranderen is. Dat er steeds meer mogelijk is en dat hogere kwaliteitseisen leiden tot verdere subspecialisatie. En dat de inzet

BINNENKORT ZIJN DIT VERHALEN UIT VERVLOGEN TIJDEN

van deze expertise zich niet enkel meer tot één ziekenhuis beperkt.

Terwijl ik mezelf hoor praten, besef ik met weemoed dat tegelijkertijd een deel van ons vak langzaam aan de geschiedenisboeken ingaat. Het wordt het hoofdstuk van de heroïek en de romantiek van de alleskunnners: zij die 's ochtends een heup vervangen, 's middags een darmresectie deden en in de dienst een aneurysma dichtten. Binnenkort zijn dit verhalen uit vervlogen tijden; verhalen waarvan ik hoop dat mijn collega's ze na hun pensioen nog lang mogen vertellen.