

Michiel Marlet
arts, Warnsveld

Pieter Jan Stallen
emeritus hoogleraar psychologie,
Leiden

CHRONISCH PSYCHISCH LIJDEN
MAAKT VERZOEK OM EUTHANASIE
INVOELBAAR

Invoelbare euthanasiewens kan arts helpen

Ondraaglijk lijden van een patiënt is voor een arts beter invoelbaar als hij oog heeft voor de psychische last die er al was vóór de ongeneeslijke aandoening, zegt SCEN-arts Michiel Marlet. Hij spreekt uit ervaring.

GETTY IMAGES

Na een twintigjarige periode als huisarts (gestopt in 2008) ben ik vertrouwensarts geworden bij het toenmalige Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Sinds 2002 verricht ik SCEN-consultaties en sinds 2014 werk ik ook als arts voor de Levenseindekliniek. Als vertrouwensarts werden mij in uitgebreide gesprekken kinderlevens zichtbaar met al veel psychisch leed als gevolg van onmachtige, mishandelende ouders. En ook als SCEN-arts zag ik dat leed en ander psychisch leed dat al bestond voordat de aandoening die aanleiding was voor het euthanasieverzoek zich aandeede.

Een paar van mijn patiënten vertrouwden mij toe: 'Dokter, ik ben blij met mijn kanker, nu mag ik eindelijk dood.' Deze patiënten met kanker kunnen met een gerust hart het euthanasietraject in, zij vinden gehoor bij hun behandelaar. Euthanasieverzoekers zonder levensbedreigende maar met ongeneeslijke aandoeningen, vinden lang niet altijd hun eigen behandelaar bereid om met hen het euthanasietraject in te gaan. Deze euthanasieverzoekers kunnen terecht bij de Levenseindekliniek.

Waarom?

Bij elk euthanasieverzoek stel ik mij de vraag: waarom wil deze patiënt dood en wel door euthanasie? Want met dezelfde aandoening(en) willen de meeste mensen niet dood en vragen al helemaal geen hulp van de dokter om te overlijden. Zeker bij de mensen die niet op korte termijn op natuurlijke wijze gaan overlijden aan hun al dan niet levensbedreigende aandoening, stel ik die vraag ook aan de patiënt. Bij deze groep euthanasieverzoek-

kers komt vaak chronisch psychisch lijden aan het licht, wat het euthanasieverzoek voor mij invoelbaar maakt. De Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) stelt dat er bij een euthanasieverzoek onder andere sprake moet zijn van ondraaglijk uitzichtloos lijden. De wet stelt niet de eis dat het ondraaglijk lijden invoelbaar is voor de dokter. Echter voor veel collega's geldt dat zij alleen het euthanasieverzoek van hun patiënt honoreren als zij het lijden van hun patiënt invoelbaar ondraaglijk vinden. Aandacht voor het psychisch lijden, bestaand voortgaand aan de ongeneeslijke aandoening die aanleiding werd om een euthanasieverzoek te doen, kan het lijden van de patiënt invoelbaar ondraaglijk maken voor de eigen behandelaar. Daarmee zullen hopelijk meer euthanasieverzoeken door de eigen behandelaar gehonoreerd gaan worden.

CASUS 1

Als SCEN-arts kwam ik bij een 78-jarige dame met longkanker. Haar longarts vond het nog veel te vroeg voor euthanasie; zuurstofsaturaties waren immers nog normaal. Niet invoelbaar voor de longarts. De huisarts wilde wel meegaan in haar verzoek.

Deze dame vertrouwde me toe dat ze blij was met haar kanker, haar hele leven had ze zich minderwaardig gevoeld als gevolg van de manier waarop ze niet gezien en niet gewaardeerd werd door haar moeder. Ze kon het nooit goed doen in

de ogen van haar moeder. Ze trouwde en hoewel haar partner goed voor haar was, kon ze niet genieten en voelde ze zich schuldig tegenover hem en tegenover haar enige zoon omdat ze, ondanks hun aandacht voor haar, het leven ondraaglijk vond.

CASUS 2

Als arts voor de Levenseindekliniek zag ik een 56-jarige vrouw met overgewicht, diabetes type 2 met een polyneuropathie, chronische rugklachten, milde polyartriose, incontinentie voor urine en een opiaatverslaving. Haar huisarts en haar vijf specialisten konden haar klachten niet verminderen. Ze vroeg haar huisarts om euthanasie. De vrouw werd verwezen naar een psychiater en een gz-psycholoog. Er werd geen psychiatrische ziekte gediagnosticeerd. De gz-psycholoog merkte wel een hechtingsstoornis op, niet behandelbaar.

Op mijn vraag 'waarom wilt u dood met deze klachten, de meeste mensen met uw klachten willen helemaal niet dood', was haar antwoord: 'Ik kan niet verder met dit lichaam, geef me een nieuw lijf en ik ga door.' Het was niet invoelbaar voor mij en ik vroeg me af of de vrouw mij manipuleerde. Voor mij als behandelaar geldt: niet invoelbaar, geen euthanasie. Wel realiseerde ik mij dat ik met een euthanasiewens te maken had die waarschijnlijk aan de wet zou gaan voldoen: een vrouw, wilsbekwaam, met ondraaglijke klachten waarvoor de specialisten geen uitzicht op verbetering hadden kunnen geven en de afwezigheid van enige behandelbare psychiatrische stoornis. Een en ander was uitgebreid gedocumenteerd door haar specialisten.

Ik ben verder in gesprek gegaan met de vrouw om te onderzoeken of haar lijden invoelbaar kon worden voor mij. In de loop van driekwart jaar heeft de vrouw mij overtuigd van haar lijden en dat er geen andere redelijke oplossing voor haar was. Haar psychische leed in het kort: het gevoel dat ze tegenover haar ouders

De wet eist niet dat het ondraaglijk lijden invoelbaar is

had gefaalt, vroeg op eigen benen, bedrogen in haar eerste relatie, gescheiden van haar tweede relatie waaruit twee kinderen geboren werden, dochter van 15 vertrok, voor de vrouw onverwacht en onverklaarbaar, naar haar vader en heeft nooit meer iets van zich laten horen, derde relatie komt, met de dood door ziekte van partner, tot een eind, vierde relatie, de beste van allemaal volgens de vrouw, komt eveneens na een paar jaar door ziekte en dood van partner tot een einde. De SCEN-arts vond inderdaad dat op grond van de onbehandelbare lichamelijke klachten het euthanasieverzoek voldeed aan de wet en de euthanasiewens van de vrouw is in vervulling gegaan. De regionale toetsingscommissie vond het euthanasietraject zorgvuldig, waarbij ik aantekende dat de commissie zowel in het modelverslag, in het SCEN-verslag, de verhandeling van de psychiater als in het verslag van de psycholoog vooral met de lichamelijke kwalen is geconfronteerd.

CASUS 3

Als arts voor de Levenseindekliniek leerde ik een 82-jarige weduwe kennen die leed aan benauwdheid bij inspanning door hartfalen en aan duizeligheid, waardoor ze nog maar een paar meter kon lopen met haar rollator in haar appartement en rolstoelafhankelijk was voor buitenshuis. Een paar maanden eerder was ze gevallen, waarbij ze een drielat ribben brak en in het ziekenhuis een delier doormaakte. De vrouw wilde niet opnieuw vallen en opgenomen hoeven worden in het ziekenhuis met misschien opnieuw een delier. Toen ik vertelde dat ik meerdere dames kende zoals zij die helemaal niet dood wilden en dat ik wilde begrijpen waarom zij wél dood wilde, vertelde ze meteen over haar slechte jeugd. Haar moeder had ze niet gekend. Ze was opgevoed door haar stiefmoeder, die al gauw twee eigen dochters kreeg. De vrouw voelde zich achtergesteld en kon niets goed doen. Als straf werd zij in een donkere kelder-

EEN ZELF GEMAAKTE ECHO

Een man van rond de 30 komt op mijn spreekuur, nadat hij vier dagen geleden een handtrauma door een vastslaande professionele betonboor had opgelopen. Zijn rechterhand bleef toch wel erg dik en veel last geven. Van beroep is hij manueel therapeut en doet allerlei sporten waaronder berg-, en muurklimmen. Het trauma deed zich voor bij een 'doe-het-zelf-klusmoment'.

De verwijzing van de huisarts vermeldde 'op echo verdenking (partieel) peesletsel 4de straal, bij beperkte kracht'.

Bij onderzoek zag ik een vooral dorsaal gezwollen hand, een hematoom aan de palmaire zijde van straal 4 op MCP-niveau en beperkte kracht van zowel flexie als extensie van de ringvinger.

Gezien het traumamechanisme en de zwelling met hematoom, leek mij vooral van belang een fractuur uit te sluiten; aanvullende röntgenfoto toonde een spiraalfractuur van MC4, geen rotatie of uitgesproken verkorting. Maar hoe zat het nou met die echo van de pees? In mijn epd stond geen echo vermeld. Patiënt bleek zelf recentelijk als manueel therapeut een cursus musculoskeletale echografie te hebben gevolgd en had zichzelf geëchografeerd; zijn conclusie was mogelijk partieel peesletsel van de extensorpees.

Hierdoor aan het twijfelen gebracht of de fractuur wel het enige letsel was, stelde ik voor dan toch aanvullend een echo bij de afdeling Radiologie te laten maken. Dit had namelijk consequenties voor het beleid; de stand waarop ingegipt diende te worden, hing af van een al dan niet bijkomend peesletsel; misschien moest zelfs voor operatieve behandeling worden gekozen.

Patiënt bracht ter sprake dat hij onlangs de eigen bijdrage bij zijn verzekering op maximaal had gezet, dus wilde hij goed afwegen of de echo echt nodig was. Voornoemde argumenten overtuigden hem, hij wilde ook zijn hand weer zo snel mogelijk in orde krijgen.

Aanvullende echo toonde intacte pezen.

Conclusie: geïsoleerde MC4-fractuur, conservatief beleid middels immobilisatie.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

kast opgesloten en bij herhaling kreeg zij slaag. Ze had nu nog last van angsten en durfde nooit de deur van de toilet of badkamer dicht te doen. De vrouw maakte voor mij invoelbaar dat haar lichamelijke beperkingen plus haar chronisch psychisch lijden haar leven voor haar ondraaglijk maakten. ■

contact

marletmichiel@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.