

HET OPLOSSEN VAN ACHTERLIGGENDE PROBLEMEN KAN DOODSWENS VOORKOMEN

Soms zijn er betere uitwegen dan euthanasie

Achter een euthanasieverzoek kan ander leed schuilgaan dan in eerste instantie het geval lijkt. En soms kan dat behandeld of verzacht worden, zodat het euthanasieverzoek vervalt. Dat zeggen Michiel Marlet en Pieter Jan Stallen en illustreren zij met twee casussen.

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) stelt dat er bij een euthanasieverzoek onder meer sprake moet zijn van een vrijwillig, weloverwogen verzoek bij ondraaglijk, uitzichtloos lijden, bevestigd door een onafhankelijk arts, zonder dat er een redelijke andere oplossing is dan euthanasie. De wetgever heeft het ondraaglijk lijden niet gespecificeerd. De rechter heeft in uitspraken bepaald dat het ondraaglijk lijden een medische grondslag moet hebben en de Toetsingscommissie vindt dat in geval van een psychiatrische aandoening een onafhankelijk psychiater moet hebben bevestigd dat enige psychiatrische behandeling geen reële kans geeft op verlichting. Analyses van euthanasieverzoeken leren dat patiënten vaak lijden aan andere dingen dan de directe gevolgen van hun medische gebrek(en). Vaak zijn het de sociale omstandigheden die dat gebrek vergroten of de draagkracht ervoor verkleinen. Die ontbrekende omstandigheden vormen hiermee een oorzakelijke factor voor het ondraaglijk en uitzichtloos worden van het lijden. Wij vinden

daarom dat de arts niet alleen moet onderzoeken of er redelijke medische alternatieven zijn die het lijden kunnen verlichten, maar ook of andere, sociale interventies dit lijden zouden kunnen verkleinen. Bij ieder euthanasieverzoek moet de arts een individuele afweging maken. Daarbij wil hij niet alleen de beste oplossing voor de patiënt, maar moet hij ook aandacht besteden aan de gevolgen van zijn handelen voor de nabestaanden. Soms is er een verstoorde relatie tussen de patiënt en diens familie. Dat verdient dan extra aandacht, ook al zijn de problemen niet altijd oplosbaar. Uiteindelijk zijn de wensen en het lijden van de patiënt bepalend. Aandacht voor het ondraaglijke en uitzichtloze lijden van de patiënt óók vanwege voor de patiënt tekortschietende sociale omstandigheden heeft de eerste auteur,

Een verstoorde relatie tussen de patiënt en diens familie verdient extra aandacht

in zijn rol van arts voor de Levensindekliniek, dan ook meermalen in staat gesteld redelijke oplossingen aan te dragen voor patiënt én naasten. De volgende twee casussen kunnen dat illustreren.

CASUS 1: MOEDER EN ZOON

Een 74-jarige alleenstaande dame, die wegens haar al veertig jaar bestaande vermoeidheid, geduid als chronische vermoeidheidssyndroom, en een beperkte inspanningstolerantie als gevolg van COPD klasse 2, vroeg haar huisarts om euthanasie. Deze besloot, na meerdere gesprekken met haar en een telefonisch overleg met een SCEN-arts, om het euthanasietraject niet met haar in te gaan. Hij schatte namelijk in dat het niet aan de toetsingscriteria zou voldoen. Mevrouw meldde zich aan bij de Levensindekliniek. Ze had een moeilijke relatie met haar zoon. Zelf had ze een problematische jeugd gehad, met een mishandelende vader. Ook had ze een problematisch huwelijk en een moeilijke scheiding achter de rug. Ik heb mevrouw verteld dat ik met haar verder wilde praten over haar euthanasiewens, maar alleen als bij het volgende gesprek haar zoon ook aanwezig zou zijn. Mevrouw zag ertegenop om haar zoon te vertellen dat zij euthanasie wilde en dat hij gewenst



Sociale interventies kunnen onderliggend lijden verlichten.

met de aanwezigheid van haar enig kind. Ik stel voor om de dochter te schrijven en haar mee te laten denken over een oplossing voor de eenzaamheid van haar moeder. Kan moeder bij haar komen wonen, of andersom? Of is er een andere gezellige woonplek te realiseren? Mevrouw begint helemaal te stralen bij deze ideeën. De dochter regelt vervolgens vanuit haar verre woonplaats in drie weken dat mevrouw verhuist naar een kleinschalig, huiselijk, verzorgingshuis. Een paar maanden later overlijdt mevrouw rustig op natuurlijke wijze.

was bij een volgend gesprek met haar en het team van de Levensindekliniek. Na twee maanden kregen we een telefoontje dat ze haar zoon gesproken had en dat hij erin toestemde om bij het volgende gesprek aanwezig te zijn. De zoon was blij met onze uitleg over de euthanasiewens van zijn moeder en met onze toezegging dat we rekening zouden houden met de tijd die hij nodig zou hebben om aan dat idee, de mogelijkheid van euthanasie, te wennen. Hij gaf aan dat hij bij het volgende gesprek, een maand later, weer aanwezig wilde zijn. In dat gesprek vertelde de zoon geheel op eigen initiatief aan zijn moeder dat zij haar best had gedaan en dat alles wat niet goed gegaan was – tijdens zijn puberteit, bij de scheiding tussen zijn ouders en alle gevolgen die dat voor hem had gehad – verleden tijd was. Moeder en zoon namen zich voor om de komende tijd samen dingen te ondernemen. Zo zou de zoon zijn moeder in haar rolstoel meenemen naar onder andere het graf van moeders moeder. Moeder verklaarde dat ze zo blij was met haar zoon die nu weer haar belangrijkste mantelzorger was.

Na vier maanden kregen we bericht van de huisarts dat mevrouw een plotse, natuurlijke dood was gestorven.

CASUS 2: MOEDER EN DOCHTER

Een 88-jarige weduwe woont zelfstandig, is snel moe en vindt haar leven ondraaglijk zinloos en vraagt euthanasie aan haar huisarts. De huisarts vindt het verzoek niet invoelbaar en de enige, in een ver buitenland wonende dochter meldt haar moeder aan bij de Levensindekliniek. In een oriënterend gesprek met mij als arts van de Levensindekliniek, blijkt dat mevrouw in haar puberteit vele jaren seksueel grensoverschrijdend behandeld is en dat ze daar de laatste tijd veel aan herinnerd wordt door gebrek aan afleiding. Een week later blijkt dat de huisarts aanwijzingen gevonden heeft voor een coloncarcinoom en hij neemt het euthanasietraject over van de Levensindekliniek. Weer een week later raakt mevrouw ernstig aan de diarree en wordt zorgbehoeftig. Haar dochter komt moeder verzorgen en mevrouw fleurt op: ze heeft het niet meer over euthanasie. Als de diarree over is en mevrouw weer rondloopt, gaat de dochter terug naar haar overzeese woonplaats. Een maand later belt mevrouw mij op met de vraag of ik niet opnieuw kan komen praten over euthanasie. Ik herinner haar eraan dat ze zo opgemonterd was toen haar dochter er was. Mevrouw beaamt dat en vertelt ook dat ze eerder veel contact had met haar buurvrouw, maar dat die relatie verstoord is geraakt. Sindsdien is ze erg eenzaam en daarom was ze zo blij

Laten we ons, als artsen die met patiënten over euthanasie praten, realiseren dat we in de bijzondere positie zijn om wegen die voor patiënten afgesloten lijken, toch met hen op te gaan. En laten we daarbij niet alleen aandacht hebben voor medisch ingrijpen, maar ook voor sociale interventies die mogelijk het onderliggende lijden kunnen verlichten. Dat maakt de beoordeling van een euthanasieverzoek bepaald niet minder complex, maar het resultaat zal zowel voor patiënt als arts, zeker zo bevredigend zijn. ■

contact

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

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Het MC-dossier Euthanasie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.