

EUTHANASIE

dr. Jan van der Meulen
basisarts, daarvoor SCEN-arts,
internist en lepra-arts

EUTHANASIERICHTLIJN IS HARD TOE AAN VERNIEUWING

Laat de COPD-patiënt niet stikken



GETTY IMAGES

Onze euthanasierichtlijn zorgt, in tegenstelling tot het Belgische equivalent, voor onnodig lijden. Dat zegt voormalig internist en vervolgens SCEN-arts Jan van der Meulen, en geeft een aantal schrijnende voorbeelden van COPD-patiënten uit zijn praktijk.

Het Nederlandse parlement keurde in 2001 de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) goed. Nederland was hiermee het eerste land ter wereld dat artsen toestaat een patiënt op diens verzoek te doden. België volgde een jaar later, maar de richtlijn daar lijkt een stuk adequater en patiëntvriendelijker. Sinds de invoering is het aantal patiënten dat van de Wtl gebruik maakt, gestegen van tweeduizend naar zesduizend per jaar. Aan de hand van zeven COPD-patiënten, die om levensbeëindiging vroegen, zal ik aantonen dat deze stijging geen verbetering betekent.

De vierde eis

De eerste patiënt zag ik als internist op verzoek van de longarts, die zelf geen levensbeëindiging uitvoerde.¹ Het was een 55-jarige zuurstofafhankelijke COPD-patiënt, die kort daarvoor had gehoord niet in aanmerking te komen voor een longtransplantatie. Hij wilde thuis overlijden en de huisarts voerde ook geen levens-

beëindiging uit. De man beschreef zijn lijden als volgt: 'De kortademigheid maakt mijn leven onmogelijk, ik kom het huis niet meer uit.' 's Nachts naar het toilet lukt niet en moet ik nat en/of stinkend tot de ochtend wachten. Zo'n zieke hond zou je laten inslapen.' Als ik, in overeenstemming met het KNMG-standpunt dat zelfdoding het best de verantwoordelijkheid en rol van de patiënt tot uitdrukking brengt, hem vraag of hij

het zelf wil doen, zegt hij zonder aarzeling: 'Ja.'² Na enige maanden, 's avonds, zittend in zijn bed met zijn naasten om hem heen, heft hij het glas met het barbituraat, zegt proost en drinkt. Een paar minuten later kan ik de zuurstof staken en de familie condoleren.

Bij de andere zes COPD-patiënten, van wie er drie permanent zuurstof gebruikten, moest ik oordelen of de betrokken arts aan

de vier zorgvuldigheidseisen van de Wtl had voldaan. De zes patiënten, allen ouder dan 70 jaar, vertelden dat zij wegens hun kortademigheid hun huis niet meer verlieten, dat zij de laatste maanden zeer sterk waren vermagerd en dat hun grootste angst was te stikken. Op mijn standaardvraag 'Wanneer wilt u sterven?' was hun antwoord: 'Het liefst gisteren en anders maar morgen.' Alle zes patiënten voldeden aan de eerste drie eisen van de Wtl:

1. er was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
2. er was sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
3. de patiënt was voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

Maar aan de vierde eis – namelijk dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is – werd bij slechts één van de zes patiënten voldaan. Bij deze patiënt, die geen zuurstof gebruikte, was levensbeëindiging op verzoek de enige mogelijkheid. Door een infectie van de slokdarm kon zij nauwelijks drinken. Bij de drie permanent zuurstof gebruikende patiënten zou palliatie en staken van de zuurstof een redelijk alternatief zijn. Volgens Amerikaanse maatstaven hadden deze drie patiënten het terminale stadium van de COPD, levensverwachting minder dan zes maanden. Vandaar dat ik de behandelend artsen vroeg om dat alternatief met hun patiënten te bespreken. Twee artsen deden het en één patiënt accepteerde. Deze patiënt kreeg palliatie, de zuurstof werd gestaakt en vier uur later sliep hij vredig in. Ook de hulp bij zelfdoding als een redelijke andere oplossing was bij de overige vier patiënten niet besproken. Drie collega's deden dit alsnog, maar hun patiënten, waarschijnlijk overrompeld door het woord zelfdoding, wilden dat de arts hun leven beëindigde. Bij de zesde patiënt, die ook permanent zuurstof gebruikte, weigerde de arts zowel het staken van de zuurstof als de zelfdoding te bespreken. Volgens hem behoorde de keuze tussen levensbeëindiging en zelfdoding pas besproken te worden nadat er goedkeuring was gegeven. Omdat hij bovenstaande redelijke andere oplossingen niet had besproken, voldeed hij niet aan de Wtl.

Belgische richtlijn

Zeven COPD-patiënten, die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, vragen hun behandelend arts om een eind te maken aan dat lijden. Voor één van hen is een door de arts uit te voeren levensbeëindiging de enige mogelijkheid. Voor de andere zes zijn alternatieven mogelijk, maar de behandelend artsen bieden die niet aan. Kokervisie of is levensbeëindiging door een arts superieur aan levensbeëindiging door de patiënt zelf?

De gebruikte terminologie in de in 2012 uitgekomen KNMG/KNMP-richtlijn over dat onderwerp suggereert superioriteit. Levensbeëindiging door een arts is euthanasie, maar als de patiënt het zelf doet, dan is het zelfdoding.³

Het Belgische equivalent van de KNMG/KNMP-richtlijn verwoordt de keuze op een patiëntvriendelijkere wijze: levens-

Als de patiënt het zelf doet, is het zelfdoding

beëindiging door de arts is intraveneuze, die door de patiënt orale euthanasie.⁴ De Belgische richtlijn is ook pijnlozer voor de patiënt. Om intraveneuze euthanasie uit te voeren zegt de Nederlandse richtlijn: infuusnaald, minimaal 20 g of zelfs 18 g, en de Belgische: vleugelnaald 21 g of 23 g. Voor de lezer die niet bekend is met deze materie: hoe dunner de naald, hoe groter het getal. Wat dezelfde lezer al wel vermoedt, en in een gerandomiseerde studie is aangetoond, is dat het inbrengen van een naald 22 g significant minder pijnlijk is dan van een naald 20 g of 18 g. (Dezelfde studie adviseert een naald 18 g als men iemand wil reanimeren, maar dat willen onze patiënten toch niet?) Ten slotte is de Belgische richtlijn minder dwingend voor de arts die de intraveneuze euthanasie uitvoert. In Nederland moet na het coma-inducerend middel altijd het spierrelaxans worden toegediend, ook als de patiënt al is overleden. Het argument is dat er geen twijfel meer kan bestaan dat de patiënt door anoxemie, door verstikking, is overleden. In de Belgische richtlijn staat: 'Het overlijden volgt vaak spontaan na de toediening van thiopental, maar voor de zekerheid is de toediening van het spierrelaxans aanbevolen.' Maar wat nu als bij onze COPD-patiënten die vrezende te stikken, de arts de vergissing maakt die beschreven staat in het jaarverslag van de Regionale Toetsingcommissie Euthanasie van 2016? Die arts wilde eerst de al ingebrachte infuusnaald doorspoelen met fysiologisch zout. Maar ondanks het feit dat hij er in zijn beleving goed naar had gekeken, spoot hij de naald door met het spierrelaxans.⁵

Verstikking

Waarom de patiënt door de ademhalingsspieren te verlammen, de intraveneuze euthanasie, en niet door een diep coma, de orale euthanasie, laten overlijden? Waarom niet bij de intraveneuze euthanasie alleen barbituraten gebruiken? Een methode die tot vorig jaar in het Antoni van Leeuwenhoek met succes werd toegepast. Is men bang dat er een tijd komt dat de barbituraten niet meer beschikbaar zijn of dat de industrie, zoals in de Verenigde Staten, de prijs ervan gaat opdrijven? In dat geval, lees het jaarverslag van de Oregon Death with Dignity Act van 2018.⁶ In Oregon en ook in negen andere Amerikaanse staten is orale euthanasie mogelijk en wordt een alternatief beschreven voor de barbituraten. Zeer opvallend is dat al eind jaren zeventig een vergelijkbare methode, diazepam en digoxine, in het Academisch Ziekenhuis te Groningen werd gebruikt. Nederland heeft een nieuwe richtlijn nodig voor de uitvoering van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Deze moet patiëntvriendelijker en pijnlozer zijn, maar vooral het onmogelijk maken dat de patiënt door verstikking komt te overlijden. ■

contact

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

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

VELDWERK

DE FORENSISCH ARTS



JEROEN TIMMERMAN werkt bij de GGD in Amsterdam

Geen polonaise!

Nu de Nobelprijs weer aan mijn neus voorbij is gegaan, wordt het tijd om mijn columns eens goed tegen het licht te houden. In mijn 'gewone' werk heb ik net Evaluatie Individueel Functioneren achter de rug (wat een gedoe zeg) en dat kan voor mijn columns ook weleens. Wat draagt het bij, hoe goed is het, is die deadlinestress nog te doen? En moet een jongere garde niet eens een frisse blik op ons werk bieden? Zulke gedachten krijg ik dan. Teruglezend is het thema de publieke gezondheidszorg: bij een GGD sta je met één been in de geneeskunde en met het andere in de samenleving. Dan heb je het bijvoorbeeld over kwetsbare doelgroepen en zorg voor mensen zonder behandelaar. Ik herinner me de spreek-

uren voor gevluchte Syriërs als de dag van gisteren. En de extreme zorgmijders zonder huis. De geweldsslachtoffers die we in dit werk zien. Maar ook maatschappelijke kwesties pas-

VOOR MIJ IS ER GEEN MOOIERE WERKOMGEVING

seerden de revue, zoals het traumatische faillissement van MC Slotervaart, de levenseindeklubs zoals Stichting de Einder en de nietsontziende werking van een disfunctionele aanbestedingswet.

Maatschappij en gezondheid: voor mij is er geen mooiere werkomgeving dan deze grootstedelijke GGD. En het is een eer en genoeg om daarover columns te mogen schrijven in wat ik, als medisch journalist in ruste, beschouw als mijn tweede professionele liefde, Medisch Contact.

Maar na drie jaar ga ik op papier plaatsmaken voor andere actualiteiten en auteurs. Er zijn zoveel andere mateloos interessante vakgebieden die ook aandacht verdienen. Ik ben nu al benieuwd.

Niet iedereen was het met me eens natuurlijk en wacht, hoor ik daar gejuich in het hoekje van de levenseindehobbyisten, marktapostelen, cannabisdwaallichten en andere dolende amateurs? De polonaise vangt aan? Niet te vroeg, u allen! Ik ga door als blogger voor MC.

De redactie dankt Jeroen voor drie jaar inkijk in zijn werkveld en ziet hem graag terug op onze website!