

LEVENSEINDEKLINIEK ZIET GROEIEND AANTAL KANKERPATIËNTEN

'Bespreek de euthanasiewens op tijd'





Prof. dr. J.N. Schreuder (1938), psychiater en emeritus hoogleraar Psychotrauma, is voorzitter van het bestuur van de Levensindekliniek. Eerder was hij bestuurder van Centrum '45 in Oegstgeest en daarna van diverse ggz-instellingen. Hij is momenteel ook voorzitter van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

Patiënten die euthanasie wensen, maar geen gehoor vinden bij hun arts, kunnen terecht bij de Levensindekliniek. De ambulante teams van deze kliniek bouwen in zeer korte tijd een vertrouwensrelatie op om een zorgvuldige afweging te maken. Een probleem daarbij is dat steeds meer kankerpatiënten in een laat stadium van hun ziekte een beroep doen op de Levensindekliniek.

‘Het belang van de patiënt staat bij ons altijd voorop, ook als de patiënt heel laat wordt aangemeld’, zegt prof. dr. Bas Schreuder, voorzitter van de Levensindekliniek en emeritus hoogleraar Psychotrauma. ‘Het team zal dan alsnog alles doen wat nodig is om een zorgvuldige procedure te garanderen. Maar tijdsdruk spoort niet goed met de manier waarop wij willen werken. De situatie dat een kankerpatiënt in een zeer laat stadium van de ziekte bij ons komt, zou een uitzondering moeten zijn, maar dat is het helaas niet.’

Ethisch complexe situaties

‘De Levensindekliniek is vooral bedoeld voor ethisch complexe situaties’, zegt directeur Steven Pleiter, ‘zoals een euthanasiewens van een psychiatrische patiënt, of iemand met dementie, of een oudere die vindt dat zijn leven is voltooid. Euthanasie bij een kankerpatiënt is bijna nooit zo complex. En toch hebben we de afgelopen jaren een sterke stijging gezien van het aantal kankerpatiënten dat een beroep op ons doet. In het eerste jaar waren het er hooguit een paar, inmiddels gaat het om een op de vijf verzoeken. De meeste kankerpatiënten komen bij ons in een zeer vergevorderd stadium van de ziekte. Vandaar dat wij een dringend beroep doen op de behandelend specialist om het levenseinde bespreekbaar te maken met de patiënt en ook de huisarts daarbij te betrekken.’ Over het actuele debat rond het ‘voltooid leven’ doen Pleiter en Schreuder liever geen uitspraken, behalve dat zij hopen dat er een goede regeling komt. ‘Belangenbehartiging is niet onze taak; wij zijn gericht op ondersteuning van mensen met een euthanasiewens, binnen de bestaande wetgeving’, zegt Pleiter.

Contact met behandelaar

De Levensindekliniek is in 2012 opgericht vanuit de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) voor patiënten met een euthanasiewens van

wie de arts daar niet aan kan of wil voldoen. Pleiter zag het bij zijn eigen moeder. ‘Haar arts zei: “Nee, ik ga je daar niet mee helpen.” Daarna was het gewoon stil. Dat voelt ontzettend raar. Dat is voor mij ook een motivatie om dit werk te doen.’ Een arts die niet wil meewerken aan de euthanasie van een patiënt, kan deze nu dus doorverwijzen naar de Levensindekliniek. Veel artsen doen dit ook, zelfs als zij zelf principiële bezwaren hebben. Patiënten kunnen ook zichzelf aanmelden.

Vervolgens wordt er informatie ingewonnen bij de patiënt en de behandelend arts. Soms blijkt in het gesprek met de arts dat deze behoefte heeft aan ondersteuning, maar wel bereid is om een actieve rol te spelen. De Levensindekliniek maakt ook duidelijk dat zij de behandeling en de palliatieve zorg niet overneemt. Dat past niet in de doelstellingen en de kliniek heeft er ook niet de menskracht voor.

Aansluitend vindt beoordeling plaats door een triagist – een verpleegkundige die vaststelt welke route nu aan de orde is. In veel gevallen zal één van de 50 regionale teams van de Levensindekliniek in actie komen en een afspraak maken met de patiënt voor een eerste kennismaking. Soms is echter bij triage al duidelijk dat euthanasie niet aan de orde is binnen de Nederlandse wet. Of er is sprake van een psychiatrische achtergrond; dan is de procedure dat een psychiater van de Levensindekliniek de patiënt ziet voordat diens verzoek in behandeling wordt genomen.

Vertrouwensrelatie

Het team dat naar de patiënt gaat, bestaat altijd uit een arts en een verpleegkundige. Schreuder: ‘Het gaat om wezenlijke vragen en soms lastige afwegingen. →



S. Pleiter (1955) is directeur van de Levens-eindekliniek. In 2011 bereidde hij de oprichting van de Levens-eindekliniek voor en sinds de start in maart 2012 heeft hij de dagelijkse leiding. Eerder was hij ICT-manager bij diverse internationale bedrijven.

Dan is het belangrijk dat je niet alleen bent. De combinatie van een arts en een verpleegkundige is complementair, dat werkt goed.' Hoewel het team geen behandelrelatie met de patiënt aangaat, is het van groot belang dat er wel een vertrouwensrelatie ontstaat. Het gaat immers om een ingrijpende afweging: het al dan niet beëindigen van het leven van de patiënt. Het team bezoekt de patiënt thuis en neemt zoveel tijd als nodig is om deze vertrouwensrelatie tot stand te brengen en de hulpvraag van de patiënt te verhelderen. Gekeken wordt of de wettelijke criteria voor euthanasie van toepassing zijn, maar ook waarom voor dit individu euthanasie een logische volgende stap is, die past in het geheel van zijn leven. Pleiter: 'Het is belangrijk dat het team het verzoek kan begrijpen.'

Als aan deze voorwaarden is voldaan, zal een SCEN-arts de wettelijk vereiste tweede beoordeling verrichten. Daarna vindt er ook nog een multidisciplinair overleg plaats van de Levens-eindekliniek, waarin vier teams in een telefonische conferentie allen de casus bespreken. Pleiter: 'Die werkwijze wordt erg gewaardeerd door de teams. Zij hebben een grote mate van autonomie tijdens hun onderzoek en dat moet ook, maar op dat moment zijn er

ook nog collega's die meekijken. Bij complexere problematiek zal ook een psychiater of een arts die is gespecialiseerd in dementie bij het multidisciplinair overleg betrokken zijn.' Wanneer aan het eind van deze hele procedure besloten wordt tot euthanasie, zal de arts van het team de euthanasie uitvoeren in de door de patiënt gewenste context.

Vroeg vragen

Naast directe hulpverlening richt de Levens-eindekliniek zich steeds meer op ondersteuning van artsen bij euthanasie. Gemiddeld genomen zal een huisarts slechts eens per 2 jaar worden geconfronteerd met een euthanasieverzoek. In ongeveer driekwart van de gevallen betreft het een kankerpatiënt bij wie de ethisch-juridische afweging in het algemeen niet complex is. Complexere situaties doen zich dus maar een paar keer in een beroepsleven voor. Advisering, consultering en nascholing moeten de (huis)arts helpen om ook in die situaties de moeilijke afweging te maken of het legitiem en juist is om het leven van deze patiënt te beëindigen. Pleiter: 'Idealiter wordt onze rechtstreekse hulpverlening aan patiënten dan uiteindelijk overbodig. Maar dat zal ik waarschijnlijk niet meer meemaken.'

Advanced care planning

Volgens Schreuder is er in een vroeger stadium een belangrijke rol weggelegd voor de medisch specialist die een infauste prognose moet bespreken met een patiënt. In dat slechtnieuws-gesprek, of de gesprekken die daarop volgen, zou ook de vraag naar euthanasie expliciet aan de orde moeten komen. 'Advanced care planning hoort bij goede zorg, niet alleen het bespreken van behandelopties. De KNMG heeft het over tijdig spreken over het levenseinde. Daar worden nu ook cursussen voor ontwikkeld, bijvoorbeeld door het NHG. Als dat gesprek tijdig plaatsvindt en er wordt goed met de huisarts over gepraat, komt men niet ineens voor verrassingen te staan. Nu gebeurt het nog te vaak dat de huisarts, of zijn vervanger tijdens de vakantie, ineens wordt geconfronteerd met een uitbehandelde patiënt met een euthanasieverzoek. En in veruit de meeste gevallen was dat niet nodig geweest als men er tijdig over gepraat had.' ←

'Het gebeurt nog te vaak dat de huisarts, of zijn vervanger tijdens de vakantie, ineens wordt geconfronteerd met een uitbehandelde patiënt met een euthanasieverzoek'