

expertisecentrum
euthanasie

U staat
er niet
alleen
voor.

Zorgprofessionals over hun ervaringen met de
consulent van Expertisecentrum Euthanasie

U staat er niet alleen voor.

Zorgprofessionals over hun ervaringen met de
consulent van Expertisecentrum Euthanasie

Voorbeelden uit de praktijk

Colofon

1e druk september 2021

Uitgave: Expertisecentrum Euthanasie, afdeling

Consultatie & Opleiding

Eindredactie: Elke Swart,

afdeling Communicatie & Samenwerking

Teksten: Annerieke Dekker

(ARD tekst en communicatie)

Fotografie: Martijn Beekman

Vormgeving:

Matthijs Sluiter (Studio Het Mes)

Drukwerk: Quantes, Den Haag

Oplage 33.000

Deze uitgave is mogelijk gemaakt dankzij de stichting Vrienden van Expertisecentrum Euthanasie (VvEE).

Teksten mogen uitsluitend na schriftelijke toestemming worden overgenomen.

Expertisecentrum Euthanasie

Eisenhowerlaan 104

2517 KL Den Haag

070 820 92 75 (uitsluitend voor zorgprofessionals)

We zijn er voor u.

Sinds de oprichting in 2012 heeft Expertisecentrum Euthanasie duizenden hulpvragen van vaak complexe euthanasieverzoeken in behandeling genomen. Hierdoor is veel kennis en ervaring opgebouwd. Onze consulenten delen hun expertise graag met de beroepsgroep. Immers een groot deel van de hulpvragers die zich tot het expertisecentrum wendt, zou het liefst door de eigen behandelaar worden geholpen.

In dit boek vertellen veertien artsen en een verpleegkundig specialist openhartig waarom zij ondersteuning vroegen van een consulent euthanasie en wat de consulent voor hen heeft betekend. Aan de hand van deze praktijkvoorbeelden wil Expertisecentrum Euthanasie laten zien wat voor soort advies en begeleiding de consulent kan bieden en aan wie.

We hopen de meerwaarde van de consulent duidelijk te maken voor artsen die voor het eerst met een euthanasieverzoek te maken krijgen; die het lijden van hun patiënt (nog) niet invoelbaar vinden; die nog behandelopties zien terwijl hun patiënt aangeeft geen draagkracht meer te hebben; die graag iemand aan hun zijde willen hebben tijdens de uitvoering van de euthanasie zelf, of om een andere goede reden hulp en begeleiding zoeken bij het omgaan met een euthanasieverzoek. We zijn er. Voor u.



‘Een groot deel van de hulpvragers die zich tot het expertisecentrum wendt, zou het liefst door de eigen behandelaar worden geholpen.’

Ik wens u veel leesplezier.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sk' with a large, sweeping flourish underneath.

Sonja Kersten,
Raad van bestuur
Expertisecentrum Euthanasie

Inhoud

- 6 'De consulent euthanasie is onmisbaar in de huidige euthanasiepraktijk.'
- 9 Voorbeelden uit de praktijk.
 - 11 'Heb ik voldoende onderbouwing om euthanasie te verlenen?'
 - 15 'Is euthanasie bij deze patiënte met niet-aangeboren hersenletsel mogelijk?'
 - 19 'Ik wil wel helpen, maar is het emotioneel niet te zwaar?'
 - 23 'Zie ik niet iets over het hoofd in deze ingewikkelde casus?'
 - 27 'Hoe onderzoek je een euthanasiewens als je daar geen ervaring mee hebt?'
 - 31 'De patiënt wendt zich tot mij voor euthanasie. Maar wil ik dit wel doen?'
 - 35 'Heeft het zin op een verzoek in te gaan, als je niet weet of het kans van slagen heeft?'
 - 39 'Hoe kan lijden invoelbaar worden?'

- 43 'Hoe weet ik of een verzoek om euthanasie weloverwogen is?'
- 47 'Ik heb het onderzoek bijna rond, maar hoe pak ik de uitvoering aan?'
- 51 'Dit is een uitzonderlijke situatie. Kan ik een ervaren back-up krijgen?'
- 55 'Hoe kan ik mijn dementerende patiënte geruststellen?'
- 59 'Wanneer is er sprake van een opeenstapeling van ouderdomsklachten?'
- 63 'Heb ik alles gedaan wat nodig is?'

67 Maak kennis met onze consulenten

73 Een telefoonnummer speciaal voor zorgprofessionals:
070 820 92 75

75 Expertisecentrum Euthanasie: ook voor nascholing

‘De consulent euthanasie is onmisbaar in de huidige euthanasiepraktijk.’

In 2015 introduceerde Expertisecentrum Euthanasie, toen nog de Levenseindekliniek, de consulent euthanasie. Manager Consultatie & Opleiding Petra Keijnemans stond aan de wieg van dit aanbod van advies en begeleiding en is hier nog steeds nauw bij betrokken. Een stukje geschiedenis.

Eigenlijk zette de begeleiding van een patiënt in Drunen alles in werking. Ik weet niet meer hoe oud hij was, maar wel dat hij ernstige COPD Gold IV had. Hij was bedlegerig, had continue zuurstof nodig en het enige uitstapje dat hij nog had, was de gang naar het toilet met behulp van zijn rollator, waarna hij een half uur moest bijkomen. Het leven had voor deze man zoveel aan kwaliteit verloren, dat hij euthanasie wilde. Zijn huisarts was tijdens het hele traject nauw betrokken geweest bij alle gesprekken die wij als ambulante

team van het expertisecentrum met deze patiënt voerden. Op de dag van de euthanasie was hij ook aanwezig. De huisarts was een jonge dokter die zich ontfermde over het leed van zijn patiënt, hem wilde steunen in zijn verzoek, maar het niet zelf wilde oppakken. Na de euthanasie raakte ik met hem aan de praat. Ik prees hem om zijn betrokkenheid en vroeg hem waarom hij deze man niet zelf had kunnen helpen met zijn euthanasieverzoek. Het was immers overduidelijk dat het aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen



zou voldoen. De huisarts gaf aan geen ervaring te hebben met euthanasie en dat hij het lastig vond, ook omdat hij er daarin alleen voor stond. Ik vroeg hem of hij mogelijk het euthanasieverzoek had opgepakt als hij hierbij begeleiding had gekregen. Toen ik daar bevestiging op kreeg, gingen er in mijn hoofd allerlei belletjes rinkelen.

Geen onwil

Deze taak konden wij als Levensseindekliniek toch niet laten liggen? Het was geen onwil van deze arts om op een euthanasiewens in te gaan, maar een gebrek aan kennis en ervaring. Hoe mooi zou het zijn als wij artsen vanuit onze expertise ondersteuning konden geven?

Het euthanasieverzoek zou daarmee wellicht vaker bij de behandelaar kunnen blijven, binnen de vertrouwde relatie van arts en patiënt. Mijn idee was dat de ondersteunende rol door een arts en mogelijk ook door een verpleegkundige kon worden ingevuld. De geïnterviewde artsen juichten het idee toe. Tegelijkertijd was binnen het expertisecentrum een dossierstudie gedaan naar de redenen dat een verzoek niet door de eigen arts werd opgepakt. Gebrek aan ervaring en twijfel omtrent de zorgvuldigheidseisen

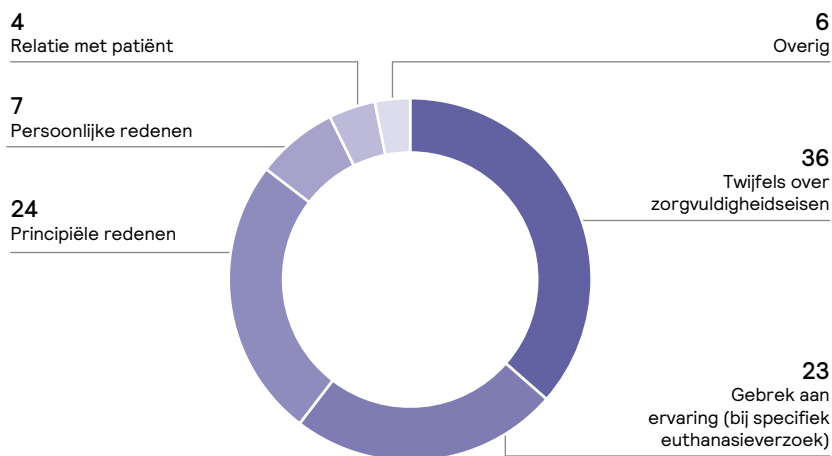
‘We merken dat artsen ook steeds meer complexere verzoeken durven op te pakken met hulp van de consulent.’

bleken de voornaamste redenen om een patiënt door te verwijzen. Alles bij elkaar resulteerde dit in het opstellen van een projectplan en op 1 januari 2015 ging de consulent euthanasie als pilot van start.

Ontzettend waardevol

De pilot bleek een groot succes en van project werd de consulent euthanasie een vaste dienst binnen Expertisecentrum Euthanasie. Met de jaren groeit de vraag en artsen weten ons ook steeds beter te vinden. Onlangs nog gaf een arts aan zo blij te zijn geweest met de ondersteuning die hem was geboden. Hij zei: ‘De consulent euthanasie is onmisbaar in de huidige euthanasiepraktijk.’ Dat is toch wel het

Redenen waarom behandelend arts hulpvraag zelf niet oppakt, in procenten



Bron: 2020 in beeld, Expertisecentrum Euthanasie

Iedereen in Nederland met een euthanasiewens moet de mogelijkheid hebben om te laten onderzoeken of dat verzoek aan de wettelijke criteria voldoet. Euthanasie hoort in de eerste plaats thuis bij de eigen (huis)arts. Echter, niet elke arts kan of wil euthanasie verlenen. Uit onderzoek blijkt dat gebrek aan ervaring en twijfel omtrent de wettelijke zorgvuldigheidseisen belangrijke redenen zijn om een verzoek niet zelf op te pakken.

mooiste compliment dat we kunnen krijgen! Artsen voelen zich gesteund en voelen zich minder alleen staan. En de patiënt hoeft zich niet tot onbekenden te richten met zijn intieme verzoek. We merken dat artsen ook steeds meer complexere verzoeken durven op te pakken met hulp van de consulent. Het zijn vaak intensieve trajecten, maar ontzettend waardevol. Niet alle consulten resulteren in een uitvoering. Soms is palliatieve sedatie meer op zijn plaats, een andere keer zijn er nog behandelopties. De vraag is echter wel gehoord en serieus onderzocht door de eigen behandelaar.

voor een arts. Een euthanasievraag is een indringend verzoek dat naast vragen ook emoties oproept. Maar hoe mooi is het, dat een euthanasieverzoek steeds vaker binnen de vaste behandelrelatie tussen (huis)arts en patiënt kan blijven? Expertisecentrum Euthanasie wil artsen graag ondersteunen om het euthanasieverzoek van hun patiënten op een zorgvuldige manier te onderzoeken.

Petra Keijnemans,
*Manager Consultatie & Opleiding
 Expertisecentrum Euthanasie*

Euthanasie is vaak geen dagelijkse praktijk

Voorbeelden uit de praktijk.

Een oudere dame krijgt de diagnose darmkanker. Haar fysieke gestel gaat rap achteruit en zij wil snel euthanasie.

Heeft de huisarts voldoende documentatie om het traject te starten?

‘Ik wilde een onafhankelijke beoordeling.’

Voor de tweede keer in haar vijftienjarige ervaring als huisarts krijgt Marit van der Giessen uit Vaassen concreet het verzoek om euthanasie te verlenen. Een dringend verzoek, want de patiënte van 86 jaar lijdt en wordt steeds zwakker. Van der Giessen zou graag wat meer tijd hebben om zich voor te bereiden op de euthanasie en om het dossier op te bouwen. Maar die tijd ontbreekt. De huisarts neemt contact op met Expertisecentrum Euthanasie voor een onafhankelijk advies.

“Het onderwerp euthanasie komt in onze praktijk in gesprekken wel regelmatig aan bod, omdat we het bespreekbaar willen maken en bij patiënten checken hoe zij er tegenover staan”, zegt Marit van der Giessen. “Tot daadwerkelijke uitvoering komt het niet zo vaak. Deze patiënte kwam bij mij met buikpijnklachten en soms moest zij spugen. In het verre verleden had zij darmkanker gehad en daardoor was ik gelijk alert. Zij zou anderhalve week later haar zestigjarig huwelijk vieren en zij wilde het nog even aankijken. Wel hebben we een echo laten maken en bloedonderzoek gedaan. Daaruit bleek dat er toch wel iets gaande was in haar buik.”

Achteraf getoetst

Rond de maag van de patiënte zat een verdikking die leek op een tumor. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen of het zou gaan om een maagtumor of andere kwaadaardigheid. Van der Giessen: “Met de patiënte besprak ik de bevindingen van de echo. De volgende dag zou zij een CT-scan krijgen, maar die ging niet door, omdat zij al te verzwakt was. Daarna is het snel gegaan. In de week die volgde, bezocht ik haar meerdere keren. Het bruiloftsfeest was inmiddels afgelast. De patiënte kon niet meer uit bed komen, zij was te zwak. Eten lukte niet en als zij dat wel probeerde, moest zij spugen. Toen ik

haar in de week daarna bezocht, gaf mevrouw aan dat zij niet verder meer wilde. Zij vroeg om euthanasie. Ik was wat overdonderd door het verzoek. In mijn hoofd was ik nog niet zover.”

Ook rees bij Van der Giessen de vraag of zij enkel aan de diagnose op basis van de echo voldoende had om het euthanasie-traject te starten. “De patiënte was wel gezien door een internist en die had de waarschijnlijkheidsdiagnose uitgezaaide darmkanker gesteld. Maar ik heb zelf weinig ervaring met euthanasie en ik vind het ook spannend, omdat er achteraf wordt getoetst. Had ik voldoende in handen om op het verzoek van de patiënte in te kunnen gaan?”

Zelf mijn mening vormen

Eerder had Van der Giessen een nascholing gevolgd bij Expertisecentrum Euthanasie. Daar was gezegd: ‘Als je ooit met vragen zit, kun je altijd bellen. We denken graag mee’. “Ik had het kaartje met contactgegevens meegenomen en heb mijn vraag gemaild. Zo kwam ik in contact met een consultant arts. Ik wilde graag een onafhankelijke beoordeling van iemand die de patiënte niet kent en die niet de SCEN-arts is. Ik wilde eerst zelf mijn mening vormen en deze niet laten

Heb ik voldoende onderbouwing om euthanasie te verlenen?

TELEFONISCH CONSULT OVER
DOSSIEROPBOUW

bepalen door een SCEN-arts.” De consultant van Expertisecentrum Euthanasie sprak met Van der Giessen telefonisch de situatie door. “Hij heeft een verslag gemaakt van ons gesprek en zijn adviezen en dit aan mij voorgelegd. Ook heeft hij nadien contact opgenomen of de euthanasie nog was doorgegaan, hoe het was gegaan en of ik tevreden was.”

Bewuste keuze

“De SCEN-arts kwam diezelfde week nog langs. Op vrijdag heeft mevrouw euthanasie gekregen. Op haar zestigjarige huwelijksdag had zij nog wat mensen gezien, kaarten gekregen en bloemen gehad. De patiënte was tevreden met het leven dat zij had gehad en haar man stond er ook zo in. Zij wilde niet wachten tot zij niet meer kon praten, tot zij helemaal door de ziekte zou worden overgenomen.”

“Zo was zij niet. Zij wilde de regie in eigen hand houden. Dat was voor mij heel invoelbaar. Het was geen ingeving, maar een bewuste keuze. Dat merkte ik bij ieder gesprek. Daarom voelde het goed om euthanasie toe te passen.”

Brede grijs

“Beide keren dat ik euthanasie heb gegeven, was het mooi, bijzonder en verbazingwekkend dat mensen echt blij zijn met wat gaat komen. Ze liggen met een brede grijs in bed, wetende dat ze straks verlost gaan worden. Dat is voor mij de bevestiging dat ik iets goeds doe voor iemand. Het is ook een heel intieme periode. Je komt heel dichtbij het gezin.” Van der Giessen vindt het een prettige gedachte dat zij met vraagstukken over euthanasie bij het expertisecentrum terecht kan. “Euthanasie is niet een soort stroomdiagram, dat je gewoon even volgt. Er zijn zoveel factoren die meespelen: de patiënt, jijzelf. Het is niet allemaal zo eenduidig. Ik ben blij dat ik kan overleggen met mensen die hier meer ervaring mee hebben dan ik.”

Hoe ga je om met het euthanasieverzoek van een patiënte met niet-aangeboren hersenletsel, die klachten uit waarvoor geen goede medische verklaring gevonden wordt?

Is deze vrouw wel wilsbekwaam en lijdt zij ondraaglijk?

‘De consulent dwong mij tot grondig nadenken.’

Een patiënte van specialist ouderengeneeskunde Franco de Wolff is op haar twaalfde jaar geopereerd aan een hersentumor. Blijvende hersenbeschadiging is het gevolg. Op haar zesentwintigste komt de tumor terug. Het oordeelsvermogen en de geestelijke spankracht nemen langzaam af en de patiënte krijgt last van allerlei klachten, die haar behandelaars niet medisch kunnen objectiveren. Voor haar wordt het lijden dusdanig erg dat zij bij De Wolff aangeeft euthanasie te willen. Meerdere collega's die hij hierover raadpleegt, zien geen mogelijkheden. Toch laat de specialist zich niet uit het veld slaan. “Ik zag een in mijn ogen wilsbekwame, jonge vrouw met toenemende lijdensdruk. Ik zag het als mijn plicht haar serieus te nemen.”

De patiënte van Franco de Wolff verbleef op een speciale jongerenafdeling in het verpleeghuis waar hij werkt. “Zij uitte veel klachten”, vertelt hij. “Zij had last van haaruitval, bloed bij haar ontlasting, problemen met stemvorming, haar gezichtsvermogen, enzovoorts. Doktoren konden er de vinger niet opleggen. Zij ging in neurologisch opzicht achteruit, de laatste jaren steeds sneller, maar scans

lieten nooit verandering in de tumor zien. Wij konden de klachten niet medisch objectiveren. Sommigen dachten aan aanstellerij en gingen zich harder naar haar opstellen.” De Wolff zag het anders.

“Dat wij op de scans geen veranderingen zagen, wilde niet zeggen dat de klachten niet bestonden. Wat de patiënt ons aanreikt, hebben wij in principe als

uitgangspunt te nemen tot we het tegendeel kunnen bewijzen.”

Niet mogelijk

Dat zijn patiënte met een euthanasievraag kwam, verbaasde hem niet. “Zij zei regelmatig: ‘Ik ben er helemaal klaar mee’, of ‘Er komt steeds meer bij’, waarmee zij bedoelde dat er steeds een schepje bovenop haar lijdensdruk kwam. Ook gaf zij veelvuldig aan dat zij moe was en het vechten tegen de kanker niet meer aankon.” De Wolff ging met mevrouw in gesprek over haar wens. “Omdat mijn patiënte zowel een hersenbeschadiging had als mogelijk een stoornis in haar oordeelsvermogen heb ik contact gezocht met Expertisecentrum Euthanasie. Zo kwam de consulent euthanasie in beeld.”

De Wolff en de consulent namen samen de casus door. De consulent stelde veel vragen: ‘Wat is nu de hulpvraag? Wat vind je er zelf van?’. Voor de specialist ouderengeneeskunde was dit erg helpend. “De consulent bood mij reflectiemogelijkheden. Zij hielp mij met verwoorden van mijn eigen standpunt. Zij legde steeds de bal terug waar die hoorde: bij mij als behandelend arts. “Waarom doe je dat? Waarom zus, waarom zo? De consulent dwong mij tot grondig nadenken. Dit

Is euthanasie bij deze patiënte met niet-aangeboren hersenletsel mogelijk?

WEGWIJZER IN SPEURTOCHT
NAAR JUISTE ROUTE

maakte het voor alle betrokkenen helder, niet alleen voor mij, maar ook voor de hulpverleners waarmee ik dagelijks werk, de patiënte en haar ouders.”

Vertrouwen

Tussen de eerste keer dat de vraag om euthanasie kwam en het uiteindelijk voltrekken van de euthanasie lagen elf maanden. “Dat heeft zo zijn redenen gehad”, vertelt De Wolff, “maar dat bracht ook vertwijfeling bij mijn patiënte. Waarom moest het allemaal zo lang duren? Soms had ik daarop geen bevredigend antwoord. De consulent ging het gesprek aan met mijn patiënte en haar moeder. Zij legde vanuit haar ervaring met euthanasievraagstukken op diplomatieke wijze uit dat sommige processen lang

duren, maar dat zij er alle vertrouwen in had dat het proces zorgvuldig werd aangepakt. Dat heeft hen ontzettend geholpen vertrouwen te houden.”

Uitdaging

De Wolff focuste zich samen met de consulent op de antwoorden op de vragen die hij nodig had voor een goede onderbouwing van de casus. “Onder andere de wilsbekwaamheid moest worden vastgesteld. Een arts voor verstandelijk beperkte zorgvragers kwam tot de conclusie dat mijn patiënte op sommige punten wilsbekwaam was. Een psychiater stelde dat mijn patiënte leed aan de psychische stoornis SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten). Zowel de patiënte, haar moeder als ik konden niets met die constatering. Zelf vond ik mijn patiënte wilsbekwaam en ik vond het een uitdaging dat te gaan onderbouwen.”

“Een andere uitdaging was de SCEN-arts. Hij liet weten dat hij geen rechttoe-rechtaan oordeel kon geven. Hij bezocht mijn patiënte nog een tweede keer en bleef bij zijn mening. De consulent euthanasie gaf aan dat de SCEN-arts misschien kon vragen om hulp van een SCEN-psychiater. Dat heeft hij gedaan. Samen met deze psychiater heeft hij mevrouw voor de derde keer bezocht. Zij kwamen toen tot de conclusie dat hier sprake was van ondraaglijk lijden en dat de euthanasievraag van mijn patiënte gerechtvaardigd was.”

Open kaart

“Daarna ben ik samen met mijn patiënte en haar ouders het traject van voorbereiding van het afscheid ingegaan. Mevrouw heeft haar afscheid zelf geregisseerd. Zij was er helemaal klaar voor. Het afscheid gebeurde in een heel ontspannen sfeer en gaf mij de overtuiging dat mijn patiënte, die lang genoeg ondraaglijk geleden had,

nu haar rust had gevonden. Bij de toetsingscommissie heb ik volledig open kaart gespeeld over de negatieve adviezen die ik had gekregen naast de positieve adviezen. Ik heb veel aandacht besteed aan de lijdensdruk van mijn patiënte en haar consistentie in haar euthanasiewens. De toetsingscommissie is zonder verdere vragen akkoord gegaan.”

Gezamenlijk doel

Terugkijkend op het euthanasietraject stelt de arts dat anderen hem mogelijk hebben gezien als iemand die net zo lang doordramde tot hij zijn zin kreeg. “Maar het ging er niet om dat ik mijn zin kreeg. Ik wilde mijn patiënte geven waar zij recht op had. Als arts was ik bereid daar de consequenties voor te dragen. De patiënte en ik hadden een gezamenlijk doel: zoeken naar de weg om haar van het lijden te verlossen. De consulent euthanasie van Expertisecentrum Euthanasie was daarbij de wegwijzer.”

De psychiater had haar patiënt doorverwezen naar Expertisecentrum Euthanasie, omdat zij het emotioneel te zwaar vond om zelf het verzoek op zich te nemen.

Als de psychiater hoort hoe lang de wachtlijst is, besluit zij de patiënt zelf te helpen, met hulp van de consulent euthanasie.

‘Ik merkte dat ik er niet alleen voor stond.’

Haar patiënt was een jongeman van 33 jaar oud, met verschillende psychische aandoeningen die elkaar beïnvloedden. Anoushka Bruggeman maakte als psychiater deel uit van het FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) waar hij in beeld kwam. Hij nam een dik dossier van alle behandelingen die hij al gekregen had met zich mee. De man had een duidelijke en langdurige doodswens. Maar juist bij psychiatrische patiënten is het vaak moeilijk om als behandelaar hieraan tegemoet te kunnen komen.

“Als een patiënt aandoeningen heeft die elkaar beïnvloeden, is het moeilijk om aan de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet te voldoen, want hij moet in principe voor elke aandoening die zijn doodswens bepaalt en zijn lijden veroorzaakt uitbehandeld zijn”, legt Bruggeman uit. “De ernst van het lijden van mijn patiënt werd mij al snel duidelijk. Ik wilde echter eerst onderzoeken of er nog behandelopties waren.”

In haar achterhoofd hield de psychiater vast aan de gedachte dat de patiënt met zijn euthanasiewens bij Expertisecentrum Euthanasie terecht kon. “Ik heb eerder

iemand doorverwezen naar het expertisecentrum. Zelf kon ik het toen emotioneel niet aan, ook al stond ik achter het verzoek, en ik vond het een prettig idee dat ik nu eventueel weer kon doorverwijzen.”

Geen ervaring

Bruggeman deed het nodige onderzoek en kwam tot de conclusie dat haar patiënt was uitbehandeld. “Hij vroeg mij of ik bij het expertisecentrum wilde informeren wanneer hij daar aan de beurt was, omdat hij het leven bijna niet om vol te houden vond. Ik had al in de krant gelezen dat er een toename

van het aantal wachtenden met een euthanasiewens was vanwege corona. Bij het expertisecentrum kreeg ik te horen dat zijn afspraak een half jaar later zou zijn. Zijn familie en ik wisten dat hij niet tot december kon wachten en zich voor die tijd waarschijnlijk zou suïcideren. Zijn lijden was te erg.”

Zij belde haar patiënt op om hem het slechte nieuws te vertellen. “Hij vroeg me of ik een andere manier wist om hem te helpen. ‘Geen idee’, zei ik. ‘Ik ken geen psychiater die jou hiermee kan helpen.’ Hardop denkend zei ik: ‘Tenzij ik het zelf zou doen’. Er viel een lange stilte. Ik zag allerlei problemen. Ik heb geen ervaring met het zetten van een infuus, bijvoorbeeld. Ik zei tegen mijn patiënt dat ik contact zou opnemen met Expertisecentrum Euthanasie om te vragen of zij mij konden ondersteunen. Dat waardeerde hij enorm.”

Eindverantwoordelijk

“Diezelfde middag werd ik teruggebeld door het expertisecentrum. De manager vertelde dat zij een consulent hadden en wat diegene voor mij kon doen. Ik stond er versteld van. De consulent kon meegaan naar de patiënt, naar de apotheek, zij kon het infuus zetten

Ik wil wel helpen, maar is het emotioneel niet te zwaar?

DE PSYCHIATER WILLIGT HET EUTHANASIEVERZOEK ZELF IN

enzovoorts. Nadat ik besloten had zelf mijn patiënt te helpen met zijn doodswens viel er een last van me af. Ik had het nu verder zelf in de hand. Ik zag het lijden en de uitzichtloosheid, ik wist dat ik aan alle zorgvuldigheidseisen had voldaan. De consulent hielp mij door het stellen van geïnteresseerde vragen, ook heel praktische: ‘Heb je een stethoscoop? Zal ik die voor je meenemen?’. Zij wilde me overal in ondersteunen, waarbij ik eindverantwoordelijk was en bleef. Dat voelde goed.”

Zoveel richtlijnen

“Gek genoeg heb ik nog nooit zo zorgvuldig gewerkt als toen”, vervolgt zij. “Er waren zoveel richtlijnen waaraan ik me moest houden. Ik wilde niets over het hoofd zien. Het is zo’n onomkeerbaar traject. Ik zat er heel emotioneel en intuïtief in en moest juist rationeel zijn. De consulent was ook hierbij een hele

steun. De patiënt had gekozen voor hulp bij zelfdoding. Hij nam het drankje heel vastberaden in en was zo dankbaar dat wij dit voor hem konden betekenen. Het was heel mooi. Ik heb meegehuild met de familie. De consulent was bij de uitvoering mijn rots in de branding. We hebben samen het laatste stuk van het verslag nagelezen en het tijdstip van overlijden genoteerd, hoe lang het geduurd had voordat de patiënt overleed, enzovoorts. Bij het weggaan zei zij: ‘Denk je er nog aan de reservemedicatie uit de koelkast mee te nemen? Die moet weer terug naar de apotheek.’ Het is fijn iemand te hebben die alles zo goed op een rij heeft.”

Eenzaam traject

Bruggeman kijkt met een positief gevoel op de ervaring terug. “Hoe verder ik kwam, hoe meer ik merkte dat ik er niet alleen voor stond. Ik had mijn geneesheer-directeur op de hoogte gesteld en hij stond achter mij. Mijn team en de casemanagers steunden mij. En ook de huisarts en SCEN-arts waren betrokken. Toch vond ik het een eenzaam traject. Het eindoordeel is tenslotte aan mij. Het is mijn besluit. Daarin stond ik alleen. Na afloop was ik uitgeput en hoopte ik dat ik het nooit meer hoefde mee te maken. Nu weet ik dat de ervaring me heeft verrijkt en ben ik bereid dit opnieuw te doen als het weer op mijn pad komt. Maar liever niet”, zegt ze met een lach, “en ook dan zou ik de ondersteuning van een consulent vragen”.

Gespannen

Het wachten op het oordeel van de toetsingscommissie was voor de psychiater een spannende periode. “Mijn team merkte meer dan ik dat ik gespannen was. Ik keek namelijk telkens in mijn postvak. Toen ik de uitslag had ontvangen, voelde ik mij ontzettend opgelucht en met mij mijn team. Het is toch een zwaard van Damocles dat boven je hoofd hangt. De toetsingscommissie vond dat ik alles zorgvuldig had afgewogen en uitgelegd.”

Als de patiënt met de ziekte van Huntington aangeeft dat voor hem het moment voor euthanasie gekomen is, twijfelt de huisarts.

Is dit het juiste moment?
Heeft hij niet iets over het hoofd gezien?

‘De zienswijze van de consulent heeft mij gesterkt om door te zetten.’

Euthanasie verlenen is huisarts Maurice Severens niet vreemd, al rust zijn ervaring voornamelijk op patiënten met een terminale ziekte. Deze patiënt met de ziekte van Huntington kan nog jaren voortleven. De man heeft al in een vroegtijdig stadium aangegeven dat hij niet afhankelijk wil worden en is door de jaren heen consequent in zijn euthanasiewens. Severens heeft er moeite mee: ‘Er moet toch wel iets zijn waarvoor je wilt blijven leven?’ Hij vraagt de consulent van Expertisecentrum Euthanasie met hem mee te kijken naar het euthanasieverzoek.

“Toen we zagen dat het niet heel lang meer ging duren tot meneer afhankelijk werd van zorg, heb ik de consulent euthanasie benaderd”, vertelt Severens. “Ik wilde toch een keer praten met iemand die er verstand van had hoe ik dit euthanasieverzoek het beste kon aanpakken. Ik wilde niet te vroeg euthanasie verlenen, horen of ik nog ergens specifiek rekening mee moest houden en ook zeker weten

dat ik niets over het hoofd zag. Eerst heb ik telefonisch contact gehad met de consulent. Daarna zijn we samen bij de patiënt en zijn mantelzorgers op gesprek geweest. De zienswijze van de consulent heeft mij gesterkt om door te zetten.”

Onverteerbaar

De nog vrij jonge patiënt kwam regelmatig bij de huisarts op gesprek en stelde

telkens: 'Als ik afhankelijk word van thuiszorg of naar een verpleeghuis moet, dan wil ik niet meer leven'. Hij wilde autonomie behouden.

"Huntington-patiënten kunnen mentaal veranderen. Zij kunnen prikkelbaar worden of afvlakken qua emoties. Zij kunnen geheugenproblemen krijgen. Voor mijn patiënt was dat vooruitzicht onverteerbaar", aldus de huisarts. De ziekte kwam vaker in de familie voor. Zijn moeder had ook Huntington en pleegde zelfmoord, omdat zij het leven niet meer aankon. "Dat wilde mijn patiënt zijn zoon niet aandoen. De zus van mijn patiënt verblijft al vele jaren in een verpleeghuis met dezelfde aandoening. Opname in een verpleeghuis wilde mijn patiënt absoluut niet, daar lag een grens."

"De ziekte werd progressief", vervolgt hij. "Het leven werd voor mijn patiënt steeds moeilijker. De spierziekte veroorzaakt veel onwillekeurig bewegingen. Hij kon daardoor steeds moeilijker lopen, ging met pijn en moeite naar de supermarkt. Hij kon geen eten meer voor zichzelf klaarmaken en ging steeds meer achteruit. Toen kwam de vraag om zijn euthanasieverzoek concreet te maken."

Zie ik niet iets over het hoofd in deze ingewikkelde casus?

EUTHANASIE BIJ EEN PATIËNT MET HUNTINGTON

Band opgebouwd

De huisarts had zijn patiënt de laatste drie jaar heel regelmatig gezien, meestal maandelijks, soms vaker. "Ik had een band met hem opgebouwd. Die band maakte het traject voor mij heel bijzonder. Ik begreep zijn verzoek. Ik kon echt voelen en zien hoe hij was en begreep zijn lijden, pijn en verdriet. Toch aarzelde ik. Ben ik niet te snel? Het moment bepalen was voor mij heel moeilijk. Dat komt waarschijnlijk door de manier waarop ik in het leven sta: er moet toch wel iets zijn in het leven waarnaar je uitkijkt en waarvoor je hier wilt blijven? Tegelijkertijd realiseerde ik me dat dit heel persoonlijk is. Alleen hij kon zijn grenzen aangeven."

Eilandjes

“Ik nam contact op met de consulent euthanasie. Dit was tenslotte een heel andere situatie dan bij iemand met een terminale ziekte. Ik kende de consulent via via. Het bleek dat zij ook ervaring had op het gebied van euthanasie bij de ziekte van Huntington. Haar advies en steun waren heel waardevol voor mij. Wij zitten als huisartsen vaak op eilandjes te werken en het is fijn als je je bevindingen met iemand kunt delen. Zij heeft met me meegekeken en meegedacht. Ik wist ook dat als de situatie te ingewikkeld voor mij zou worden, ik het aan haar kon overdragen. Na het gesprek met de patiënt en zijn ex-vrouw hebben we een SCEN-arts ingeschakeld. Alles verliep goed. Mijn patiënt heeft tot het laatste moment zelfstandig gewoond. De euthanasie heeft ook bij hem thuis plaatsgevonden.”

Nooit in de kou laten staan

Severens vindt dat je een patiënt met een euthanasieverzoek nooit in de kou mag laten staan. “Ik kan me voorstellen dat er allerlei redenen kunnen zijn om een euthanasie niet te doen. Ik stel zelf ook grenzen welke casus ik wel of niet wil doen. Als je het niet wilt doen, kun je echter altijd iemand inschakelen die het euthanasietraject met de patiënt wel wil ingaan. Of de vraag met behulp van de consulent euthanasie misschien toch onderzoeken. Mijn advies is om bij twijfel bij collega's te rade te gaan of gebruik te maken van ondersteuning van de consulent euthanasie. Ik heb haar hulp op een prettige en fijne manier ervaren.”

Een jonge arts neemt een patiënt met een euthanasieverzoek over van een collega.

Zij wil graag helpen, maar in de praktijk is onderzoeken of zij als arts aan alle zorgvuldigheidseisen kan voldoen toch anders dan in theorie. En hoe ga je om met de patiënt en zijn familie?

‘Eigenlijk moet je dit altijd met z’n tweeën doen.’

Melissa Cadee is sinds zes jaar huisarts. In de praktijk waar zij drie dagen per week waarneemt, vraagt een patiënt met uitbehandelde kanker om euthanasie. De praktijkhouder wil hier uit principiële overwegingen niet aan meewerken. Cadee wil wel helpen, maar hoe?

“Ik kende de patiënt niet”, vertelt zij. “Hij was eigenlijk overgedragen aan een collega-waarnemer, maar die ging net op vakantie. De patiënt was echter zo ziek, dat we het idee hadden dat hij niet lang meer zou leven. Daarom wilde ik met hem het gesprek aangaan om de situatie te beoordelen. Ik had mezelf altijd voorgenomen open te staan voor een euthanasieverzoek. Het is iets dat ik de patiënt wil bieden, maar dat wilde ik dan wel doen met begeleiding. Ik heb één keer eerder een soortgelijk verzoek gehad. Toen heb ik contact gezocht met de consulent euthanasie van Expertisecentrum Euthanasie. Die patiënt ging echter zo hard achteruit dat hij uiteindelijk palliatieve sedatie kreeg.”

Niet zo snel

“De patiënt die ik nu overnam van mijn collega-waarnemer had beenmergkanker

en kreeg daar nierkanker bovenop. De nierkanker was uitgezaaid. Een operatie was geen optie vanwege de beenmergkanker en hartklachten. De patiënt was uitbehandeld en hij had duidelijke wensen. Ik heb eerst wat dingen recht moeten trekken. Hij kwam met zijn dochter bij mij op gesprek en gaf aan dat hij de volgende week op vrijdag euthanasie wilde. Ik heb aangegeven dat ik nog nooit een euthanasietraject doorlopen had, dat ik het niet zo snel voor elkaar zou kunnen krijgen als hij wilde en ik heb gezegd dat ik een consulent euthanasie erbij wilde betrekken. Daarna heb ik contact opgenomen met Expertisecentrum Euthanasie.”

Lastig

De consulent kwam op korte termijn naar de praktijk om met Cadee kennis te maken en samen met haar de patiënt

te bezoeken. “De consulent was heel open. Ze zei: ‘We gaan gewoon naar meneer toe en horen het wel. Zij vroeg aan mij wat ik lastig vond. Voor mij was dat met name het op papier verwoorden waaruit het lijden bestond, maar eigenlijk vond ik alles lastig. Tijdens mijn huisartsopleiding had ik wel onderwijs gehad over euthanasie en ik ben door mijn huisartsopleider destijds betrokken geweest bij de uitvoering van een euthanasie, maar met het volledige traject had ik geen ervaring.”

Goed beeld

“Op papier is het anders dan als de patiënt tegenover je zit”, vervolgt zij. “Ik wilde het heel zorgvuldig aanpakken. Je kunt natuurlijk opzoeken hoe je alles moet doen, maar het is veel prettiger als iemand met je meegaat en je kan adviseren. Bij de gespreksvoering bijvoorbeeld: Hoe stel je het lijden vast? Welke vragen stel je? Met de consulent heb ik afgesproken: ‘We doen het samen’. We maakten allebei een verslag van het gesprek met de patiënt en hebben die naast elkaar gelegd. Zo ontstond er een goed beeld van wat besproken was en werd inzichtelijk waaruit het lijden bestond. Ook in een vervolgesprek hebben we het zo aangepakt. Later

volgde nog een derde gesprek. Toen voor ons duidelijk was dat we alles hadden wat nodig was voor het dossier, hebben we de SCEN-arts gevraagd om de patiënt te bezoeken. Vervolgens hebben we een datum geprikt.”

Eigen weg

Ook het invullen van de formulieren was nieuw voor Cadee. “Wat mij heel erg hielp, was dat de consulent mij drie geanonimiseerde formulieren van artsen

**Hoe onderzoek
je een
euthanasiewens
als je daar
geen ervaring
mee hebt?**

SAMEN TOT EN MET DE UITVOERING

van Expertisecentrum Euthanasie had gegeven. Dat gaf mij een beeld van hoe anderen een dossier opbouwden. Ik vond het leerzaam. De ene arts is heel uitvoerig in zijn beschrijving. De ander kort en bondig. Het is natuurlijk heel persoonlijk hoe je het doet. Op deze manier kon ik mijn eigen weg erin vinden. De consulent gaf aan dat zij het dossier ook door een arts van het expertisecentrum kon laten beoordelen, als ik dat wilde, voor eventuele aanvullingen. Dat heb ik gedaan. De basis van mijn dossier was goed, maar de puntjes op de i kwamen uit die extra check.”

Opgelucht en dankbaar

Ook bij de uitvoering was de consulent euthanasie aanwezig. “Zij was er ook voor mij. Ze vroeg bijvoorbeeld: ‘Hoe sta je erin?’. Die steun is heel waardevol, omdat dit voor veel artsen geen dagelijkse praktijk is. Het is fijn dat er dan iemand is, waarmee je over de situatie kunt praten. We zijn samen naar de patiënt gegaan en ik heb de euthanasie verleend. Zijn vrouw was erbij, evenals zijn twee dochters en een kleinkind. Het verliep heel rustig. De familie was opgelucht en dankbaar en ik had er zelf ook een heel goed gevoel over. Het ging zoals ik hoopte, zoals ik verwacht had.”

Positieve ervaring

“De ondersteuning van de consulent was een echte meerwaarde. Misschien zou het voor alle huisartsen goed zijn als zij iemand hebben waarmee zij een euthanasieverzoek samen kunnen onderzoeken. Ik zou het een volgende keer graag weer zo willen. De begeleiding hoeft dan misschien niet meer zo intensief te zijn, maar als de consulent bijvoorbeeld nog een keer mee kan op gesprek en we samen naar het dossier kunnen kijken en erover kunnen sparren, kan ik weer verder.”

“Ik heb aan dit euthanasietraject een positieve ervaring overgehouden, wat zonder de consulent mogelijk anders zou zijn geweest”, concludeert Cadee. “Nu weet ik dat ik het heel zorgvuldig heb gedaan.”

Een huisarts heeft nog nooit euthanasie verleend. Als een patiënte een verzoek om euthanasie bij hem neerlegt, weet hij niet goed wat hij ermee moet.

Hoever ga je buiten je comfortzone om de patiënt ter wille te zijn?

‘Het gaf me het zetje om die hobbel te nemen.’

Marnix Tober omschrijft zichzelf als een voorzichtige huisarts. Euthanasie ziet hij als een bijzondere omstandigheid, een stukje gereedschap dat je soms nodig hebt. “Er zijn collega’s die nooit euthanasie zullen verlenen en collega’s die het wat makkelijker doen. Ik ben meer het nee, tenzij-type”, zegt hij. Zijn benadering maakte dat hij flink moest slikken toen hij een euthanasieverzoek kreeg waar hij eigenlijk niet omheen kon.

“Het was een patiënte met uitgezaaide borstkanker die niet meer behandeld kon worden”, vertelt hij vanuit zijn praktijk in Dordrecht. “Het lijden werd voor haar steeds ondragelijker. Zij kon niet meer plat liggen en kreeg door huidmetastasen open plekken. Ik wist dat zij openstond voor euthanasie, want zij had mij enkele jaren eerder al een euthanasieverklaring gegeven. Nu liet zij mij weten dat het voor haar zover was. Voor mijzelf was dat spartelen. Ik heb eerst nog gekeken of palliatieve zorg een oplossing was. Maar mede door haar toenemende wonden zou zij dan onder erbarmelijke omstandigheden moeten doorleven. Dat wilde ik niet. Tegelijkertijd zag ik er enorm tegen op om met haar het euthanasietraject in te gaan, omdat het voor mij de eerste keer was.”

Geen enkele twijfel

Tober heeft een christelijke achtergrond, maar geeft aan dat dit niet zozeer voor de worsteling zorgde. “Naast het emotionele aspect was er ook de praktische kant. Het gaat om zoiets definitiefs dat je honderd procent zeker moet weten dat het klopt. Gelet op de situatie van de patiënte was er geen enkele twijfel dat ik aan de voorwaarden kon voldoen die door de euthanasiewet worden gesteld. Maar de technische procedure moest ik ook goed doen. Uiteindelijk heb ik haar euthanasie verleend met assistentie van de consulent van Expertisecentrum Euthanasie.”

Kat uit de boom

De huisarts kende het expertisecentrum

van een nascholingscursus die hij eerder had gevolgd. “Nu was ik echt zoekende. Ik werk samen met een collega die al vaker euthanasie heeft gegeven, maar zij was te druk. De zoon van de patiënte zette mij een beetje onder druk door te zeggen dat hij contact zou zoeken met Expertisecentrum Euthanasie. Ik vertelde hem dat ik dat prima vond.”

“Ik heb eerst de kat uit de boom gekeken”, zegt Tober eerlijk. “Dat de zoon zich tot het expertisecentrum richtte, gaf wel aan dat de urgentie hoog was en dat de patiënte echt niets anders wilde. Dat Expertisecentrum Euthanasie het verzoek serieus nam, maakte voor mij extra duidelijk dat de patiënte voor euthanasie in aanmerking kwam. Ik kende haar vrij goed en wilde niet voor mijn verantwoordelijkheid weglomen. Daarom ben ik haar euthanasiewens uiteindelijk toch zelf gaan onderzoeken. Zij wist dat het voor mij een grote stap was en waardeerde het erg, zeker omdat zij zich nu niet tot een onbekende arts hoefde te richten.”

Juiste volgorde

“Ik kwam erachter dat het expertisecentrum een ervaren verpleegkundige kon regelen voor mij die me ondersteunen kon. We hebben eerst telefonisch contact gehad. Daarna hebben we persoonlijk

De patiënt wendt zich tot mij voor euthanasie. Maar wil ik dit wel doen?

WORSTELLEN MET DE EERSTE KEER

kennis gemaakt en zijn we bij de patiënte en haar zoon op bezoek gegaan. De consulente maakte een verslag, waaruit duidelijk werd dat dit een terecht traject was om mee door te gaan. Zij heeft meegekeken naar de opbouw van het dossier en gaf me enkele suggesties. Met name als ik mij bijvoorbeeld afvroeg of iets nu wel of niet aan het dossier moest worden toegevoegd.”

Na de komst van de SCEN-arts prikte de huisarts samen met de consulente en de familie een datum. “De consulente was ook aanwezig bij de euthanasie. Zij hielp mij met het aangeven van de euthanatica in de juiste volgorde.”

“Achteraf was ik er heel rustig onder en heb ik er niet over gepiekerd. Ik was naar het moment toegegroeid, had geen overhaaste stappen gezet en voelde geen spoor van twijfel. Het was een opluchting dat ik het goed heb kunnen oplossen, ook voor de patiënte en haar familie.”

“Na deze ervaring ben ik wat vrijer geworden om als huisarts euthanasie te benoemen bij heel kwetsbare patiënten”, vervolgt Tober. “Voorheen liet ik het initiatief aan de patiënten over. Nu vraag ik hen zelf hoe zij hier tegenaan kijken. Als zij in de toekomst mogelijk euthanasie zouden willen, vraag ik hen om een verklaring op te stellen, zodat ik die wens niet op het laatste moment te horen krijg.”

In het diepe

Voor Tober was de ondersteuning van de consulent een goede oplossing om in het diepe te durven duiken. “De geneeskunde biedt steeds meer behandelmogelijkheden. Meer mensen worden chronisch ziek, omdat zij niet meteen aan bepaalde ernstige ziektes overlijden. Euthanasie is soms de enige optie om uit een benarde situatie te komen. Dat ik in deze situatie zo aarzelde, was de angst voor alle regeltjes. En het feit dat dit de eerste keer was. Nu ik het traject heb doorlopen, wordt het iets makkelijker, maar het blijft een uitzonderlijke situatie. En dat is gelijk het probleem. Het komt zo weinig voor in de praktijk dat je er onvoldoende routine in krijgt. Het is heel prettig om dan zo’n ervaren verpleegkundige erbij te hebben die kan assisteren.”

Hij heeft de documentatie van deze casus goed bewaard als voorbeeld voor een eventuele volgende keer. “En dan zou ik zeker weer een consulent euthanasie erbij vragen”, besluit hij.

Een verpleegkundig specialist in de GGZ wordt geconfronteerd met een jonge patiënt die niet meer wil leven.

Hij wil de jongen zo goed mogelijk helpen. Maar hoe doet hij dat en waar leidt dat toe?

‘Als goed hulpverlener wilde ik zijn wens aanhoren.’

Jef van Ingen kreeg in zijn functie als verpleegkundig specialist in de GGZ te maken met een jonge jongen met psychische klachten, die al sinds zijn zesde een doodswens heeft. “Wij wilden hem hiervan weerhouden”, vertelt Van Ingen. “Hij was nog zo jong en voor zijn naasten zou het ook verschrikkelijk zijn. Naar mijn idee konden wij hem alleen maar volgen als wij die dringende behoefte aan euthanasie wilden horen.”

Het was voor Van Ingen de eerste keer dat hij als verantwoordelijk behandelaar het euthanasietraject inging met een patiënt. “Ik had incidenteel wel te maken gehad met een aanvraag, een wens of een eerste gesprek, maar ik had nooit het hele traject doorlopen.”

Tegenhouden

De patiënt werd in de instelling op de crisisafdeling opgenomen, nadat hij concrete uitspraken had gedaan over suïcidale plannen. Van Ingen: “Er kwam

een rechtelijke machtiging, wat betekende dat hij gedwongen op de afdeling moest zijn en een behandeling moest volgen. Daarmee wilden we de patiënt beschermen tegen het gevaar dat hij voor zichzelf vormde. Het tegen-gestelde was echter het geval: de jongen bleef volharden in zijn wens dood te willen en het liefst op humane manier. De behandelend psychiater concludeerde dat de behandeling daar geen verandering in ging brengen. Ook de eerste geneeskundige deelde deze conclusie. Vanaf dat

moment was de jongeman vrijwillig in de zorg en kwam ik met hem in contact.”

Help mij

Voor de problematiek die speelde, was geen concrete medische oplossing beschikbaar. “De jongen leed ondraaglijk, zonder uitzicht op verbetering. Voor hem was de enige uitweg uit dit lijden de dood. Hij had te maken met angst- en spanningsklachten en een grote gevoeligheid voor omgevingsprikkels. Wij wilden best een aanbod doen, maar de concrete hulpvraag van deze jongen was: ‘Help mij met euthanasie’. In ons team van behandelaars concludeerden wij dat wij met technische behandelingen geen aansluiting zouden kunnen vinden bij deze jongen.”

“Behandeling had alleen maar kans van slagen als wij zouden luisteren naar wat hij wilde. Hij had zeer betrokken ouders, die achter zijn wens stonden en met wie wij open gesprekken hebben gevoerd.”

Geen dagelijkse materie

“Voor mij is de route naar euthanasie geen dagelijkse materie. Ik heb de patiënt gezegd dat ik ging kijken wat ik voor hem kon betekenen. In mijn directe omgeving adviseerden collega’s: ‘Je moet dit doen, je moet dat doen, je maakt geen schijn

Heeft het zin op een verzoek in te gaan, als je niet weet of het kans van slagen heeft?

COACHEN VAN HET NETWERK
OM DE PATIËNT HEEN

van kans’. Ik wilde uit dit vooroordeel blijven en eerst eens informatie inwinnen. Uiteindelijk ben ik op de website van Expertisecentrum Euthanasie uitgekomen en heb daar het vragenformulier ingevuld.”

“De consulent euthanasie reageerde en ik heb aan haar de casus geïntroduceerd. In eerste instantie kreeg ik informatie over de wettelijke procedure, over wat mij te wachten stond en wat van mij werd verwacht. Dat was al zeer helpend, want er was niemand in mijn omgeving die dat zomaar kon ophoesten. Ik kon de informatie gebruiken in mijn volgende gesprek met mijn patiënt. Euthanasie kan alleen verleend worden door een arts. Ik heb met mijn patiënt overlegd dat een volgende stap het zoeken naar een arts zou zijn die hiertoe bereid was. We realiseerden ons dat dit niet eenvoudig

zou zijn. De consulent wees mij echter op een psychiater in onze instelling die soms als uitvoerend arts betrokken was bij een euthanasie. Die heb ik gebeld en zij gaf aan bereid te zijn de vraag te onderzoeken.”

In de praktijk

De verpleegkundig specialist hield steeds contact met de consulent. Ook voerde de consulent een gesprek met de familie. De ouders van de patiënt wilden duidelijkheid over wat hen en hun zoon allemaal te wachten stond. Daarnaast had de consulent een gesprek met het behandelend team. “Wij vonden het heel fijn niet alleen op een theoretische manier te worden geïnformeerd, maar ook te horen wat het euthanasietraject in de praktijk betekent. Voor mij was de zaak heel ingewikkeld. Ten eerste vanwege de leeftijd van de jongen. Ten tweede om te beoordelen of de doodswens een overwogen aanhoudende gedachte is die niet voortkomt uit de aandoening, maar van de persoon zelf is. Ik denk dat ik mede dankzij de ondersteuning van de consulent daar mijn eigen denk- en oordeelstappen in heb kunnen maken.”

Onvoldoende behandelingen

De psychiater die gevraagd was om een onderzoek te doen naar de euthanasiewens, concludeerde dat de patiënt nog onvoldoende behandelingen had gevolgd om in zijn psychisch lijden een verbetering te vinden. Van Ingen: “Dat was een boodschap die mijn patiënt niet graag wilde horen. Hij heeft marginaal een behandeling gevolgd. Vanuit ons team hebben we geprobeerd hem uit te leggen dat de behandeling nodig was om verder te komen in het euthanasietraject. Dat we dat niet over konden brengen, was uiteindelijk wel pijnlijk. Daar stonden wij met al onze goede bedoelingen en een kant-en-klaar-plan. Hij heeft de behandeling gestaakt en zich laten uitschrijven. Toen is hij uit beeld verdwenen.”

“Onlangs kreeg ik een mail van zijn moeder dat hij na enkele weken onvindbaar te zijn geweest zich weer heeft gemeld en gezegd heeft dat hij weer met ons in contact wil treden. Ik hoop dat hij dat ook doet. Ik wil hem begeleiden in zijn dringende vraag om dood te zijn, want hij kan het leven niet aan.”

Een patiënte met beginnende dementie doet een verzoek om hulp bij zelfdoding bij haar huisarts.

De huisarts heeft hier moeite mee, want wil zij kunnen helpen dan moet het lijden ook voor haar invoelbaar zijn.

‘Ik had voor mezelf nog niet helder hoe ik erin stond.’

Antoinette Marinus is een ervaren huisarts. Zij heeft al 26 jaar een eigen praktijk in het Brabantse Engelen. Euthanasieverzoeken zijn voor haar niet vreemd. Meestal zijn deze echter gebaseerd op somatisch lijden. De eerste keer dat een patiënte met beginnende dementie vraagt om hulp bij zelfdoding is het voor haar toch even slikken.

“Deze mevrouw kende ik al sinds de start van mijn praktijk”, vertelt Marinus. “Vanaf het eerste moment had zij mij duidelijk gemaakt dat zij niet afhankelijk wilde worden. Zij vond het heel belangrijk om allerlei omstandigheden vast te leggen waarin zij euthanasie wilde. En toen op een gegeven moment bleek dat zij dementie had, kwam zij bij mij met het verzoek: ‘Ik wil euthanasie of hulp bij zelfdoding’. Dat iemand euthanasie vroeg vanwege beginnende dementie had ik nog niet eerder aan de hand gehad. Ik had voor mezelf ook nog niet helder hoe ik erin stond en wist niet goed wat ik met het verzoek aan moest. Ik heb de patiënte niet toegezegd dat ik haar ging helpen, maar wel dat ik haar vraag met haar wilde onderzoeken.”

Speurtocht

Een speurtocht op internet naar wat er komt kijken bij een euthanasieverzoek op basis van dementie, leidde de huisarts naar de site van Expertisecentrum Euthanasie. “Ik zag dat je daar ook ondersteuning kon krijgen en heb contact opgenomen. De consulent euthanasie heeft mij vervolgens het hele traject bijgestaan. Het is heel fijn om iemand te hebben die weet welke wegen je moet bewandelen. Daarnaast hielp zij mij ook om het lijden inzichtelijk te maken.”

Het kunnen invoelen van het lijden is bij dementie erg persoonsgebonden. Dit is wat voor Marinus de hulpvraag zo ingewikkeld maakte. “Het echte lijden van iemand moet ook voor jezelf invoelbaar zijn, wil je bereid zijn om mee te helpen

Hoe kan lijden invoelbaar worden?

HULP BIJ ZELFDODING
BIJ DEMENTIE

aan euthanasie of hulp bij zelfdoding”, legt zij uit. “Het lijden vindt op een heel ander niveau plaats dan bij iemand met lichamelijke klachten. Ik had te maken met iemand die steeds meer moeite kreeg om dingen te onthouden en zaken te regelen op een manier zoals zij gewend was om te doen. Het lijden bestond deels uit het bewustzijn dat allerlei dingen haar ontglipten en deels uit angst voor wat komen ging. Ik zag dat lijden wel, maar lichamenlijk was de patiënte nog goed.”

Timing

Timing speelt bij euthanasie bij dementie een grote rol. “Bij iemand met terminale kanker vindt euthanasie in een laat stadium van de ziekte plaats. Bij dementie is dat vaak in een fase dat iemand nog relatief goed is. Je wilt een verzoek uitvoeren zolang iemand nog wilsbekwaam is. Dat iemand dan lichamenlijk nog betrekkelijk gezond is, maakt het moeilijker. Het was fijn om hierop met een deskundig iemand te kunnen reflecteren. Het is uiteindelijk mijn beslissing, maar het helpt enorm om je gedachten te kunnen delen met de consulent euthanasie.”

Het traject duurde meerdere maanden. De huisarts ging ongeveer elke drie weken bij haar patiënte op bezoek. Vaak was de consulent euthanasie daar ook

bij aanwezig. “Je moet het moment van vijf voor twaalf bepalen. Tot wanneer is iemand nog wilsbekwaam? De grootste angst van mijn patiënte was dat de inwilliging van haar verzoek te laat zou zijn. Dat zij niet meer als wilsbekwaam zou worden beoordeeld en dat haar kans op hulp bij zelfdoding dan verkeken was. Die angst werd zo voelbaar voor mij dat ik aan haar verzoek wilde meewerken en dat ik ervan overtuigd was dat dit het beste was voor deze mevrouw. De patiënte was zo blij dat wij bereid waren haar hierbij te begeleiden.”

Radeloosheid

Voor het dossier dat aan de toetsingscommissie is voorgelegd, hebben huisarts en consulent euthanasie opnamen gemaakt van een gesprek dat zij met de patiënte hadden. “Je zag heel duidelijk haar radeloosheid in het kwijt raken van dingen die zij altijd gekund heeft en haar enorme angst om te laat te zijn

om euthanasie te kunnen krijgen.” Aan het einde van het traject is gezamenlijk het moment van uitvoeren gekozen. “Misschien hadden we nog een maand kunnen wachten”, zegt Marinus, “maar daar zat een risico aan. De familie is bij de uitvoering aanwezig geweest. Het ging goed en ik heb aan de ervaring een positief gevoel overgehouden.”

Meegekeken

De huisarts krijgt in haar praktijk vaker euthanasieverzoeken. “Het gaat in golfbewegingen. Soms komt er een heel jaar geen verzoek binnen, dan weer drie tegelijk. Na dit eerste verzoek om hulp bij zelfdoding bij dementie heb ik nog een soortgelijke hulpvraag gekregen. Ook daarbij heb ik ondersteuning van de consulent euthanasie gevraagd. Uiteindelijk durfde ik bij dat verzoek de euthanasie niet aan, omdat het onduidelijk werd of de patiënt nog wilsbekwaam was. Expertisecentrum Euthanasie heeft het onderzoek toen overgenomen en ik heb meegekeken.”

“Als ik opnieuw een euthanasieverzoek krijg dat gebaseerd is op dementie, dan zou ik graag weer de ondersteuning van een consulent euthanasie hebben. Ik heb het als heel prettig ervaren dat ik het traject samen met iemand heb gelopen. Je kunt er als behandelaar voor kiezen een verzoek uit handen te geven, maar ik denk dat het echt een meerwaarde is voor de patiënt als de huisarts die een patiënt al lang kent het traject zelf kan begeleiden, eventueel met hulp.”

Een patiënte die de huisarts niet zo goed kent, vraagt om euthanasie. De vrouw heeft multiple sclerose (MS) en is nog relatief jong.

De huisarts heeft wel wat ervaring met euthanasie, maar weet in deze situatie niet of zij aan alle zorgvuldigheidseisen kan voldoen. Hoe kan zij dit het beste aanpakken?

‘Ik kreeg steeds beter een beeld van hoe zij in het leven stond.’

In de twintig jaar dat zij als huisarts in het gezondheidscentrum in Utrecht werkt, heeft Anne Marie Sprengers zo’n tien keer euthanasie verleend. “Soms is het drie keer per jaar; dan weer een hele tijd niet”, vertelt zij. “Het voelt zeker niet als routine. Het blijft elke keer weer bijzonder.” Als zij een euthanasieverzoek krijgt van een patiënte van 59 jaar met MS weet zij even niet wat zij met de vraag aan moet. “Ik had tot dan toe bij euthanasie altijd te maken gehad met patiënten die terminaal waren. In dit geval was het anders.”

“Mevrouw was als patiënte bij mij gekomen na het vertrek van een collega uit onze praktijk. Ik had één keer een kennis-makingsgesprek met haar gehad en verder was ons contact via de mail verlopen. Het contact was nooit makkelijk, omdat mevrouw teleurstellende ervaringen had met de gezondheidszorg en zich altijd zeer kritisch opstelde. We konden het niet snel goed doen. Op een gegeven moment werd ik gebeld door de oogafdeling van het ziekenhuis. Mevrouw

was door een complicatie bij de immunotherapie plotseling blind geworden en gaf aan dat zij euthanasie wilde. Ik had dat verzoek niet verwacht en voelde me er erg door overvallen.”

Goed voelen

De huisarts wilde eerst met de patiënte praten over die wens. “Ik kon het me op zich wel voorstellen”, legt Sprengers uit. “De worsteling met MS en nu ook die blindheid erbij, maar ik wilde meer weten. Het

Hoe weet ik of een verzoek om euthanasie weloverwogen is?

EUTHANASIE BIJ EEN
NIET-TERMINALE PATIËNT

moest voor mezelf ook goed voelen. Ik heb haar opgezocht in het ziekenhuis en een uur met haar gepraat over haar ziekteproces, de blindheid en hoe het op dat moment met haar ging. Later ben ik ook bij haar thuis geweest. Het was lastig communiceren met haar. Zij was heel stellig in haar verzoek en toonde weinig emotie. Zij was niet bereid nog langer af te wachten hoe haar ziekteproces zou verlopen.”

“Voor mij was het lastig om te beoordelen of ik in het euthanasietraject aan alle criteria zou kunnen voldoen. Lag er bijvoorbeeld geen depressie onder haar wens of psychisch lijden? Tijdens het sparren hierover met collega's gaf één van hen aan dat zij goede ervaringen had met Expertisecentrum Euthanasie. 'Zij kunnen mee op huisbezoek of telefonisch advies geven', hoorde ik. Toen heb ik contact opgenomen.”

Depressie uitsluiten

In het eerste telefonische gesprek met de consulent euthanasie van het expertisecentrum kreeg Sprengers tips over de punten waarop zij kon doorvragen in een gesprek met de patiënte. “Mevrouw leefde een heel geïsoleerd bestaan. Zij had een klein netwerk. Ik wilde erachter

komen hoe dat zo gekomen was. Ook was het belangrijk door te vragen hoe zij in het leven stond, zodat ik een eventuele depressie kon uitsluiten. In een volgend bezoek aan de patiënte is de consulent euthanasie meegegaan. Hij vroeg haar vooral waarom zij er niet voor koos te revalideren, of een andere therapie te volgen. Het gesprek hielp mij heel erg om een goed beeld te krijgen van deze mevrouw. Zij was niet depressief, kon nog wel genieten van dingen, maar was klaar met het lijden. Zij vond dat zij lang genoeg had gestreden. Ik zag steeds meer dat haar keuze weloverwogen was en leerde hoe zij in het leven stond. Dat voelde voor mij goed. Ik kon steeds meer achter het verzoek gaan staan.”

Tijd nemen

“De consulent euthanasie had benadrukt, dat ik ook de tijd voor mezelf moest nemen. Mevrouw oefende druk uit. Zij wilde het liefst morgen euthanasie. Ik werd een beetje meegezogen door dat dringende appèl. Toen het moment daar

was, hebben we de SCEN-arts gebeld en met de patiënte een datum afgesproken. Helaas kreeg mevrouw de dag voordat de SCEN-arts zou komen een herseninfarct. In het ziekenhuis bleek zij eenzijdig verlamd te zijn. Zij kon nog maar moeilijk praten. De SCEN-arts is toen naar het ziekenhuis gekomen. Gelukkig oordeelde hij positief over het euthanasieverzoek. Het ziekenhuis wilde echter niet meewerken. Uiteindelijk is mevrouw met een ambulance naar huis gebracht. Daar heb ik haar een paar dagen later euthanasie kunnen verlenen.”

Lang blijven

“Het is een casus die mij lang bij zal blijven. Ik heb het gevoel dat ik haar goed heb kunnen helpen, dat ik echt iets voor haar heb kunnen betekenen. De consulent heeft nog gevraagd of ik ondersteuning nodig had bij het praktische deel van de euthanasie, maar dat was niet nodig. De vraag die ik had lag meer op de beoordeling of ik met deze casus aan alle zorgvuldigheidseisen kon voldoen. Het heeft mij enorm geholpen dat ik iemand had die mij liet zien op welke onderwerpen en hoe ik kon doorvragen, waardoor ik een laag dieper kon onderzoeken. Ik voelde me echt gesteund en het was fijn om met een onafhankelijke deskundige te kunnen overleggen. De uitvoering van de euthanasie op zich was helemaal helder. Dat was voor mij geen punt.”

De psychiater wil zijn patiënt graag helpen met zijn euthanasieverzoek. Hij doorloopt alle stappen die nodig zijn om aan de zorgvuldigheidseisen te kunnen voldoen.

Maar aan het eind van het traject loopt hij tegen zijn gebrek aan praktische ervaring aan. Hoe kan hij de uitvoering zorgvuldig en bekwaam doen?

‘Door haar aanwezigheid was ik de kalmte zelf.’

Psychiater Kees Locht heeft zijn sporen verdiend in de geestelijke gezondheidszorg. Eerst als GGZ-arts, de laatste tien jaar als psychiater. Door zijn werk voor Verslavingszorg Noord-Nederland kijkt hij er niet vreemd van op als zijn patiënten een doodswens uiten. En hij heeft daar veelal ook begrip voor. “Soms hebben mensen zoveel ernstige psychische klachten dat we hun doodswens gegrond vinden.” Het was echter nog niet eerder dat hij zelf met een patiënt het hele euthanasietraject doorliep.

“We hebben bij Verslavingszorg Noord-Nederland regelmatig te maken met mensen die zo wanhopig zijn, dat zij niet langer willen leven”, legt Locht uit. “Van de mensen die verslaafd zijn, is een belangrijk deel verslaafd geworden vanwege een psychische aandoening. Er zijn weinig mensen die voor hun plezier verslaafd raken. De verslaving gebruiken zij eerder als medicatie voor hun ellende.”

Ernstig oorlogstrauma

Eén van zijn patiënten had een ernstig oorlogstrauma aan zijn diensttijd in Libanon overgehouden. “Hij werd continu geconfronteerd met beelden uit die tijd.

Hij had geprobeerd deze met hard werken te onderdrukken, maar toen zijn knieën en rug versleten bleken, had hij die uitlaatklep niet meer. Trauma-behandeling en medicatie hielpen hem niet. Hij vluchtte in alcohol, maar ook dat was niet afdoende om de herinneringen weg te drukken. Deze man zag suïcide als enige oplossing”, vertelt Locht.

“Toen ik zeven jaar geleden bij Verslavingszorg Noord-Nederland kwam te werken, kreeg ik voor het eerst met hem te maken. Ik heb hem zelf gezegd dat zijn verhaal volgens mij sterk genoeg was voor een euthanasietraject. Ik vroeg hem

ook om na te denken over wat suïcide zou betekenen voor zijn vrouw en kind. De mogelijkheid om voor euthanasie in aanmerking te komen, heeft hij toen aangegrepen.”

Mogelijkheden

Locht zocht contact met een psychiater van Expertisecentrum Euthanasie om te vragen naar de mogelijkheden voor deze patiënt. Deze psychiater ging een gesprek aan met Locht en zijn geneesheer-directeur om te checken hoe deze laatste tegen de situatie aankeek en of er binnen de instelling nog specifieke zaken geregeld moesten worden. Locht: “Ik bleek de eerste in de instelling te zijn die een euthanasieverzoek zelf ging onderzoeken. Mijn werkgever steunde mij hierin.”

De psychiater legde Locht uit welke stappen hij moest zetten en ook de SCEN-arts kwam met adviezen. Het werd een langdurig traject. Om de patiënt goed te kunnen beoordelen op zijn wilsbekwaamheid, of zijn verzoek weloverwogen was, moest hij lange tijd nuchter zijn. “Hij heeft maanden droog gestaan om te kunnen worden beoordeeld door de onafhankelijk arts en onafhankelijk psychiater”, aldus Locht.

Ik heb het onderzoek bijna rond, maar hoe pak ik de uitvoering aan?

HULP OP DE ACHTERGROND

“Toen we eenmaal zover waren dat we het daadwerkelijk over de uitvoering van de euthanasie konden hebben, benaderde ik daarvoor de huisarts. Ik wilde dat de uitvoering zorgvuldig zou gebeuren en wilde ook niet te maken krijgen met juridisch ‘gedoe’. De huisarts wilde echter niet meewerken. Bij Expertisecentrum Euthanasie was voor patiënten met een psychiatrische achtergrond een wachtlijst van meerdere jaren. Zo lang wilde ik mijn patiënt niet meer laten wachten. Hij gaf telkens weer aan dat hij knettergek werd van de herinneringen en dat hij er lichamelijk aan kapot ging. Dus kwam het op mij neer. Achteraf vind ik het heel goed dat ik het zelf heb gedaan. Ik had een sterke binding met deze man. Er is geen patiënt waar ik zoveel contact mee heb gehad als met hem. Het was een man van weinig woorden, maar hij was stellig in zijn wens.”

Ervaren collega

“Je hoort vaak dat artsen in een huis-artsenpraktijk die voor het eerst euthanasie verlenen worden bijgestaan door een ervaren collega”, vervolgt Locht. “Dat zocht ik ook. Ik zou daar bij de patiënt thuis anders alleen zijn en het zou kunnen dat ik even iets niet meer wist, onhandig zou zijn of onzeker. Daarom wilde ik ondersteuning. Ik heb Expertisecentrum Euthanasie benaderd en kwam in contact met de consulent euthanasie.”

Op de dag zelf was de consulent bij de uitvoering aanwezig. Locht: “Het was prettig om te kunnen overleggen met iemand met ervaring. Zij hielp mij met de specifieke handelingen. De consulent kon mij aanwijzingen geven als ik het even niet meer wist. We hebben het voor de familie heel fijn kunnen doen. Een maatschappelijk werker van onze organisatie was de hele dag bij hen. Dankzij de aanwezigheid van de consulent was ik de kalmte zelf. Ik weet niet of dat ook zo zou zijn geweest zonder haar aanwezigheid. Nu had ik het gevoel dat een ervaren collega met mij meekeek.”

Verstandige stap

“Was dit ingewikkeld? Achteraf niet. Omdat ik achteraf geen ambivalente gevoelens heb gehad en de familie ook niet. De ondersteuning van de consulent euthanasie is mij buitengewoon goed bevallen. Ik zal collega’s adviseren hier ook gebruik van te maken. Daarnaast maak ik samen met de geneesheer-directeur en een betrokken collega een protocol voor onze instelling, waarin ik wil aangeven dat het inschakelen van een consulent een verstandige stap is.”

De consulent heeft de psychiater ook advies gegeven over wat hij in het verslag voor de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) kon zetten. “Euthanasie in de psychiatrie is met veel extra voorzorg bedekt. Je moet het dossier goed opbouwen. Laatst heb ik van de toetsingscommissie de beoordeling gekregen. De commissie was buitengewoon tevreden over hoe het verslag gedocumenteerd was en hoe het proces verlopen was. Doordat ik daarin gecoacht ben, heb ik het veel beter kunnen doen.”

De specialist in het ziekenhuis wil de patiënt die zij al jarenlang kent graag helpen met zijn verzoek om een einde aan zijn lijden te maken.

Maar dan wel met ondersteuning van een ervaren arts.

‘Euthanasie bij zulke jonge mensen is zeldzaam.’

Als haar patiënt, een jongen van zeventien, aangeeft niet meer verder te willen, zoekt kinderoncoloog Netteke Schouten contact met de huisarts. De huisarts geeft aan de jongen onvoldoende te kennen en het euthanasieverzoek niet op juiste wijze te kunnen onderzoeken. Dus besluit Schouten dat ze de patiënt zelf wil helpen met euthanasie, maar niet alleen. Een consulent arts van Expertisecentrum Euthanasie loopt het hele traject met haar mee.

“Mijn patiënt was al vanaf zijn vierde jaar ziek. En zo lang kende ik hem ook al”, vertelt Netteke Schouten. Zij is kinderoncoloog in het Prinses Máxima Centrum, met als aandachtsgebied hersentumoren en palliatieve zorg. In de dertig jaar die zij inmiddels dit aandachtsgebied heeft, zijn euthanasieverzoeken wel eerder aan de orde geweest, maar tot een daadwerkelijke uitvoering is het nooit gekomen. “Bij ouders waarvan ik verwacht dat de kinderen ondraaglijk gaan lijden, benoem ik vaak de mogelijkheid tot euthanasie als de kinderen ouder dan twaalf jaar zijn. Soms doe ik dit ook bij de kinderen zelf. Mensen hebben recht op zorgvuldige

voorlichting. Zij komen vaak met vragen en die bespreken we samen. Euthanasie bij zulke jonge mensen blijft echter uitzonderlijk.”

Handdoek in de ring

De patiënt bij wie het euthanasieverzoek concreet werd, was nog geen achttien toen hij met de vraag kwam. “Hij had tumorvorming op vele plaatsen in het zenuwstelsel”, legt Schouten uit. “Aanvankelijk was het tumorgroei naar de buik en op den duur ontstond het ook in zijn ruggenmerg. De tumoren moesten we eindeloos met infusen behandelen. Ondertussen ging hij steeds slechter

Dit is een uitzonderlijke situatie. Kan ik een ervaren back-up krijgen?

STEUN IN DE RUG
VOOR SPECIALIST

lopen en kreeg hij heel veel pijnklachten. Na een grote operatie in verband met tumoren bij de hersenstam, werd hij volledig doof en slechtziend. En hij werd ook incontinent.”

“Hij was een intelligente jongen met veel humor”, vervolgt Schouten. “Hij had eindexamen havo gedaan en was van plan een computerbedrijfje te beginnen. Zijn opleiding hiervoor zou over een half jaar starten. Toen kwam het moment dat hij alleen nog maar onmogelijkheden zag en de pijn niet meer aankon. We hebben nog een poging tot verdere behandeling gedaan met radiotherapie, maar dat ging niet. Na één dag gooide hij de handdoek in de ring. Hij zag niet meer in waarvoor hij die vreselijke behandeling nog zou doorstaan. ‘Ik kan niet meer zijn wie ik ben’, vertelde hij mij. Zowel fysiek als mentaal was hij uitgeput. Hij wilde euthanasie.”

Pippi Langkous

Schouten zocht hierover contact met de huisarts. “Hij gaf aan niet de goede persoon voor het euthanasietraject te zijn, omdat hij geen geschikte behandelrelatie met de jongen had. Dat was heel begrijpelijk maar bracht mij in een bijzondere positie, want ik kende de

jongen wel heel goed. Mij overkwam een soort Pippi Langkous-gedachte: ‘Ik heb het nog nooit gedaan, dus ik denk dat ik het wel kan’. Maar dat lijkt onvoldoende zorgvuldig. Ik had een collega-arts nodig die het proces kende, een back-up om mij vertrouwen te geven. Ook bij de medisch specialisten uit ons ziekenhuis was geen ervaring met euthanasie in de thuissituatie, dus ik oriënteerde me bij Expertisecentrum Euthanasie. Ik had gehoord dat de consulenten bescheiden aanwezig konden zijn en de casus niet zouden overnemen als je dat niet wilt.”

Sparringpartner

Een consulent arts van het expertisecentrum kwam naar het Prinses Máxima Centrum om de vraag van Schouten te bespreken. “Het is bijzonder te merken dat iemand echt wil aansluiten bij wat er gaande is. Hij werd mijn sparringpartner.

Hij hielp mij vanuit zijn ervaring met dilemma's, met het invullen van open eindjes en het wegnemen van onzekerheden. Ook zijn bereidheid om de euthanasie bij onvoorziene omstandigheden over te nemen, is heel steunend geweest in het proces.”

Aanvankelijk hield Schouten twee multidisciplinaire overleggen met de behandelaren van het Prinses Máxima Centrum. “Je kunt niet zomaar een euthanasietraject beginnen zonder dat je de andere betrokken professionals daarin meeneemt”, zegt Schouten. “KNO-artsen, pijnartsen, radiotherapeuten, kinderpsychologen, neurochirurgen, kinderneurologen, oogartsen en een scala van verpleegkundigen waren tien jaar lang bij de behandeling van de patiënt betrokken geweest. De afwegingen over onbehandelbaarheid en uitzichtloosheid van de situatie en het lijden kon en wilde ik niet in mijn eentje doen.”

Puzzelstukjes

Samen met consultant arts werden twee gesprekken thuis gevoerd met de patiënt en zijn ouders. Hij dacht mee bij de aanvraag voor de SCEN-arts en het verslag voor de toetsingscommissie. Ook bij de praktische voorbereiding en de uiteindelijke uitvoering was hij aanwezig en beschikbaar mocht dat nodig zijn.

Het Prinses Máxima Centrum heeft een stappenplan euthanasie opgesteld. De consultant van Expertisecentrum Euthanasie heeft meegekeken naar het plan. Schouten: “We zijn een instituut geworden waar alle kinderen met kanker bij elkaar komen. We zullen verzoeken om euthanasie waarschijnlijk vaker gaan tegenkomen. Je merkt dan dat er op allerlei niveaus vragen komen. Daar moeten we toegankelijk voor zijn. Ik merkte dat er veel onverwachte zaken geregeld moesten worden, maar ik heb tegen mezelf gezegd: ‘Wij kunnen dit en doen het op hele zorgvuldige gronden, dan horen al die puzzelstukjes erbij’. Het plan is nu bijna af”, zegt zij tevreden. “Zo hoeven we het wiel niet telkens opnieuw uit te vinden. Euthanasie is echt iets anders dan de stappen die je doet bij palliatieve zorg. Pas nu ik het ervaren heb, weet ik wat het voor mij inhoudt.”

Eén ding is voor de patiënte duidelijk als zij hoort dat zij dementie heeft: zij wil euthanasie als ze geen regie meer heeft over haar eigen leven. De huisarts legt haar de procedure uit, maar de patiënte blijft zich zorgen maken of het goed gaat komen.

Voor de huisarts is de situatie ook nieuw en hij wil graag overleggen met een deskundige.

‘Sparren met iemand die meer in de materie zit.’

Rob Dijcks had wel vaker met euthanasie te maken gehad, maar dat waren patiënten die terminaal ziek waren. De meesten vanwege kanker. De vrouw wiens euthanasiewens nu concreet wordt, lijdt aan dementie. De huisarts wil haar graag helpen, maar vindt euthanasie bij iemand die geen levensbedreigende aandoening heeft ingewikkeld. Daarom vraagt hij in een vroeg stadium advies aan een consulent euthanasie van Expertisecentrum Euthanasie.

“Mevrouw was nog relatief jong toen geconstateerd werd dat zij aan dementie leed. Die mogelijkheid was altijd al een groot schrikbeeld voor haar geweest, want zij had zowel haar beide ouders als schoonouders met de ziekte zien worstelen. Hun laatste levensfase was verschrikkelijk geweest en dat wilde mevrouw per se niet”, legt Dijcks uit. “Zij wilde niet naar een verpleeghuis, niet afhankelijk worden. Ik kende de patiënte en ook haar man heel goed. Haar man was drieënhalf jaar eerder al bij mij geweest om aan te geven dat hij merkte dat zij veranderde. Hij was bang dat met haar hetzelfde zou gebeuren als met hun ouders. Ik heb mevrouw toen verwezen

naar een academisch ziekenhuis om uit te laten zoeken of er sprake was van alzheimer. Dat bleek zo te zijn.”

Uitgebreid gesprek

“Direct aan het begin van het ziektebeeld hebben we een uitgebreid gesprek gehad. Mevrouw gaf aan geschrokken te zijn en dat zij niet naar een verpleeghuis wilde. Zij zei: ‘Als het niet meer gaat, dan wil ik een spuitje’. Voor mij was dat lastig. Gezien haar leeftijd en het feit dat zij geen andere ziektes had, vond ik het een moeilijk verzoek. Het zou voor mij de eerste keer zijn dat ik iemand euthanasie zou geven die niet terminaal was.”
In de periode die volgde hield de huisarts

Hoe kan ik mijn dementerende patiënte geruststellen?

IN EEN VROEGE FASE
DE CASUS DOORNEMEN

veel contact met zijn patiënte. “Vanaf het moment van de diagnose heb ik haar tweemaandelijks bezocht. Daarnaast maakt onze praktijk gebruik van een casemanager dementie die maandelijks naar haar toegang om de situatie te monitoren. Mevrouw bleef mij echter vragen stellen over de mogelijkheid van euthanasie. Zij was zeer bezorgd de regie kwijt te raken. En zij was bang dat als zij niet meer wilsbekwaam zou zijn euthanasie niet meer zou kunnen.”

Uitleg geven

Dijcks schakelde een jaar voor het uiteindelijke overlijden van de patiënte de consulent euthanasie in. “Deze consulent is huisarts in de buurt en ik had al eens met haar te maken gehad toen zij als SCEN-arts fungeerde. Zodoende wist ik dat ik bij haar terecht kon voor advies. Ik wilde met iemand sparren en voelde me gesterkt dat ik dat kon doen met een arts die meer in de materie zat. Ik heb de casus aan de consulent voorgelegd, evenals mijn vragen hoe ik mevrouw kon geruststellen dat zij te zijner tijd euthanasie kon krijgen en hoe ik haar goed kon voorlichten hierover. Het was voor mij heel prettig om de hele casus in een vroege fase met een deskundig iemand op te pakken. Ik voelde zelf ook

aan dat wilsbekwaamheid een probleem zou worden als mevrouw verder in de dementie zou schieten.”

In een telefonisch gesprek kreeg de huisarts veel bevestiging in wat hij goed deed. Ook spraken zij af dat de consulent de patiënte zou bezoeken. “Dat heb ik als heel waardevol ervaren”, zegt Dijcks. “Mevrouw bleef mij steeds dezelfde vragen stellen. Ik heb haar aangeboden om iemand met veel verstand van euthanasie in beeld te brengen en dat vond mevrouw heel prettig. Door het bezoek kon de consulent zelf een oordeel vormen en met de kennis die zij had, heeft zij de patiënte uitgelegd hoe het traject eventueel zou kunnen verlopen. Voor mij werkte het heel goed dat ook een ander mevrouw die uitleg kon geven.”

Wilsbekwaamheid toetsen

Voor de patiënte volgde nog een positieve periode, waarin zij er samen met haar man volop op uit ging. “Haar man begeleidde haar vierentwintig uur per dag. Mevrouw vertelde dat zij veel plezier samen hadden.

Echter in de laatste zes weken van haar leven kwam daar verandering in. Haar oriëntatie werd steeds slechter en haar vergeetachtigheid nam toe. Zij verdwaalde toen zij het stoepje voor haar huis stond te vegen. Zij kwam bij de burens terecht en wist niet meer waar haar huis was. Dat was een erg nare gebeurtenis voor haar. Op een gegeven moment kon zij niets meer: niet koken, niet tuinieren, niet sporten, geen dingen meer maken. Zij had al langer last van woordvindstoornissen. Dat werd al erger. Dan was zij zo aan het zoeken naar woorden, dat zij daarna vergeten was wat zij eigenlijk wilde zeggen. Dit wakkerde bij haar de angst aan dat zij straks niet meer duidelijk kon maken dat zij euthanasie wilde.”

“Ik heb toen opnieuw de consulent gebeld. Zij heeft gekeken of ik in deze casus aan de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet kon voldoen en dat bleek zo te zijn. Het lijden was ondraaglijk geworden. Ik heb een sociaal geriater uit het ziekenhuis gevraagd de wilsbekwaamheid van mevrouw te toetsen. Dat was een jaar eerder ook gedaan en toen was mevrouw nog volledig wilsbekwaam. Ook deze tweede keer kon ik noteren dat zij wilsbekwaam was. Dat was voor mevrouw het moment dat zij aangaf euthanasie te willen.”

Positief ervaren

De patiënte koos voor hulp bij zelfdoding: zij stond erop om zelf het euthanaticum op te drinken. Dijcks: “De hulp bij zelfdoding was voor mij de eerste keer en het was een bijzondere ervaring, zowel technisch als emotioneel. Het ziektebeeld, de relatief jonge leeftijd van de patiënte en het feit dat zij het drankje zelf wilde drinken maakte deze casus anders dan alle andere.”

“De hulp van de consulent euthanasie heb ik als heel positief ervaren. Je staat er als huisarts toch een beetje alleen voor. Als je dan wettelijk en procedureel vragen hebt, kun je bij de consulent terecht.”

Patiënte ziet het leven al langere tijd niet meer zitten. Bij de huisarts heeft ze menigmaal aangekaart dat zij euthanasie wil, alleen is dat gezien haar vitaliteit geen optie.

Dan breekt patiënte haar heup en gaat ze fysiek hard achteruit. Is euthanasie nu wel mogelijk?

‘Ik wilde de patiënte eigenlijk doorverwijzen.’

Huisarts Sabine Snieders had wel vaker met euthanasie te maken gehad. Meestal waren dat uitbehandelde patiënten die niet lang meer te leven hadden. De dame die haar nu euthanasie vroeg was nog bijzonder vitaal. “Zij had bij mijn voorganger al meerdere keren aangegeven dat zij niet verder wilde leven”, legt Snieders uit. “Ik dacht: dat kun je wel willen, maar euthanasie zal nu volgens de wet echt niet kunnen. Later brak zij haar heup en kwamen andere kwalen die zij daarvoor al had gehad meer naar voren. Dit maakte haar leven heel beperkt. Omdat ik geen ervaring had met euthanasie bij een opeenstapeling van ouderdomsklachten, heb ik contact gezocht met Expertisecentrum Euthanasie.”

De patiënte was een oudere, alleenstaande dame. Sabine Snieders kende haar al lange tijd. De vrouw had eerder twee partners verloren, waarvan de laatste euthanasie had gekregen. Snieders: “Zelf wilde zij toen ook euthanasie, maar daar was zij nog veel te goed voor. Nadat zij haar heup had gebroken, werd zij veel minder mobiel. Zij werd angstig om te vallen. Dat beheerste haar leven. Haar doofheid werd erger, waardoor

zij niet meer goed kon converseren met de mensen om haar heen. Haar zicht ging achteruit, waardoor zij niet meer kon lezen, iets waar zij tot dan toe veel plezier uit had gehaald. Mevrouw zag het leven echt niet meer zitten. Zij maakte geen deel meer uit van de maatschappij, wat zij altijd heel belangrijk had gevonden. Was het eerder een zingevingsprobleem, een voltooid-leven-gevoel wat je eventueel nog kunt proberen te behandelen met

antidepressiva en gesprekken, met het breken van haar heup werd het echt een opeenstapeling van ouderdomsklachten.”

Betrokken blijven

Voor Snieders was niet direct duidelijk of de klachten ook voldoende grond boden voor euthanasie. “Juist omdat het zingevingsprobleem al zo lang speelde, vond ik het ingewikkeld. Ik heb daarom Expertisecentrum Euthanasie benaderd. Ik was eigenlijk van plan de patiënte door te verwijzen. Het was gewoon niet in mij opgekomen dat ik haar ook zelf zou kunnen helpen. Het expertisecentrum vroeg mij of ik betrokken wilde blijven. De patiënte gaf aan dat zij het heel fijn zou vinden als ik het euthanasietraject met haar zou doen. Omdat ik haar al zo lang kende, vond ik het eigenlijk raar om dit aan iemand anders over te dragen.

Achteraf heb ik wel eens gedacht: had ik haar maar verwezen. Dan had ik het mezelf een stuk makkelijk gemaakt. Het traject is namelijk redelijk ingrijpend en het kost veel tijd. Bij een opeenstapeling van ouderdomsklachten is het anders dan bij uitbehandelde patiënten. Je begeeft je op een grens. Ik had toch de angst dat mijn inzet misschien niet goed genoeg zou zijn, dat ik mijn zienswijze niet aan de

Wanneer is er sprake van een opeenstapeling van ouderdomsklachten?

ONDERSTEUNING BIJ HET MAKEN VAN AFWEGINGEN

SCEN-arts duidelijk zou kunnen maken en ik wilde natuurlijk niets strafbaars doen. Ook vraagt het veel expertise om het voor elkaar te krijgen. Daarom was het ook fijn dat ik ondersteuning kon krijgen van de consulent euthanasie van het expertisecentrum. Ik kon met haar overleggen hoe ik het zou aanpakken, hoe ik voor mezelf duidelijk kon krijgen wat de gronden voor de euthanasie waren en of dit voldoende was.”

Lijden verlichten

De consulent was aanwezig bij gesprekken tussen huisarts en patiënte. Zij hielp haar met het schrijven van het verslag, maar ook bij het maken van de afweging of de huisarts het euthanasieverzoek wel of

niet kon inwilligen. “Het blijft euthanasie”, zegt Snieders. “Je maakt iemand dood. Bij sedatie verlicht je het lijden. De consulente hielp mij met de overtuiging dat ik bij mijn patiënte ook het lijden aan het verlichten was. Zij ondersteunde mij bij beslismomenten, wanneer het tijd was om de volgende stap te maken. Waar zij mij ook heel erg bij geholpen heeft, is de verslaglegging. Ik ben dyslectisch en als euthanasieverlener word ik getoetst op basis van mijn verslag en niet op de casus.”

Nu of niet

Wat het euthanasietraject voor de huisarts ook moeilijk maakte, was dat de patiënte de datum voor haar euthanasie steeds uitstelde. “Dat was op wens van haar zoon, dan weer haar kleinkind. Zij vonden altijd wel weer een reden voor haar waardoor zij vond dat ze het niet kon maken om voor zichzelf te kiezen. Ik vond dat moeilijk en wist niet goed hoe ik daarmee moest omgaan. Uiteindelijk na een gesprek hierover met de consulent heb ik aangegeven: ‘Het is nu of niet, je kunt nu voor jezelf kiezen als je het echt wilt. Anders wordt het uitzichtloos lijden wel heel moeilijk te onderbouwen en kan ik het niet meer voor je doen’. Mevrouw was opgelucht dat ik die duidelijkheid gaf en dat het eindelijk zover was. Haar zoon nam het me wel kwalijk. Ik was blij dat de consulent bij de uitvoering aanwezig was. Later heeft haar zoon aangegeven dat hij zich ervan bewust was dat hij het mij en zijn moeder moeilijk had gemaakt. Al met al ben ik blij dat ik dit voor haar heb kunnen doen.”

Gegroeid

De ervaringen die Snieders in dit traject heeft opgedaan, kwamen haar later goed van pas bij een euthanasieverzoek van een patiënt met dementie. “De consulent heeft mij in deze casus ook een stuk op weg geholpen. Maar ik had nu veel meer handvaten om de casus grotendeels zelf te doen, om het lijden te exploreren, het beter op te schrijven, enzovoorts.”

Wat zij wel wil meegeven, is dat het euthanasietraject bij een opeenstapeling van ouderdomsaandoeningen of dementie veel tijd kost. “Het zijn lange gesprekken met de patiënt, veel langer dan je als huisarts gewend bent. Je moet er niet aan beginnen als je er niet helemaal achter staat. Als je er wel voor kiest om op het verzoek in te gaan, is de ondersteuning van een consulent euthanasie heel prettig. Bij twijfel kun je overleggen, het is een vorm van reflectie. Het traject zelf draagt bij aan je ontwikkeling en je krijgt er ook wat voor terug. Toen ik het traject afgerond had, dacht ik eerst: ‘Ik weet niet of ik dit nog vaker ga doen’. Maar ik heb deze dame er een enorm plezier mee gedaan, ik ben er zelf door gegroeid en ik ben blij met hoe het gegaan is.”

De huisarts is overtuigd van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van zijn patiënte. Alleen: hoe geeft hij daarvan een goede onderbouwing in het dossier?

En heeft hij alles gedaan wat nodig is in deze complexe casus, of ontbreken er nog stappen?

‘Puntjes op de i in een extreem moeilijke casus.’

Huisarts Lucas Brouw had wel vaker te maken gehad met euthanasieverzoeken. Het was echter nog nooit tot een uitvoering gekomen. Dan richt een patiënte met moeilijk te objectiveren klachten zich tot hem. De klachten zijn voor haar zo heftig dat zij het leven niet meer ziet zitten. De huisarts staat aan het begin van een moeilijk traject.

De patiënte was een relatief jonge vrouw met tinnitus. “Zij wilde euthanasie”, vertelt Brouw, “maar de klachten die tinnitus met zich meebrengt zijn ongrijpbaar. Ik was niet bang om het traject in te gaan, maar het maakte deze eerste keer voor mij wel gelijk bijzonder complex. Ik had tal van vragen: ‘Wanneer heb je als patiënt alles geprobeerd? Waar ligt de grens om als huisarts wel of geen euthanasie te kunnen verlenen? Wanneer is het lijden echt ondraaglijk en onoplosbaar?’ Ik heb er veel werk aan gehad om de antwoorden op deze vragen te vinden. Ik heb meerdere centra gebeld die gespecialiseerd zijn in tinnitus om meer inzicht te krijgen in de klachten. Mevrouw heeft zo’n drie weken verbleven in een speciale kliniek voor mensen met gehoorklachten. Daar

werkte zij aan het omgaan met haar klachten op psychologisch en fysiek gebied. Dit hielp haar echter niet. Ik heb verschillende psychiaters gebeld. Die gaven aan dat zij het een ingewikkelde casus vonden.”

“Het is ook moeilijk om te accepteren dat je iemand om reden van oorsuizen euthanasie zou geven. Ook de partner van mevrouw moest toegroeien naar het idee dat we niets anders voor haar konden doen. Mevrouw bleef echter heel consequent in haar verzoek. Ik kon haar lijden inmiddels ook goed invoelen. Ik was er voor mezelf van overtuigd dat ik haar niet beter kon maken en ik zag haar lijden en haar last, maar hoe kon ik dat goed weergeven in een dossier?”

Zwart op wit

Brouw zocht contact met Expertisecentrum Euthanasie. “Ik kon wel wat ruggenspraak gebruiken. Ik had eerder ook wel vragen aan collega’s gesteld, maar ik had echt ondersteuning nodig en wilde voor mezelf bovendien duidelijk hebben dat ik alles had geprobeerd.” Een consulent arts van Expertisecentrum Euthanasie bezocht Brouw in zijn praktijk om de casus door te nemen en om te zien wat hij al aan dossieropbouw had gedaan. “Ik heb alle documenten aan hem voor-geleegd en we hebben samen besproken hoe ik de casus in kaart kon brengen voor zowel de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie als voor de SCEN-arts. We hebben gekeken naar wat er nog nodig was om deze casus goed neer te zetten.”

“Wat nog ontbrak, was een definitief antwoord van een psychiater dat de euthanasiewens niet werd ingegeven door een depressie. De patiënte was wel al bij een psychiater geweest, maar ik wilde zwart op wit hebben dat het een puur somatische klacht was die de patiënte tot wanhoop dreef en geen psychische aandoening. Uiteindelijk heb ik op advies van de consulent euthanasie een psychiater gecontacteerd die bekend was met euthanasie. Ik heb mijn

hulpvraag heel helder gesteld en daar duidelijk antwoord op gekregen. Dat was voor mij belangrijk om het dossier af te kunnen maken.”

Kleine stap

“De consulent hield regelmatig contact met mij over het verloop van de casus, of alles nog goed voor mij voelde en dat soort zaken. Wat ik vooral van hem geleerd heb, is welke vragen ik moet stellen om de juiste informatie te krijgen en wat ik nodig heb om een goed dossier op te bouwen. Het contact was erg prettig en ondersteunend; dat heeft mij meer zekerheid gegeven in deze casus.”

Heb ik alles gedaan wat nodig is?

EEN DOODSWENS VANWEGE
ONGRIJPBARE KLACHTEN

Mocht hij bij een ander euthanasieverzoek opnieuw onduidelijkheden zien of vragen hebben, dan is het voor hem een kleine stap om Expertisecentrum Euthanasie opnieuw te benaderen.

“Ik kan daar terecht bij een collega die specialist is op het gebied van euthanasie en de wetgeving daarover goed kent. Ik kan van zijn expertise gebruik maken, eigenlijk net zoals we elkaar als artsen ook op andere vlakken consulteren. Hij heeft mij geholpen de puntjes op i te zetten in een extreem moeilijke casus. Dat is voor mij heel belangrijk geweest.”

Maak kennis met onze consulenten

Onze consulenten zijn ervaren artsen en verpleegkundigen die reeds langere tijd in dienst zijn van Expertisecentrum Euthanasie. Allen hebben ruime ervaring met euthanasietrajecten en kennis van de palliatieve en terminale zorg. Tevens hebben zij een opleiding coaching en psychosociale begeleiding gevolgd.



‘Het gaat vaak over hoe zwaar een euthanasieverzoek is. Je kunt er ook anders naar kijken.’

Gerard Baltus



‘Ik kan ondersteunen op inhoudelijk, juridisch en emotioneel niveau. Op één gebied kan en mag ik niets doen: de uitvoering van de euthanasie is aan de arts zelf.’

Ans Duteweert

‘Soms ben ik een katalysator in een gesprek. Ik kan als consulent precies zeggen waar het op staat.’

Ellen Rentena



‘Als consulent kan ik eraan bijdragen dat dokters het verzoek zelf op een goede manier kunnen oppakken.’

Yvonne van Ingen





‘Denk niet bij voorbaat dat een euthanasieverzoek te ingewikkeld is. Overleg met ons. Samen nadenken helpt je al een stuk op weg.’

Trees Nellen

‘Het is mooi als een arts zegt dat hij of zij het een volgende keer zelf kan.’

Constance de Vries



‘Organiseer je tegenspraak, dan blijf je scherp.’

Willem Spiers



‘Ik vind het ontroerend als artsen zichzelf een beetje opzij schuiven en gaan voor de patiënt.’

Jim Dibbets



‘Elk euthanasieverzoek is een moreel en juridisch dilemma.’

Jenne Wielenga



‘Ik wil erkenning geven aan de moed én de aarzelingen die een arts heeft bij het komen tot een eigen, bij hem passend standpunt.’

Dominique Rijnja



‘Door de casus en de procedure te ordenen aan de hand van de toetsingscriteria maak je een euthanasieverzoek minder eng.’

Remco Verwer



‘Samen komen we er altijd uit.’

Cisca Peters



‘Onze taak is ook om de balans te bewaken hoe ver een arts buiten zijn of haar comfortzone gaat door een euthanasieverzoek zelf ter hand te nemen.’

Jeannine Salvino



‘Ik wil koudwatervrees bij de behandelend arts wegnemen.’

Simon van Hemsbergen

‘Ik wil de arts zo helpen, dat hij verder kan met de casus.’

Annemiek Brouwer



‘Er is lef nodig om je angsten te bespreken. Durf kwetsbaar te zijn en vraag of iemand met je mee wil denken.’

Jannie Wijsman



Contact

Adviezen en begeleidingen kunnen variëren van een eenmalig telefonisch consult tot begeleiding van het gehele euthanasietraject, afhankelijk van uw vraag. U houdt de regie.

U kunt bij ons terecht voor:

- Advies (telefonisch, mail, persoonlijk)
- Hulp bij toetsing wettelijke zorgvuldigheidseisen
- Hulp bij aanvragen second opinion
- Hulp bij feitelijke uitvoering
- Hulp bij dossier RTE
- Emotionele steun
- Nascholing (ABAN-geaccrediteerd, 4 pnt)

We zijn bereikbaar van ma t/m vrij van 08.00 tot 18.00 uur:

070 820 92 75

Dit telefoonnummer is uitsluitend voor artsen en verpleegkundigen.
Mailen kan ook: consulent@expertisecentrum euthanasie.nl



‘Patiënten worden
het liefst door hun
eigen arts geholpen.’

Op de foto: Jeannine Salvino, consulent euthanasie
bij Expertisecentrum Euthanasie.

Expertisecentrum Euthanasie: ook voor nascholing

Op basis van jarenlange casuïstiek heeft Expertisecentrum Euthanasie nascholing voor artsen ontwikkeld. We bieden ABAN-geaccrediteerde modules aan via regionale nascholing en incompanytrainingen. Er zijn modules voor beginnende en voor meer ervaren artsen. De nascholing wordt verzorgd door getrainde docenten, werkzaam als arts of verpleegkundige bij Expertisecentrum Euthanasie, en is ook digitaal beschikbaar. Deelnemers zijn zeer positief.

Onze nascholing bestaat uit vier modules:

- *Euthanasie in de praktijk*
- *Euthanasie bij dementie*
- *Euthanasie bij psychiatrie*
- *Euthanasie bij stapeling van ouderdomsaandoeningen*

Kijk voor meer informatie over de verschillende modules op onze website:

expertisecentrum euthanasie.nl/nascholing

of stuur een mail naar

nascholing@expertisecentrum euthanasie.nl.

We zijn er voor u.

Elk euthanasieverzoek is een moreel en juridisch dilemma. Wil ik deze patiënt helpen? Kan ik dat? Past het verzoek binnen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl)?

U staat er niet alleen voor. De consultants van Expertisecentrum Euthanasie helpen u graag. U kunt bij ons terecht voor eenmalig (telefonisch) advies of voor steun en begeleiding gedurende het hele traject, precies zoals u het wilt. U houdt de regie.

In dit boek blikken veertien artsen en een verpleegkundig specialist terug op euthanasietrajecten van hun patiënten, waarbij consultants van het expertisecentrum betrokken waren. Waarom schakelden zij een consultant in en hoe verliep het traject?

Expertisecentrum Euthanasie: voor zorgprofessional en patiënt.