

VERSTERVEN GEEN OPTIE BIJ JONGE, FYSIEK GEZONDE MENSEN

Als psychisch lijden ondraaglijk is

Een jonge vrouw, slachtoffer van een groepsverkrachting, is na tien jaar behandeling in de psychiatrie de wanhoop nabij. Zij vraagt huisarts Joukje Garretsen om hulp bij zelfdoding.

23 jaar is Ciska, als ze na een halfjaar backpacken in het buitenland vervroegd huiswaarts keert. Wat voor veel jonge mensen een leerzame ervaring is, eindigt voor haar in een nachtmerrie. Ze wordt tijdens haar reis door meerdere mannen verkracht en bijna gewurgd, en het lukt haar ternauwernood te vluchten. Ze praat er met niemand over en gaat aan de slag als ziekenverzorger. Twee jaar later doet ze een eerste zelfmoordpoging. Ze neemt veel pillen en wil zichzelf verdrinken. Dan belt ze toch de huisarts en vertelt na enig aandringen waar ze zich bevindt, zodat ze 'gered' kan worden. Hier begint haar traject in de psychiatrie. De diagnose luidt uiteindelijk: complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS), en borderline persoonlijkheidsstoornis. Chronische depressie en suïcidaliteit. Diverse soorten psychofarmaca en vormen van psychotherapie worden geprobeerd. Soms is er een tijdelijke verbetering; vaak zijn er bijwerkingen van de medicatie. Ciska krijgt zeer vaak een andere

psychotherapeut toegewezen, aan wie ze weer haar geschiedenis moet vertellen; ze vindt dit heftig en pijnlijk. Met één psychotherapeut heeft zij een langdurige behandelrelatie, hij is haar rots in de branding. Deze behandeling wordt echter verbroken bij een nieuwe opname elders na een tentamen suïcidii. Dit hele proces duurt meer dan tien jaar.

Geen gehoor

Vaak uit ze haar wens om te mogen sterven op een humane manier. Ze wil niet meer leven, nu blijkt dat het resultaat van alle behandelingen zo teleurstellend is. Haar wens wordt steeds consistent. Binnen de psychiatrie wordt hier echter geen gehoor aan gegeven, ze wordt steeds opnieuw op een gesloten afdeling opgenomen om haar voor een suïcide te behoeden. Eén keer slaagt zij bijna in haar poging tot verwurging, waarna ze op de intensive care wordt opgenomen. Na iedere opname keert ze terug naar huis, en zo leven haar familieleden jarenlang in angst voor de manier waarop ze haar eens dood zullen aantreffen. Ze

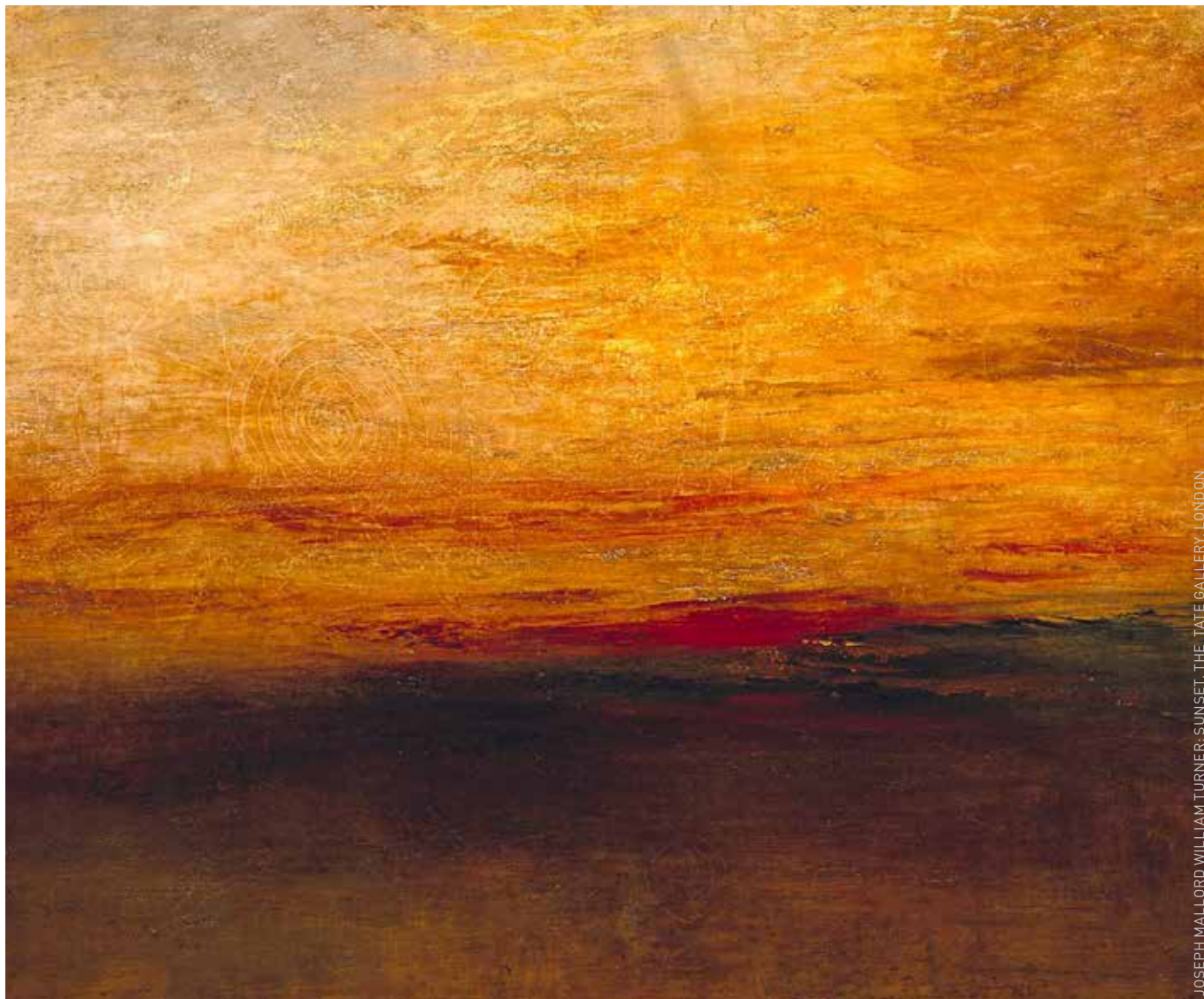
Het is een moeilijke afweging of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan

doen hun best om haar en hun eigen leven te veraangename. Ciska voelt zich hier schuldig over; waarom lukt het haar maar niet om 'gewoon' te leven?

In 2011 komt ze bij mij (J.G.), haar huisarts, met een verzoek om euthanasie. Ik heb hierover uitgebreide gesprekken met Ciska, samen met haar ouders, broer en zus. Zij begrijpen haar wens om te sterven. Hoeveel verdriet het hun ook doet, ze hebben na zoveel jaren vrede met haar besluit.

Psychotherapie

Ik vraag nog een beoordeling aan een academisch werkend psychiater, om er zeker van te zijn dat er voor Ciska écht geen therapeutische opties meer zijn. Na een gesprek van een uur met deze psychiater wordt duidelijk dat er geen andere behandelopties voor haar zijn dan intensieve psychotherapie. Dát wil ze na tien jaar echt niet meer. Ze geeft in de psychiatrische inrichting aan met ontslag te gaan om thuis te sterven. Na een paar dagen neemt zij een grote hoeveelheid opgespaarde medicatie in. Ze wordt niet-aanspreekbaar aangetroffen en in overleg met de familie wordt zij thuisgelaten. Na een dag komt zij echter weer bij. Intussen vraag ik mij als huisarts af of haar euthanasieverzoek valt binnen de euthanasiewet en aan welke voorwaarden moet zijn voldaan. Hoe zou de toetsingscommissie staan tegenover een dergelijke casus? Waar kan ik hulp krijgen in dit traject? Is dit een taak voor mij of voor haar psychiater?



JOSEPH MALLORD WILLIAM TURNER: SUNSET, THE TATE GALLERY, LONDON

Wanhoop

Ik vertel aan Ciska dat ik niet in staat ben om haar, een lichamelijk gezonde jonge vrouw, dood te maken. Ze begrijpt dat en wil mij ook niet in de problemen brengen. Ze geeft aan te willen stoppen met eten en drinken en start daarmee, zeer bewust, de dag na haar 35ste verjaardag. Ze wordt daarin bijgestaan door haar familie en een vriendin. Ik bezoek haar dagelijks. Vanwege allerlei lichamelijke klachten probeer ik haar na twee weken te sederen, met midazolam en morfine. Dit lukt niet, ze blijft klaarwakker.

In twee weken valt ze 10 kilo af en als ik na drie weken bij haar kom, tref ik haar aan op de rand van het bed, zuigend op een vochtig washandje. Met grote holle ogen en de wanhoop nabij. Hoe lang gaat dit nog duren? Er is een situatie ontstaan waarin sprake is van ondraaglijk lijden, nu ook lichamelijk. Op diezelfde avond bespreek ik dit in de SCEN-intervisiegroep (ik ben ook SCEN-arts) en krijg steun en advies. Dan besluit ik toch hulp bij zelfdoding te zullen verlenen aan deze patiënte. Dit besluit betekent een enorme opluchting voor Ciska en haar familie.

Uitzichtloos

De SCEN-arts wordt gebeld (L.W.). Na uitgebreid overleg met mij en na bestudering van het dossier bezoekt zij Ciska de volgende dag en praat ruim een uur met haar en ook met haar familie. Ciska is dan goed aanspreekbaar. Ook voor de SCEN-arts is het een zeer indrukwekkende casus. Er is duidelijk sprake van invoelbaar ondraaglijk psychisch lijden. Maar de bijzonderheid en zwaarte van deze casus zijn intens voelbaar. Het is een moeilijke afweging of nu aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Is de situatie volkomen uitzichtloos? Is er

‘Denk erom dat jullie me morgen niet meer wakker maken’

nog een redelijk alternatief, dat aanvaardbaar is voor deze patiënte? Na overleg met een collega-SCEN-arts adviseert deze mij advies te vragen aan een onafhankelijk psychiater. Ik bel met een psychiater die de patiënte kent van diverse opnames, en met een onafhankelijk psychiater met ervaring met deze problematiek (via de KNMG). Het wordt mij dan duidelijk dat versterving niet mogelijk is bij zo’n jonge patiënte.

Beide psychiaters stellen hun oordeel op schrift. Zij ondersteunen de conclusie dat er sprake is van een uitzichtloze medische situatie, en de patiënte wordt wilsbekwaam geacht in haar beslissing af te zien van verdere psychiatrische behandeling. Vanwege de snel verslechterende fysieke toestand van Ciska en het inmiddels begonnen weekend is een psychiatrische beoordeling thuis niet goed meer mogelijk. Na nogmaals telefonisch overleg met de SCEN-arts besluit ik de hulp bij zelfdoding op korte termijn uit te voeren.

Met Ciska en haar familie wordt het tijdstip voor de hulp bij zelfdoding afgesproken; ze hebben dan voldoende tijd om op een waardige manier afscheid van elkaar te nemen. Later blijkt dat van groot belang voor de verwerking van degenen die achterblijven.

Wanneer ik haar ’s avonds het drankje aanreik zie ik een zeer opgelucht en oprecht dankbaar mens. Haar laatste woorden zijn: ‘Denk erom dat jullie me morgen niet meer wakker maken’ en ze drinkt het glas in één teug leeg. Een kwartier later is ze overleden. Een indrukwekkender gebeurtenis is in

een huisartsenloopbaan vrijwel niet denkbaar.

Valkuilen

De toetsingscommissie roept mij op voor het beantwoorden van vragen. Dit verloopt goed, en de casus wordt als ‘zorgvuldig’ beoordeeld.

Als huisarts en SCEN-arts hebben wij uitgebreid nagepraat over deze casus. Wij signaleren een aantal problemen, waarover naar onze mening verder gediscussieerd zou moeten worden binnen de beroepsgroepen van huisartsen en psychiaters:

- Het proces van versterven verliep moeizaam. Wat zijn precies de valkuilen in zo’n proces, en waar kun je als arts hulp krijgen in de begeleiding hiervan?
- Voor de huisarts verliep het contact met de betrokken psychiaters en psychotherapeuten problematisch. Van de tien

psychotherapeuten die ontslagbrieven over de patiënte hadden geschreven, werkte er nog één bij deze instelling. Hij was toen ziek; met hem is een jaar later een nagesprek geweest. De huisarts mocht verslagen van de gesprekken met Ciska niet inzien. Zij had een andere visie op patiëntens situatie dan de behandelaars in de psychiatrie. Er was duidelijk verschil in de verantwoordelijkheid die werd gevoeld om de patiënte in haar doodswens te begeleiden.

- Wat is de taak van de psychiatrie wanneer een chronisch psychiatrisch patiënt als Ciska bij herhaling een euthanasieverzoek doet? Hoe kan de taakverdeling tussen huisarts en psychiater zijn?

Emoties

Wij zijn tot de volgende conclusies en aanbevelingen gekomen:

NASCHRIFT KNMG

De KNMG werkt aan een richtlijn die artsen, andere professionals en naasten ondersteuning gaat bieden bij patiënten die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. Het eerste concept wordt binnenkort voor commentaar online gepubliceerd door onder andere de KNMG en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Deze richtlijn werd al aangekondigd in het KNMG-standpunt ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde’, dat inzicht biedt in de rol, verantwoordelijkheden en begrenzing van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. In dit standpunt wordt ook onderstreept dat, hoewel chronisch psychiatrische patiënten binnen het kader van de Wet toetsing levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding vallen, het artsen zwaar kan vallen om aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding tegemoet te komen. Een heldere communicatie over de eigen mogelijkheden en grenzen van

de arts is dan van groot belang, wat alleen kan als de arts goed geïnformeerd is. Terecht bepleiten de auteurs dat artsen de tijd moeten nemen om zich goed in te lezen en zich goed voor te bereiden. Het inwinnen van advies bij een SCEN-arts kan de behandelaar ook zeker helpen aan deskundige steun bij dit soort minder vaak voorkomende dilemma’s. De KNMG start binnenkort met de federatiepartners een project om artsen te ondersteunen bij hun communicatie over euthanasie. Naast het vergroten van kennis bij artsen én publiek en het bevorderen van tijdige afstemming over wederzijdse verwachtingen, zullen we in dit project ook aandacht besteden aan de emoties die met een euthanasieverzoek gepaard kunnen gaan.

Eric van Wijlick
beleidsadviseur KNMG

1. Stoppen met eten en drinken is voor een jong, fysiek gezond mens geen mogelijkheid om op een humane manier te sterven. Het zou goed zijn als in de KNMG-richtlijn over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde,

meer duidelijkheid zou worden gegeven over dit leeftijdsaspect.¹

2. Vraag als arts bij een proces van versterven tijdig een SCEN-consultatie, met name ook voor steun en advies.

3. Het zou wellicht goed zijn als de KNMG middels een doorkiesnummer telefonisch contact beschikbaar stelt met een hieromtrent deskundige (SCEN-)arts/psychiater?

4. Neem de tijd om informatie te lezen die bekend is over deze problematiek.²

5. Er zou beter gecommuniceerd moeten worden tussen psychiaters en huisartsen over euthanasieverzoeken van chronisch psychiatrische patiënten, zodat zij wellicht in een multidisciplinair overlegtraject samen met de

patiënt kunnen toewerken naar een respectvol levenseinde.

6. De emoties van de betrokken hulpverleners verdienen ruime aandacht bij dit soort casuïstiek, ook naderhand. ■

In het artikel zijn sommige persoonlijke gegevens van de patiënt veranderd om privacyredenen.

contact

lcwestra@hotmail.com

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en meer artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

Een jong mens
kan niet humaan
sterven door te
stoppen met eten
en drinken

oproep

oproep
SPECIAL

Arm en rijk in de spreekkamer

Een patiënte wordt liever niet verwezen, omdat zij de rekening van het ziekenhuis zelf moet betalen. Een ander meldt zich op het spreekuur met klachten van stress, omdat het bedrijf waar hij werkt failliet dreigt te gaan. Een derde vraagt juist om de meest extravagante cosmetische behandeling, omdat geld nu eenmaal moet rollen.

Een recente enquête van de LHV laat zien dat de gevolgen van de economische crisis merkbaar zijn in de spreekkamer van de huisarts. Maar ook andere artsen zullen ermee te maken krijgen. Voor de special over 'arm en rijk' ontvangen wij graag korte verhalen van lezers over een grappige, wrange of ontroerende confrontatie met de economische werkelijkheid.

Stuur uw inzending (maximaal 350 woorden) uiterlijk **26 augustus** naar: redactie@medischcontact.nl onder vermelding van 'lezersbijdrage arm en rijk'. De mooiste inzendingen worden gepubliceerd op de website en in de special, die medio september verschijnt.

De redactie houdt zich het recht voor bijdragen te redigeren en in te korten.