

Valkuilen bij overleg over euthanasie

F.H. WEISZ
J.L.J. STAM

Weisz FH, Stam J.L.J. Valkuilen bij overleg over euthanasie. Huisarts Wet 1999;42(10):461-5.

Bij euthanasie is goed overleg nodig tussen alle betrokkenen. Bij eensgezindheid gaat het meestal goed, maar als de meningen verschillen, kunnen de emotie's hoog oplopen. Vier gevallen worden beschreven waarin het overleg moeilijk verliep. De moeilijkheden hielden onder andere verband met dwingend gedrag, vakantiewaarneming en 'te weinig sympathie'. In terugblik wordt getracht sommige valkuilen te verduidelijken, zodat deze voorzien en vermeden kunnen worden. De huisarts is tegelijkertijd deskundige, partij met eigen belangen en gespreksleider, een lastige combinatie. Als de sfeer van overleg niet goed is, kan het helpen dit vroeg te bespreken en zo nodig aan de orde te stellen. Dwingend gedrag vraagt om een aangepaste reactie; die is te vinden via de vraag wat het betekent. Voor een vakantiewaarnemer vormt een euthanasievraag een grote belasting. In voorzienbare gevallen moet de eigen huisarts zoveel mogelijk van te voren regelen. Tot slot wordt kort ingegaan op de vraag 'wat is een reëel behandelingsperspectief?'

F.H. Weisz, huisarts; J.L.J. Stam, huisarts.
Correspondentie-adres: Rubensstraat 20,
1077 MR Amsterdam.

Inleiding

Een arts die overweegt om hulp bij levensbeëindiging te geven, heeft een lange weg te gaan. Die weg is terecht geplaveid met zorgvuldigheidseisen, maar ook voorzien van valkuilen, vaak bedekt met een vliedun laagje bladeren,¹ zodat je ze niet zomaar ziet. Artsen zijn al vaak in zulke kuilen gevallen. Deels is dat bekend geworden door jurisprudentie, deels is het verborgen gebleven door septs, die binnen de kamer van het Openbaar Ministerie bleven. En een groot deel is onzichtbaar gebleven, doordat artsen niet voldeden aan de meldingsplicht.

Wij willen in dit artikel een aantal valkuilen signaleren, waarin wij zelf net wel of net niet gevallen zijn. Gestrande scheidingsprocedures zijn voor anderen. Wij beschrijven onze ervaringen en verbinden daaraan een aantal vragen, met soms ook antwoorden of adviezen.*

Niet naar een verpleeghuis

Onaangenaam getroffen, wist ik niet zo gauw wat ik moest zeggen. De vriendin van de heer Van Straten had me zojuist een papier in de bekende kleur van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie overhandigd. Het was halverwege mijn ochtendsprekuren toen ze mij, op weg naar de wachtkamer om een patiënt op te halen, in de gang aanschoot. 'Ik wilde het u persoonlijk geven en niet aan de assistente', en ze maakte aanstalten te vertrekken. Inmiddels had ik al wel in de opengeslagen verklaring gelezen dat de heer Van Straten euthanasie wilde in geval hij naar een verpleeghuis moest. 'Maar ik wil er wel een keer over praten', kon ik nog net zeggen voor ze het pand verliet.

Dit wil ik niet meer, was de gedachte die zich aan mij opdrong. Het was niet de eerste keer dat patiënten terloops of via de assistente een verklaring overhandigden waarin werd beschreven onder welke omstandigheden euthanasie bij de patiënt diende te worden uitgevoerd door de dokter. Door mij dus. Opvallend vaak was een van die omstandigheden een onvermijde-

lijk geworden opname in een verpleeghuis.

Juist daar had ik de laatste drie jaar veel ervaring en emoties liggen. In de loop van die tijd was mijn visie op het verpleeghuis veranderd van een naargeestig oord tot een plek waarin, onder grote werkdruk, vaak met veel zorg en toewijding bijzondere en ontroerende dingen gebeuren, en waar ik zelf met veel verdriet heel langzaam afscheid van mijn moeder had kunnen nemen. Voor mij had het niet sneller moeten gaan. Of dat voor haar ook gold, weet ik niet; ze is er nooit over begonnen.

Professioneel weet ik dat dit voor mijn patiënten heel anders kan liggen, maar bij dit soort emotionele zaken loopt een en ander toch weleens door elkaar. Is eigen 'ervaringsdeskundigheid' hier meer blokkerend dan helpend?

De heer Van Straten was acht maanden in de praktijk, toen mij deze brief werd overhandigd. Hij had een half jaar eerder in een verpleeghuis gelegen en uit het dossier bleek dat men daar destijds vond dat hij te slecht was om naar huis te gaan. De patiënt had amyotrofische lateraalsclerose; hij moest uit bed worden getakeld om te worden gewassen, hij moest worden gevoerd, en hij was moeilijk te verstaan.

Toen ik een paar weken zijn huisarts was, werd ik bij de patiënt thuis gevraagd voor een bijeenkomst met de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorgende. Niet alles bleek goed te lopen; er moest zoveel hulp worden ingezet, dat de benodigde zorg 'eigenlijk' niet binnen de tijd en het budget van de thuiszorg kon worden gerealiseerd. Maar de man en zijn vriendin wilden beiden dat hij thuis zou blijven. Ik vond (en vind) dit een legitieme wens, ik wilde van alles doen om mee te helpen dit te realiseren.

In de daaropvolgende maanden begon mijn beeld wat te 'schuiven'. Van wijkverpleegkundigen hoorde ik dat de verpleging erg zwaar was en nauwelijks meer te doen. Ook leek de sfeer niet goed. 'Nooit zijn ze je een beetje dankbaar,' zei de een.

* Sommige gegevens in dit artikel zijn veranderd om de anonimiteit van de betrokkenen te waarborgen.

'Als je denkt dat je klaar bent, vragen ze, alsof ze daar het volste recht op hebben, nog iets te doen, en elke keer gebeurt dat weer,' zei de ander. Tijdens de verzorging, die uren tijd nam, was de patiënt meestal zwijgzaam. Ook zelf begon ik de begeleiding moeilijk te vinden.

Een dag na de ontvangst van de euthanasieverklaring sprak ik de wijkverpleegkundige. Toen bleek dat haar hoofd een week eerder aan de betrokkenen had verteld dat dezelfde extra hulp nog voor twee maanden kon worden gegarandeerd, en daarna niet meer. De patiënt en zijn vriendin waren het er – zoals gebruikelijk – niet mee eens.

Had het euthanasieverzoek moeten fungeren als bliksemafleider? Dat vroeg ik mij later af. Mijn twijfel werd groter, maar een gesprek bleek niet goed mogelijk en het stel koos voor een andere huisarts.

Het voorval stimuleerde mij om eindelijk ernst te maken met een vaag plan: het schrijven van een verklaring over mijn opvattingen en gevoelens over euthanasie: een open brief voor mijn patiënten.²

Commentaar

Een vraag om euthanasie is een oplossing voor een probleem, dat vraagt om verdere uitdieping.

De achtergronden van die vraag kunnen heel verschillend zijn. De dokter zal zich daar soms gemakkelijk in kunnen vinden, soms moeilijk of in het geheel niet.

Wat betekent voor deze patiënt een verpleeghuis? Wat waren daar zijn negatieve ervaringen? Zouden die voor een ander verpleeghuis ook gelden? Zou hij een keer een kijkje willen nemen in een ander verpleeghuis? Al deze vragen zijn relevant voordat de probleemstelling van de patiënt duidelijk wordt.

Wat betreft de waarde en status van de eigen wilsverklaring hebben patiënt en arts vaak een verschillende visie, is onze ervaring. Wat zwart-wit gesteld komt dat erop neer, dat deze verklaring voor veel patiënten het karakter heeft van een (eenzijdig ondertekend) contract; voor de meeste artsen is het een verklaring waarin een mogelijke wens voor de toekomst wordt verwoord.

Naar aanleiding van deze casus hebben we in onze praktijk besloten, dat iedere keer wanneer een euthanasieverklaring wordt opgestuurd of aan de assistente wordt overhandigd, door de assistente een afspraak voor het spreekuur wordt gemaakt.

Niet on speaking terms

De heer Vermeer had een zeer ernstige leveraandoening. Zijn dochter kende mijn 'open brief' over euthanasie, en wilde die aan haar vader voorlezen. Maar meneer Vermeer had daar geen boodschap aan. Hij wilde binnenkort een spuitje, en zijn vrouw ging het niet aan. De stilte die ik daarop liet vallen, vulde hij met een ander onderwerp.

Tijdens een van de volgende bezoeken kreeg het echtpaar woorden met elkaar, en de echtgenote zei toen tegen hem: 'Als je zo over me denkt, dan kan je nu naar het verpleeghuis vertrekken.' Ik probeerde te bemiddelen, maar mijn inbreng kreeg weinig aandacht.

Ik kende deze man al geruime tijd. Hoewel het inloopsprekuren al tien jaar eerder was afgeschaft, liep hij regelmatig het praktijkgebouw binnen zonder een afspraak te hebben gemaakt. Ik had hem hierop een paar maal aangesproken, maar zonder resultaat. Hij hoorde mij aan, sprak mij niet tegen, maar het hielp niet.

Een week later werd ik geroepen, omdat de man benauwder was geworden. Al in de deuropening zei de echtgenote: 'Er moet iets gebeuren: of hij moet geopereerd worden (aan zijn lever) of hij moet dood.' Er is dus niets veranderd sinds vorige week, was mijn gedachte. Ik had gehoopt op een soort doorbraak, zoals je die vaak in enigerlei vorm ziet in de terminale fase.

Vervolgens ging alles mis. Tot een persoonlijk gesprek is het nooit gekomen. Een week vakantie kwam er tussen en mijn collega (ik dacht dat ik de patiënt redelijk had overgedragen) begroette mij na terugkomst met: 'Vermeer is dood en er was niks door jou geregeld voor zijn euthanasie.' Met steeds hogere doses morfine was de patiënt aan zijn eind gekomen.

In teamverband hebben we een en ander

uitvoerig besproken, nadat ik eerder met de echtgenote en enkele kinderen van gedachten had gewisseld over de gang van zaken, waarbij er flinke kritiek op mij werd geuit.

Commentaar

Achteraf denk ik dat ik over deze patiënt consultatie of supervisie had moeten vragen, zodat mijn handelen niet was blijven steken in een wat mopperig relaas tegen een van mijn collega's over de bizarre en weerzinwekkende taferelen die ik daar had menen te zien. In dit soort gevallen kan de dokter hopen dat er in de resterende dagen een wending komt van welke aard dan ook. Zoals een verandering van het emotionele klimaat bij patiënt en/of familieleden. Uitsstel levert in bovenstaande zinsoms wat op, soms zijn er negatieve gevolgen voor patiënt, familie en de dokter.

Naar aanleiding van deze casus dringt een andere gedachte zich op: mensen gaan dood zoals ze geleefd hebben. Ruzie, wantrouwen en verwijten kunnen ook dit laatste traject kenmerken. Het is pijnlijk om daarbij aanwezig te zijn, maar het is mogelijk een troostrijke gedachte dat de wijze van doodgaan een spiegel is van het geleefde leven, waar de dokter ook niet veel aan kan veranderen.

Een van de zaken die me bij deze casus duidelijk werd, is dat ik alleen euthanasie kan uitvoeren, als ik met de mensen in contact kan komen over hun ziekte en lijden, over hun twijfels, en over de achtergronden waarom euthanasie als laatste en enige uitkomst wordt gezien. Hun bereidheid om dit verzoek al of niet met de familie te delen weegt voor mij ook zwaar, heeft de geschiedenis mij geleerd.

Vakantiewaarneming

Collega Peter A ging twee weken met vakantie. Hij schreef een overdracht voor acht zieke patiënten en stelde voor om gezamenlijk nog iemand te bezoeken. Op de laatste vrijdag voor zijn vakantie gebeurde dat.

Mevrouw De Vries, 86 jaar oud, woonde in Amsterdam-Oost, wel wat ver buiten

de wijkgrenzen die in onze waarneemgroep waren afgesproken, maar 'kort geleden verhuisd' en 'oude banden'. Een mager vriendelijke vrouw met wervelmetastraten van borstkanker. Na chemotherapie 'uitbehandeld', in bed met thuiszorg, en met diclofenac en een klein beetje morfine als medicatie. Elke dag even in de stoel, wanneer haar bed werd opgemaakt.

Zij had vijf kinderen; drie van hen woonden dichtbij en kwamen geregeld, en de jongste dochter, 50 jaar oud, was bij haar toen wij op bezoek kwamen. We spraken af dat ik haar in de komende weken een paar keer zou bezoeken en dat zij bij nieuwe moeilijkheden 'altijd' mocht bellen. Aan het eind van ons gesprek zei collega A nog tegen mij: 'We hebben ook over levensbeëindiging gesproken. Als het erger wordt, wil zij daarvoor mijn hulp vragen, maar zij wil wachten tot ik weer terug ben, nietwaar mevrouw De Vries?' (Ja dokter).

Toen we terugreden, zei ik: 'Zeg Peter, hoe ver ben je met haar in het overleg over euthanasie? Al een paar keer over gesproken?'

'Nee, pas één maal.'

'Heb je al iets ondernomen in de richting van een consulent, een apotheker?'

'Nee, dat komt wel als ik terug ben.'

Ik was er niet gerust op, maar bij twee visites in de volgende week leek het mee te vallen. Er waren wat meer analgetica nodig en ze had minder eetlust. Wel zei ze: 'Als het nog erger wordt, wil ik niet meer verder leven.'

Op de donderdag van de tweede week werd een spoedvisite aangevraagd. Bij het overstappen van bed naar stoel was zij gevallen. Pijn in de linkerlies. Het been, verkort, lag met de voet ver naar buiten geraaid: een collumfractuur. Toen ik haar dit vertelde, zei zij: 'Ik wil niet meer naar het ziekenhuis. Ik wil thuis sterven, helpt u mij?'

Voor die dag werden wij het eens over meer pijnstillers en 'neem een dag om er eens goed over na te denken, morgen kom ik terug'. Een zoon van 63 jaar was nu bij haar. Toen die mij uitliet, zei hij: 'We rekenen op u dokter, want het gaat zo niet langer.'

Terugrijdend, besepte ik dat het net zich sloot. In de eerste plaats rondom de patiënte, maar ook om mij. In mijn binnenzak voelde ik de vliegtickets voor onze vakantie naar Venetië, twee dagen later. En morgen, vrijdag, een laatste praktijkdag met veel extra drukte. Hoe in de race van zo'n dag ook nog een zorgvuldige euthanasie te plannen? Koortsachtig begon ik te zoeken naar uitwegen.

- Haar toch laten wachten met meer pijnstilling, tot haar eigen huisarts terug was? Hij is er maandag weer, nog vier dagen. Maar zo'n eerste werkdag is ook erg druk, dan wordt het voor mevrouw De Vries wel vijf of zes dagen wachten.
- Tussen mijn vertrek en zijn thuiskomst is er nog een weekenddienst, maar voor de weekendwaarnemer zal het nog veel moeilijker zijn.
- Vandaag alles versnellen? Nee, een dag uitstel voor haar beslissing over een ziekenhuisopname of een snelle dood vind ik toch beter.

Ik ging wel naar mijn apotheker, legde hem uit hoe ik ervoor stond en kreeg een ruime voorraad euthanatica mee (volgens richtlijnen van de KNMP).

Op vrijdagochtend om 12 uur bezocht ik haar opnieuw. Bij het bewegen in bed had zij veel pijn. Ze bleef bij haar besluit: niet naar het ziekenhuis, maar thuis sterven. 'Helpt u mij alstublieft?' Nu was het de dochter die zei: 'Wij rekenen op u dokter, u laat haar toch niet wachten tot maandag?'

'Ik vind het moeilijk en moet erover nadenken', zei ik 'vanmiddag bel ik u op en ik kom in elk geval vanavond opnieuw naar u toe'.

Het drukke middagspreekuur werd ontwricht door overleg met twee leden van onze huisartsengroep. We kwamen erop uit dat het niet goed was, haar nog enkele dagen te laten wachten. Tijd voor het inschakelen van een onafhankelijke consulent kon ik niet meer vinden. Die avond om 20 uur sliep zij voorgoed in, met mijn hulp.

Nu nog de melding? Ik laat het hier bij een vraagteken. In de nacht hielp ik mijn vrouw met het pakken van onze koffers.

Commentaar

Als euthanasie in het verschieft ligt, mag je niet met vakantie gaan, voordat er vrij veel geregeld is. In dit geval bracht de collumfractuur een onverwachte versnelling in het proces, maar een acute verergering van haar toestand zou tot soortgelijke moeilijkheden hebben geleid.

Toegeven aan druk... Nooit? Of toch soms? In de beschouwing komen wij op deze vraag terug.

Wat is een 'reëel behandelingsperspectief'?³ Valt een collumoperatie daar nog onder, als een patiënt al dichtbij de dood is?

Euthanasie altijd melden? Met een variant op een bekende wijsheid denken wij: 'la réalité peut imposer des raisons, que la justice ne connaît pas.'

Te weinig sympathie

'Mijn man zegt dat ik te veel drink, maar dat is niet zo. Ik laat het bij vijf glazen wijn per dag. Dat vindt hij te veel, maar met minder kan ik mijn leven niet genoeg verdoven. Mijn man vindt eigenlijk alles verkeerd wat ik doe of laat. Dat is al begonnen toen we nog maar een jaar getrouwd waren. Terwille van de kinderen zijn we toch maar bij elkaar gebleven, nu al 25 jaar. Zonder alcohol zou ik het niet volhouden.'

Dit vertelde mevrouw De Waal mij in 1987. Zij was toen 62 jaar oud en al 20 jaar bij ons in de praktijk. Ik vond haar gedrag soms lastig: vaak een boodschap op vrijdag om kwart voor zes, die ook wel 's ochtends had kunnen komen ('maar we durven zo het weekend niet in'), of een vergeten herhalingsrecept in de avonddienst. En vaak hele of halve onwaarheden die de anamnese bemoeilijkten. Zo was tot 1987 het antwoord altijd 'nee' als ik vroeg of er ook spanningsfactoren waren bij klachten van hoofdpijn of buikpijn. Achteraf begreep ik dat wel: het is een hele opgave om kernproblemen van je leven aan een ander mee te delen. Maar voor mij was het moeilijk. Met mensen die de waarheid vernevelen, kan ik slecht overweg.

In 1991 kreeg zij borstkanker, met uitzaaingen in een okselklier en in 1993 drie

weken lage-rugpijn. De radioloog zag iets onduidelijks in een wervel, er werd een CT-scan gemaakt: 'Het zou een metastase kunnen zijn, maar zeker is dat niet. Advies: verwijzing voor verdere diagnostiek'.

Op dit punt aangekomen zei mevrouw De Waal: 'Verder onderzoek wil ik niet. Ik wil al jaren liever sterven dan leven, en nu des te meer. Wilt u mij helpen met een injectie of een dodelijke drank?'

Haar vraag bracht mij in verwarring. Met alles wat ik van haar wist, kon ik mij haar wens heel goed indenken, maar mijn gevoel zei 'nee'. Tegen haar zei ik: 'Uw vraag overvalt mij, ik moet er over nadenken.' We spraken een volgend consult af voor twee dagen later. Dat werden moeilijke dagen voor mij, want toen ik nadacht over mijn nee-gevoel, ontdekte ik daarin tegenstrijdige elementen:

- Was er nog een reëel behandelingsalternatief? Als dat er nog was, riskeerde ik strafrechtelijke vervolging. Maar in haar geval wisten wij nog niets over behandelingsalternatieven, omdat zij zelfs een diagnostisch alternatief afwees. Toch kon ik dit van haar wel begrijpen, want zij wilde al jaren liever niet meer leven, zodat er niet veel meer bij hoefde te komen om haar doodswens concreet te maken.

- Minister Hirsch Ballin was nog aan het bewind. Hij had aangekondigd artsen te zullen vervolgen als er geen 'stervensfase' was. Een wat vage term, maar deze patiënte viel er in elk geval buiten. Zij was niet dicht bij de dood. Ik wist dat Hirsch Ballin, bij vergissing of met opzet, buiten de grens van zijn bevoegdheid was getreden,⁴ want zelf had ik al tweemaal een sepot gekregen voor hulp bij zelfdoding voor hoogbejaarde mensen die wel ernstig leden, maar geen dodelijke ziekte hadden. De Hoge Raad had ook al eerder vrijspraak gegeven in een dergelijk geval. Maar ik had wel gemerkt dat hij het mij, door zijn bevoegdheid, erg lastig kon maken. Het tweede sepot kreeg ik pas na een gerechtelijk vooronderzoek dat drie jaar duurde. Dat kostte mij veel tijd en energie.

- Dit bracht mij tot een volgende vraag: waarom heb ik het risico van strafvervolging wel voor anderen over gehad, terwijl

ik tegenover deze patiënte alleen maar 'nee' voel? Het antwoord werd mij duidelijk: omdat ik niet met haar overweg kan. Ik wil geen risico lopen voor iemand voor wie ik te weinig sympathie voel. Maar ook, nog los van de rechter en alleen voor mijzelf: ik kan niet iemand helpen sterven, met wie ik niet overweg kan. Een vreemde paradox.

Commentaar

Als twee patiënten eenzelfde weloverwogen en duurzame doodswens hebben, mag dan het geluk of de pech dat zij de sympathie van hun dokter mee of tegen hebben, beslissen over hun lot? En wat is 'een reëel behandelingsperspectief'?

Beschouwing

In gevallen van een vraag om hulp bij levensbeëindiging spelen vele partijen een rol: de patiënt, familieleden en vrienden, de arts en andere helpers in de thuiszorg. Verschillen van mening kunnen zich in allerlei varianten voordoen. Die gaan over ingrijpende vragen, bijvoorbeeld: is euthanasie nooit geoorloofd? Of soms wel? In dit geval wel? Zo ja, moet de dokter dan ook de gevraagde hulp geven? Of mag de arts ook ruimte vragen voor eigen inzichten of mogelijkheden?

Gezien de emoties van alle betrokkenen is het geen wonder dat verschillen van mening soms tot conflicten leiden. Veeleer is het een wonder dat patiënt, naasten en helpers vaak zonder moeite op één spoor komen. Ontzag voor het lijden en voor de vraag van de patiënt is dan de bindende beweegreden, met liefde, sympathie en empathie als dragende gevoelens. Dat het zo ging, hebben wij beiden meegemaakt. Maar het leek ons nuttiger, een paar gevallen te beschrijven, waarin het niet goed ging. Hoe kwam het, dat verschil van mening hierin voortgleed tot conflict, met het afbreken van de relatie of oplopende emoties of een impasse als gevolgen?

Dat kwam door moeilijk gedrag van verschillende betrokkenen. In deze beschouwing concentreren wij ons op het gedrag van de huisarts: zou het anders gelo-

pen zijn, als wij ons anders hadden gedragen? Waarschijnlijk wel.

Als er een verschil van mening is tussen de betrokkenen, is goed overleg onmisbaar om escalatie tot conflicten te voorkomen. De rol van huisarts is daarin verre van gemakkelijk, want de huisarts moet dan drie functies combineren: die van deskundige, van betrokken partij en van gespreksleider. Deskundige over de prognose en de behandelingsmogelijkheden. Partij, want euthanasie raakt aan de belangen van de huisarts zelf: geweten, beroeps-ethiek en risico van gerechtelijke vervolging; beweegredenen van verstand en gevoel kunnen dan in verschillende richtingen gaan, zoals *Lam* onlangs prachtig heeft beschreven.⁵ En dan ook nog gespreksleider; dat valt niet mee. Toch lijkt het ons beter dat de huisarts ook die derde functie behartigt, en dat niet de hulp wordt ingeroepen van een externe gespreksleider, die voor de patiënt een vreemde is.

De functie van gespreksleider vraagt van de huisarts om nu en dan een stap terug te doen om het proces van overleg met enige afstand te bezien en te bewaken. Als de tijd het toelaat, geeft dit afstand nemen ook de mogelijkheid om met een andere huisarts of een supervisor te overleggen.

Voor onszelf hebben wij enkele richtlijnen ontleend aan wat er verkeerd ging:

- Het is van belang om op tijd te beseffen dat er verschillen van mening zijn. Soms voel je dit aan, nog voor je het weet. Zo'n gevoel moet niet worden veronachtzaamd, maar moet juist worden toegelaten. Door het in te brengen in het gesprek, kan worden nagegaan of het juist is. Verschillen van mening zijn dan vaak op te lossen, in goed overleg. Een sfeer van goede communicatie is daarvoor onmisbaar.

- Als de communicatie niet goed is, is het evenzeer van belang dit op tijd te beseffen, om deze stoornis met voorrang aan de orde te stellen. Een slechte sfeer van overleg kan veranderen. Zelfs 'te weinig sympathie' behoeft geen onveranderbaar gegeven te zijn. Het aan de orde stellen van meningsverschillen of van een slechte overlegsfeer is niet gemakkelijk, maar ook niet 'uitzichtloos'.

• Als het gesprek niet tot verbetering leidt, kan de gespreksleider voorstellen een andere huisarts te zoeken en daarbij (desgewenst) te helpen. Dat moet zo vroeg mogelijk gebeuren, want naarmate een patiënt dichter bij de dood is, wordt zo'n voorstel moeilijker uitvoerbaar.

Dwingend gedrag van een patiënt of van familieleden komt niet zelden voor. Wij denken dat dwingend gedrag geen afzonderlijke reden mag zijn om hulp te geven en ook niet om hulp te weigeren. Juist daarom is het van belang dat artsen goed beseffen of zij zich onder druk gezet voelen. Dat kan voorkómen dat pressie te veel meeweegt bij een beslissing in de ene of de andere richting. Dat wil niet zeggen dat dwingend gedrag niet van belang zou zijn. Het onderkennen daarvan geeft de arts de mogelijkheid te overwegen wat het betekent. Bijvoorbeeld:

- 1 De patiënt is wel bewusteloos en lijdt dus niet (meer), maar de familie wordt te moe of 'kan het niet langer aanzien'.
- 2 Het familielid dat druk uitoefent, heeft financieel belang bij de dood van de patiënt.
- 3 De dokter stelt de beslissing te lang uit, zodat de onzekerheid of het lijden te lang duren.

Analyse van de betekenis kan de arts dan

helpen bij aangepaste reactie. In de gegeven voorbeelden zou die reactie kunnen zijn:

- 1 Niet de patiënt, maar de familie is het meest in nood; er moet dus meer begrip, uitleg en steun aan de familie worden gegeven.
- 2 Een slecht-nieuwsgesprek: 'Ik ben op dit moment niet bereid de hulp te geven die u vraagt.'
- 3 Versnelling van de eigen beslissing.

Wat we schreven over vakantiewaarneming, geldt in mindere mate ook voor korte waarnemingen, zoals in avonden, nachten of weekends. Als een ernstig zieke patiënt gevraagd heeft om hulp bij levensbeëindiging, moet dit met verdere gegevens worden overgedragen aan de waarnemer, voor het geval er een plotselinge verslechtering optreedt. Een mogelijkheid is ook dat de huisarts voor dergelijke patiënten beschikbaar wil blijven via de privételefoon of via de waarnemer.

Tot slot nog iets over de vraag 'wat is een reëel behandelingsperspectief?'

Als een patiënt een voorstel voor verdere chemotherapie afwijst en toch blijft vragen om hulp voor levensbeëindiging, handelt een arts dan onzorgvuldig als hij die hulp geeft? Dit is één voorbeeld uit een

breed gebied van mogelijke vragen. Grondige overdenking kan gemakkelijk een heel boek vullen, en als de juristen het voor het zeggen houden, zal dat boek ook wel geschreven worden, in lang voortgaande jurisprudentie. Voor dit artikel willen wij volstaan met een belangrijke deelvraag en een begin van (onze) beantwoording.

Wie bepaalt wat 'reëel' is: de patiënt of de dokter?

Wij denken: de patiënt, mits na goede informatie. De dokter heeft alleen de taak, zich in te leven om te begrijpen waarom deze patiënt dit behandelingsperspectief afwijst. Zolang de dokter dit niet begrijpen kan, moet hij wel de vrijheid houden, een verzoek af te wijzen.

Literatuur

- 1 Meulenbergh F. Met de rug naar de toekomst. Med Contact 1998; 53:760.
- 2 Stam JLJ, Weisz FH. Wilsverklaringen over euthanasie. Huisarts Wet 1999;42(5):50-1.
- 3 Legemaate J, Dillmann RJM, redactie. Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghem, 1998: 19-23, 34-35.
- 4 Weisz FH. Tussen toetsing en terreur. In: Blad JR, redactie. Mijn leven! Mijn dood? Amsterdam: Thesis, 1998.
- 5 Lam HM. Het nette sterven. Huisarts Wet 1999; 42(4):153-7. ■