

COLUMN

## Alleen door samen te werken kunnen we verbindende zorgverlening bieden voor patiënten in hun autonomie



**Marc Cosyns**

Huisarts en academisch consulent Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg UGent.

"Als rusthuizen ons moeder mogen, ja moeten verzorgen omdat we het zelf niet kunnen en/of willen, waarom zouden betrokken zorgverleners, poetsdienst en directie van dat rusthuis niet mogen, kunnen, ja zelfs moeten deelnemen aan het overleg over haar levenseindebeslissingen?", aldus een 59-jarige dochter van een 87-jarige moeder die na een val in haar serviceflat werd opgenomen in een woonzorgcentrum.



Het is een uitspraak die me is bijgebleven en die ik wil voorleggen naar aanleiding van recente mediaberichtgeving. In welke mate kan de directie van een woonzorgcentrum betrokken zijn bij een overleg over de euthanasie van een bewoner/patiënt?

Volgens LEIFarts en collega Frank Heyvaert kan dit niet, hij vindt het zelfs schokkend. Hij legde het voor aan de Orde der Artsen, zo lezen we op de voorpagina van de kranten van Mediahuis/DS onder de titel: '[Woonzorgcentra mogen zich niet moeien met euthanasie bewoners](#)'. Dezelfde teneur in Knack: '[Artsen die euthanasie willen uitvoeren, mogen het woonzorgcentrum soms gewoon niet binnen](#)'.

Die Orde stelde in een [recent advies](#): *De arts is gehouden tot het beroepsgeheim bij elke medische tussenkomst. De arts mag de directie van het woonzorgcentrum waar de patiënt verblijft dus niet bevragen of inlichten over het verzoek van de patiënt tot euthanasie of het verloop van de euthanasieprocedure.*

Met dit advies stelt de Orde zich eens te meer boven de wet, zelfs al is die wet [recent aangepast](#), mede beïnvloed door rechtspraak dienaangaande. De inlassing: *Geen enkele al dan niet schriftelijke clausule mag een arts beletten om met inachtneming van de wettelijke voorwaarden euthanasie toe te passen (art 14)*, belet niet dat er contact is met en door de directie. Trouwens euthanasie is tot op heden, spijtig genoeg, geen patiëntenrecht. Het klassieke beroepsgeheim is hier dus niet van toepassing en zelfs al zou men dit vooropstellen, dan getuigt het van de paternalistische visie van een verouderd medisch model. Levens eindbeslissingen inclusief euthanasie zijn al langer dan 2002 een interdisciplinaire ontmoeting met de patiënt(e) en betrokkenen.

Door het contact met de directie kan men de levens eindbeslissingen, waaronder euthanasie, uitvoerig en onderbouwd bespreken. In complexe situaties komt men zelfs tot op heden niet wettelijk uitgeschreven maar wel ethisch-menselijke oplossingen, zoals bij bewoners met dementie en andere verworven hersenaandoeningen die de wilsbekwaamheid beïnvloeden.

Ik laat de dochter waarmee ik deze column begon opnieuw aan het woord: "Ik had de zorg willen op mij nemen, bij ons thuis, maar kon het niet in mijn gegeven situatie, gesandwichd tussen mijn werk, de zorg voor moeder en voor de kleinkinderen. Mijn zus had misschien wel gekund maar wou niet gezien haar moeilijke relatie met ons moeder, wat ik begreep."

"Trouwens ons moeder wou het zelf niet, ze wou geen last zijn maar vooral haar eigen ding kunnen blijven doen. Alhoewel ze vooraf nooit in "een rusthuis" wou, voelde ze er zich snel "thuis", zelfs samen gymnastiek doen op de Zweedse bank bekoorde haar. Dat lukt de laatste maanden minder, na een

nieuwe val op haar hoofd met een dikke buil. Omdat ze weigerde haar rollator te gebruiken in het centrum want dat is voor "de oude mensen", was haar redenering. Sindsdien vergeet ze meer, is soms wat in de war maar ze wil geen onderzoeken, wel haar "papieren activeren" vertelt ze bij het videobellen."

De palliatief referente van het woonzorgcentrum had hen uitgenodigd voor een overleg: moeder en dochter, de psychologe, de huisarts en de poetsvrouw met wie de moeder al haar geheimen deelde en er volgens haar dus zeker bij moest zijn. Haar zus wou niet. Ze kon het niet aan.

De directrice zou bij het begin van het gesprek graag aanwezig zijn, had men hen gezegd. Ze bedankte de moeder dat ze zo open wou praten over hoe men het hier best aanpakte. Ze vertelde dat het de tweede keer was bij iemand die nog niet terminaal is. Dat de arts, nu al twee jaar geleden, hen bij die eerste keer allemaal samengebracht had om de wens van de bewoner te bespreken. Dat velen van hen niet wisten dat euthanasie bij ouderen met verschillende aandoeningen waarvan ze niet meteen doodgaan maar wel veel afzien, mogelijk was. Dat velen ook schrik hadden dat iedere bewoner het dan zou vragen....

Door er samen over te praten wilden ze ook onderzoeken of er niets schortte aan hun werking en zorgverlening zodat dat toch geen reden zou zijn die meespeelde. De moeder die het voor die directrice had, al van bij het begin, bij haar welkomstbezoekje, had schalks gezegd dat ze nog niet van haar af waren, dat de datum nog niet voor morgen was want dat ze eerst iedereen nog eens wilde zien.

Haar huisarts had mij, als palliatief consulentarts, ondertussen gebeld. Voor hem was het de eerste keer dat hij met die vraag "geconfronteerd" werd. Hij begreep haar maar voelde zich niet in staat haar zelf te begeleiden tot in de dood. Hij had lang geleden die documentaires gezien over mensen die voor het drinken van de barbituratensiroop of de injectie er eigenlijk nog zo goed uitzien en dan vijf minuten later dood zijn. Hij had al verschillende keren terminale kankerpatiënten dat laatste spuitje gegeven. Hij vond het zelf zinvol en bevredigend, dat laatste moment te kunnen laten delen door al wie de patiënt er graag bij wilde.

We bezoeken de moeder samen met de zorgkundige die haar opvolgt. We bespreken wat ze nog zou willen maar ook wat wij belangrijk vinden: het contact met haar andere dochter. De rouw anticiperen is een van de belangrijkste taken van het begeleidend team, zodat de naasten, zorgverleners en andere betrokken met een goed gevoel afscheid kunnen nemen en het als een ondersteunende herinnering kunnen meenemen in hun leven, hun zorg voor anderen. Er wordt een datum vooropgesteld voor 'het drankje', binnen twee maanden, voor of na haar verjaardag - dat laat ze nog in het midden.

Veertien dagen later valt ze opnieuw en raakt verward. Een bijgeroepen collega, neuroloog vreest onomkeerbare bewustzijnschade door herseninfarct, maar geen vervroegd overlijden te verwachten tenzij we stoppen met haar eten en drinken te geven want dat kan ze nu nog moeilijk zelf.

We plannen een breed overleg met alle betrokkenen in het woonzorgcentrum en de twee dochters. Iedereen gaat akkoord met haar te helpen sterven. Het 'drankje' zal ze niet meer kunnen drinken, de injectie zal ze misschien niet meer beseffen. We spreken het tijdstip af, een uur na het geven van een slaappil. Haar twee dochters zijn erbij. De zorgkundige, de palliatief referente en de poetshulp kijken ondersteunend toe. De directrice sms't: een goede daad, een goede dood.

"Wat moet ik nu invullen op die overlijdensaangifte?", vraagt de huisarts, nog wat aangedaan, ontroerd. "Natuurlijk overlijden kruis je aan en bij de doodsoorzaken schrijf je: herseninfarct gevolgd door palliatieve begeleiding met te verwachten overlijden. Wil ik mijn handtekening en stempel plaatsen?", vraag ik.

"Neen, ik heb er een goed gevoel bij, we hebben aan haar wens voldaan. Ik hoop dat we deze en andere casuïstiek ooit eens transparant kunnen meedelen ter reflectie. Met een [gedoogbeleid](#) moet dat lukken, zorgverleners, directie en patiënten samen."

[Alleen door samen te werken kunnen we verbindende zorgverlening bieden voor patiënten in hun autonomie - Actueel - Artsenkrant.com](#)