

'Levenseindekliniek bouwt echte relatie op'

Publicatie	Nr. 02 - 09 januari 2013
Jaargang	2013
Rubriek	Artikelen
Auteur	Joost Visser

interview

Psychiater Gerty Casteelen: 'Voorlopig is de kliniek een oplossing'

Drie keer heeft de Amsterdamse psychiater Gerty Casteelen, verbonden aan de Levenseindekliniek, al euthanasie verleend. Het werk valt haar niet zwaar. 'Na afloop weet ik dat ik iets goeds heb gedaan.'

Joost Visser

Kader: Wat is de Levenseindekliniek?



Een dik jaar geleden nog dacht Gerty Casteelen, toen bijna 65 en consultatief psychiater bij het AMC in Amsterdam, snel met pensioen te kunnen gaan. Op de dag van haar afscheid in september 2011 werd ze echter gevraagd om nog even te blijven. Vier ochtenden in de week was ze nodig; goed te combineren met een psychiatrische praktijk aan huis én de beoogde opleiding tot forensisch rapporteur. Maar het liep anders.

In januari begon de NVVE, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, met de werving van artsen voor de nog op te zetten Levenseindekliniek. Casteelen was al jaren lid, en als psychiater was ze geregeld om advies gevraagd als een patiënt euthanasie wilde. 'Ik vond het een nieuwe uitdaging. Toen ik de advertentie zag, wist ik: dit gaat om mensen die lijden en tobben met het leven. En ze krijgen kennelijk geen gehoor.' Ze solliciteerde en werd aangenomen. Met andere vers geworven artsen en verpleegkundigen volgde ze een tweedaagse cursus. Ze werd bijgeschoold op het gebied van recht en ethiek, kreeg de procedure uitgelegd, oefende met acteurs. In april kon zij aan de slag.

Hoeveel mensen...

'...ik al heb omgelegd?', vult ze de half uitgesproken vraag aan. 'Zo noem ik het wel eens schertsend', zegt ze glimlachend. 'Het zijn er nu drie, met drie andere casussen ben ik bezig.'

Als arts in één van de vijftien teams van de Levenseindekliniek (zie kader) begint haar bemoeienis als het proces al een eind op gang is. De patiënt is dan al met gunstig resultaat besproken in het triageteam en het medisch dossier is – met toestemming – opgevraagd bij de huisarts. Sommige van haar collega's zoeken dan eerst contact met de huisarts, zelf gaat ze liever eerst bij de patiënt

langs. 'Ik ga het liefst zo blanco mogelijk, zonder al beïnvloed te zijn door wat de huisarts over de patiënt vertelt.' Maar daarna neemt ook zij contact met de huisarts op, om diens verhaal te horen.

Toen ze nog direct belde, hoorde ze een paar keer korzelig: 'Nu stoort u mij alweer!' Daarom vraagt ze nu aan de assistente of de huisarts haar op een rustig moment wil terugbellen. 'Dan verloopt zo'n gesprek in het algemeen goed. Meestal zegt de huisarts moeite te hebben met euthanasie omdat hij het lijden van de patiënt nog niet uitzichtloos vindt, het niet kan invoelen. Dan denk ik: oké, ik hoef je ook niet te overtuigen.'

Betekent die korzeligheid niet dat huisartsen liever niet met de kliniek te maken hebben?

'Dat weet ik niet, ik ben er nog nooit over in discussie gegaan. Het komt voor dat huisartsen na het contact met ons alsnog zelf euthanasie verlenen, maar dat heb ik nog niet meegemaakt. Wel heb ik een huisarts gevraagd of zij erbij wilde zijn, om mee te kijken. Ze zei het fijn te vinden om zo samen te werken. Maar de huisarts kan nóóit worden aangesproken op wat ik doe. Nooit. Het is mijn verantwoordelijkheid, en dat vind ik een prettig idee.'

Huisartsen kennen de patiënt vaak al jaren als zij euthanasie verlenen. Jullie niet. Is dat geen probleem?

'We hebben een wezenlijk andere relatie, zeker. Maar als wij iemand thuis bezoeken, komen wij direct ter zake. In twee of drie gesprekken van twee uur leren we iemand kennen. We zitten direct in het diepe, het gaat ergens over. Ik hecht aan het leven en ben verwonderd als mensen kiezen om dood te gaan. Ik zit direct bij hen binnen: "Hoe kan dat nu, dat u het leven wilt loslaten?" Zo bouw ik echt een relatie op. En iedere keer moet ik weer op zoek: waarom is dit lijden voor déze patiënt ondraaglijk? De dochter van één van mijn patiënten zei me dat ik méér van haar moeder wist dan de huisarts. Omdat ik zo intensief met haar had gepraat. Wanneer heeft een huisarts de tijd om twee uur met een patiënt te praten? Het is niet meer als vroeger, toen hij nog een kopje koffie kwam drinken.'



Patiënten komen bij jullie als de huisarts een verzoek om euthanasie heeft afgewezen. Kunnen huisartsen dan niet beter naar elkaar verwijzen, zoals in Hoogeveen?

'Ik vind dat een mooi initiatief. Als dat landelijk was ingevoerd, was de Levensidekliniek misschien niet nodig geweest. Maar dat is niet gebeurd.'

Als de huisarts niet kan of wil helpen, ligt zelfeuthanasie meer voor de hand, zegt uw collega Boudewijn Chabot.

'In mijn vak kom ik vaak tegen dat mensen pillen sparen en daar ellendig uitkomen. Ik vind dat absoluut geen oplossing. Ik vind het ook onmenselijk om te zeggen: "Stop maar met eten en drinken." Dan zou je niemand om je heen moeten hebben, want voor omstanders is het niet om aan te zien. Het is náár om met dorst dood te gaan, afschuwelijk. En dat gerommel met helium leidt alleen maar tot ongelukken. Voorlopig is de kliniek een oplossing. Of het dé oplossing is, weet ik niet. We hebben een gigantische wachtlijst, die we niet snel even wegwerken.'

Anders dan de huisarts heeft de Levensidekliniek maar twee opties: euthanasie of niets. Wat doen jullie als de euthanasie niet kan doorgaan?

'Eigenlijk laten we iemand dan in de steek. Maar je kunt het uitleggen. Wij gaan ook niet zómaar met iemand in zee. Als de triagisten uit de papieren niet goed kunnen opmaken wat er aan de hand is, gaat een van de artsen of verpleegkundigen persoonlijk kennismaken met de patiënt. Dus nog voordat deze aan een team wordt toegewezen.

Maar inderdaad, wij wijzen ook mensen af –

zoals laatst een vrouw met alzheimer, die niet meer wilsbekwaam was. Soms ook is het de SCEN-arts die een negatief advies geeft. Als vervolgens ook een tweede SCEN-arts negatief adviseert, geven we de opdracht terug. Anders ga je shoppend door het land, en dat is niet de bedoeling.'

Van de mensen die zich bij de Levenseindekliniek aanmelden, heeft één op de drie een psychiatrische aandoening. Is dat bij de uitvoering ook zo?

'Nee. Veel van deze mensen vallen af. Zoals iemand die zegt: "Ik heb zo'n pijn" of: "Ik word niet gehoord". Op papier is het vaak moeilijk in te schatten. Daarom heb ik voorgesteld om alle psychiatrische patiënten al direct te zien, in een soort poliklinisch spreekuur. In de psychiatrie zeggen: "Ik wil dood" – daar gaat geen mens in mee. Maar je moet deze mensen wél horen. Waar tobben ze mee? Welke weg hebben zij afgelegd? Wij hadden een aanvraag van iemand die nog maar twee jaar in de psychiatrie zat en nu al dood wilde. Die werd op papier al afgewezen, want na twee jaar ben je nog niet voldoende behandeld. Je moet wel een verhaál hebben.'

Eetstoornis en smetvrees

Van de drie mensen met wie Casteelen nu gesprekken voert, hebben er twee een psychiatrische aandoening. Over één van hen, een vrouw van 54 jaar, mag zij iets vertellen: 'Zij heeft genderdysforie en lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis. Ook heeft zij ernstige smetvrees. Haar hele huis zit in de folie. Niemand mag erin, haar vriendin niet, de thuiszorg niet en ik ook niet. Ze kan niet met de trein reizen, want dan krijgt ze wegrakingen. Sinds de zomer hebben we talloze gesprekken gehad, meestal in een restaurant, de laatste keer bij haar vriendin thuis. Zij wil stoppen met leven, en maakt duidelijk dat verder behandelen haar niets zou opleveren. Maar het kan pas over zes weken, want anders zou ze in paniek raken. Ze heeft tijd nodig om de dingen heel precies te regelen, dat hoort bij de stoornis. Het zal ervan komen, de euthanasie. Al zal ik haar één minuut van te voren nog vragen of dit echt is wat zij wil.'

U moet telkens de vraag beantwoorden of er sprake is van duurzaam en uitzichtloos lijden.

'Ja, en dat is bij patiënten als deze een heel proces, dat vijf, zes maanden kan duren. Soms denk je de eerste keer: zou het nou wel zo erg zijn? Iemand die intelligent is, alles perfect verwoordt, fanatiek is..., daar zit pit in! Maar de volgende keer zie je een ander aspect. In dat intensieve contact kom je uiteindelijk tot de conclusie dat het geen leven is. Zoals ook deze vrouw, help ik de patiënt vervolgens met het afmaken van unfinished business, zoals een nog niet opgelost probleem in de familie. En voordat het daadwerkelijk tot euthanasie komt, vraag ik in dit geval een onafhankelijk psychiater om een second opinion. Daarna komt de SCEN-arts, en als deze er niet uitkomt ook nog een SCEN-psychiater. Daarin volg ik de richtlijn van onze beroepsvereniging.'

Volgens deze richtlijn kan een psychiater zich alleen binnen een behandelrelatie met een patiënt beroepen op professionele nood door een conflict van plichten – de plicht om het leven te beschermen versus de plicht om het lijden op te heffen. Is dat geen probleem?

'Strikt genomen heb ik een relatie met deze patiënten, geen behandelrelatie. Ze hebben immers een eigen behandelaar. Maar ik kan dat begrip wel oprekken. Ik verleen hulp aan mensen die zo in nood zijn dat ze niet meer kunnen leven. Dat noem ik een behandelrelatie.'

Maar dat conflict van plichten kennen u en uw collega's niet, vermoed ik?

'Nee, want wij komen expliciet met het doel om euthanasie te verlenen. Hulpverlener in de dood, dat is wat wij zijn.'

Valt het zwaar?

'Tot nu toe valt het mij mee. Omdat je mensen heel blij maakt. De patiënt zelf, maar ook de familie die dagelijks ziet hoe hun geliefde lijdt. Na afloop weet ik dat ik iets goeds heb gedaan.'

Levenseindekliniek

De Levenseindekliniek is een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE). Mensen kunnen hier in aanmerking komen voor euthanasie als de behandelend arts een eerder verzoek heeft afgewezen. Een team van triagisten beoordeelt iedere aanvraag, inclusief het medisch dossier dat met instemming van de patiënt direct na aanmelding is

opgevraagd bij de behandelend arts.

Bij een positief oordeel wijst het team de casus toe aan één van vijftien teams van de kliniek, elk bestaand uit een arts en een verpleegkundige. Zij nemen contact op met de patiënt en met de behandelend arts. Als het team de euthanasievraag wil honoreren en ook een SCEN-arts zijn oordeel heeft gegeven, worden de hulpvraag en het verloop van het onderzoek nogmaals in een multidisciplinair overleg besproken.

Euthanasie wordt thuis verleend. In de toekomst kunnen patiënten terecht in het Haagse pand van de Levenseindekliniek, als hulp thuis niet mogelijk is. De kliniek ging in maart 2012 van start. Op 1 november hadden zich 456 mensen aangemeld en was 21 keer euthanasie verleend. In 30 gevallen deed de huisarts het alsnog zelf. De regionale toetsingscommissies hebben inmiddels drie meldingen beoordeeld, telkens met positief resultaat.



[Terug naar boven](#)

Download dit artikel (PDF)

Meer over de levenseindekliniek

- Het functioneren van de Levenseindekliniek (met gegevens over de patiëntenpopulatie; nov 2012):
[Weinig letale ziekten in Levenseindekliniek](#)
- Zorgverzekeraars:
[Menzis vergoedt zorg Levenseindekliniek](#)
- KNMG en de Levenseindekliniek:
[KNMG: werk goed samen met levenseindekliniek](#)
- Bij de start:
[Levenseindekliniek is noodzaak](#)

Er zijn nog geen reacties bij dit bericht. Ziet u geen reactieformulier? [Log in.](#)



[Tijdschriftarchief](#) | [Nieuwsbrief](#)