

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Moreel beraad bij complexe euthanasieverzoeken

Suzanne Metselaar, Malene V. van Schaik, A.C. (Bert) Molewijk en Guy A.M. Widdershoven

Dames en Heren,

Voor veel artsen is euthanasie een ingewikkeld onderdeel van hun werk. Hoe moet de arts vorm geven aan de eigen ruimte en verantwoordelijkheid om een afweging te maken met betrekking tot de zorgvuldigheidscriteria? Bijvoorbeeld bij een oudere patiënt met een ernstige chronische aandoening die insisteert op euthanasie, en aangeeft geen mogelijkheden meer te zien zijn kwaliteit van leven te verbeteren, terwijl de arts twijfelt of er werkelijk geen alternatieven meer voorhanden zijn. Veel artsen staan – of voelen zich – in dergelijke situaties alleen, wat het extra ingewikkeld maakt. Bij het maken van een zorgvuldige afweging over een euthanasieverzoek kan moreel beraad met collega's helpen, zeker als er sprake is van twijfel.¹

Moreel beraad is een methodische en gestructureerde dialoog over goede zorg onder begeleiding van een getrainde gespreksleider, over een specifieke praktijksituatie die als moreel problematisch wordt ervaren.² Het centrale doel van moreel beraad is de situatie en twijfels te verhelderen, te onderzoeken welke waarden en normen relevant zijn, en zo mogelijk tot concrete oplossingen of handelingsalternatieven te komen. Ook bevordert moreel beraad de uitwisseling van gezichtspunten en ervaringen tussen multidisciplinaire zorgverleners en hun onderlinge samenwerking, en beoogt het op de langere termijn de morele competenties van de deelnemers te vergroten.³ Bijvoorbeeld als het erom gaat verder te kijken dan het eerste oordeel, zich te verplaatsen in het perspectief van een ander, een zorgvuldige en onderbouwde keuze te maken voor een bepaalde manier van handelen en oog te hebben voor eventuele nadelige gevolgen van een beslissing of handeling.⁴

In deze klinische les bespreken we een casus over euthanasie die in een moreel beraad is besproken. De casus werd besproken volgens de CURA-methode (CURA staat voor 'Concentreren, Uitstellen, Reflecteren en Actie'). Dit is een laagdrempelige, actiegerichte vorm van moreel beraad waarin naast de verkenning van de morele perspectieven van de betrokkenen ook expliciet aandacht is voor richtlijnen en protocollen en voor wat een situatie met iemand doet (emoties, fysieke reactie en (voor)oordelen). Het duurt circa 30 minuten om met behulp van de CURA-methode een casus in klein groepsverband te doorlopen, maar meer tijd nemen kan ook (<https://palliatievezorgnoordhollandflevoland.nl/projecten/morele-dilemmas>).

Het in dit artikel besproken moreel beraad vond plaats in een palliatieve-thuiszorg (PaTz)-groep. PaTz-groepen beogen de samenwerking en deskundigheid in de palliatieve thuiszorg en het tijdig herkennen van mensen met palliatieve zorgbehoeften te verbeteren. Ze bestaan uit huisartsen, wijkverpleegkundigen en een zorgconsulent palliatieve zorg, al dan niet aangevuld met andere disciplines, zoals een apotheker of een specialist ouderengeneeskunde. Tijdens de bijeenkomsten wordt met name casuïstiek besproken, om handelen in de praktijk verbeteren, van elkaar te leren en elkaar emotioneel te ondersteunen (www.patz.nu). Bij het in dit artikel besproken moreel beraad waren 9 aanwezigen, waaronder huisartsen, wijkverpleegkundigen, de zorgconsulent en de gespreksleider.

Moreel beraad

Stap 1: concentreren

Het moreel beraad begint met de stap 'concentreren': de deelnemers richten zich op het samen feitelijk helder krijgen van de situatie en op het scherp krijgen van de twijfel bij zowel de casusinbrenger als henzelf. In dit geval twijfelt een huisarts sterk over wat nu een goede omgang is met een euthanasieverzoek van een van haar patiënten. Ze brengt de volgende casus in:

Patiënt is een 93-jarige man die zelfstandig woont met zijn partner. Hij heeft een stapeling van klachten die zijn kwaliteit van leven sterk beperken. Hij is in toenemende mate incontinent na behandeling van een rectumcarcinoom. Vanwege polyneuropathie en artrose in zijn rechter knie is zijn motoriek verslechterd. Zijn partner geeft aan overbelast te zijn als mantelzorg. Eigenlijk is er een indicatie voor een verpleeghuis, maar hierover is patiënt altijd heel duidelijk geweest: dat wil hij absoluut niet. In het verleden heeft hij een leidinggevende functie bekleed en ging hij graag op stap, bijvoorbeeld naar musea. Nu komt hij al lange tijd niet meer buiten de deur.

Anderhalf jaar geleden begon hij voor het eerst over zijn euthanasiewens. Voor hem hoefde het niet meer. Zijn partner stond en staat hierachter. Patiënt was verbaasd toen de huisarts uitlegde dat eerst nader onderzoek nodig was. Op basis van een multidomeinanalyse, waarbij een ouderenarts, ergotherapeut en POH-ggz werden betrokken, werd voorgesteld aanpassingen in het huis te doen, zoals hogere stoelen bij de eettafel. Aanvankelijk ging patiënt akkoord, maar nadat de aanpassingen waren aangebracht, stuurde hij de stoelen terug omdat ze niet pasten bij zijn interieur.

Hierna komt de euthanasiewens weer ter sprake. De huisarts ervaart hem hierin als dwingend en star. Zo geeft hij aan dat het zijn recht is om euthanasie te krijgen. Ze ervaart weinig begrip van hem dat hij heel wat van haar vraagt, en dat zij zorgvuldig te werk wil gaan. Tegelijkertijd vindt ze zijn wens invoelbaar. Een bijkomend probleem is dat hij niet duidelijk is over de termijn. Hij geeft regelmatig aan dat hij snel euthanasie wil, maar op een later moment zegt hij: 'Nu even niet'. Dit maakt dat de huisarts twijfelt aan de consistentie van de wens van patiënt.

De twijfel van de huisarts bij dit euthanasieverzoek is driedelig. Ten eerste heeft ze moeite met wat zij ervaart als een starre en eisende houding van patiënt. Ze vindt dat deze houding een goede samenwerkingsrelatie in het proces naar euthanasie in de weg staat en ze voelt zich niet erkend in wat patiënt van haar vraagt. Anderzijds vindt ze dat iemands houding geen invloed mag hebben op de manier waarop ze met een euthanasieverzoek omgaat. Ze vraagt zich af of ze haar emoties en datgene wat ze in de communicatie belangrijk vindt hier mee moet laten spelen.

Ten tweede twijfelt de huisarts omdat de euthanasiewens inconsistent lijkt. Eerst geeft patiënt aan niet meer te willen leven ('zo hoeft het echt niet meer'), later zegt hij dat 'het wel weer gaat'. Is er een onderliggende, persisterende wens, en gaat het alleen nog om het juiste moment, of twijfelt patiënt over de euthanasie zelf?

Ten derde twijfelt de huisarts omdat ze de situatie van patiënt geen 'klassieke' euthanasiesituatie vindt. Meestal gaat het bij een euthanasiewens immers om een patiënt met een terminale aandoening. Hoewel de huisarts het lijden en het gebrek aan levenskwaliteit van patiënt invoelbaar vindt, is ze geneigd om voorzichtig te zijn, aangezien patiënt een stapeling van klachten heeft. Recente nieuwsberichten over tuchtzaken dragen bij aan haar onzekerheid. Kan ze de euthanasie wel goed onderbouwen? Krijgt ze hier geen juridische problemen mee?

Stap 2: uitstellen

In deze stap is er ruimte om de eerste reacties te verkennen en te benoemen, zowel die van de casusinbrenger als die van de andere deelnemers. Er is ruimte voor emoties of (voor)oordelen, die geïdentificeerd en later genuanceerd kunnen worden. Emoties kunnen je vertellen wat belangrijk voor je is: welke waarden komen voor jou onder druk te staan? De casus riep onder meer verontwaardiging op ('deze patiënt mag wel wat meer begrip opbrengen voor jou als arts' en 'ik mis respect bij hem'). Ook gaven de deelnemers aan een onzeker en onaangenaam gevoel te krijgen door de aandacht in de media voor tuchtzaken ('wat als dit tot juridische problemen leidt?') Ook was er begrip voor de casusinbrenger. Een deelnemer kende de patiënt en zei: 'Dit zal geen makkelijk traject zijn met deze patiënt. Ik heb bewondering voor je zorgvuldigheid.' Het expliciet maken van dergelijke reacties maakt het makkelijker ze even te 'parkeren', om je optimaal in de perspectieven van andere betrokkenen te verplaatsen in de volgende stap.

Stap 3: reflecteren

In de derde stap verkennen de deelnemers eerst wat belangrijk is voor de betrokkenen. Allereerst brengen ze het morele perspectief van de patiënt in kaart door zich in hem te verplaatsen. Omdat de meesten hem niet kennen, doen ze dit met behulp van de informatie die ze van de huisarts (casusinbrenger) hebben gekregen. De volgende waarden worden hier genoemd: onafhankelijkheid (niet naar verpleeghuis willen), waardigheid (decorum), zelfstandigheid, controle en eigen regie (zelf bepalen wanneer het genoeg is) en kwaliteit van leven (in het licht van de sterk verminderde mobiliteit).

De casusinbrenger geeft aan zelf een goede samenwerking, wederzijds begrip, goede communicatie en erkenning van haar gevoelens belangrijk te vinden. Verder noemt ze: onpartijdigheid, objectiviteit (niet iemand benadelen vanwege ergernis), zekerheid ('stel dat hij die aanpassingen wel zou accepteren, zou zijn kwaliteit van leven dan groter zijn?'), consistentie (van de wens van de patiënt), zorgvuldigheid (goed kunnen onderbouwen, in lijn met de zorgvuldigheidseisen) en mogelijke juridische consequenties.

De andere deelnemers geven aan dat ze wederkerigheid belangrijk vinden: de patiënt vraagt iets groots van de arts, dan mag de arts ook iets terugverwachten, zoals begrip voor haar situatie en erkenning van haar wens om heel zorgvuldig te werk willen gaan. Een deelnemer noemt 'persoonlijke betrokkenheid' als waarde voor de professional: je mag je bij een euthanasieverzoek best afvragen als arts wat het met je doet en of je hiermee verder kunt leven. Dit mag je laten meespelen in je besluit. Ook noemen de deelnemers 'controle' en 'trots' als waarden voor de patiënt: 'de euthanasiewens van deze man is invoelbaar, zeker als je weet dat

hij een trotse man is die alles onder controle wil houden, en zijn autonomie heel belangrijk vindt.’

Bovenstaande morele perspectieven worden vervolgens tegen het licht van relevante richtlijnen en protocollen gehouden. In dit geval zijn dat de 6 zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Kort samengevat: er is sprake van (a) een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt, en van (b) uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft (c) de patiënt goed voorgelicht, en is (d) er samen met de patiënt van overtuigd dat er geen redelijke andere oplossing is. De arts heeft (e) ten minste één andere onafhankelijke arts geraadpleegd, en (f) de levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd. ‘Weloverwogen’ is het criterium waarbij nog vragen blijven bestaan, omdat de deelnemers twijfel bij de patiënt constateren. Wat nog onduidelijk is, is of deze twijfel van de patiënt de euthanasie zelf betreft of het moment waarop deze moet plaatsvinden. Dat moet verder worden onderzocht.

Stap 4: actie ondernemen

In stap 4 worden conclusies getrokken en mogelijke acties besproken. De huisarts komt na de gezamenlijke reflectie tot het inzicht dat het er niet alleen om gaat objectief naar de patiënt te kijken, maar ook om naar de eigen gevoelens te luisteren. Niet alleen omdat het ontkennen van gevoelens stress oplevert, maar ook omdat dit een indicatie kan zijn dat er niet aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan, of dat er geen optimale zorg wordt geleverd, en omdat je met je beslissing moet kunnen leven zonder gewetensbezwaren. In dit geval betreffen haar gevoelens van onzekerheid met name de inconsistentie van de wens van de patiënt. Het is voor de huisarts van belang dat de patiënt haar terughoudendheid begrijpt. Voor haar is dit belangrijk in haar latere besluit om wel of niet door te gaan met de procedure.

Verder zijn de deelnemers aan het moreel beraad het erover eens dat de verslechterde kwaliteit van leven van patiënt de euthanasiewens invoelbaar maakt. Ook concluderen de deelnemers dat mogelijke maatregelen om de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren weinig soelaas bieden. Ten aanzien van de inconsistentie lijkt het, zo concluderen de deelnemers, te gaan om het moment waarop de euthanasie moet plaatsvinden, niet om de vraag of euthanasie wel of niet moet plaatsvinden.

Op basis van het moreel beraad besluit de huisarts de SCEN-arts te bellen voor een adviesgesprek (dus nog niet voor consultatie als onderdeel van de euthanasieprocedure). Ze vindt euthanasie namelijk aan de orde, maar ze wil wel rekening blijven houden met haar twijfels.

Wanneer de huisarts na afloop van het moreel beraad overlegt met de SCEN-arts, bevestigt deze dat het meegaan in het euthanasieverzoek tot de mogelijkheden behoort: er is sprake van steeds slechter wordende mobiliteit, sterke afhankelijkheid, en er is geen verbetering te verwachten. Enkele maanden later, rond kerst, geeft patiënt aan dat hij écht niet meer wil. In januari bevestigt hij dit: het is helemaal klaar. Hij is ook sterk achteruitgegaan. De huisarts besluit de euthanasieprocedure door te zetten.

Dames en Heren, de bedoeling van deze klinische les is uitdrukkelijk niet om een inhoudelijke visie te geven over hoe bij soortgelijke euthanasieverzoeken gehandeld moet worden. Wel hebben we willen laten zien wat moreel beraad kan betekenen in een goede omgang met twijfels rondom euthanasieverzoeken. Deze twijfels kunnen leiden tot onzekerheid bij artsen, en hen het gevoel geven er alleen voor te staan. Ook lopen bij dergelijke complexe beslissingen ratio, emotie, regelgeving en maatschappelijke en sociale factoren vaak door elkaar heen. In deze gevallen kan een moreel beraad, waarin de situatie op een gestructureerde manier met anderen wordt besproken, helpen om tot een zorgvuldige en goed onderbouwde afweging te komen.

Moreel beraad is geen vorm van gezamenlijke besluitvorming: de verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid blijft bij de huisarts in kwestie. Niettemin kan de arts zich door het moreel beraad gesteund, gesterkt en minder alleen voelen in zijn of haar besluit. Tevens is moreel beraad een vorm van constructief en respectvol elkaars overtuigingen bevragen in de vorm van een dialoog.

Moreel beraad biedt de mogelijkheid om van elkaar en elkaars casuïstiek te leren, ook achteraf, en meer bekwaamheid en vertrouwen te ontwikkelen in de omgang met moreel lastige situaties, bijvoorbeeld door (twee)maandelijks in bijeenkomsten tijd in te plannen voor moreel beraad. Omdat de doelstellingen van moreel beraad aansluiten bij die van de PaTz-methodiek, zijn PaTz-groepen een goed voorbeeld van plekken waar dit kan plaatsvinden, maar ook andere interprofessionele overlegmomenten kunnen zich hiertoe lenen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4940
- Amsterdam UMC, afd. Metamedica, Amsterdam: dr. S. Metselaar, senior onderzoeker en medisch ethicus; M.V. van Schaik, MSc, junior onderzoeker; prof.dr. A.C. Molewijk en prof.dr. G.A.M. Widdershoven, medisch ethici.
- Contact: S. Metselaar (s.metselaar1@amsterdamumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn geen belangen gemeld.
- Aanvaard op 30 april 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4940

Literatuur

1. Metselaar S, Meynen G, Voskes Y, Widdershoven G. Evaluating PAD requests in psychiatry: the importance of involving others. *Am J Bioeth.* 2019;19:63-5. [doi:10.1080/15265161.2019.1654016](https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1654016). [Medline](#)
2. Van Dartel H, Molewijk B, red. *In gesprek blijven over goede zorg. Gesprekmethoden voor moreel beraad.* Amsterdam: Boom; 2014.
3. Haan MM, van Gurp JLP, Naber SM, Groenewoud AS. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics.* 2018;19:85. [doi:10.1186/s12910-018-0325-y](https://doi.org/10.1186/s12910-018-0325-y). [Medline](#)
4. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics.* 2008;34:120-4. [doi:10.1136/jme.2006.018580](https://doi.org/10.1136/jme.2006.018580). [Medline](#)