

Infusie

4

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas

DOSSIER MEDISCHE ETHIEK:

- COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK
 - INFUSIE SPRAK MET:
PAUL HYLEBOS & MARC PEERSMAN
 - ADVIESTEKST
 - ETHISCHE ZORGPADEN

Jaargang 1 - nr. 4
december 2008 - januari - februari 2009
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 exemplaren.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:

Dr. Marc Geboers
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Inge Smet
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:

Dr. Gino De la Meilleure
Dr. Francis Ruys
Lut Van de Vijver
Dr. Christel Vossen
Jos Vranckx

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Natalie Nevelsteen
Neil Vancraeynest
Shutterstock images
Stock.xchng

Edito	3
Commissie medische ethiek	4
Nieuwe gezichten	7
Infusie sprak met: Paul Hylebos & Marc Peersman	8
Nieuwe gezichten	13
In memoriam: dr. Fernand Michiels	13
Adviestekst menswaardig sterven, palliatieve zorgen & euthanasie	14
Callcenter voor dienst medische beeldvorming	17
Ethische zorgpaden over begin en einde van leven geven meer houvast	18
Agenda	21
Pensioen dr. Rik Roose	21
Samenwerkingsconvenant thuiszorg & AZ Nikolaas	21
Fertiliteitskliniek	22
Kerstverhaal	24

Editio

Infusie wil een impressie geven van wat er leeft in het fusieziekenhuis AZ Nikolaas. Eén van de grote uitdagingen is het afstemmen van het ethisch beleid in een pluralistische instelling. De afgelopen twee jaar is er omtrent deze problematiek heel wat werk geleverd. Ondertussen zien we de eerste concrete resultaten. We vonden het dan ook nuttig en wenselijk om het ethisch beleid van het ziekenhuis in dit nummer uitgebreid aan u voor te stellen.



Marc Geboers
Medisch directeur

Sinds 1994 is elk ziekenhuis wettelijk verplicht om over een ethische commissie te beschikken, maar deze commissie is in het AZ Nikolaas uitgegroeid tot meer dan een zoveelste orgaan dat een wettelijke verplichting moet invullen. De opsplitsing in een toetsingscommissie en een beschouwende ethische commissie wordt toegelicht door de huidige voorzitter, dr. De la Meilleure. Het is overigens met enige trots dat we kunnen stellen dat onze Toetsingscommissie één van de officieel erkende commissies is om mono- en multicentrische studies te beoordelen.

We willen u ook een blik laten werpen op de concrete werking van de ethische commissie door één van de belangrijke adviezen betreffende beslissingen omtrent het levenseinde wat uitgebreider voor te stellen. Ook de mensen die zetelen in de commissie laten we aan het woord. En ten slotte willen we de thermometer steken over hoe men op de werkvloer concreet met een aantal ethische vraagstukken omgaat.

Het AZ Nikolaas investeert momenteel veel in stenen maar we vinden het minstens even belangrijk om ook inhoudelijk verder te blijven werken en willen daarbij de moeilijke vraagstukken in de zorg niet uit de weg gaan.

Commissie medische ethiek

Sinds het KB van 12 augustus 1994 is elk ziekenhuis verplicht om over een commissie voor medische ethiek te beschikken. Voor de fusie van de ziekenhuizen AZ Maria Middelaars en AZ Waasland was er in beide ziekenhuizen een ethische commissie actief. Na de fusie in 2007 nam de ethische commissie van het vroegere AZ Maria Middelaars de continuïteit waar tot de installatie van de nieuwe ethische commissie van het AZ Nikolaas op 22 januari 2008.

De samenstelling van de nieuwe ethische commissie werd grondig voorbereid. Belangrijk hierin was dat deze representatief zou zijn voor het volledige fusieziekenhuis; zowel voor de beide sites in Sint-Niklaas als voor de perifere campussen in Temse, Hamme, Beveren en Sint-Gillis-Waas. Er werd gezocht naar een nieuwe ethicus en een vertegenwoordiger van de huisartsen. Daarnaast werd er gepoogd om een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van artsen en verpleegkundigen in de commissie op te nemen. In tussentijd werd vooral het toetsingsaspect van de ethische commissie verder gezet, zodat de artsen binnen het ziekenhuis konden blijven deelnemen aan klinische studies. Sinds 1 april 2008 behoort de ethische commissie van AZ Nikolaas tot de groep van ethische commissies met een volledige erkenning.

De ethische commissie kon begin 2008 van start gaan met een enthousiaste groep artsen en verpleegkundigen. Er waren meer kandidaten dan er wettelijk leden voorzien zijn, waardoor er geopteerd werd om met toegevoegde leden te werken. Op die manier kan iedereen toch deelnemen aan de besprekingen. Marc Peersman als ethicus en Paul Hylebos als jurist werden gevraagd de vergaderingen bij te wonen. De huisartsen worden vertegenwoordigd door dokter Sandor Van Bijsterveld.

Taken

De ethische commissie heeft een meervoudige taakomschrijving. Ze dient de ethische aspecten van de ziekenhuispraktijk te begeleiden en onderzoeksprotocollen ethisch te toetsen. Tevens dient ze ethische ondersteuning te geven bij individuele situaties. Vorming en informatieverstrekking behoort ook tot het

takenpakket. Om efficiënt te kunnen werken werd er geopteerd om een taakverdeling uit te werken. Vanuit dit principe ontstond de begeleidings- en de toetsingscommissie.

Begeleidingscommissie

Voor de bespreking van de ethische praktijkonderwerpen werd een begeleidingscommissie opgericht. Binnen werkgroepen worden de ethische onderwerpen besproken en uitgewerkt. Na goedkeuring door de voltallige ethische commissie, die tweemaandelijks vergadert, worden de adviezen voorgelegd aan de raad van bestuur en de medische raad. Na goedkeuring door deze instanties zorgt de ethische commissie voor verspreiding en toelichting van de adviezen binnen het ziekenhuis.

In eerste instantie is het de bedoeling om binnen de begeleidingscommissie vroegere adviezen over ethische kwesties te herwerken. Deze herziening is nodig om de adviezen te toetsen aan de nieuwe wetgeving zoals de patiëntenrechtenwet en aan het draagvlak binnen het nieuwe fusieziekenhuis. Er wordt steeds gestreefd naar een unaniem standpunt binnen de commissie.

Op dit moment zijn de adviezen “bloedtransfusie bij getuigen van Jehova” en “Menswaardig sterven, palliatieve zorg en euthanasie” ter goedkeuring voorgelegd. Het advies “Zwangerschapsafbreking na ongunstige prenatale diagnose” nadert de eindfase.

Ethische onderwerpen kunnen ter bespreking worden aangebracht door ziekenhuisartsen en door ieder personeelslid van het ziekenhuis. De onderwerpen dienen schriftelijk aan de voorzitter te worden bezorgd. Patiënten kunnen niet rechtstreeks een ethische vraag stellen aan de commissie, doch wel onrechtstreeks via een personeelslid. De commissie beslist autonoom of ze het onderwerp zal behandelen en wanneer dit zal plaats vinden. De commissie kan ook uit eigen beweging ethische onderwerpen bespreken en richtlijnen uitvaardigen.

Toetsingscommissie

Vermits het aanbod van klinische studies in ons ziekenhuis vrij groot is, werd er beslist om voor dit aspect een aparte toetsingscommissie te voorzien. Deze toetsingscommissie vergadert om de 14 dagen zodat er aan de wettelijke verplichtingen rond adviestermijnen voldaan kan worden. De toetsingscommissie van het AZ Nikolaas heeft een volledige

erkenning bekomen op 1 april 2008. Dit betekent dat zij gemachtigd is om het enige advies uit te brengen in het kader van een multi- of monocentrische studie. In praktijk werkt de toetsingscommissie hoofdzakelijk als een plaatselijk ethisch comité, waarbij ze zich beperkt tot de goedkeuring op basis van drie criteria:

- de geschiktheid van de faciliteiten;
- de bekwaamheid van de onderzoeker en zijn medewerkers;
- de adequaatheid en volledigheid van de informatie voor de patiënt en het toestemmingsformulier.

De toetsingscommissie is eveneens bereid om van zijn bevoegdheid voor het goedkeuren van monocentrische studies in een ander ziekenhuis gebruik te maken.

Onderzoekers van het AZ Nikolaas, die een studie willen verrichten die alleen in ons ziekenhuis zal uitgevoerd worden, kunnen de volledige studieprotocollen voorleggen aan de commissie. De commissie zal zo nodig een beroep doen op experts van buiten het ziekenhuis.

Voor multicentrische studies zijn we genoodzaakt om door te verwijzen naar een universitair centrum, gezien we niet over de nodige logistieke ondersteuning beschikken om alle formaliteiten van een leidend ethisch comité te kunnen vervullen, binnen de strikte tijdslijmieten die wettelijk opgelegd worden.

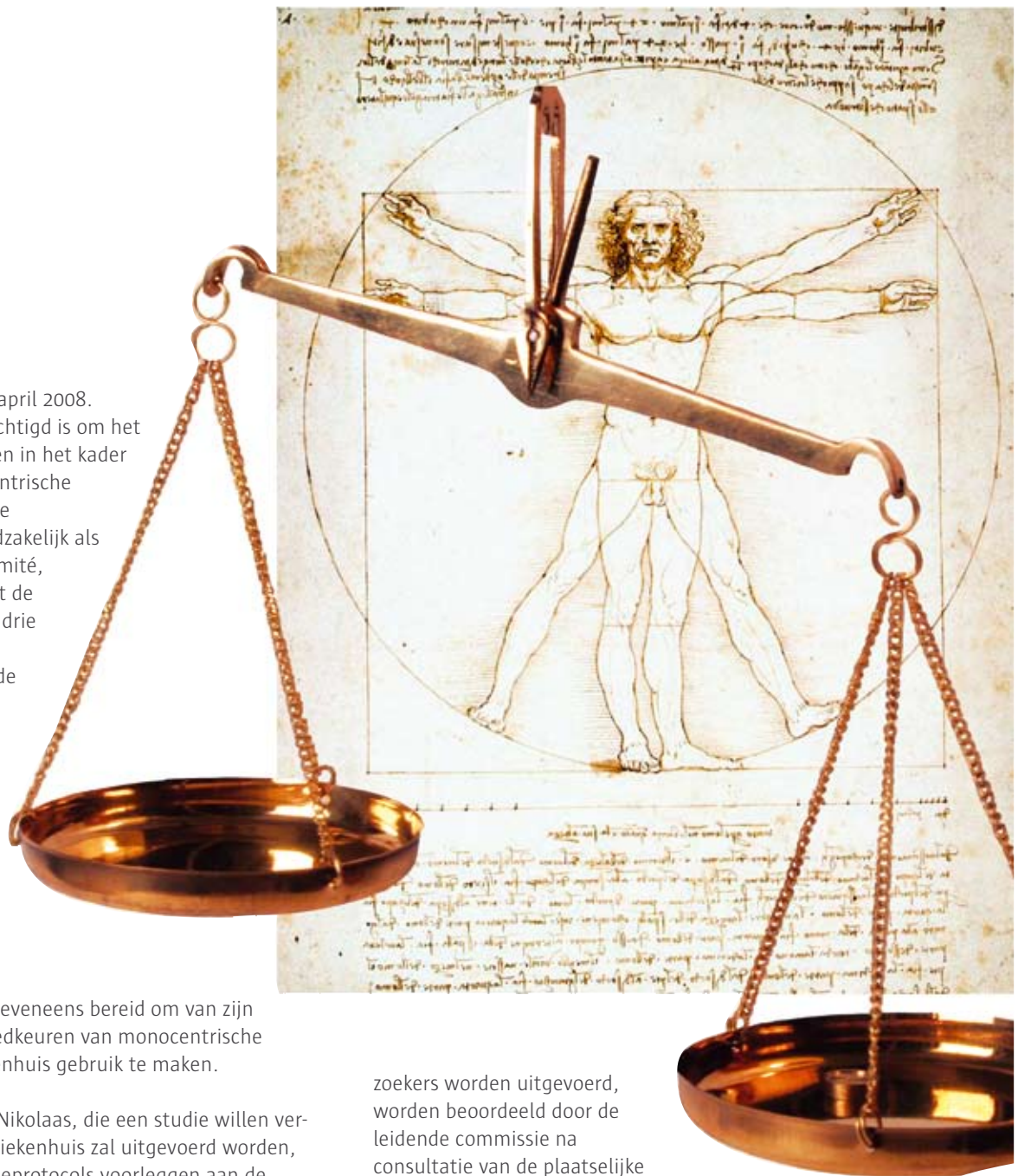
De toetsingscommissie dient te oordelen conform de wet betreffende experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Alle studies waarbij mensen betrokken zijn vallen onder deze wet en dienen bijgevolg voorgelegd te worden aan de toetsingscommissie. Het advies ervan is bindend.

Protocollen van multicentrische studies, die op verschillende plaatsen in binnen- en/of buitenland door meerdere onder-

zoekers worden uitgevoerd, worden beoordeeld door de leidende commissie na consultatie van de plaatselijke commissies verbonden aan de andere participerende instellingen. De leidende ethische commissie heeft 28 dagen de tijd om een fase II of III studie te adviseren, zowel bij mono- als multicentrische studies.

De leidende commissie dient binnen de 20 dagen haar advies mee te delen aan de plaatselijke commissies en bevraagt deze over de bekwaamheid van de onderzoekers, de geschiktheid van de faciliteiten en de adequaatheid van de in het protocol voorgestelde "informed consent" regeling.

De plaatselijke commissies hebben dan slechts 5 dagen de tijd om hun advies aan de leidende commissie te bezorgen. De leidende commissie heeft dan nog 3 dagen de tijd voor het uitbrengen van het definitief advies. Deze korte tijdsintervallen werden ingevoerd om van België een belangrijk centrum voor klinisch onderzoek te maken. De ethische commissies die een gunstig advies uitbrachten dienen de studie op te volgen en



wanneer aan de voorwaarden van het gunstig advies niet meer wordt voldaan, de goedkeuring in te trekken.

Protocolen van monocentrische studies dienen binnen de 28 dagen besproken en geadviseerd te worden. Hierbij dient het volledige studieprotocol bestudeerd en beoordeeld te worden. Het advies van de toetsingscommissie dient steeds voorafgaandelijk aan de aanvang van de studie gevraagd te worden. Achteraf kan geen gunstig advies meer worden verleend. Het is belangrijk om dit in acht te nemen vermits een goedkeuring door de ethische commissie vaak een voorwaarde is voor het publiceren van de resultaten van een studie.

De beoordeling van de studies is gebaseerd op de richtlijnen van “good clinical practice (GCP)”:

- Een onderzoek mag slechts gestart en voortgezet worden indien de voordelen de risico's die er zijn rechtvaardigen.
- De rechten, de veiligheid, en het welzijn van de proefpersonen primeren en overtreffen de belangen van wetenschap en gemeenschap.
- Deelname aan een studie is vrijwillig en “informed consent” moet vooraf verkregen worden.

Niet-interventionele studies dienen ook te worden voorgelegd ter goedkeuring. Deze studies zijn observationeel. Er wordt geen studiemedicatie toegediend en het beleid volgt de richtlijnen van de normale klinische praktijk. De patiënt dient geen extra diagnostische onderzoeken te ondergaan en dient geen extra controleconsultaties te verrichten.

De toetsingscommissie dient ook op de hoogte te worden gebracht voor het gebruik van geneesmiddelen om redenen van medeleven (compassionate use) en bij de uitvoering van medische noodprogramma's (Medical Need Program (MNP)). Dit zijn uitzonderingen op de Wet op de Geneesmiddelen. Het gaat om geneesmiddelen die uitzonderlijk ter beschikking van patiënten kunnen worden gesteld zonder vergunning voor het in de handel brengen of zonder daadwerkelijk op de markt te zijn voor een bepaald indicatie.

Studies bij kinderen kunnen slechts goedgekeurd worden na een bijkomend gunstig advies van een pediater. Voor de beoordeling van een studie door de toetsingscommissie dient het volledig onderzoeksprotocol door de coördinerende firma of onderzoeker overgemaakt te worden aan het secretariaat (Mevrouw Lut van Wichelen).

Tevens dient de onderzoeker een vragenlijst in te vullen die de kerngegevens van het klinisch onderzoek weergeeft. Dit maakt het beoordelen van de studie voor niet medisch geschoolde leden van de commissie eenvoudiger. Voorafgaandelijk dient ook een overleg met de ziekenhuisapotheker te gebeuren in het geval van geneesmiddelen- en implantaatstudies. Tenslotte dient de onderzoeker aanwezig te zijn tijdens de vergadering van de toetsingscommissie voor het verduidelijken van de studie en beantwoorden van eventuele vragen van de commissieleden.

	COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK	BEGELEIDINGS-COMMISSIE	TOETSINGS-COMMISSIE
Voorzitter	Dr. Gino De la Meilleure	Dr. Dirk Dewaele	Dr. Gino De la Meilleure
Ondervoorzitter	Dr. Dirk Dewaele		
Secretaris		Lut Van de Vijver	Dirk Andries

Dr. Gino De la Meilleure

Neuroloog

Voorzitter ethisch comité

gino.delameilleure@aznikolaas.be



Dr. Liesbet Damen - Gynaecologie

Dr. **Liesbet Damen** (° Sint-Niklaas, 1978) studeerde geneeskunde aan de universiteit Gent waarna zij zich specialiseerde in **gynaecologie - verloskunde en fertiliteit**.

Dr. Damen liep stage in het AZ Middelheim en het UZ Gent. Tijdens haar stages in Nederland (Rotterdam en Breda) kreeg zij de kans om ervaring op te doen in pathologische verloskunde, stuitbevallingen, foetale bewaking met STAN en prolapschirurgie via mesh.

Haar interesse gaat voornamelijk uit naar de verloskunde en de genitale prolapschirurgie.

Dr. Liesbet Damen versterkt vanaf 1 januari 2009 het team van gynaecologen.



Dr. Bieke Dewil - Neus- keel- en oorziekten

Dr. **Bieke Dewil** (° Tienen, 1978) studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven waarna zij zich specialiseerde in **neus- keel- en oorziekten** en **gelaats- en halschirurgie**. Haar stages liep zij in het UZ Leuven en in het ZOL Genk.

Zij interesseert zich in het bijzonder voor benigne hoofd- en halsingrepen en schildklieringrepen.

Dr. Dewil werkt vanaf 1 januari 2009 in associatie met dr. De Paep.



Dr. Johan De Meester - Nefrologie

Dr. **Johan De Meester** (° Sint-Niklaas, 1960) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Gent waarna hij zich specialiseerde in de **nefrologie**.

Dr. Johan De Meester was in het verleden werkzaam als hoofd medische zaken van Eurotransplant International Foundation en als staflid op de dienst nierziekten - dialyse - hypertensie van het Onze-Lieve-Vrouw ziekenhuis Aalst. Hij is tevens voorzitter van de Commissie Registratie van de Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie (NBVN).

Dr. De Meester zijn interesse gaat o.a. uit naar transplantatiegeneeskunde en wachtlijstmanagement. Zijn doctoraatsstudie "In the queue for an organ transplant: studies on waiting list and allocation dynamics" aan de universiteit van Leiden behandelt dit thema. Daarnaast interesseert hij zich sterk in de efficiëntie van dialysetechnieken en toegangswegen in acuut en chronisch nierfalen en in het zorgprogramma voor de individuele patiënt met vergevorderd nierlijden.

Dr. De Meester werkt vanaf 1 januari samen met dr. Wim Laurens, dr. Dirk Schepens en dr. Kristine Dyckmans aan de verdere uitbouw van de dienst nefrologie binnen AZ Nikolaas.

Infusie sprak met...

Meester Paul Hylebos en ethicus Marc Peers

Externe leden van de ethische commissie AZ Nikolaas

Meester Paul Hylebos, advocaat en ethicus Marc Peersman, van opleiding filosoof en theoloog geven beiden les in de opleiding verpleegkunde van de Katholieke Hogeschool Sint-Lieven Sint-Niklaas en Aalst. Op basis van hun opleiding en competenties werden zij gevraagd om als externe leden te zetelen in de ethische commissie van AZ Nikolaas.

Wat is jullie rol binnen de ethische commissie van het ziekenhuis?

Paul Hylebos: Mijn specifieke rol hierin is voornamelijk om de studies te bekijken vanuit de belangen van de patiënt. Ik ga 'informed consent' documenten nakijken en nagaan of de patiënten goed, correct en op hun niveau geïnformeerd zijn. Ik let o.a. op het taalgebruik en kijk of de patiëntenrechten gerespecteerd zijn. Ik zal nagaan of er een aanvaardbare verhouding is tussen hun persoonlijke belangen als patiënt en het belang van de studie. De artsen, verpleegkundigen en apotheker van de toetsingscommissie bekijken het protocol eerder inhoudelijk, zij kijken naar de geschiktheid van de locatie en de kandidaten waarna er beslist wordt of de studie al dan niet kan doorgaan.

Marc Peersman: Wat de ethicus in het bijzonder inbrengt, zijn opvattingen en denkwijzen over gezondheid, zorg en kwaliteit die in de samenleving bestaan. De ethicus wil doen nadenken, het blikveld verruimen. Hij zet aan om uitgangspunten te toetsen en achterliggende visies te verhelderen. Dat is zijn rol als extern lid van de commissie. Welke waarden liggen ten grondslag aan de zorg- of beleidskeuzes die we wel of niet (willen) maken? Wat leeft er in het brede maatschappelijke veld? Welke kijk hebben wij op menswaardigheid? Wat verstaan wij heel concreet onder zorgzaam handelen?

Vinden jullie het noodzakelijk of wenselijk dat externen, m.a.w. mensen die niet rechtstreeks verbonden zijn aan het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld huisartsen, deel uitmaken van een dergelijke commissie? Is dit een algemene regel?

Paul Hylebos: De wet voorziet o.a. in de aanwezigheid van een jurist en een ethicus. In principe is ook een huisarts aanwezig. Er zijn dus sowieso een aantal externen wettelijk verplicht. De commissie kan ook altijd voor bepaalde vergaderingen of onderwerpen andere externe mensen uitnodigen. Ik vind het

belangrijk en ook logisch gezien we naar een multidisciplinaire zorg gaan waarbij inbreng van externe deskundigen ook meer en meer waarde krijgt.

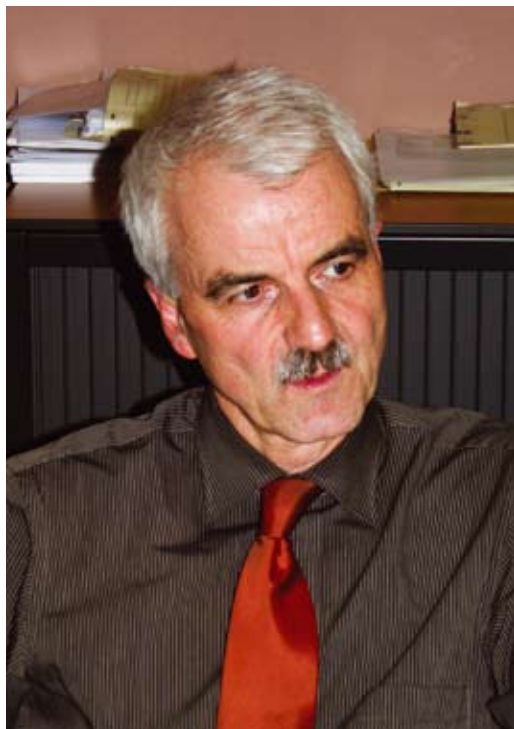
Marc Peersman: Het is geen kwestie van vertegenwoordiging van belangengroepen, maar wel van de nodige openheid en voeling met de buitenwereld. Een ziekenhuis bestaat niet op zichzelf maar is ingebed in een regio. Het is daarom belangrijk dat je als ziekenhuis voeling hebt met de praktijk van een huisarts die de patiënt begeleidt die (in het ziekenhuis) wordt opgenomen. Dat geldt ook omgekeerd. Wij werken in het ziekenhuis bijvoorbeeld met een pas vernieuwd therapiebeperkingsformulier en specifieke codes. Als de huisarts in een rusthuis daar niet van op de hoogte is en daar niet mee werkt, krijg je een incoherentie in de zorg. Het is dus noodzakelijk dat er goed contact is met de zorgverleners buiten het ziekenhuis.

Zou het in het kader van de wet op de patiëntenrechten niet wenselijk zijn dat er in de ethische commissie patiënten of een vertegenwoordiger ervan zouden participeren?

Paul Hylebos: Het probleem is hoe kies je die persoon? In een ziekenhuis is het immers een komen en gaan van patiënten. Er zijn uiteraard patiëntenorganisaties die misschien iemand zouden kunnen afvaardigen, maar de vraag is natuurlijk 'wie vertegenwoordigt wie?'. Welk mandaat accepteer je van welke organisatie? Een ander probleem is de vertrouwelijkheid en discretie welke van fundamenteel belang is gezien er toch frequent delicate zaken worden besproken. De betrokken professionelen zijn gebonden door het beroepsgeheim maar voor externe vertegenwoordigers ligt dat toch anders. Ik zou mij daar dus wat terughoudend durven tegen opstellen.

Marc Peersman: Dat lijkt mij ook. De ethische commissie reflecteert op de kwaliteit van de zorg die wij als zorgverleners willen verstrekken. Ik weet niet of een zinvolle representatie en deelname van patiënten op deze plaats mogelijk is. Ik besef wel dat de zorg die we verlenen getoetst moet worden en we terdege rekening moeten houden met de manier waarop ze bij patiënten overkomt. Maar de ethische commissie is geen soort ombudsdienst en het is, denk ik, niet de bedoeling meer naar die rol te evolueren. De ethische commissie is een advies- en reflectiecommissie over de kwaliteit van zorg in ons eigen ziekenhuis.

Paul Hylebos: Het is trouwens zo dat de mensen die in de ethische commissie zitting hebben meer zijn dan de vertegenwoordiger van de eigen groep. Men overstijgt duidelijk het werkveld waaruit men komt. Ik heb nooit ervaren dat men zijn



“
 Het principe van 'informed consent'
 is bij sommige patiënten nog
 onvoldoende bekend. Misschien
 moeten we hen specifiek daarover
 en over patiëntenrechten in het
 algemeen nog meer informeren?
 ”

Meester Paul Hylebos

eigen belangen of de belangen van de groep die men zagezegd vertegenwoordigt gaat verdedigen of enkel strikt vanuit dat standpunt gaat redeneren. Het woord 'vertegenwoordiging' is dan ook minder op zijn plaats. Het is geen vergadering van vertegenwoordigers van belangengroepen.

Hoe gebeurt de communicatie met de ziekenhuisartsen en hoe kan ze eventueel worden verbeterd?

Paul Hylebos: De bestaande brochures zijn allemaal herwerkt en worden nu op grote schaal verspreid. Er worden ook vormingen georganiseerd en er is geregeld overleg op diensthoofdenniveau.

Marc Peersman: Als extern lid heb je weinig zicht op hoe de informatie geïmplementeerd wordt. Of hoe de geformuleerde adviezen echt 'landen' in de dagelijkse praktijk. Het is in elk geval zo dat verschillende mensen, diensten en/of campen heel vaak een eigen en verschillende zorgcultuur hebben. Wij moeten ervoor zorgen dat zaken waar wij samen over nadenken en tot een consensus komen, ook effectief in de

zorgcultuur doorsijpelen en een zekere gemeenschappelijkheid groeit. Dat is dikwijls een proces dat tijd vraagt.

Laat ons even stilstaan bij een acute ethische kwestie. Terugdenkend aan de polemiek rond het overlijden van Hugo Claus lijkt het thema euthanasie, o.a. bij dementie, zeer actueel.

Wat is hierover het oordeel van het ethisch comité?

Paul Hylebos: Wij zijn volop met dat onderwerp bezig. De brochure met het advies van de commissie zal een lijvige brochure zijn en komt eerstdaags op grote schaal uit omdat het zo'n belangrijk onderwerp is. Over de details ervan wens ik mij nu niet uit te laten. Ik kan wel zeggen dat wij hierover heel pittige en goede discussies hadden maar het advies steunt op een zeer grote consensus, wat ook de bedoeling is.

Marc Peersman: De brochure gaat ook niet uitsluitend over euthanasie. De problematiek rond menswaardig sterven of het medisch tussenkomen bij sterven behelst verschillende vragen. De vraag over de zin van het al dan niet voortzetten of opstarten van een behandeling. De vraag naar pijncontrole en het



Goede zorg is volgens mij relationeel, er moet wederkerigheid zijn tussen zorgverlener en patiënt. Geen eenrichtingsverkeer, maar tweerichtingsverkeer.



Marc Peersman

opdrijven van pijnbestrijding die hun effecten hebben. En ten slotte de vraag naar actieve levensbeëindiging. De nieuwe brochure gaat uitgebreid en genuanceerd op de vraag in, veel meer dan wij hier in enkele woorden zouden kunnen.

Een thema dat hier nauw bij aansluit is therapeutische hardnekkigheid. Heeft de commissie hierover bepaalde aanbevelingen?

Marc Peersman: Er is in de commissie een grote eensgezindheid dat we echte therapeutische hardnekkigheid geen goede zaak vinden. In ons advies stipuleren we drie situaties waarin we vinden dat een medische behandeling geen zin meer heeft. Ten eerste: als ze 'niet werkt' en geen effect heeft. Ten tweede: als de patiënt verdere behandeling weigert. En ten derde, als voornaamste aandachtspunt: als er disproportie is tussen de te verwachten baten en lasten van een behandeling. Wanneer deze afweging negatief uitvalt, moeten wij kunnen komen tot een goede zorgpraktijk waarin we zeggen: 'hier belasten we de patiënt meer dan dat er nog winst voor hem of haar is', en ons terughoudend opstellen. Daarvoor dient ook het herwerkte therapiebeperkingsformulier dat vanaf januari 2009 van kracht is. Het is eigenlijk een coderingsformulier waarin op voorhand, na overleg, door middel van een bepaalde code kan afgesproken worden om (al dan) niet meer te reanimeren, of om therapie (al dan) niet te starten of af te bouwen. Wij hebben daar een goede consensus over. Vooral vanuit de artsen is hier sterk aan meegewerkt om een kwalitatief goed beperkingsformulier te hebben.

Paul Hylebos: Waarbij we er toch ook op wijzen dat het al dan niet therapeutisch hardnekkig bezig zijn uiteindelijk een verant-

woordelijkheid is die bij de arts ligt. Het is een belangrijke taak van de arts om zelf de beslissing te nemen. Heeft deze behandeling nog zin? Als ze geen zin meer heeft dan moet ik ze beëindigen. Op dat moment moet er in dialoog gegaan worden met de patiënt, de vertrouwenspersoon, de familie. Dat is geen eenvoudige taak. Ook hier hebben wij gewerkt aan aanbevelingen, maar waarbij we toch de nadruk leggen op het feit dat elke zorgverlener, elke arts, bewust moet zijn dat hij/zij hier een belangrijke verantwoordelijkheid heeft en dat in de twee richtingen: niet te snel afbouwen, maar ook geen zinloze behandeling verderzetten.

Een ander belangrijk thema is de rol van de farmaceutische industrie. Hoe staan jullie tegenover de financiering van klinische studies en meer in het algemeen de sponsoring van wetenschappelijke activiteiten zoals congressen. Is dit ethisch verantwoord? Heeft de ethische commissie ooit toelating geweigerd voor deelname aan klinische studies?

Paul Hylebos: Er zijn al studies geweigerd omdat we vonden dat ze niet relevant waren of omdat de afweging patiëntenrisico versus wetenschappelijk voordeel negatief uitviel. De ethische commissie als dusdanig is absoluut niet afhankelijk van de farmaceutische industrie. Het is wel zo dat degene die de studie organiseert, en dit is meestal een farmaceutisch bedrijf, een forfaitaire vergoeding betaalt bedoeld om de kosten van de commissie te dekken. Het is zeker niet zo dat de ethische commissie of de toetsingscommissie gesponsord wordt, hetgeen je wel kunt hebben bij congressen en waar terecht, denk ik, vragen bij moeten gesteld worden. Ik onderschat toch ook niet de macht van de farmaceutische industrie en we moeten daar met de nodige kritische zin durven over nadenken bij elke

studie die gepresenteerd wordt. Sponsoring van wetenschappelijke vergaderingen of congressen is nog nooit het onderwerp geweest van een vraag. Er is ook nog nooit een advies of een richtlijn vanuit de ethische commissie daaromtrent verstrekt. Persoonlijk vind ik wel dat iemand die professioneel met zorg bezig is dat autonoom moet kunnen doen en de nodige afstand moet bewaren tot de leverancier van medicatie. Artsen moeten de nodige kritische zin hebben en hun onafhankelijkheid bewaren. Bij sponsoring van een symposium heeft de sponsor dikwijls geen invloed op de inhoud ervan; er is dus niet noodzakelijk beïnvloeding in een bepaalde richting en ik zou het dus toch ook wat willen relativeren.

Marc Peersman: Professionele zorg steunt op menselijke betrokkenheid en aandacht. Daar ben ik als ethicus van overtuigd en daar sta ik ook achter. Maar ik ben niet naïef. Ik weet ook dat onze gezondheidszorg een heus economisch bedrijf is, waarin economische wetmatigheden spelen, ja soms dicteren. Dat studies en wetenschappelijk onderzoek moeten 'renderen'. Ook in een ziekenhuis is commercialisering niet ver weg. Het VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen) publiceerde hierover in februari 2007 nog een ethisch cahier met als titel 'Solidariteit en zorg in beweging'. In welke mate zijn wij zelf kritisch en onafhankelijk? Als we een dure machine kopen en ze wordt niet gebruikt, is er geen 'economisch rendement'. Als men dan iets organiseert voor de huisartsen om ze op de hoogte te brengen van de aankoop ervan, is dat dan de huisartsen aanzetten om patiënten te sturen? Leidt meer wetenschap en technologie dan niet tot meer medische consumptie? Of méér gezondheidszorg tot minder gezondheid? Interessante vragen, die allemaal te maken hebben met de 'spannende' verhouding tussen ethiek en economie.

Worden patiënten volgens jullie voldoende geïnformeerd?

Paul Hylebos: Ik heb de indruk dat bij de implementatie van de patiëntenrechtenwet, over de informatieverstrekking aan de patiënt meer en meer belang wordt gehecht. We zien ook juridisch dat daar op ingegrepen wordt. Het geven van voldoende voorafgaandelijke informatie behoort tot de aansprakelijkheid van de arts. Ze zijn zich hier ook meer en meer van bewust. Het is wel zo dat het 'informed consent'-principe bij een aantal patiënten nog onvoldoende bekend is. Specifiek daarover en ook over patiëntenrechten in het algemeen zouden ze nog beter geïnformeerd moeten worden in de opnamebrochure of op een andere manier. Ik heb evenwel niet de indruk dat de patiënt enkel een passief 'voorwerp' is van zorg en dat men de patiënt niet beluistert of informeert.

Marc Peersman: Het is belangrijk dat de informatie die men geeft niet al op voorhand gekleurd is door voorkeuren. Dat niet alleen maar verteld wordt wat men zelf al in zijn hoofd heeft, 'dat en dat gaan we doen', maar dat open informatie wordt verstrekt over alle voor- en nadelen. Zodat de patiënt, evenwichtig geïnformeerd, echt 'vrij' kan kiezen. Ik denk eerlijk gezegd dat die evolutie er vandaag wel is. De tijd van het paterna-

lisme met een éénrichtingsverkeer van alwetende zorgverlener naar onmondige patiënt, is voorbij. Stilaan groeit het inzicht én de attitude dat mensen het recht hebben om alle informatie te krijgen.

Paul Hylebos: We zien ook in de vorming van verpleegkundigen en vroedvrouwen dat er heel veel belang gehecht wordt aan dit soort verantwoordelijkheden en aan de taken die de zorgverlener ook heeft. Zeker de jongere afgestudeerden worden daarvan doordrongen tijdens hun vorming.

Patiënten hebben tegenwoordig ook toegang tot medische informatie via het internet. De grotere kennis heeft de mondigheid van de patiënten en de relatie arts - patiënt de laatste decennia grondig gewijzigd. Vinden jullie dit een goede zaak?

Paul Hylebos: Ik vind dat schitterend. Het betekent dat de patiënt zich interesseert en informatie wil krijgen; dat de patiënt bekwaam en mondig genoeg is om zelf op zoek te gaan naar informatie. Je kunt je natuurlijk de vraag stellen of de patiënt die informatie wel deskundig interpreteert maar dat is dan ook net de taak van de professioneel bij wie de patiënt te rade gaat om correcte informatie te geven of informatie bij te sturen. Het betekent dat patiënten uit hun ondergeschikte rol stappen.

Marc Peersman: Goede zorg is volgens mij relationeel, dat wil zeggen: er moet wederkerigheid zijn tussen zorgverlener en patiënt. Er moet tweerichtingsverkeer zijn, geen eenrichtingsverkeer van zorgverlener naar zorgvrager, maar ook niet omgekeerd. Dat de tijd waarin patiënten geen rechten, geen mening en geen inspraak hadden voorbij is, is een goede zaak. We moeten echter oppassen dat de slinger niet in de andere richting doorslaat, waarbij louter de patiënt beslist wat er moet gebeuren. Dat er een nieuwe enkele richting ontstaat waarbij 'de patiënt vraagt en wij draaien', en er geen kans meer is voor dialoog en gesprek.

Paul Hylebos: Ik volg dat wel, maar zover zijn we nog niet. Men mag van de patiëntenrechtenwet ook geen karikatuur maken. Het patiëntenrecht heeft als bedoeling om juist de communicatie te ondersteunen en waarbij men aan de zorgverlener ook vraagt om de patiënt als evenwaardige gesprekspartner te beschouwen. Er moet een vertrouwensrelatie zijn en blijven. Als de slinger teveel doorslaat in de richting van de patiënt krijg je een defensieve geneeskunde waarin de zorgverlener de patiënt ziet als een latente tegenstander in een eventueel later proces.

Marc Peersman: Wat ik wel merk is dat de paradigma's die vanuit de bedrijfswereld de non-profitsector binnenkomen, zoals klantgerichtheid, klanttevredenheid en de kwaliteit van de zorg in al zijn aspecten, dit nieuwe soort eenrichtingsdenken juist in de hand werken en versterken. De patiënt is de klant, wij leveren een dienst en de klant is koning. Zo versterk je het idee dat de essentie van zorg niet zozeer intermenselijke betrokkenheid en 'contact' is, maar eerder een 'contract' tussen consument en producent van zorg'diensten'. Op ethisch vlak baart deze ontwikkeling toch wat zorg.

Het tekort aan organen en de handel ervan in sommige landen zijn een ander groot probleem. Vinden jullie dat het mogelijk moet zijn dat er een vorm van betaling gebeurt om het tekort aan organen op te vangen. Hoe kan het systeem van orgaandonatie geoptimaliseerd worden? Hoe verklaren jullie de beperkte publieke sensibilisering hiervoor?

Paul Hylebos: Ik vind het terecht dat onze wetgeving uitdrukkelijk voorziet dat er geen vorm van betaling mag gebeuren in het kader van orgaandonatie. Anders krijg je een categorie van mensen die mentaal of financieel zwak zijn die zich zouden lenen tot het verkopen van organen. Dat orgaandonatie volledig uit het commercieel circuit moet blijven, is denk ik elementair. Het systeem van verdeling door Eurotransplant waarbij er een verdeelsleutel is in functie van het aantal donoren binnen een bepaald land, lijkt mij ook een objectief systeem omdat het de overheden aanzet tot sensibilisering.

Marc Peersman: Betaling leidt tot instrumentalisatie van het menselijk leven. Het lichaam wordt een investering. Hoeveel geld vertegenwoordig ik nog? Waar wel kan over nagedacht worden, is of levende donoren niet méér zouden kunnen in aanmerking komen, bijvoorbeeld in familieverband. Hier zou een betere regeling, in alle zorgvuldigheid, misschien voor nog wat optimalisering kunnen zorgen. Anderzijds hebben we in België al een maximaal systeem waarbij je automatisch donor bent tenzij je expliciet een weigering laat registreren (opting out). Wel vraagt men nog steeds toestemming aan de nabestaanden, alhoewel dit wettelijk niet verplicht is. Ik geloof dat er slechts in 20% van de vragen aan nabestaanden een negatieve respons komt, wat toch een vrij hoge positieve ratio is. Kan dat nog hoger? En moet elke weigering verdwijnen? Er zijn ook grenzen. Het kan gerechtvaardigd zijn om 'neen' te zeggen, bijvoorbeeld om principiële redenen. Ik begrijp ook een aantal bezwaren.

Zelfs als we 100% toestemmingen zouden halen, vrees ik dat er nog steeds een tekort aan organen zal zijn. Er zal steeds een grotere vraag zijn. Wat moet je dan doen? Mensen wat vroeger laten sterven zodat we meer organen ter beschikking hebben? Er zit soms iets dwangmatigs in de campagnes en de sensibilisering. Ik denk dat we in België reeds een hoge succesratio hebben door onze opting out wetgeving en door af en toe te sensibiliseren o.a. in het onderwijs. Op tijd en stond mensen aanmoedigen om na te denken en om een bewuste keuze te maken, is goed. Bij commercialisering wordt er een grens overschreden.

Bedankt voor dit gesprek.

NIEUWE GEZICHTEN



Dr. Charlotte Stolte - Pijnkliniek

Dr. **Charlotte Stolte** (° Hulst, 1975) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel waarna ze zich specialiseerde in de anesthesiologie. Haar stages liep zij in het AZ VUB en CHU Brugman. Dr. Stolte behaalde eveneens het brevet Acute Geneeskunde.

Zij interesseert zich in het bijzonder voor pijntherapie

Dr. Stolte werkt vanaf 1 september 2008 in het pijncentrum AZ Nikolaas.



IN MEMORIAM: DR. FERNAND MICHIELS

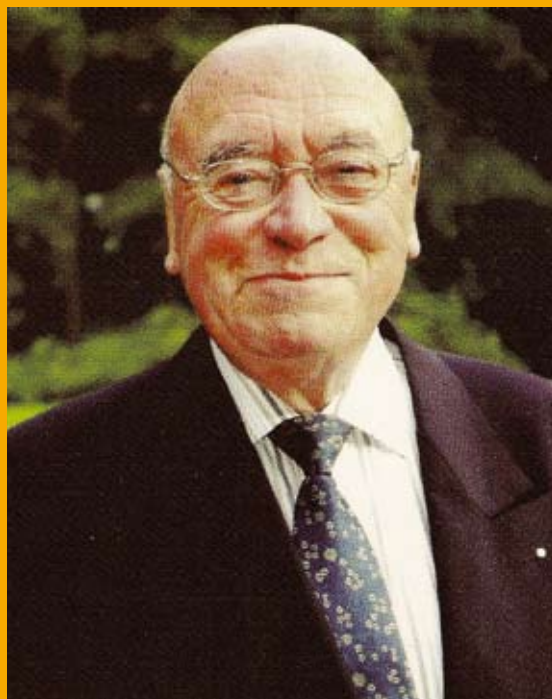
Op 12 september 2008 verloor het Waasland een opmerkelijk figuur; dr. Fernand Michiels, één van de stichtende vaders van de moderne gynaecologie in onze regio.

Onder zijn impuls evolueerde de verloskunde van een heelkundig subspecialisme naar een multifacetaire bedrijvigheid, waarin het kind en het gezin centraal staan. Dit is nu, de dag van vandaag, nog steeds de kern van ons beroep. De nieuwe obstetrie en gynaecologische verzorgingseenheid in het nieuwe fusieziekenhuis AZ Nikolaas zal dan ook tot 'Centrum voor moeder en kind' gedoopt worden.

Dr. Fernand Michiels was vooral ook de bezieler en oprichter van de eerste echte beroepsvereniging voor Vlaamse gynaecologen (VVOG) waarvan hij dan ook snel tot voorzitter verkozen werd. Later was hij nog vele jaren actief als secretaris.

We zullen dr. Fernand Michiels altijd oprecht dankbaar blijven voor alles wat hij voor ons betekent heeft op professioneel, maatschappelijk en persoonlijk vlak.

Dr. Roland Walckiers - Dr. Rudi Weckhuysen - Dr. Pascal Peeters
- Dr. Sarwana Nuradi - Dr. Katrijn Witters - Dr. Frank Thiessen



Adviestekst

menswaardig sterven, palliatieve

Dat AZ Nikolaas behoefte heeft aan een concrete missie in het kader van de zorg voor terminale patiënten en hun familie zal niemand vreemd lijken. Het vroegere AZ Maria Middelaars en AZ Waasland hadden nood aan onderlinge afstemming in deze materie. De praktijk van terminale zorg vraagt immers ondersteuning door heel specifieke, concrete protocollen op verschillende domeinen. Uiteraard dienen dergelijke protocollen respectvol en met de nodige diepgang te worden uitgediscussieerd in aanwezigheid van praktijkmensen om zo tot een nieuwe visietekst te komen in het kader van het AZ Nikolaas.

De commissie medische ethiek hoopt deze tekst te kunnen aanbieden als een krachtig en ondersteunend praktijkinstrument voor de uitbouw van de terminale zorg in AZ Nikolaas. Bedoeling is dat medewerkers en extramurale partners deze tekst en de bijhorende praktische protocollen als een meerwaarde in de dagelijkse praktijk kunnen ervaren.

Definities om ruis in de communicatie te voorkomen.

Als inleiding worden er in de adviestekst enkele definities gegeven voor termen die in de praktijk regelmatig gehanteerd worden. Deze werden gebaseerd op de dagelijkse praktijk, het wetgevend kader (meer specifiek de Wet op de Rechten van de patiënt), de definities van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Federatie Palliatieve zorg Vlaanderen.

Bedoeling is om veel gebruikte termen als *palliatieve zorg*, *terminale patiënt*, *therapeutische verbetering*, *palliatieve sedatie* en *euthanasie* op een professionele manier te gebruiken in de dagelijkse praktijk zodat ruis in de communicatie zoveel mogelijk voorkomen kan worden.

Zo is een "terminale patiënt" in het kader van palliatieve zorg een patiënt waarvan we inschatten (hoe moeilijk ook) dat hij nog enkele weken tot maanden zal leven, zodat bijvoorbeeld de comfortzorg in palliatief kader vroegtijdig kan opstarten.

Zorg voor menswaardig sterven als specifiek onderdeel van de opdrachtsverklaring

In de opdrachtsverklaring AZ Nikolaas vinden we drie rubrieken terug: preventieve, curatieve en palliatieve zorg. Heel specifiek voor palliatieve zorg is dat het perspectief voor de patiënt, zijn familie en de zorgverleners volledig verandert als het duidelijk wordt dat de patiënt in een terminaal stadium terecht komt.

De terminale patiënt en zijn familie vragen in deze fase een heel eigen benadering. Het curatieve perspectief dient verlaten te worden ten voordele van het zorgperspectief en dit voor alle betrokken zorgverleners.

Op de voorgrond voor terminale patiënten komt immers de nood aan fysieke comfortzorg, angst voor het sterven, nood aan aandacht voor zinvragen, nood aan nabijheid en relatie met naasten. Ook deze laatsten ervaren nood aan ruime informatie en aan psychologische en sociale ondersteuning. Het geheel van noden van de terminale patiënt en zijn familie vertaalt zich in de tekst in specifieke organisatorische en inhoudelijke uitdagingen zoals daar zijn de uitbouw en beschikbaarheid op alle afdelingen van het palliatief supportteam als advies- en ondersteuningsteam, de uitwerking van ondersteunende praktijkprotocollen, de advanced care planning, de structurele samenwerking met de huisartsen, thuiszorg, thuisvervangende diensten, palliatieve eenheid en het Netwerk Palliatieve Zorg Waasland.

Specifiek advies en bijhorende protocollen

Drie deelthema's omtrent medisch begeleid sterven zijn in de tekst heel concreet uitgewerkt: de keuzen in verband met het curatief of levensverlengend handelen, het palliatief handelen en de actieve levensbeëindiging.

Omdat het hier meer om delicate ethische dan puur juridische beslissingen gaat, belangen ze alle betrokkenen aan, niet enkel artsen. We spreken dan ook over "medisch begeleide zorg" en niet over "medische beslissingen bij het levenseinde".

Keuzen in verband met het curatief of levensverlengend handelen

Inhoudelijk gaat het bij deze rubriek om keuzen omtrent het opstarten of al dan niet verder zetten van een curatief of levensverlengende behandeling. Wanneer zo'n behandeling in een gegeven situatie niet langer als zinvol wordt beoordeeld, kan gekozen worden om ze niet te starten of te staken. Het al dan niet zinloos



zorg & euthanasie



beoordelen van een behandeling kan ontstaan vanuit drie redenen die in de tekst worden verduidelijkt: de behandeling is kansloos, disproportioneel of ongewenst. Elk van deze redenen volgt een eigen medisch, juridisch en ethisch kader die we hopen helder in de tekst te hebben verwoord zodat ze in de praktijk ook duidelijk zijn.

De praktische vertaling van deze zorgzame beoordeling leggen we voor AZ Nikolaas vast met behulp van een therapiecodering. Deze codering wordt gerapporteerd op een uniek formulier dat steeds raadpleegbaar is in het patiëntendossier. Gezien het belang van de doelen van deze codering vinden we het belangrijk deze expliciet te vermelden:

- Waken over het respect voor de door de patiënt uitgedrukte wil.
- Advanced care: de patiënt wordt vroegtijdig betrokken in de gesprekken met betrekking tot het nemen van beslissing inzake therapie en zorg bij het levenseinde.
- Therapeutische verbetering voorkomen.
- De zorg aanpassen aan de manier waarop de patiënten hun levenseinde zien.
- Andere zorgverstrekkers die werkzaam zijn buiten de gangbare werkuren informeren over de gemaakte behandelafspraken die zij dienen te respecteren.
- Duidelijkheid scheppen binnen het team betreffende de gemaakte afspraken.

Praktische afspraken bij de therapiecodering

Er zijn heel wat heel concrete afspraken gemaakt omtrent therapiecodering. Gezien de heel concrete, specifieke richtlijnen, verwijzen we hiervoor integraal naar de adviestekst. Eén punt willen we hier echter wel heel expliciet vermelden: er wordt gestreefd naar het interdisciplinair benaderen en dus ook systematisch betrekken van de huisarts in het beslissingsproces. In de contacten naar patiënt en familie is hij/zij een belangrijke schakel.

Zo wordt voor een goede en correcte doorstroming en begeleiding gezorgd. Via goede communicatie met de huisarts, hopen we ook een duurzame link te kunnen leggen met de continuïteit van zorg rond het levenseinde tussen het ziekenhuisverblijf en de thuissituatie, het thuisvervangend milieu zoals een rust- en verzorgingstehuis, de palliatieve eenheid en andere.

Concrete initiatieven om deze continuïteit van zorg te verstevigen zullen in het voorjaar 2009 zeker genomen worden in het kader van toekomstige bijeenkomsten met huisartsen,

vertegenwoordigers van rvt/rob, CRA-artsen, palliatief referenten, ...

2. Keuzen in verband met het palliatief handelen

Protocollen in verband met professionele pijnbestrijding en palliatieve sedatie zijn onontbeerlijk. Deze termen worden in de tekst eveneens exact geduid (een juiste definitie is niet onbelangrijk voor de praktijk) en vanuit een medisch, juridisch en ethisch perspectief concreet benaderd.

De belangrijke psychische, sociale en existentiële dimensies van pijn zijn hierbij gevaloriseerd en verwijzen opnieuw naar het totale zorgconcept in het kader van de terminale zorg, dat andere accenten dient te krijgen dan in de curatieve zorg. Om tegemoet te komen aan deze problematieken heeft het palliatief supportteam geactualiseerde protocollen klaar zodat zorgverleners uit de praktijk zich in moeilijke situaties tot hen kunnen richten voor advies of ondersteuning.

3. Keuzen omtrent actieve levensbeëindiging

Voorlopig beperkt de adviestekst zich tot euthanasie in een terminale fase. Met terminale fase bedoelen we in deze context de patiënt waarvan we verwachten dat hij binnen enkele weken zal overlijden. Uiteraard is de definitie, het wetgevend en ethisch kader grondig verkend en zorgvuldig uiteengezet in de tekst. Wat betreft de praktische uitwerking van dit thema is heel zorgvuldig stilgestaan bij verschillende stappen in het proces zoals daar zijn:

- Het individuele gesprek met de patiënt met een euthanasievraag.
- De eigenlijke euthanasievraag.
- Een interdisciplinair gebeuren, met andere woorden een duidelijke en heldere betrokkenheid van diverse disciplines of betrokken zorgverleners.
- De ondersteuning door het palliatief supportteam.
- De zorgzaamheid rond de euthanasie-act op zich.
- De nazorg voor de naasten en het team.

Dat euthanasie slechts een beperkt onderdeel is in het ganse proces van menswaardig sterven dient duidelijk te worden uit de tekst. Nochtans meent de commissie dat dit aanbod heel zorgzaam zijn eigen plaats moet krijgen in het geheel van de zorg voor menswaardig sterven. De commissie roept hierbij eveneens op tot sereniteit, respect voor gewetensvrijheid en respect voor de noden van de patiënt en zijn naasten. Ten alle tijden hoopt de commissie dat de patiënt, zijn naasten én de zorgverleners op dit terrein niet in de kou blijven staan en elk hun aandacht krijgen in het zorgaanbod van AZ Nikolaas. Zij hoopt dat autonomie en solidariteit elkaar vinden in deze context.

Algemeen besluit

Professionaliteit is in het kader van de zorg rond het levenseinde een bijzonder belangrijke basis. De uitdaging in deze context is veel meer dan alleen een fysisch gebeuren.

De medische, juridische, ethische en praktische vertaling van dit geheel zijn onontbeerlijk.

Advanced care planning en zorgzaam interdisciplinair palliatief handelen is een bijzonder relevant zorgaanbod bij de zorg rond een menswaardig levenseinde. De commissie biedt deze tekst aan als een kader waarbinnen alle uitdagingen en de bijhorende beschikbare protocollen hun plaats krijgen. Begin 2009 gaan alle protocollen gelijktijdig in voege. De commissie hoopt dat deze een ondersteuning worden voor de praktijk en hoopt op permanente feedback om te allen tijde deze zorg aan haar up to date-gehalte te toetsen.

Lut Van de Vijver

Secretaris begeleidingscommissie

voor medische ethiek

lut.vandevijver@aznikolaas.be

Callcenter

voor dienst medische beeldvorming

Op 9 december 2008 nam de dienst medische beeldvorming van campus Sint-Niklaas een 'callcenter' in gebruik.

Deze technische functionaliteit binnen de bestaande telefooncentrale van AZ Nikolaas moet het secretariaat van de dienst medische beeldvorming ondersteunen in het behandelen van telefoonoproepen.

De overschakeling naar het callcenter biedt verschillende voordelen. We zetten ze voor u op een rijtje:

- Inkomende oproepen naar één telefoonnummer kunnen intern verspreid worden naar meerdere lijnen.
- Inkomende bellers krijgen een melding over de eventuele wachttijd.
- Inkomende bellers kunnen ervoor kiezen om automatisch door het systeem terug gebeld te worden.

Exclusief afsprakennummer voor artsen:

Het systeem laat eveneens toe om bepaalde oproepen voorrang te geven. Zo krijgen artsen een speciaal nummer waardoor hun oproepen prioritair behandeld worden.

In praktijk betekent dit dat er twee afsprakennummers gebruikt zullen worden:

- **03 760 60 65:** het algemeen afsprakennummer waarop patiënten en afdelingen kunnen bellen voor een afspraak.
- **03 760 60 66:** het afsprakennummer voor artsen. Dit nummer krijgt binnen het systeem voorrang op de andere oproepen.

Opgelet!

Dit telefoonnummer zal door het callcenter met prioriteit worden behandeld. Op deze manier wil de dienst medische beeldvorming de service naar artsen toe optimaliseren. Dit nummer mag dus enkel door artsen gebruikt worden.

Openingsuren

De dienst medische beeldvorming van campus Sint-Niklaas is elke werkdag bereikbaar tussen 08.00 uur 's ochtends en 19.00 uur 's avonds. Op zaterdag kunt u tussen 08.00 uur en 11.30 uur bij ons terecht. Buiten deze openingsuren kunnen geen afspraken gemaakt worden.

Voor dringende dienstverlening wordt u via het callcenter doorverwezen naar de dienst spoedgevallen of de verpleegkundige met permanentie van de dienst medische beeldvorming.

Elektronisch afsprakenbeheer

Samen met het callcenter werd eveneens het elektronisch afsprakenbeheer in gebruik genomen op de dienst medische beeldvorming. Dit laat toe om vanop de verschillende locaties van de dienst (site Moerlandstraat, site L. De Meesterstraat, dienst NMR) centraal afspraken in te plannen voor de verschillende locaties.

Perifere campi

Voor een afspraak op de dienst medische beeldvorming van de perifere campi gebruikt u nog steeds de bestaande lokale nummers:

MEDISCHE BEELDVORMING	
Campus Beveren:	03 760 50 35
Campus Hamme:	052 50 56 41
Campus Temse:	03 780 40 18
Campus Sint-Gillis-Waas:	03 760 60 11

Ethische zorgpaden

over begin en einde van leven geven meer

De nieuwe richtlijnen en protocollen geven medewerkers meer houvast om met de delicate problemen rond begin en einde van het leven om te gaan en zijn ook een meerwaarde voor de patiënten en hun naastbestaanden. Dat blijkt uit een rondgang op de werkvloer. Wat natuurlijk niet betekent dat de teksten altijd pasklare oplossingen bieden: veel hangt ook af van de communicatie en empathie van artsen en verpleegkundigen. Maar ook daar is in het AZ Nikolaas aandacht voor.

Materniteit

Vrouwen in verwachting zijn bezorgd over het goede verloop van hun zwangerschap en daarom is er veel vraag naar prenatale diagnoses. Dat betekent eventueel de keuze voor therapeutische abortus, wat koppels voor verscheurende keuzes kan plaatsen. “Gelukkig kunnen we nu terugvallen op een zorgpad, wat zowel de moeders als onszelf een houvast geeft en waardoor de zorg in de best mogelijk omstandigheden kan verlopen”, zegt **Marleen Van Puymbroeck**, hoofdvroedvrouw in campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat. Het ontwerp ervan werd aan alle 38 vroedvrouwen van campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat en de 26 vroedvrouwen van campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat voorgelegd en aangenomen.

Prenatale diagnostiek om afwijkingen op te sporen gebeurt tijdens de raadpleging bij de gynaecoloog, onder meer via echografie, bloedonderzoek en vruchtwaterpunctie. “Honderd procent zekerheid geven die testen niet en ze zijn ook niet helemaal zonder risico,” aldus Marleen. “Vruchtwaterpunctie kan in sommige gevallen tot infecties en miskraam leiden. Het is aan de artsen om de eventuele consequenties goed uit te leggen. Een kleine minderheid van vrouwen wijst de testen af.”

Als uit de diagnose een afwijking blijkt, zoals het syndroom van Down, hartafwijking of spina bifida, wordt de situatie besproken door een multidisciplinair team, inbegrepen een bijkomende opinie van een tweede arts. Daarna wordt het koppel het nieuws meegedeeld. De psychologe van het ziekenhuis helpt bij de begeleiding van de beslissing: het houden van de vrucht of zwangerschapsafbreking.

“Heel belangrijk is dat het een eigen beslissing is van de vrouw zelf,” beklemtoont Marleen. “Ze mag zich niet gedwongen voelen in een bepaalde richting. Om het koppel te helpen een bewuste keuze te maken, krijgen ze een brochure waarin alle mogelijkheden worden toegelicht.”

Tussen het ‘slecht nieuwsgesprek’ en de uiteindelijke beslissing moeten zes dagen verlopen. Als de ouders kiezen voor afbreking, volgt opname in de materniteit, op een aparte kamer, los van het gewone verloskwartier. Meestal gebeurt het op 15-16 weken van de zwangerschap.

“Vroedvrouwen kunnen niet verplicht worden aan abortus mee te werken”, zegt Marleen. “Daarom wordt overlegd met de hoofdvroedvrouw wanneer de patiënte opgenomen kan worden. De reden daarvoor is dat als je als vroedvrouw niet akkoord gaat, je dat gevoel uitstraalt naar de moeder, wat het nog moeilijker maakt. Vroedvrouwen kunnen op de psychologe of de zorgmanager een beroep doen als ze hulp nodig hebben bij de verwerking.”

In 2007 waren er in het ziekenhuis acht afbrekingen op een totaal van 1.100 bevallingen. “Vooral hartafwijkingen, maar ook afwezigheid van schedeldak en spina bifida. Het is altijd tragisch voor de ouders. Daarom hechten we zoveel belang aan een serene opvang en begeleiding. Om het verwerkingsproces te ondersteunen, wordt ouders de gelegenheid gegeven afscheid te nemen van de vrucht. Ze krijgen een voetafdruk mee op een kaartje, er volgt een begrafenis... Ze hebben daar veel aan. Zoals ook aan een gesprek bij het ontslag uit het ziekenhuis en een mogelijkheid tot nagesprek met de gynaecoloog na vier tot zes weken.”

Conclusie? “Het zorgpad betekent een waardevol hulpmiddel voor alle betrokkenen. We merken dat moeders zich goed opgevangen en ondersteund voelen, wat het verwerkingsproces ten goede komt.”

Intensieve Zorgen

Als hoofdverpleegkundige Intensieve Zorgen sinds 1991 heeft **Dirk Andries** al heel wat situaties op de grens tussen leven en dood meegemaakt. De afdeling krijgt patiënten aangevoerd via de 100, vanuit rusthuis of thuissituatie. De gemiddelde ligduur bedraagt vier-vijf dagen. “Het aantal jongere traumapatiënten – als gevolg van verkeersongevallen – is veel verminderd, het gaat nu vooral om een verouderende bevolking. Terminaal hartlijden, COPD... op een bepaald moment gaat het niet meer.

houvast

Als een patiënt niet meer kan genezen rijst de vraag: starten we nog bepaalde therapieën op of niet? Heeft verder beademen nog wel zin? Daarin zit de grootste problematiek. Vaak is er druk van de familie om door te behandelen - "t Is gelijk als we hem maar terugkrijgen - maar achteraf krijgen ze er soms spijt van, als ze merken in welke situatie de patiënt terecht is gekomen."

Dirk heeft meegewerkt aan het opstellen van de 'therapiebeperkingscode', met concrete adviezen over wat wel en wat niet te doen in grensgevallen en de levenskwaliteit van de patiënt zo goed mogelijk te houden. "We bespreken die beperkingscodes ook met de thuiszorg. Bijvoorbeeld dat na vijf opnames in het ziekenhuis voor beademing, een zesde keer niet veel zin meer heeft."

In de tekst staan ook duidelijke richtlijnen omtrent euthanasie. "Uitgangspunt is de bespreekbaarheid ervan voor patiënten, familie en medewerkers. Patiënten moeten zich vrij voelen te kiezen. Uit de ervaring blijkt dat 90% van de euthanasievragen te maken heeft met een ondraaglijke situatie, zoals pijn die niet onder controle is. Als je dat kunt oplossen, verdwijnt de vraag veelal. In de gevallen waar de vraag wél blijft, wordt daar met de patiënt verder op ingegaan."

Essentieel is dat de patiënt zélf beslist over wat er moet gebeuren, los van elke druk. Ook dat is voorzien in de protocollen. "Als de patiënt aan de beademingsmachine ligt, is het uiteraard moeilijk met hem te overleggen. Maar het kan wél na-dien, als hij naar een andere kamer is overgebracht."

Gelijk welke ziekenhuismedewerker kan een gesprek opstarten rond de problematiek van het levenseinde of de therapiebeperkingscodes, bijvoorbeeld als hij de indruk heeft dat een patiënt een behandeling niet meer wil. Het is dan aan het team om verder af te spreken. De beslissing kan nooit worden overgelaten aan de familie."

Dirk stelt vast dat de therapeutische hardnekkigheid serieus is verminderd: "de situaties zijn veel bespreekbaarder geworden". "Iedereen wordt er mondiger in, ook familieleden. Het meeste werk is het voorkomen van problemen: wat gaan we doen als de patiënt in een terminale fase komt? Daar gaat veel tijd overheen. Belangrijk daarbij zijn eenduidigheid, openheid en eerlijkheid inzake communicatie naar de familieleden toe, ook om latere moeilijkheden bij hun verwerkingsproces te voorkomen. Daarom proberen we als verpleegkundigen een



vertrouwensrelatie op te bouwen tijdens de bezoeken - drie keer per dag. Mensen hoeven hier niet te hengelen naar informatie."

Alle medewerkers krijgen een opleiding over de praktische kant van de therapiebeperkingscodes en het gebruik van de formulieren. De volgende stap is inhoudelijke verdieping. "We zijn goed op weg, de teksten hebben de steun van de basis en worden mee gedragen door de beheerraad. Dat geeft ons houvast."

Geriatric

“Het belangrijkste hier is de confrontatie tussen leven en dood”, zegt **dokter Jordi Miguel** van de afdeling geriatrie in Beveren. “Hoe ver kun je mensen dwingen om langer te leven? Heb je het recht daarover te beslissen zonder dat de patiënt zelf een keuze kan maken?”

Hetzelfde geldt voor euthanasie. “Het gebeurt dat familieleden hun bejaarde moeder of vader hier komen dumpen en euthanasie vragen. Daar gaan we natuurlijk niet op in.”

Ook volgens dokter Miguel komen de meeste vragen naar euthanasie uit angst voor pijn en ongemakken, of omdat de patiënt zich moe en uitgeleefd voelt. “Daarom proberen we aandachtig te luisteren naar wat achter de vraag schuilgaat.

Daarvoor werken we samen met het palliatief supportteam. We zorgen ervoor dat een netwerk van ondersteuning opstart als de patiënt naar huis of een rusthuis teruggaat, of naar het palliatief centrum hier vlakbij. Spilfiguur in alle gevallen is de huisarts: hij is onze belangrijkste contactpersoon.”

“Een patiënt van 85 met zware trombose, die niet meer eet of drinkt, moet die nog sondevoeding krijgen of niet? De verantwoordelijkheid voor dat soort beslissingen ligt bij de arts, na gesprek met alle betrokkenen. In de eerste plaats met de patiënt zelf als dat mogelijk is, anders met de familie en huisarts.

Als arts mag je niet je eigen mening opdringen maar evenmin de verantwoordelijkheid bij anderen leggen. Zodat niemand schuldgevoelens hoeft te krijgen achteraf.”

In geval van prostaatkanker wordt bij 80-plussers geen invasieve behandeling meer opgestart, “de patiënt heeft er meer last van dan dat hij er baat bij vindt. Voor onze patiënten in het algemeen is het behoud van een goede levenskwaliteit belangrijker dan het nodeloos rekken van het leven.”

Ook van de geriatric verpleegkundigen vereisen de ethische dilemma's veel tact, vooral omdat de onderlinge relaties bij de betrokken families soms conflictueus kunnen zijn. “Soms vragen mensen mij: ‘moest het je eigen moeder zijn, wat zou jij doen?’ vertelt **Chris De Ruyscher**, hoofdverpleegkunde geriatrie campus Beveren. “Zo proberen ze een argument te krijgen voor in de familiale discussie. Maar daar doen we natuurlijk niet aan mee. Wél moeten mensen kunnen voelen dat er ruimte is voor hun zorgen en noden. Het is niet omdat je als verpleegkundige je gevoelens niet toont, dat je gevoelloos bent.”

“Protocollen zijn belangrijk maar ze lossen niet alles op”, besluit dokter Miguel filosofisch. “Wat leeft, is niet allemaal vast te hangen aan richtlijnen. Empathie en menswaardige zorg leer je niet op de universiteit, maar het hoort er wel bij.”

Agenda

12 februari

Videoconferentie

AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur

19 februari

Symposium Hoofd- en halsoncologie

Een organisatie van het multidisciplinair team hoofd- en halsoncologie AZ Nikolaas
Hotel Serwir - Koningin Astridlaan 57 - 9100 Sint-Niklaas - 19.30 uur

12 maart

Videoconferentie

AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur

4 april

Symposium pediatrie:

pediatrisch compendium, infectieziekten, vaccinaties, herkennen ernstige infecties

9 april

Videoconferentie

AZ Nikolaas - Campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat - Audiovisuele zaal - 19.00 uur

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website www.huisartsenkoepelwaasland.be onder de rubriek "navorming" en "kalender".

PENSIOEN DR. RIK ROOSE

Wie spreekt over de evolutie van de nefrologie in het Waasland zegt eigenlijk dr. Rik Roose. Meer dan dertig jaar geleden startte hij in het toenmalige AZ Maria Middelaars de dienst high-care dialyse op. In de loop der jaren is deze dienst verder uitgebouwd en gegroeid. Zo werd er in Sint-Niklaas, Beveren en Lokeren een low-care dialyse opgestart en tenslotte een CAPD-dienst toegevoegd aan het aanbod van de dienst nefrologie.

Dr. Roose heeft de eerste jaren de dienst high care alleen gerund. Wat niet evident was, gezien de grote continuïteitsvereisten. Later kwamen dr. Wim Laurens, dr. Dirk Schepens, dr. Kristine Dyckmans en dr. Johan De Meester het team van nefrologen vervoegen.

Dr. Roose, bedankt voor de jarenlange inzet voor de nierpatiënten van onze regio en voor het runnen en uitbouwen van deze dienst binnen ons ziekenhuis. Wij hopen dat u samen met uw echtgenote, kinderen en kleinkinderen nog vele jaren kunt genieten van deze volgende fase in uw leven.

SAMENWERKINGSCONVENANT

THUISZORG EN AZ NIKOLAAS

Al in 2004 startte de vzw OVOSIT (Oost-Vlaams Overleg Samenwerkingsinitiatieven Inzake Thuisverzorging) een project om de communicatie tussen de ziekenhuis- en de thuiszorgsector te structureren en dit om voor de patiënt een naadloze zorg te bevorderen.

Dit resulteerde in een voorstel tot samenwerkingsconvenant. Een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling van het voorgestelde document was de dialoog en het overleg met heel wat betrokken partijen binnen het ziekenhuis: ontslagmanagers, medisch directeur, hoofdverpleegkundigen, directie, sociale dienst, juridische dienst.

Alle bemerkingen, van zowel thuiszorg als ziekenhuis werden samengevoegd en in samenwerking met OVOSIT herwerkt tot een praktisch werkinstrument; een samenwerkingsconvenant. Deze overeenkomst geeft een overzicht weer van engagementen en acties voor alle betrokkenen.

Fertiliteitskliniek

erkenning zorgprogramma reproductieve

Zoals dit voor meer en meer subdisciplines van de geneeskundige specialiteiten het geval is, heeft de wetgever ervoor gekozen om ook voor de fertiliteitsbehandelingen een beperkt aantal centra te erkennen met een zorgprogramma reproductieve geneeskunde.

Concreet betekent dit dat er per provincie 2 tot 3 fertiliteitscentra erkend werden met een zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde type A. Deze “A-centra” hebben een erkenning om fertiliteitsbehandelingen tot op het niveau van IVF (inclusief het uitvoeren van een ovum pick-up) uit te voeren. Zij beschikken echter niet over een labo voor embryokweek en dienen daarom samen te werken met 1 of meerdere B-centra. Dit is het principe van “transport-IVF”, waarbij de ovum pick-up gebeurt in het A-centrum en de embryotransfer in het B-centrum.

AZ Nikolaas is zeer gelukkig met de erkenning van onze fertiliteitskliniek als A-centrum. Dit schept de mogelijkheid om koppels geconfronteerd met subfertiliteitsproblemen optimaal binnen onze eigen regio te kunnen begeleiden en behandelen.

Fertiliteitsbehandelingen zijn intensief en belastend voor de patiënten. Naast de psychische belasting waar elk koppel met onvervulde kinderwens onvermijdelijk mee geconfronteerd wordt, is er de lichamelijke belasting van de fertiliteitsbehandeling zelf. Denken we maar aan de veelvuldige echografische controles, bloedafnames, dagelijkse inspuitingen voor ovariële stimulatie, inseminatie of pick-up op vastgelegde uren, de lichamelijke effecten van de hormonale behandeling en de pijnklachten na pick-up.

Fertiliteitspatiënten hebben vaak ook veel vragen zowel vóór als in de loop van de behandelingen en ervaren het daarom ook als een pluspunt hiervoor terecht te kunnen bij één vertrouwenspersoon.

Precies om de zorgverlening aan de patiënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen en om het aantal IVF cycli per jaar te optimaliseren, kwam er na de fusie van het AZ Maria Middelaars en het AZ Waasland een samenwerking tot stand tussen de twee groepen gynaecologen die tot dan toe elk hun eigen koers hadden gevaren. Concreet werd het de opdracht van Dr. Patrick Puttemans en Dr. Christel Vossen om het A-fertiliteitscentrum verder uit te bouwen in samenwerking met de B-centra van het UZA en L.I.F.E. Leuven.

Patiënten kunnen hier terecht voor advies, exploratie en behandeling of kunnen doorverwezen worden door de huisarts of ze kunnen na doorverwijzing of in samenwerking met de andere gynaecologen worden behandeld.

De ovum pick-ups gebeuren onder sedatie door Dr. Puttemans of Dr. Vossen. Na een vlot transport van eicellen en zaadcellen naar het samenwerkend B-centrum, wordt er dezelfde dag nog met het koppel gecommun-

geneeskunde type A een feit

niceerd over het aantal eicellen dat werd bekomen. De volgende dag worden de bevruchtingsresultaten besproken en worden er ook afspraken gemaakt omtrent de embryotransfer.

De werking van “transport-IVF” loopt zeer vlot en houdt in dat het koppel binnen de regio kan behandeld worden en zich slechts één maal naar het B-centrum dient te verplaatsen, namelijk voor de terugplaatsing van het embryo(s). Deze werking heeft ook het voordeel dat de volledige behandeling wordt gecoördineerd door één, voor het koppel vertrouwde arts, in plaats van de vaak wisselende artsencontacten bij de behandeling in de grote B-centra. Wetenschappelijke gegevens alsook onze eigen cijfers hebben aangetoond dat transport-IVF de slaagpercentages voor zwangerschap absoluut niet doet verminderen.

Tijdens een fertiliteitsexploratie is regelmatig een andrologisch advies nodig. Voor patiënten van campus Moerlandstraat wordt hiervoor een beroep gedaan op Dr. Peter Coremans, endocrinoloog –androloog. Voor patiënten van campus L. de Meesterstraat wordt een beroep gedaan op Prof. Comhaire. Hij heeft op vermelde site één andrologische consultatie per maand.

De onvervulde kinderwens enerzijds en de belasting van de behandelingen anderzijds, veroorzaken zonder twijfel extra stress voor het fertiliteitskoppel. Hier wordt afhankelijk van het koppel, beter of minder goed mee omgegaan. Verder zijn er de specifieke indicaties voor psychologische ondersteuning: vragen over paterniteit (KID), hoe het kind inlichten, relatieproblemen tengevolge van de fertiliteitsproblematiek met verschillende visies van beide partners met betrekking tot de kinderwens, enz.

Niet te vergeten zijn ook onze bijzonder gewaardeerde verpleegkundigen, Lut Van Poeck, Hilde Driesmans en Lut Van Assche. Door hun inzet, continue bereikbaarheid voor de patiënten, het opvolgen van de voorschriften voor apotheek en de assistentie bij pick-ups zorgen zij mee voor een optimale werking van de dienst.

Fertiliteitsbehandelingen zijn intensief en belastend voor de patiënt en partner, maar evenzo arbeidsintensief voor de betrokken artsen. Dit komt door de aard van de subdiscipline, waar regelmatig uitvoerige raadplegingen en besprekingen met het koppel noodzakelijk zijn alsook dossierbesprekingen in overleg met het samenwerkend B-centrum om na afloop van elke behandeling de verdere beleidslijnen uit te stippelen.

De door het RIZIV ingevoerde terugbetaling van fertiliteitsmedicatie en –behandeling hebben deze behandelingen toegankelijk gemaakt voor een groter publiek, hetgeen absoluut toe te juichen is. De keerzijde van de medaille is echter dat de administratieve druk hierdoor enorm is toegenomen. Denken we maar aan de aanvragen voor terugbetaling, de registratie van de IVF cycli voor het RIZIV en de registratie van elk gebruikt voorschrift van gonadotrofines voor de apotheek. Deze registratie dient nauwgezet te gebeuren, mede gezien de forfaitisering van de behandeling van onvruchtbaarheid die vanaf 1 januari 2009 in voege treedt. Verder worden alle medische gegevens voor elke behandelingscyclus per fertiliteitscentrum verplicht geregistreerd bij de BELRAP (Belgian Register For Assisted Procreation). Dit maakt kwaliteitscontrole en externe audit voor de verschillende fertiliteitscentra mogelijk.

Subfertiliteit is een intensieve maar ook een zeer dankbare discipline waarbij de voldoening en het medegeluk bij het zien van patiënten, die na langdurige kinderwens uiteindelijk zwanger worden, onbeschrijfelijk is.

Dr. Chrisel Vossen
Gynaecoloog
Coördinator fertiliteitscentrum
christel.vossen@aznikolaas.be

Kerstverhaal

Vandaag is geen dag als een andere. De nis, waarin Godfried zich heeft teruggetrokken, wordt niet gespaard door de decemberwind, die door de Brusselse Nieuwstraat jaagt. Zijn dakloze kompanen noemen hem al lachend de kardinaal, maar hij is vergeten waarom.

De eerste wandelaars walsen reeds van etalage naar etalage. De koopjesjacht is de favoriete buitenactiviteit geworden van de moderne mens. Gewapend met harde deviezen.

Het laat Godfried onverschillig. Sinds enkele dagen duikt een onbekende pijn op in zijn borst en beneemt hem enkele minuten de adem. Het verontrust hem.

De wind brengt de weeë geur van een pralinezaak, enkele panden verder, en martelt zijn smaakpapillen. Hij kan zijn oren afdekken en zijn ogen sluiten, maar aan deze nieuwbakken odoranten is geen ontkomen aan. Hoe anders dan de geuren uit zijn jeugd. Vers gemaaid gras. Hij kan zich niet meer herinneren hoe dat rook. Hij krimpt in elkaar wanneer een windstoot zijn borstkas als een drukpers overvalt. Vandaag laat de pijn hem niet helemaal los. Alsof het jarenlange zwerversbestaan als een vrieswonde in zijn huid brandt.



Hoe is hij hierin verzeild geraakt? Beelden uit het verleden tekenen scherp op zijn geestesoog. Zijn vader die te vroeg stierf. Hoe hij vervolgens in de plaatselijke steenbakkerij aan het werk moest. De vriendschap op de werkvloer verdween toen de eerste afdankingen kwamen. De vakbond zorgde voor de zijnen. Even had hij een nieuw elan gevonden, toen hij aan het werk kon bij de restauratie van de Antwerpse Sint Pauluskerk, die door een brand verwoest was. Hoog onder de gotische gewelven had hij een kleine bijdrage geleverd aan de eeuwigheid. Godvrezend was hij niet geworden, maar het had hem bezielde.

Plots duikt Bartholomé naast hem op. In het daklozenbestaan is die vele jaren zijn meerdere. Bartholomé kijkt onderzoekend. "Ge waart niet op het kerstmaal van de vrijwilligers?" Godfried zwijgt. De vrijwilligers zijn attent, maar de alomtegenwoordige camera's zoemen genadeloos in op je miserie. Wat gestold vet in je haveloze baard. De agenda van de media wordt niet bepaald door mededogen.

De zwaarte achter zijn ribben zwelt opnieuw aan. Als een pak sneeuw dat wordt aangestampd. Zijn voorhoofd is vochtig. En even is alles zwart. "Hier blijven" hoort hij de stem van Bartholomé en hij belandt opnieuw in het heden. Wanneer Bartholomé even later verder sloft laat die een fles L'Angélu achter, met een restant wijn. Ter hand gesteld aan de achterdeur van een eethuis, waar ze comme chez soi werden behandeld.

In de verte klinkt het monotone tweelettergrepen wijsje van een ambulance. Als een hedendaagse koekoek, die nooit slaapt. Op weg naar een vrouw, die akute ademnood kreeg, toen de kerstkalkoen zwartgeblakerd uit de oven kwam op het ogenblik dat de eerste gasten aanbelden. De normale scanners zouden weldra de hyperventilatie bevestigen. Godfried had jaren terug ook gehyperventileerd, toen de deurwaarder aanbelde. Nadien restte niets om over te hyperventileren.

De pijn bereikt nu orkaankracht. Flarden van vroeger schuiven voor zijn netvlies. Wat was belangrijk geweest? De eerste man op de maan? De laatste reuzenpanda in vrijheid? Niet echt. Wat hem bijbleef was de nestwarmte van het ouderlijk huis. Die herinneringen hielden hem 's nachts warm. Beelden doemen op en vervagen. Hij weet wat nu komen gaat. Angst heeft plaatsgemaakt voor overgave. Dan knapt iets. Als een lawine, die met verblindend licht losbreekt. Weergaloos.

Een vrouw in kerststemming legt net een euro in de beker van Godfried en deinst verschrikt achteruit wanneer hij haar glazig aanstaart. "Oh God" en ze spoedt voort. Het zijn de laatste woorden, die het trommelvlies van Godfried bereiken, en niet meer doordringen in het gesofisticeerde hersenweefsel. Over enkele minuten worden daar de gegevens van 43 jaren levenservaringen gewist. Van dit aardse bestaan is er geen back up.

Uren later buigt een plichtsbewuste wetsdienaar zich over het koude lichaam. Hij maakt de punt van zijn potlood nat en noteert 20.11 uur. De wind is nu gaan liggen. En diep in het heelal dooft een ster.