

INTENSIEF

Leesexemplaar

PROF. DR. ELISABETH DE WAELE & FILIP VAN DER ELST

INTENSIEF

Tussen leven en dood
op Intensieve Zorg

P E L C K M A N S

Voor Christophe en Leen
Elisabeth, Boris Alexander, Francis, Sam en Felix

Leesexemplaar

INHOUD

1	'INTENSIEVE ZORG' VOOR CORONA	7
2	CORONA, DE EERSTE DAGEN	31
3	DE GEORGANISEERDE NACHTMERRIE	45
4	MENSEN ALSTUBLIEFT. VEEL MENSEN. ALSTUBLIEFT.	77
5	CORONA BESTAAT NIET	93
6	KINDEREN EN CORONA	117
7	HET HELDENDOM VAN DE DOKTOREN	135
8	PERS, ZIELENPIJN EN PENSEN	153
9	NUTRITIE: BRANDSTOF VOOR DE MENSELIJKE MOTOR	181
	NAWOORD	195

1

'INTENSIEVE ZORG' VOOR CORONA

WAT IS 'INTENSIEVE ZORG'?

'IZ' is de afkorting voor 'Intensieve Zorg'. Maar omdat er meer gebeurt dan comateuze mensen wassen, is de juiste term 'Intensieve Geneeskunde'. Geneeskunde, omdat we (dokters, verpleegkundigen, kinesisten, diëtisten ...) opgeleid zijn om mensen te genezen. Maar genezen klinkt een beetje knullig. Wanneer we ons werk niet doen, gaan mensen dood. 'Zorgen dat ze overleven'-kunde zou meer gepast zijn. 'Intensieve Geneeskunde' zou het moeten zijn, maar in het ziekenhuismilieu spreken we vaak over 'IZ'. Waar werk jij? 'Op IZ.'

De dienst Intensieve Geneeskunde is een deel van het ziekenhuis en bestaat, binnen het UZ Brussel, uit vier grote zalen met telkens zes bedden voor patiënten. Rond die patiënten draaien, de klok rond, honderden machines met een waarde van meerdere miljoenen euro's. Meer dan honderd mensen draaien mee op de dienst. Eén dag verblijf op IZ kost ongeveer 2000 euro. En dan hebben we nog niets gedaan ...

De mensen die er liggen, zijn soms redelijk oké. Ze worden in de gaten gehouden en krijgen gepaste medicatie na een zware hart- of hersenoperatie, of ze zijn aan het bekomen van een ongeval of bloedvergiftiging. Ze eten sandwiches op zondag en kijken naar de koers op televisie. Maar soms zijn de mensen helemaal niet oké. Ze zijn in coma gebracht, hun organen hebben het begeven, er draaien allerlei machines die de longen ondersteunen, de nieren vervangen, er loopt adrenaline rechtstreeks in hun bloedbaan, omdat hun hart het niet meer aankan en ze weten (gelukkig) niet dat ze hun ontlasting rechtstreeks in hun bed doen. Soms zwellen ze op door het vele vocht dat we gegeven hebben en zijn ze bijna niet meer herkenbaar. Of ze zijn wel wakker, maar hun hersenen zijn aangetast door giftige stoffen in de bloedbaan – bijwerkingen van de zware medicatie die ze krijgen – of ze hebben nachtmerries. Of ze roepen de hele nacht, kreunen of huilen.

Wij weten hoe dat komt, we kunnen het plaatsen. Maar wanneer je het niet gewend bent, is het schrikken. Zoals een studente ooit op vrijdag antwoordde op mijn vraag hoe haar eerste week bij ons geweest was: ‘Ik ben al twee keer flauwgevallen en heb elke dag geweend. Maar het is wel superinteressant.’

WELKOM OP INTENSIEVE ZORG

En ik, ik ben intensiviste. Intensivisten zijn artsen die uitzoeken wat er precies mis is met een mens die heel erg ziek is of zwaar toegetakeld is na een ongeval. Ze werken daarvoor samen met vele andere artsen en medewerkers in een ziekenhuis. Vervolgens dienen ze de juiste medicatie toe of adviseren ze om tot een bepaalde ingreep over te gaan.

Met vereende krachten doen ze hun uiterste best om iemand in leven te houden. Samen met verpleegkundigen en vele andere specialisten houden intensivisten patiënten, die net een zware hart- of hersenoperatie hebben ondergaan, nauwlettend in de gaten. Bij het minste onraad grijpen ze in. Ik neem je graag mee in onze wereld. Voor en tijdens corona. Van het haardvuur naar de uitslaande brand. Maar een gezellig elektrisch radiatorje, nee, dat is IZ nooit.

WAT IS DAN ‘DE SPOED’?

Patiënten komen bijna nooit rechtstreeks op IZ terecht. Vele patiënten komen via Spoed. Op de spoedafdeling komen mensen toe met een ambulance na een ongeval, of ze zijn er zelf naartoe gegaan omdat ze een medisch probleem hebben. Op Spoed maakt men een inschatting van het probleem. Er wordt een eerste triage gemaakt: is het een klein ongeval, een zwaarder probleem of een levensbedreigende situatie? Afhankelijk van het antwoord op die vraag krijgt de patiënt een blauw, groen, geel, oranje of rood stickertje. Het verklaart waarom mensen soms urenlang in de wachtzaal van de Spoedafdeling moeten wachten, terwijl een patiënt die na hen binnenkwam, meteen geholpen wordt. Dat is omdat die persoon een groter probleem heeft. Eigenlijk haal je dus best opgelucht adem als je lang moet wachten op de Spoedafdeling ...

Wanneer de collega's van Spoed een persoon in een levensbedreigende situatie (na een verkeersongeval, een hartaanval, een bloedvergiftiging of iets anders) opgevangen hebben en voor de juiste behandeling gezorgd hebben – denk maar een dringende operatie, een stent in de aders van het hart of de juiste antibiotica toedienen –, kan het zijn

dat die persoon nog niet stabiel genoeg is voor de ontwaakzaal van het operatiekwartier of een gewone kamer. Dan komt die patiënt naar de dienst Intensieve Geneeskunde. Overdag, of in het midden van de nacht.

De overgrote meerderheid van de patiënten die op Spoed terechtkomen, kan van daaruit opnieuw naar huis of kan terecht in een gewone ziekenhuiskamer. Slechts een klein deel van de patiënten eindigt op Intensieve Geneeskunde. Je komt dus niet zomaar 'op IZ' terecht.

'ER IS EEN ONGEVAL GEMELD OP DE BRUSSELSE BUITENRING'

Hoe kom je dan bij ons terecht? Na een verkeersongeval bijvoorbeeld. Al moet ik zeggen dat het aantal verkeersongevallen het voorbije decennium sterk is afgenomen – auto's worden steeds veiliger, de politie controleert vaker en strenger op alcohol- en snelheidsovertredingen. De statistieken tonen dat ook aan, er zijn minder zware verkeersongevallen. Ik heb de cultuur ingrijpend zien veranderen. Het UZ Brussel ligt niet ver van discotheek Carré, aan de A12 in Willebroek. Tot voor een jaar of tien waren we op Intensieve Geneeskunde verzekerd van een constante aanvoer van patiënten vanuit de Carré. Je hoeft natuurlijk niet ver te zoeken naar de redenen, alcohol- en druggebruik waren nooit ver weg, maar bezoekers van de discotheek waagden zich ook wel eens aan roekeloos en levensgevaarlijk risicogedrag.

Zo was het een tijdje de mode om op de snelweg tussen twee rijstroken op de witte lijn te gaan liggen, om te zien of de aankomende bestuurder tijdig van rijstrook zou veranderen. Je bent dan zelf een soort

van wit streepje – misschien moest je wel enkele witte streepjes of pilletjes geconsumeerd hebben om dat een leuk idee te vinden. De

**“IK HEB HEEL VEEL
JONGE MENSEN MET
ZWARE, ONOMKEERBARE
HERSENSCHADE ZIEN
TOEKOMEN OP ONZE DIENST.”**

feestvierders kregen daar
blijkbaar een kick van, maar
het is een kick met potentieel
verstreckende gevolgen. Ik
heb heel veel jonge mensen
met zware, onomkeerbare
hersenschade zien toekomen
op onze dienst. Ze liepen niet
alleen talloze arm- en been-

breuken op wanneer ze door een wagen opgescheept werden, vaak was ook het hoofd geraakt. En dat leidde tot hersenschade, als gevolg van bloedingen of een zwelling. Zo word je dus hersendood. Dan is het lichaam van die persoon misschien nog wel in leven, maar ontbreekt de aansturing door de hersenen. De meest basale functies van het lichaam lukken dan niet meer, denk maar aan ademen of de bloeddruk regelen. Harde schijf kapot. Niet compatibel met het leven. Heel vaak gingen de ouders van deze jongeren nog enkele uren of dagen door een hel van onzekerheid, om dan toch afscheid te moeten nemen van zoon of dochter. Dat is misschien goed nieuws voor mensen op de wachtlijst voor transplantaties, maar het zijn vreselijke drama's voor vele jonge mensen en hun familie ... en zo verschrikkelijk spijtig.

EEN NACHT MET EEN STRIPPER EN WEG MET DE WIJNKELDER

De meeste urgente gevallen komen na de kantooruren toe. Tijdens een nachtdienst kregen we via de Spoedgevallen ooit een patiënt binnen, een jongeman van begin twintig, die in een coma verkeerde. We keken even ter voorbereiding naar het dossier en zagen bij 'Beroep': 'Danst in clubs en privé als stripper'. Die beroepsbezigheid is natuurlijk geen enkel probleem voor mij. Het lag duidelijk binnen zijn aangeboren talenten. Alleen vrolijkte hij zijn stripact blijkbaar op met allerlei mogelijke vormen van drugs. Tijdens een van zijn wilde avonden kreeg hij het onzalige idee om insuline te gebruiken als drug. Insuline verlaagt je bloedsuikerspiegel – een prima hulpmiddel als je diabetes hebt en je bloedsuikerspiegel te hoog is. Maar insuline gebruiken als je een normale bloedsuikerspiegel hebt, is niet zo'n goed idee, want die daalt dan. De reden waarom hij dit gebruikte? Blijkbaar kun je dan in een soort sfeer terecht komen, waarin je nét niet het bewustzijn verliest. Neem je dan op het juiste moment een ander pilletje, dan kom je er weer bovenop. Een beetje zoals de *Speedball* of *Powerball*, een mengeling van cocaïne met morfine. Het ene stimuleert, het andere kalmeert. Volle gas vooruit en achteruit tegelijk. Een soort experimentele cocktail die in theorie misschien leuk (?) klinkt, maar in de praktijk vooral levensgevaarlijk is – hij kan immers 'leiden tot hartaanvallen, ademhalingsstilstand en de dood', zo zegt de handleiding. En zo ging het ook met onze stripper. De man nam het pilletje net iets te laat na de insuline. Wanneer je cellen geen suiker meer krijgen, is de brandstof op en stopt je hart ook met kloppen. Het enige wat dan nog rest, is reanimeren. Dat is wat we de hele nacht gedaan hebben. We dienden adrenaline rechtstreeks toe in de bloedbaan, gaven suikerinfusen en klassieke hartmassages.

Samen met twee verpleegkundigen vocht ik de klok rond om die jongen erdoor te krijgen. Hij heeft de ochtend wel gehaald, we waren aan het einde van onze krachten toen we hem overdroegen aan de ochtendploeg – hij leefde nog, maar was er nog niet. Bijlange niet. Fysiek volledig uitgeput, en toch wat onder de indruk, ging ik naar huis. Mijn nacht met een stripper had wel degelijk zijn sporen nagelaten. Enkele weken later bleek dat zijn hersenen definitief beschadigd waren. Hij verbleef nog lang in het ziekenhuis en ging later naar een revalidatiecentrum. Praten en denken was verleden tijd voor hem. Ik zag hem enkele weken later, om wat advies te geven rond de kunstmatige voeding die via een buisje door de huid rechtstreeks in zijn maag liep. Hij lag zonder reactie in een bed en kwijlde uit een mondhoek. Zijn mooie spieren waren al helemaal weggesmolten. Wat een zonde van zo een jong leven!

Anders dan je zou denken, gebeuren de meeste ongevallen gewoon in je eigen huis – een plek waar je je meestal toch veiliger voelt dan op de A12. Alcohol speelt een belangrijke rol in de ongevallen die mensen op Intensieve Zorg doen belanden.

We zien bijvoorbeeld veel mensen die van de trap zijn gevallen en zo een trauma hebben opgelopen. Bij deze een goede raad voor wie graag wijn of bier drinkt: berg je voorraad alsjeblieft op dezelfde verdieping op als die waar je de drank consumeert. Niet dat ik een alcoholverslaving wil promoten, maar als je dan toch wilt drinken, zorg er dan voor dat je niet van de trap kunt vallen. We zien ontzettend veel mensen met hersenschade als gevolg van een val van de trap, omdat ze in de kelder hun tweede of derde fles

“ALCOHOL SPEELT EEN BELANGRIJKE ROL IN DE ONGEVALLLEN DIE MENSEN OP INTENSIEVE ZORG DOEN BELANDEN.”

wijn gingen halen. We hebben het eens gecheckt bij een zeshonderdtal patiënten met als opnamereden een 'traumatisch hersenletsel': bij 38 procent van de hersenbloedingen was er alcoholintoxicatie in het spel, met een ethanolwaarde in het bloed tussen de 0,1 en 5,7 gram per liter. Bij de ochtendoverdracht op maandag is het een vaste waarde: 'Intensieve 13, bed 6: neurotrauma – val van trap'.

Een andere, vaak vergeten groep mensen die regelmatig op Intensieve Zorg terecht komt, zijn de diabetespatiënten. Zij moeten een streng dieet volgen en insuline spuiten. Vooral jonge diabetici hebben het daar soms moeilijk mee en durven wel eens volledig te stoppen met de insuline te spuiten. Geen goed idee, want dat leidt tot diabetescoma: er stroomt niet langer bloed door de bloedbaan, maar een confituurachtige substantie. In dat geval doorlopen we een uitgebreid protocol van vocht, rechtstreeks in de bloedbaan en ondergaat de patiënt wel elk uur een vingerprik of een bloedafname om te kijken of het de goede richting uitgaat. En dan komt de insuline wel van pas ...

Soms brengen we mensen in coma, nadat we hen uitgelegd hebben dat ze gaan slapen – we weten niet voor hoelang. Tot ze beter zijn. In coma kunnen ze rusten, zodat ze niet naar adem hoeven te snakken en ze geen pijn meer hebben. We doen dat in de wetenschap dat we ze niet allemaal gaan terugzien. Dat ze niet allemaal weer wakker gaan worden. Wie wel, wie niet? Inshallah. Als 't God belieft. De patiënten voelen het vaak aan, ze voelen zelf dat het niet meer gaat. We geven medicatie, waardoor mensen in slaap vallen, maar ook stoppen met ademen. De zanger Michael Jackson gebruikte dit soort medicatie thuis om te slapen. Krankzinnig. Hij is er dan ook aan gestorven. Met enkele milliliter van dit wit product, Propofol, slaap je net genoeg om niet te stoppen met ademen. Slaapwel, Michael. Op IZ brengen we op het juiste moment een plastic buis aan in de luchtpijp en sluiten die

aan op een beademingsmachine. Die pompt de ingestelde hoeveelheid lucht in de longen, met soms een heel hoog percentage aan zuurstof. En dan is de patiënt veilig. Hij of zij rust, dankzij onze machines.

De discipline Intensieve Geneeskunde vergt een grote analytische blik. Je moet op elk moment je medische kennis gebruiken om de juiste beslissingen te nemen. Je hebt je handen nodig, maar ook – en vooral – je hoofd. En er is dat ‘leuke’ gegeven dat de patiënten je dag en nacht, week en weekend nodig hebben. Nachten na elkaar doorwerken kan je bioritme helemaal om zeep helpen, en dan gebeurt het wel eens dat je aan verbaasd kijkende studenten met een uitgestreken gezicht moet vragen welke dag het nu eigenlijk is.

VAN DE HANDEN NAAR HET HOOFD: VAN CHIRURG TOT INTENSIVIST

Intensieve Geneeskunde was niet onmiddellijk mijn grote roeping. Van opleiding ben ik immers chirurg. Chirurgie is een heel mooie medische discipline. Door te opereren kun je problemen oplossen. Het is een manuele job, waarbij je met je handen werkt en operaties verricht. Je helpt mensen onmiddellijk. Een liesbreuk of een kankergezwell in de darmen? Na een operatie van enkele uren is – als alles goed gaat – de breuk hersteld of de tumor weggehaald. Die *instant gratification* geeft voldoening.

Natuurlijk moet je eerst goed, samen met de patiënt en collega's, zoeken naar wat net het probleem is, welke benadering of operatie er nodig is en wat er daarna nog moet gebeuren. Het takenpakket van de chirurg is uitgebreid, maar zijn of haar lievelingsbezigheid is natuurlijk

opereren. Een onderhuidse vetbol wegsnijden is kinderspel: er is er-
gens een bult waar iemand last van heeft, je verdooft de plaats waar
die zit, snijdt de huid open, pelt de vetbol eruit, zorgt dat het niet
bloedt en sluit de huid weer netjes af, zodat het litteken bijna niet
zichtbaar zal zijn. Voilà. Iedereen tevreden. Vetbollen wegsnijden maakt
natuurlijk maar een zeer, zeer beperkt deel uit van alle heelkundige
ingrepen. Een openhartoperatie uitvoeren of een kankergezwel uit de
hersenen verwijderen is andere koek. Maar op het einde heb je een
zichtbaar resultaat. Voldoening. Dat heb je nodig, want het is een fy-
siek zware job. Je staat soms uren aan een stuk recht, waardoor al het
bloed in je benen zakt en je gegarandeerd spataders krijgt. Daarom
dragen veel chirurgen – ook de mannen – steunkousen onder hun
operatiepakje. Je mag ook niet aan je neus krabben wanneer het jeukt,
omdat je steriele kledij en handschoenen draagt. Van even iets drinken
of naar het toilet gaan is al helemaal geen sprake. Zowel de tempera-
tuur als de spanning kan soms hoog oplopen. Snij je per ongeluk in de
aorta, dan is de patiënt enkele minuten later dood. Concentratie is van
levensbelang, je moet weten wat er moet gebeuren en ingrijpen wan-
neer er zich iets onverwachts voordoet. Je zou van minder flauwvallen
– en voornamelijk studenten doen dat dan ook bij bosjes. Ik heb eens
een in zwijm vallende studente bruusk achterovergeduwd om te voor-
komen dat ze in de open buik van een patiënt zou vallen. Gelukkig
kon de verpleegkundige haar tijdig opvangen, of we hadden er nog
een trauma bij. Zo blijkt nog maar eens dat de patiënt de meest be-
langrijke persoon in de operatiezaal is. Die gaat altijd voor.

Opereren vraagt tijd. Je kunt niet even tijdens een operatie je e-mails
checken, wat je tussen twee consultaties door misschien wel kunt
doen. Dat betekent ook dat je minder tijd voor wetenschappelijk on-
derzoek hebt. ‘Wetenschap is voor ‘s avonds, in het weekend en de
vakanties’, zei mijn stagemester. Ja, en vroeger werkten er kinderen

in fabrieken en vonden we dat ook een goed idee. Ik ben dus niet in de chirurgie gebleven. Al zijn de tijden ook daar veranderd.

**“INTENSIEVE
GENEESKUNDE IS EEN
MOOIE COMBINATIE
TUSSEN FYSIEK EN
INTELLECTUEEL
WERK.”**

Intensieve Geneeskunde is een mooie combinatie tussen fysiek en intellectueel werk, ook hier is manueel werk onmisbaar. We steken katheters in grote bloedbanen, zodat we vocht en medicatie in grotere hoeveelheden en sneller kunnen toedienen dan door zo'n fijn infuus in de arm. We prikken in de hals of in de lies, in bloedvaten van soms een centimeter breed, net

naast slagaders of zenuwbundels – best griezelig om te doen. Samen met andere disciplines leiden we het bloed van mensen door toestellen die het werk van de nieren of de longen of zelfs van de longen en het hart overnemen, wanneer deze organen het tijdelijk begeven hebben. Zonder die toestellen zouden de patiënten niet meer leven. En natuurlijk dienen we erg goed te weten waarom dit moet gebeuren.

Ik besliste om me, na mijn opleiding tot chirurg, bijkomend te specialiseren in Intensieve Geneeskunde. Dat kwam me op het nodige scepticisme van sommige collega's te staan. Er zijn immers niet veel chirurgen die nadien intensivist worden. De meeste artsen op Intensieve Zorg zijn van oorsprong anesthesisten – dokters die mensen in slaap brengen – of internisten, die gespecialiseerd zijn in de longen, nieren of het hart. Een collega vroeg aan mijn man wat hij dacht over mijn slaagkansen voor het examen Intensieve Geneeskunde. 'Want met haar technische achtergrond ...' Alsof ik een zevende jaar automechanica of een opleiding tot dakwerker had gevolgd in plaats van acht jaar geneeskunde en nog eens zes jaar chirurgie. Dus slaagde ik voor het

examen en rondde ik de opleiding van twee jaar af in anderhalf jaar. Nadien nam ik mezelf voor om nooit meer zo'n zware uitdaging aan te gaan. Dat examen voor Intensieve Zorg was het moeilijkste dat ik ooit heb afgelegd – met als bijkomende uitdaging dat er hier op dat moment ook twee kleine kinderen in huis rondliepen. 'Nee, mama komt niet naar beneden, mama moet studeren!' 'Wil studeren' was een betere omschrijving geweest. Je doet het jezelf allemaal aan.

'EEN OVERLIJDEN MOET JE BLIJVEN RAKEN'

14 procent. Dat was, voor corona toesloeg, het percentage patiënten dat Intensieve Zorg niet levend verlaat; 14 procent, of meer dan een op de tien patiënten. We kunnen ook stellen dat we bijna negen op de tien mensen die zich in een levensbedreigende situatie bevinden, kunnen redden. Maar mensen zien sterven, hun familieleden moeten vertellen dat het voorbij is, dat we nog even hoop hadden, dat de patiënt samen met ons gevochten heeft, maar dat de kracht van de ziekte, het trauma, de bacterie, het virus, te sterk was ... dat wordt nooit, maar dan ook nooit routine. Anders ben je geen mens.

Als intensivist raak je langzaam maar zeker gewend aan dergelijke emotionele en schrijnende situaties. Maar daar moet je ook een beetje

**“ALS DE ONVERWACHTE
DOOD VAN EEN KIND JE
NIET MEER RAAKT, DAN ZIT
JE MET EEN PROBLEEM.”**

voor opletten: je moet altijd raakbaar blijven. Als de onverwachte dood van een kind je niet meer raakt, dan zit je met een probleem. In de medische wereld noemen we dat depersonalisatie: je beseft niet meer dat de

patiënt die voor je ligt ook een mens is. Zo'n emotionele dissociatie is erg gevaarlijk en maakt dat je eigenlijk ongeschikt bent geworden voor deze job. Je kunt niet meer goed functioneren, want je zou nonchalant kunnen worden of ondoordachte beslissingen kunnen nemen: wanneer je in dat stadium zit, verkeer je in een soort waan van onverschilligheid. En dat komt de patiënt niet ten goede. Dus, het is normaal dat je gewend raakt aan de job, maar tegelijkertijd mag wat je hier ziet nooit 'gewoon' worden. Je moet jezelf bewust blijven van wat er gaande is.

Maar hoe zorg je er dan voor dat je al die overlijdens niet mee naar huis neemt? De context is allesbepalend. Een patiënt met een uitbehandelde kanker, van wie je weet dat je alles hebt geprobeerd maar dat er geen beterschap meer komt, is nooit leuk, maar in zekere zin kun je daar wel vrede mee nemen. Vooral als de familieleden en patiënten tot dezelfde conclusie zijn gekomen. Vele patiënten zijn klaar om te sterven. 'Zeg dokter, weet u wat ik allemaal heb moeten doorstaan? Laat het zo, alsjeblieft', zeggen ze me dan. Zij willen niet langer afzien. Een dergelijk overlijden van dichtbij meemaken, is niet noodzakelijk traumatiserend. Het is genoeg geweest, het kan niet anders zijn. Iedereen heeft zijn best gedaan. Maar trop is te veel. Soms krijgen we pralines. Of zelfgebakken koekjes. Van familieleden van een overleden patiënt. Omdat ze gezien hebben wat de verpleegkundigen, artsen en alle leden van het team gedaan hebben voor hun vader, moeder, broer of zus, zoon of dochter. Omdat ze dankbaar zijn voor alle gesprekken die we met hen hebben gevoerd. Omdat we begrip hadden voor hun verdriet, hun kwaadheid soms. Heel soms gaat het mis tussen de familie en ons. Maar echt vechten doen we zelden. En we kennen allemaal het rechtstreekse nummer van de veiligheidsdiensten. Vaak komen agressieve familieleden zich achteraf verontschuldigen, omdat ze hebben ingezien dat ze hun enorme emoties en verdriet op ons afreageerden. Op dat moment waren ze niet meer zichzelf. IZ, een zaal vol emoties.

Het is niet omdat we in ons universitair ziekenhuis veel mogelijkheden hebben – een overvloed aan hoogtechnologische machines, sterke antibiotica en andere medicatie, veel knappe koppen en handige handen – dat we al die wapens altijd allemaal moeten inzetten. Soms moeten we beslissen de toestellen niet meer op te starten, of ze net af te sluiten. Dat vind ik persoonlijk een heel moedige aanpak. We kunnen ook wachten tot de natuur het klusje helemaal geklaard heeft. Tot de schimmels de patiënt al helemaal ingenomen hebben, wachtend op het finale moment. Tot onder de lakens bij het bezoeken de lijklekken op de ledematen al doorschijnen. Een lichaam tot het uiterste drijven, wanneer alle hoop verloren is. Terwijl we niet weten wat er in het hoofd van een comateuze patiënt omgaat. Verschrikkelijk vind ik dat. Maar het wettelijke kader maakt een humane aanpak moeilijk en vraagt een subtiele houding. Er is geen wetgeving die een actieve levensbeëindiging toelaat, wanneer de persoon zelf niet meer in staat is om daarover te beslissen. Dus zelfs wanneer de situatie hopeloos is, de hele staf het daarover eens is en ook de familie – ondanks al hun verdriet – bevestigt dat de patiënt nooit een leven als plant zou aanvaarden, hebben we geen bescherming van de wet om te doen wat we denken dat we moeten doen. Er zijn al artsen in de gevangenis beland, omdat ze oprecht in het belang van de patiënt gehandeld hebben. Vaak door de tussenkomst van mensen die de situatie helemaal niet van dichtbij meegemaakt hebben, of om bijvoorbeeld politieke redenen. Vreselijk. Op zulke momenten als arts en team de rug rechten, dat vereist echte kracht.

Onze eerste opdracht is echter handelen in het belang van de patiënt. Heel vaak zijn de patiënten niet meer bij bewustzijn en speelt de familie een grote rol in het laten gaan. Vaak hebben familieleden het sneller door dan wij, artsen en verpleegkundigen, dat het niet meer zal lukken. Dat de patiënt 'op' is. Vanuit onze ambitie en wil om te