

WEG MET TEGENSTELLING PALLIATIEVE ZORG-EUTHANASIE

Morgen past **MARC COSYNS** euthanasie toe bij een patiënt zonder raadpleging van een andere arts en zonder aangifte. Daarmee overtreedt hij de wet, maar Cosyns beschouwt euthanasie dan ook als 'een medische handeling die geen extra administratieve en regelgevende poespas nodig heeft'.

Ruimte voor het goede sterven

Een patiënte lijdt aan een uitgezaaide lymfekanker. De laatste reeks chemo's had alleen resultaat op de 'tumormarkers'. Zij verkoos verdere comforttherapie thuis. De drie voorspelde maanden werden er nog negen van intense vreugde, verdriet en humor. Geleidelijk aan kon ze het bed niet meer verlaten. Ze eet nu niet meer, het drinken lukt nog. De bedpan wordt onmogelijk omdat ze de kracht niet meer heeft om zich enigszins mee te geven en omdat iedere beweging pijn doet. Zelfs met de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorg die daar zo bedreven in is, lukt het niet meer. Een broekluier heeft ze nooit gewild, maar ze aanvaardt hem nu toch sinds twee dagen. De pijnbestrijding is niet optimaal, maar verhoging van de dosis versuft haar te veel.

Morgen pas ik een euthanasie toe bij haar. Ze voldoet aan alle voorwaarden van de wet. In overleg met de patiënte zal ik geen aangifte doen bij de federale controle- en evaluatiecommissie voor euthanasie. Ik raadpleegde ook geen 'andere arts'. De patiënte kiest niet voor een 'terminale sedatie' en niet voor een 'versterven': dat zijn twee andere mogelijke beslissingen in het kader van palliatieve zorg, waarbij men ook geen aangifte aan een commissie moet doen, noch een 'andere arts' moet raadplegen.

Vanavond wil deze patiënte bewust afscheid nemen van enkele 'getrouwen' en morgen in het bijzijn van haar twee kinderen en hun partners de 'vredessiroop' drinken om sereen te kunnen sterven. Als het tenminste nog lukt om die 100 milliliter te drinken. Zoniet zal ik haar de barbituraten toedienen via een inspuiting. Hoe dit allemaal zal verlopen, is met de patiënte en de kinderen besproken. De palliatief verpleegkundige zal er ondersteunend bij zijn. En mocht ze het deze nacht te moeilijk krijgen zijn we gsm-bereikbaar.

Ik zal op het statistische luik van de overlijdensaangifte vermelden hoe de patiënte gestorven is (wat voorlopig niet nodig is gezien overlijdensstatistiek alleen geïnteresseerd zijn in de oorzaken van het overlijden om het 'verloren aantal te verwachten levensjaren' te kunnen inschatten). Mijn behandeling, op haar verzoek en in overleg met haar belanghebbenden, zal waarschijnlijk twee tot drie dagen van coma verhinderd hebben. Haar keuze om thuis te blijven zonder verdere hardnekkige therapieën zal haar leven waarschijnlijk zes maanden verlengd hebben. Haar rookgewoonten zullen waarschijnlijk tien jaar haar leven verkort hebben. De (milieu?) oorzaak van haar kanker zal een onbekende blijven.

Het gebruik van barbituraten, het terminaal sederen en het versterven zijn drie mogelijke en evenwaardige beslissingen in de stervensbegeleiding. Evenwaardig. Een (therapeutisch) volhouden tegen beter weten in, kan een vierde mogelijkheid zijn. Alles hangt af van de palliatieve zorg waarin de wens van en het overleg met de patiënt en zijn of haar familie centraal staan.

In de aanloop naar de verkiezingen werden memoranda geschreven, ook over palliatieve zorg en het levenseinde. Terwijl Rik Torfs de petitie ondertekende dat therapeutische hardnekkigheid niet mag, schrijft hij in zijn column (*DS 31 mei*) dat hij eigenlijk wel 'voor die hardnekkigheid is', omdat hij van hardnekkige mensen houdt.

Ik ben ook voor hardnekkigheid waar ik blij ijveren om de wetten betreffende euthanasie en palliatieve zorg te bedden in de wet op de rechten van de patiënt, inclusief stervensbegeleiding. Waalse collega's onderschrijven deze opvatting. Zij doen nauwelijks aangiften bij de euthanasiecommissie, omdat ze in de relatie tussen arts en patiënt euthanasie beschouwen als een medische handeling die geen extra administratieve en regelgevende poespas nodig heeft. Dat blijkt uit het voorbereidende onderzoek dat U Gent en ULB verrichtten in afwachting van een grootschalig interuniversitair levenseindeonderzoek bij de volgende regeerperiode. Om juridische problemen te vermijden, gebruiken die artsen hoge dosissen morfine in plaats van barbituraten. Herman Nys stelt in een column van het weekblad *De Huisarts* van 24 mei dat de Nederlandse euthanasiewet een soort van relict wordt die ooit door een staatssecretaris voor Administratieve Vereenvoudiging zal worden opgeheven, met hetzelfde resultaat



in België. Hij schrijft dit naar aanleiding van de daling van de euthanasiecijfers in Nederland en de stijging van de aantallen 'palliatieve sedatie'. Ook in Nederland is er bij palliatieve sedatie geen 'rompslomp'.

In de chronische zorg is een palliatieve benadering met alle dimensies (fysiek-psychisch-sociaal-filosofisch-ethisch-spiritueel) altijd noodzakelijk. Zoals de kraamzorg na een bevalling, is de rouwzorg na een overlijden fundamenteel belangrijk. Zelfs al is het maar even langs lopen als arts of verpleegkundige in de dagen na de begrafenis of crematie. Ook dat is palliatieve zorg, wat de levenseindebeslissing van de overledene ook geweest is. Luisteren naar wat de beleving achteraf is, openstaan voor de gedachten rond het eigen toekomstige sterven. We doceren en trainen dit in de basisopleiding van artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Hoe we als zorgverleners interdisciplinair kunnen en moeten werken, samen voor en met de patiënt en zijn naasten, om naar de beste levenseindebeslissingen te kunnen evolueren, voor hen.

De oneigenlijke tegenstelling tussen euthanasie en palliatieve zorg is het gevolg van een historische ontwikkeling waarbij de strijd tussen katholieken en vrijzinnigen primeerde op een therapeutisch totaalconcept in functie van de stervende patiënt. Wanneer we levenseindebeslissingen blijven loskoppelen van palliatieve terminale zorg, zullen het taboe en de controverse rond het sterven blijven. Ik hoop dat men in de volgende regeerperiode de moed heeft om alle wetten die handelen over sterven en rouw, in harmonie te brengen binnen de patiëntenrechten. Wij zullen onze studenten in die geest verder opleiden zodat hun begeleiding van stervenden zorgt voor een goede dood voor elk van ons.

Marc Cosyns is huisarts en verbonden aan de Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg van Universiteit Gent.

ONLINE
www.leif.be

REACTIES

Wim Distelmans, hoogleraar Palliatieve Geneeskunde VUB:

Het is inderdaad eigenaardig dat je voor euthanasie wel een aangifte moet doen, en voor andere vormen van medisch begeleid overlijden niet. Maar dat wil niet zeggen dat we de regels over euthanasie moeten afschaffen. Dan komt euthanasie weer in de schemerzone terecht, met stiekem gedrag zoals vroeger, soms zelfs zonder de patiënt te raadplegen. Andere artsen zullen niet meer durven, want ze riskeren rechtstreeks met het parket te maken te krijgen als er een klacht komt, in plaats van met de commissie die nu over euthanasie waakt. Ik hou ook niet van ingewikkelde procedures, maar we hebben een maatschappelijke toetsing nodig voor alle beslissingen over het levenseinde. Je kan euthanasie niet zomaar in het patiëntenrecht toelaten. Het is maar dan correct dat de euthanasiewet de opinie van een tweede arts vereist, net als voor andere gevoelige medische beslissingen. Zo wordt de patiënt beschermd tegen mogelijk fouten van de arts.

Herman Nys, hoogleraar medisch recht aan de KU Leuven:

De euthanasiewet is zo lek als een zeef. Het is heel onwaarschijnlijk dat Cosyns vervolgd wordt, want er is geen controle mogelijk. Niemand kan nagaan of er aan de voorwaarden is voldaan. De wet is aan het verdampen en daarom moet de pakkans verhoogd worden. Het taboe rond euthanasie moet blijven bestaan. We hebben het hier over het opzettelijk beëindigen van een menselijk leven. Dat kun je niet gelijkstellen met normaal medisch handelen. Als Cosyns zijn zin krijgt en euthanasie gewoon wordt opgenomen binnen de patiëntenrechten, dan vindt euthanasie plaats zonder wettelijke voorwaarden. De arts is dan verplicht een verzoek in te willigen. Nu heeft een patiënt enkel het recht om euthanasie aan te vragen. Dat is nog iets heel anders dan een recht op euthanasie. Dat laatste is in strijd met internationale wetgeving, met het recht op leven. Dan heeft de arts geen keuze meer en is het uitvoeren van euthanasie even

ingeburgerd als het uitvoeren van een beenamputatie.

Arsène Mullie, specialist palliatieve zorgen, AZ St-Jan Brugge:

De wet op de patiëntenrechten heeft een groter hart dan de euthanasiewet, daar geef ik Cosyns gelijk in. In de euthanasiewet primeren de juridische aspecten vaak op de ethische. De nadruk ligt te weinig op het belang van de patiënt en te veel op de gestelde voorwaarden, zoals meerderjarigheid. Toch heeft de 'administratieve rompslomp' die Cosyns aanklaagt, ook voordelen. Een voorbeeld: een man die niet terminaal ziek was, diende een verzoek in om euthanasie. Daarvoor geldt een wachtperiode van ongeveer één maand. De wet vereist dat de arts nog twee andere artsen raadpleegt, vaak een psychiater. Tijdens die maand veranderde de patiënt van gedachte. Euthanasie is een enorm ingrijpend fenomeen, het proces van wikken en wegen is essentieel. Daarom kan een ingewikkelde wetgeving de patiënt vaak juist beschermen.