

INLEIDING

Op 22 juni '02 werd de wet betreffende euthanasie in het staatsblad gepubliceerd.

Aan het Ethisch Comité werd gevraagd een visie te formuleren om, na overleg met het Beheer, een "beleidsverklaring" op te stellen die als praktische leidraad aangaande de zorg voor een menswaardig levenseinde kan gelden in het St. Elisabeth ziekenhuis.

Bij het behandelen van het euthanasievraagstuk dient onderscheid te worden gemaakt tussen het zuiver ethische probleem (de morele verantwoording van het euthanaserend handelen) enerzijds, en de thans geldende wetgeving anderzijds. Juridische en ethische normen vallen immers niet steeds samen. Ethische normen willen gevoelig maken voor waarden die de mens tot grotere menswaardigheid leiden en dienen in de toepassingspraktijk van de wet steeds in acht te worden genomen.

Omtrent de vraag of het euthanaserend handelen moreel aanvaardbaar is en op ethisch vlak kan worden verantwoord blijken er echter duidelijke meningsverschillen te bestaan, en dit zowel in de lange discussies die de wet voorafgingen, als thans bij de interpretatie en praktische implementering ervan (zoals telkens tot uiting komt in de symposia, debat-avonden ... enzovoort, omtrent dit onderwerp). Voor de enen is euthanasie in beginsel moreel onaanvaardbaar omdat het een aanslag is op de onaantastbare waarde van andermans leven en een weigering is om het leven tot het uiterste te beschermen; voor de anderen is euthanasie op moreel gebied verantwoord op grond van een uitzichtloze situatie van ondraaglijk lijden enerzijds en van het elementaire recht van de patiënt op autonomie en zelfbeschikking anderzijds. Tenslotte zijn er degenen die menen dat euthanasie op ethisch vlak uitzonderlijk kan worden gerechtvaardigd, in heel bepaalde grenssituaties, waarbij de beslissing om tot euthanasie over te gaan op expliciete wijze een ethische beoordeling moet inhouden.

Om een zo ruim mogelijk aanvaardbaar standpunt te kunnen formuleren, zal dus een evenwicht dienen gezocht te worden tussen de principes van het onaantastbare recht op en bescherming van het menswaardig leven, de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, en de plicht van de arts om het lijden van de patiënt te lenigen, dit alles met respect voor éénieders levensbeschouwing en inachtneming van de medisch-verpleegkundige toetsing en de therapeutische vrijheid en rechtszekerheid van de arts. Aldus hopen we te komen tot een pluralistische beleidsverklaring in overeenstemming met de christelijke visie van het ziekenhuis.

BRONNEN

In deze tekst hebben we ons laten leiden door informatie en standpunten uit verschillende bronnen waaronder :

- Visie-tekst van de Ethische Commissie van Caritas Catholica en het VVI.
- Adviezen van het Raadgevend Comité van Bio-ethiek.
- Verschillende symposia, onder meer betreffende de voorafgaande wilsverklaring; juridische en praktische aspecten van de euthanasiewet; palliatieve zorg; ethiek in de kliniek.
- Studie verschenen in de Lancet omtrent het levensbeëindigend handelen in Vlaanderen.
- Opiniestukken verschenen in de pers en media.
- Schriftelijke enquête verricht bij onze ziekenhuisartsen
- "Gesprekken in de wandelgangen" met vertegenwoordigers van andere ethische comités.
- Vergaderingen met het palliatief supportteam van ons ziekenhuis.
- Standpunten van de Federatie Palliatieve Zorg van Vlaanderen.
- Hoorzittingen omtrent het euthanasiedebat in de senaat.
- "Spanningsveld tussen euthanasie en palliatieve zorg", Prof. Distelmans.

DE EUTHANASIEWET

Deze wet behandelt enkel de euthanasie, waaronder wordt verstaan "het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek".

Opmerkingen :

- I. De wet behelst in essentie meerderjarige wilsbekwame patiënten die zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden van aanhoudend en ondraaglijk fysisch of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. De ziekte kan zowel terminaal als niet terminaal zijn. Bij wilsonbekwame patiënten dient een voorafgaande wilsverklaring voor handen te zijn om in aanmerking te komen.

Het euthanasieverzoek kan enkel van de patiënt uitgaan en heeft geen dwingende waarde : geen arts kan gedwongen worden euthanasie toe te passen; niemand kan gedwongen worden aan euthanasie mee te helpen.

Volgens de wet blijft euthanasie in de strafwet, doch enkel indien men aan een aantal strikt geregelde voorwaarden en procedures voldoet, begaat men geen misdrijf. Hiervoor bestaat er een controle “a posteriori”, door middel van een evaluatieformulier (zie bijlage) dat binnen de 4 dagen aan een federale evaluatiecommissie dient bezorgd te worden.

- II. In feite vormt “actieve euthanasie” slechts een kleine minderheid van de “handelwijzen van artsen rond het levenseinde van hun patiënten” (HALP). Hierin kunnen onderscheiden worden :
1. Staken of niet opstarten van een medisch zinloze behandeling met potentieel levensverlengend effect, al dan niet op verzoek van de patiënt : dit wordt aanzien als afstand doen van therapeutische hardnekkigheid en beschouwd als correct medisch handelen.
 2. Hulp bij zelfdoding.
 3. Intensiveren van pijn- en/of symptoombestrijding : het toedienen van middelen met een potentieel levensverkortend effect, al dan niet op verzoek van de patiënt, om het lijden te verlichten en waardoor als neveneffect het leven mogelijk wordt verkort, als bijwerking door de dwingende noodzaak de pijn te bestrijden. Een verkorting van het leven is niet het middel om de pijn te bestrijden, maar is er een gevolg van. Hetzelfde kan gezegd worden bij het opdrijven van sedativa waardoor het psychisch lijden tijdens de laatste fase niet meer bewust wordt meegemaakt (de zogenaamde palliatieve sedatie).
Het probleem is echter dat deze pijnstillende- of kalmeermiddelen ook kunnen aangewend worden om het leven opzettelijk te beëindigen en niet zozeer om de pijn te bestrijden.
 4. Levensbeëindigend handelen zonder verzoek van de patiënt : toedienen van middelen met het uitdrukkelijk doel het levenseinde van de patiënt te bespoedigen zonder diens verzoek. De grens tussen pijncontrole tijdens de doodstrijd en opzettelijk levensbeëindigend handelen zonder verzoek (zie 3 en 4) is zeer wazig en wordt de schemerzone genoemd. Hier beschikken de geneesheren over een niet te controleren bevoegdheid om patiënten te begeleiden naar een menswaardig einde toe. Het is achteraf dikwijls moeilijk te controleren wat de exacte intentie van de arts is geweest. De intentie tot deze vierde handelwijze gebeurt vaak éézijdig door geneesheren of ook op vraag van de familie. Hier ontbreekt in feite elke wettelijke procedure.
 5. Euthanasie, zoals in de huidige wet behandeld.

Uit de studie in de Lancet omtrent 1925 onderzochte sterfgevallen in huisartsenpraktijken in Vlaanderen, blijkt dat in 40% der gevallen één van deze HALP's werd toegepast, waaronder in 4,4% der gevallen medisch geassisteerde levensbeëindiging : 1,1% euthanasie; 3,2% levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek; 0,1% hulp bij zelfdoding; niet instellen of staken van behandeling 16,4%; intensiveren pijnbestrijding 18,5%.

Voor de meerderheid van de gevallen van levensbeëindigend handelen bestaat er dus zelfs na de euthanasiewet geen wettelijke regeling en kan de arts hierdoor in een juridisch onzekere situatie terecht komen of in conflict met de naastbestaanden.

PALLIATIEVE FILTER

Een belangrijk punt van kritiek op de euthanasiewet is het ontbreken van een palliatieve filter. Er bestaat geen garantie dat terminale patiënten de nodige palliatieve zorg zullen krijgen. De mogelijkheid van palliatieve zorg wordt in de wet slechts terloops vermeld (artikel 3 paragraaf 2, ten 1^{ste}). Door de federatie Palliatieve Zorg van Vlaanderen was nochtans aangedrongen om dergelijke palliatieve filter in te bouwen daar het bekend is dat goede palliatieve zorg een adequaat antwoord kan bieden op vragen en noden van patiënt en de euthanasievraag in vele gevallen doet verdwijnen. Recent is trouwens de wet op de palliatieve zorg in werking getreden op 5 november '02 waardoor een kader en de middelen worden verstrekt om palliatieve zorgteams verder uit te bouwen.

Het Ethisch Comité is unaniem dat een goed uitgebouwd palliatief team dient te worden ingeschakeld bij elke euthanasievraag, om de verschillende mogelijkheden met de patiënt te bespreken en desgevallend praktisch uit te voeren. Hierbij is de palliatieve filterprocedure een belangrijke ethische meerwaarde aan de zorg voor de patiënt bij het levenseinde. Zo kan onderzocht worden of men niet te maken heeft met een oneigenlijke vraag naar euthanasie.

Bij de palliatieve filterprocedure zal de arts :

- Op basis van het medisch dossier van de zieke de concrete mogelijkheden van de palliatieve zorgverlening en de gevolgen daarvan grondig overleggen met het palliatief suportteam.
- De zieke volledig inlichten over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand en over de verschillende bestaande mogelijkheden van palliatieve zorg en de gevolgen daarvan.
- Zich ervan vergewissen dat de zieke de mogelijkheid is geboden om over zijn verzoek tot euthanasie, met alle personen van zijn keuze, o.a. het verplegend team waarmee de zieke geregeld contact heeft, te spreken.
- Met het verplegend team over het euthanasieverzoek en de toestand van de zieke uitvoerig overleggen.
- Als de zieke het wenst, het euthanasieverzoek van de zieke bespreken met de naaste die hij aanwijst.
- De naaste van de zieke ondersteunen.

Palliatieve sedatie

Onder palliatieve sedatie verstaat men een weloverwogen bewustzijnsverlaging tot het niveau dat vereist is om één of meerdere refractaire symptomen te verlichten, meer bepaald wanneer het voor alle betrokkenen duidelijk is dat de zieke in het aanschijn van de dood staat.

Een aanzienlijk aantal terminale patiënten blijkt sedatie nodig te hebben om een aantal weerbarstige symptomen onder controle te krijgen ondanks vooruitgang in de palliatieve geneeskunde. Deze procedure van palliatieve sedatie wordt dus enkel uitgevoerd wanneer er een refractair symptoom is waardoor de zieke ernstig lijdt en waardig sterven niet mogelijk is. Aldus wordt palliatieve sedatie niet opgevat als een vorm van euthanasie daar de intentie van de handeling verschilt. Anderen merken evenwel op dat de consequentie in feite dezelfde is (namelijk menswaardige levensbeëindiging) en dat artsen, die om ideologische redenen geen euthanasie willen toepassen, alzo toch in staat worden gesteld om in de praktijk levensbeëindigend te handelen.

Als de vraag naar euthanasie aanhoudt

Uit studies blijkt dat verlies van waardigheid de meest voorkomende aanleiding is voor de vraag tot euthanasie door de patiënten (57%), naast pijn (46%), zinloze doodstrijd (46%), afhankelijkheid van anderen (33%). Slechts in 10% wordt pijn als enige reden voor de euthanasievraag vermeld. De inschatting van de ondraagelijkheid van het lijden is een subjectieve evaluatie en berust dus in grote mate ook op een context van psychisch lijden door hopeloosheid, verlies van waardigheid en controle, uitzichtloosheid, teweeg gebracht door de aftakeling ten gevolge van de ongeneeslijke ziekte.

Zelfs adequate palliatieve zorg kan hier in een aantal gevallen het lijden onvoldoende lenigen ondanks adequate symptoomcontrole.

Als na uitgebreide palliatieve totaalzorg bij deze terminale patiënten de vraag naar euthanasie blijft bestaan en als aan alle juridische voorwaarden voor euthanasie voldaan is, moet aan deze vraag kunnen voldaan worden. De arts en het hulpverlenend team beseffen hierbij dat de vraag naar euthanasie een vraag is naar het einde van het lijden en dienen hierbij de autonomie van de patiënt te respecteren. Hierbij respecteert men ook de gewetensbeslissing van de arts en van de leden van het hulpverlenend team om tot euthanasie over te gaan, ervan uitgaande dat de arts vertrekt van de keuze voor het meest menselijk mogelijke. Uiteraard moet aan alle voorwaarden die in de wet beschreven staan voldaan worden.

PATIËNTENPROFIELEN

1. Terminale patiënten

Het Ethisch Comité is van oordeel dat onder bovengenoemde voorwaarden, o.a. van palliatieve filter, euthanasie aanvaardbaar is in geval van vrijwillig overwogen en herhaald verzoek van de patiënt die zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van ondraagelijk en niet te lenigen lijden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Een eventueel voorstel tot palliatieve sedatie als alternatief moet met de patiënt in de mate van het mogelijke besproken worden. Verder heeft de patiënt het recht om “palliatieve hardnekkigheid” te weigeren.

2. Niet-terminale patiënten

Het Ethisch Comité is van oordeel dat de impact van euthanasie bij niet-terminale zieken te onevenredig groot is om zonder meer als ethisch geoorloofde praktijk te kunnen worden beschouwd, hoewel juridisch wel de mogelijkheid bestaat. Wel dient aangestipt dat het onderscheid tussen terminaal en niet-terminaal dikwijls vaag is en niet steeds gemakkelijk te definiëren. Ook is bij niet-terminale patiënten

de “uitzichtloosheid van het lijden” het meest voor discussie vatbaar gezien de evolutie van de gezondheidszorg in sommige domeinen.

Volgens sommigen gaat het hier eerder om hulp bij zelfdoding, wat in de euthanasiewet niet besproken wordt (in tegenstelling tot de Nederlandse wet).

In de praktijk blijkt dat slechts weinig artsen bereid zijn om mee te werken aan euthanasie bij niet-terminalen.

Het Ethisch Comité is van oordeel dat hier een zeer restrictieve houding dient te worden aangenomen, mede om eventuele verwijzingen van buiten het ziekenhuis te voorkomen.

3. Louter psychisch lijden

Het Ethisch Comité wenst de vraag naar euthanasie bij louter psychisch lijden, dat niet zijn oorzaak vindt in een ongeneeslijke ziekte, niet in overweging te nemen. Inderdaad, de verschillende voorwaarden van uitzichtloze toestand, ondraagelijk en niet te lenigen lijden zijn hier onmogelijk te objectiveren. Bovendien kan de vraag gesteld worden in hoeverre het verzoek van een patiënt met bijvoorbeeld zware depressie of schizofrenie weloverwogen is en of deze patiënt volledig wilsbekwaam is. Ook zogenaamde existentiële noden zoals “levensmoeheid” komen niet in aanmerking.

4. Wilsonbekwamen met voorafgaande wilsverklaring

In feite gaat het hier om patiënten in permanente vegetatieve toestand die in het verleden een wilsverklaring tot euthanasie hebben neergeschreven, voor het geval ze in deze toestand van bewusteloosheid die volgens de stand van de medische wetenschap onomkeerbaar is, zouden terecht komen.

De wilsverklaring is in deze wet dus zeer beperkend opgevat. Bovendien is het model voor de wilsverklaring nog niet vastgesteld bij KB zodat deze situatie eigenlijk nog niet van toepassing is. In elk geval is het Ethisch Comité van oordeel dat we in deze gevallen zeker ook restrictief dienen te zijn; de meest aangewezen houding bestaat hier in het niet verderzetten of afbouwen van medisch zinloos geachte therapie. Uiteraard is het ethisch zonder meer onaanvaardbaar om opzettelijk het leven te beëindigen van wilsonbekwame personen die nooit een voorafgaande wilsverklaring hebben opgesteld.

5. Noodgevallen

Wanneer het hulpverlenend team onverwacht geconfronteerd wordt met een zieke in extreme nood waarbij onmiddellijk ingrijpende beslissingen moeten genomen worden zonder de gebruikelijke besluitvormingen, spreekt men over noodgevallen, zoals bijvoorbeeld uiterst pijnlijke brandwonden na een brand of zwaar verkeersongeval, waarbij het slachtoffer zich in een uitzichtloze toestand bevindt en in feite niet meer kan geholpen worden. Als de arts zonder verzoek het leven beëindigt van een zieke in deze hachelijke toestand kan hij eigenlijk vervolgd worden. Ethisch kan deze beslissing rond het levenseinde wel verantwoord worden indien het de intentie van de arts is de patiënt op een comfortabele manier te laten sterven.

BESLUIT

Met deze tekst heeft het Ethisch Comité een aanzet willen geven om het debat rond euthanasie in het St. Elisabeth ziekenhuis op gang te trekken om zo snel mogelijk een éénduidige visie met bijbehorende procedure te kunnen voorleggen aan alle betrokken ziekenhuismedewerkers en de huisartsen.

Verder lijkt het ons wenselijk dat een euthanasiedossier voor alle artsen ter beschikking wordt gesteld waarin o.a. volgende documenten thuishoren : de wettekst zoals gepubliceerd in het staatsblad van 22.06.02; het registratiedocument voor euthanasie; visie- en standaardprocedures te hanteren binnen het St. Elisabeth ziekenhuis; centrale registratie in het euthanasiedossier van elk overleg tussen medici, paramedici en andere betrokkenen.