

# Doctor says no

Artsenkrant - 26/11/19 om 12:00



**Dr. Gert Huysmans**

*Voorzitter vzw Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen*

**Toen in 2002 de wet op euthanasie tot stand kwam, werd zowel de begeleiding van het traject na een euthanasievraag, de uitvoering en de nazorg aan de gezondheidszorg en aan de artsen toevertrouwd. De kerngedachte van de wet is dat de zieke zijn lijden als ondraaglijk ervaart en van daaruit zijn euthanasievraag stelt, maar dat de arts en bij uitbreiding het hulpverlenend team, evalueert of dit de beste manier is om dit lijden te lenigen, of alle mogelijke en redelijke zorg verleend is.**



© belga

Euthanasie blijft hierbij een laatste redmiddel, de nooduitgang als alle andere haalbare opties gefaald hebben, een vorm van 'mededogen' of 'barmhartigheid' als het lijden zo groot is geworden dat het leven zelf onleefbaar wordt.

Artsen en hulpverleners met openheid naar euthanasie ervaren de uitvoering ervan niet als een breekpunt in hun zorgrelatie of als het falen ervan, maar als een continuüm, een aanvaardbaar eindpunt waar alle beschikbare zorg niet in staat bleek het lijden van een zieke voldoende te verlichten. De uiteindelijke uitvoering komt zo tot stand na een pad van overleg en communicatie waarbij uiteraard de zieke en zijn omgeving centraal staan, maar waar de hulpverlener de gelegenheid had om vanuit een evenwichtige zorgrelatie de vraag af te wegen tegenover eventueel resterende zorgopties. In wezen is de zorgethiek van hulpverleners eenvoudig: niet schaden, het goede doen. Voor een arts die een euthanasie uitvoert, is er dan de innerlijke en professionele overtuiging dat ook dit, bij deze zieke, met deze aandoening en in deze omstandigheid het 'goede' doen is.

In de realiteit van vandaag is het vaak al niet eenvoudig om als betrokken hulpverlener voldoende ruimte en sereniteit te verkrijgen om een beslissing zorgvuldig, overlegd en uitgebalanceerd tot stand te laten komen. Soms wordt euthanasie als 'recht' opgeëist, wordt tijd en reflectie ontzegd en ervaart de betrokken hulpverlener nauwelijks nog wederkerigheid in de communicatie, maar veeleer druk en een benauwend tunnelzicht dat de zorgverlener-patiëntrelatie flink kan compromitteren.

Recent laait de discussie rond de uitbreiding van de euthanasiewet weer op: euthanasie bij 'voltooid' leven of bij gevorderde dementie.

### Als je als arts in een legalistische invulling gedwongen wordt,...

Euthanasie bij voltooid leven, wat dat dan ook moge zijn, is de ultieme erkenning van het zelfbeschikkingsrecht: ik vind dat ik niets meer van het leven te verwachten heb en wil dat mijn leven beëindigd wordt. Legalisering hiervan is om meerdere redenen problematisch en alleszins inhoudelijk hoogst vermetel. Want ofwel bouw je bijkomende voorwaarden in, in een poging om ondoordachte, impulsieve beslissingen te voorkomen en al te kwetsbare mensen te beschermen. Maar dan doe je allicht afbreuk aan het nagestreefde zelfbeschikkingsrecht. Ofwel doe je dat niet. Maar de maatschappelijke effecten van dit laatste zijn nauwelijks te overzien. Maar meer fundamenteel: past een eventuele euthanasie-uitvoering bij voltooid leven nog wel binnen de gezondheidszorg? Is dat nog wel een opdracht voor artsen? Zij zullen ongetwijfeld in een onhoudbare spreidstand terecht komen tussen de vraag enerzijds en de eigen zorgethiek anderzijds en hebben noch persoonlijk, noch professioneel iets toe te voegen wat ook maar enigszins van meerwaarde is in zo'n traject.

...op basis van een voorafgaande wilsverklaring tot een euthanasie-uitvoering op een vastgesteld tijdstip, dan is dit niet meer in overeenstemming met de eigen zorgethiek

Ook euthanasie bij gevorderde wilsonbekwaamheid wordt nog een heikele onderneming. De huidige wettelijke regeling is nog beperkt tot een toestand van onomkeerbaar bewustzijnsverlies. Meer en meer stemmen ondersteunen een simpele uitbreiding van de positieve wilsverklaring naar een toestand van verworven en onomkeerbare wilsonbekwaamheid waarin men dan ook gevorderde dementie zou kunnen meenemen.

Nu is de kwaliteit van de huidige wilsverklaringen niet bepaald indrukwekkend. Vaak zijn ze met onvoldoende informatie en slecht begeleid tot stand gekomen, met alle foute verwachtingen van dien. Iedereen die met levenseindezorg aan de slag is ervaart dit nagenoeg dagelijks. Maar er is meer. In Nederland, waar euthanasie bij wilsonbekwame personen met dementie mogelijk is, komt het nauwelijks tot uitvoering. Wellicht wordt de noodzaak ervan overschat om een menswaardig levenseinde voor deze groep te garanderen. En nog: ook personen met dementie hebben nog wilsuitingen en deze sporen vaak niet met hoe iemand vooraf het eigen levenseinde had ingeschat. Bij wilsonbekwaamheid is het actuele lijden geen persoonlijke inschatting meer dat de zieke ook kan communiceren, maar moet het op de één of andere manier geobjectiveerd worden te midden van een mijnenveld van subjectieve invulling van lijden door de omgeving en de hulpverlener zelf. Als hulpverlener wil je ook hier een gewogen beslissing, wil je recht doen, niet alleen aan wie iemand was, maar ook aan wie iemand nu is, net omdat de persoon waarover het gaat zo kwetsbaar geworden is. En ten slotte: wat betekent de act van levensbeëindiging bij iemand die op dat ogenblik niet weet wat hem of haar overkomt?

Als je als arts in een legalistische invulling gedwongen wordt tot levenseindebeslissingen waarbij bijvoorbeeld op basis van een voorafgaande wilsverklaring een euthanasie-uitvoering op een vastgesteld tijdstip kan worden opgeëist, haast contractueel vastgelegd, dan valt dat niet meer in overeenstemming te brengen met de eigen zorgethiek. De overtuiging het 'goede' te doen is dan ver weg. Doctor says no.