

Euthanasie

Doc	a094007
Publicatiedatum	17/11/2001
Origine	NR
	Euthanasie
	Huisarts
	Minderjarigen
	Therapeutische hardnekkigheid
Thema's	Zelfdoding
	Kwetsbare personen
	Prognose
	Palliatieve zorg
	Patiëntenrechten

In zijn vergadering van 17 november 2001 besprak de Nationale Raad van de Orde der geneesheren het door de Senaat gestemde wetsontwerp betreffende de euthanasie en vergeleek de tekst met de huidige medische deontologie.

De Nationale Raad heeft altijd veel aandacht gehad voor de problemen van het levenseinde. In 1992 werd het hoofdstuk van de Code van geneeskundige plichtenleer over euthanasie vervangen door een geheel van gedragsregels bij het naderende levenseinde. De Nationale Raad was van mening dat enkel op die wijze een globaal antwoord kon gegeven worden op de vraag van de mens om in zijn laatste levensfase gespaard te blijven van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en om waardig te mogen sterven. Gezien de bij de zieken levende verwachtingen biedt het huidige wetsontwerp geen oplossing voor de overgrote meerderheid van de patiënten die met dit verlangen leven, daar zij buiten het toepassingsgebied van het ontwerp vallen.

In zijn advies van 15 januari 2000 bevestigt de Nationale Raad het in 1992 ingenomen standpunt en stelt o.m. dat een arts, geplaagd voor een conflict van waarden, in eer en geweten kan beslissen tot het aanwenden van adequate middelen om een patiënt waarvan het levenseinde nadert waardig te laten sterven. Het wetsontwerp beperkt de mogelijkheid tot euthanasie niet tot het naderende levenseinde maar voorziet dat dit ook kan bij zieken die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zullen overlijden. De Nationale Raad is van mening dat bij grondig multidisciplinair onderzoek van patiënten met een dergelijke vraag zal blijken dat zij óf niet vakkundig behandeld worden óf onvoldoende geïnformeerd werden óf de vraag enkel stellen vanuit relationele, sociale of economische motieven.

Een recent sterfgevallenonderzoek in Vlaanderen heeft geen gevallen vastgesteld

waarbij de levensverwachting door beslissingen van artsen met maanden werd ingekort. De Nationale Raad weet dat zich uitzonderlijk situaties kunnen voordoen waarnaar in de literatuur verwezen wordt maar het is de vraag of chronische zieken waaronder psychiatrische patiënten en hun naasten gebaat zijn door het suggereren van een oplossing die verwachtingen schept die zelden of nooit zullen ingelost worden.

Wat de in het wetsontwerp voorziene voorwaarden en procedures betreft, merkt de Nationale Raad op dat, naast een reeks met de deontologie strokende bepalingen, enkele markante leemten opvallen.

Zo voorziet het ontwerp dat enkel meerderjarigen euthanasie kunnen vragen. De deontologie heeft altijd voorgestaan dat ook vragen van minderjarigen ernstig moeten onderzocht worden waarbij, natuurlijk in functie van de vraag, de graad van mentale volwassenheid dient beoordeeld te worden. Deze deontologische benadering loopt trouwens parallel met het ook in België geldende Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind.

Opvallend is hoe in het wetsontwerp voorbijgegaan wordt aan de rol van de huisarts. Positief is dat het wetsontwerp een bespreking met het verplegend team oplegt maar de huisarts, die de patiënt en de steunfiguren uit zijn omgeving meestal al jaren kent, moet volgens het ontwerp niet in het overleg betrokken worden. De medische deontologie staat nochtans voor dat de behandelende ziekenhuisarts vóór elke belangrijke beslissing over een patiënt met zijn huisarts moet overleggen. Overigens zou het, om te voorkomen dat een patiënt niet de zorg krijgt die strookt met de geldende wetenschappelijke kennis, goed zijn te voorzien dat de aangezochte arts verplicht wordt het advies in te winnen van een specialist in pijnbestrijding en dat hij te gepasten tijde een deskundige in palliatieve zorg in consult moet vragen tenzij de patiënt dit uitdrukkelijk afwijst.

Om misverstanden te voorkomen acht de Nationale Raad het nuttig erop te wijzen dat de wilsverklaring overeenkomstig artikel 4 van het wetsontwerp, enkel van toepassing is wanneer de patiënt volgens de stand van de wetenschap op onomkeerbare wijze niet meer bij bewustzijn is en dat de wilsverklaring daarentegen niet geldt wanneer de patiënt slechts op irreversibele wijze wilsonbekwaam geworden is. Op een in een wilsverklaring vastgelegd verzoek tot euthanasie bij dementie kan volgens het wetsontwerp niet ingegaan worden.

Tot zijn tevredenheid las de Nationale Raad dat in het wetsontwerp geen dwingende waarde wordt gehecht aan de wilsverklaring. Dit sluit aan bij het standpunt dat de Nationale Raad in zijn adviezen betreffende de Getuigen van Jehovah en de Conceptnota over de Rechten van de Patiënt innam. Daarin wordt gezegd dat artsen ernstig rekening moeten houden met een schriftelijke wilsverklaring, die doorslaggevend kan zijn bij twijfels rond een te nemen beslissing, maar dat zij geen dwingende maar een indicatieve waarde heeft.

Reeds in zijn advies van 15 januari 2000 wees de Nationale Raad erop dat alle a posteriori procedures voor de patiënt minder garanties en voor de arts minder rechtszekerheid bieden dan een wettelijk geregelde voorafgaandelijke beoordeling.

De Nationale Raad vermoedt dat zelden een dossier door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie zal overgemaakt worden aan de procureur des Konings gezien deze beslissing moet genomen worden door een tweederde meerderheid van de

commissie. De Nationale Raad denkt dat de registratiedocumenten als de medische dossiers kunnen in beslag genomen worden door de onderzoeksrechter wanneer deze betrekking hebben op aan de geneesheer ten laste gelegde beschuldigingen. De medische deontologie staat voor dat de arts zich niet tegen deze inbeslagneming kan verzetten. Dit kan de artsen enkel aansporen tot stipte naleving van de wettelijke bepalingen en minutieuze invulling van de documenten.

Uit wat voorafgaat blijkt dat het wetsontwerp slechts voor enkelen van de velen die een waardige dood wensen zal van toepassing zijn. Daarom is het zo belangrijk dat artsen zich gedragen zoals artikel 33 van de Code van geneeskundige plichtenleer voorschrijft. Daarin wordt o.m. gevraagd aan de patiënten tijdig ook een noodlottige prognose mee te delen zodat vóór de terminale fase herhaaldelijk, open en uitvoerig kan gepraat worden over de wijze van sterven. De centrale plaats van de huisarts in de begeleiding van de patiënt in de laatste levensfase kan niet voldoende worden benadrukt en zal enkel toenemen wanneer alle zieken die dit wensen thuis kunnen sterven.