

IS DE VLAAMSE HUISARTS BEREID OM LEGALE EUTHANASIE UIT TE VOEREN?

Kwalitatief onderzoek bij 52 huisartsen

M. SERCU, P. PYPE, T. CHRISTIAENS, M. GRYPDONCK, A. DERESE, M. DEVEUGELE

SAMENVATTING

In 2002 kreeg euthanasie in België een wettelijk en deontologisch kader. Een arts is echter niet verplicht om euthanasie uit te voeren. Hij kan – naast de wettelijke vereisten – extra voorwaarden stellen voor zijn goedkeuring, of het verzoek om euthanasie weigeren op grond van medische bezwaren en/of gewetensbezwaren. Deze kwalitatieve studie gaat na hoe huisartsen in Vlaanderen sinds 2002 met legale euthanasie omgaan en hoe bepalend hierin het engagement is dat van hen verwacht wordt en hun gebrek aan routine.

Dit artikel is een ingekorte vertaling van:

Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? *J Med Ethics* 2012;38:274-80.

Voor referenties, affiliaties en een uitgebreider verslag verwijzen we naar de originele publicatie.

M. Sercu, T. Christiaens en A. Derese zijn huisartsen te Gent en verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent;

P. Pype is huisarts te Gits, EQUIP-arts (European association for quality Improvement in Primary care) van het netwerk palliatieve zorg Midden

West-Vlaanderen en verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent;

M. Grypdonck is verbonden aan de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, UGent;

M. Deveugele is verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent.

Correspondentie: maria.sercu@ugent.be

Belangenconflict: geen

Deze studie verkreeg een onderzoeksbeurs van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Deze studie kreeg goedkeuring van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent.

DANKBETUIGING

We willen graag de 52 huisartsen bedanken voor hun bijdrage aan deze studie en voor de openhartige manier waarop ze hun ervaringen, meningen en twijfels met ons hebben gedeeld.

Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Is de Vlaamse huisarts bereid om legale euthanasie uit te voeren? Kwalitatief onderzoek bij 52 huisartsen. *Huisarts Nu* 2013;42:109-13.

INLEIDING

In 2002 kreeg euthanasie in België een wettelijk en deontologisch kader. De behandelende arts moet er zich van verzekeren dat de patiënt aan alle wettelijke vereisten voldoet en dat hij zelf de wettelijke procedures naleeft (zie kader blz. 110). Hij moet het met de patiënt eens zijn dat het lijden niet verlicht kan worden en dat er geen redelijke alternatieve behandelingen zijn. Een arts is echter niet verplicht om euthanasie uit te voeren. Hij kan – naast de wettelijke vereisten – extra voorwaarden stellen voor zijn goedkeuring, zoals bijkomend advies van een palliatief team. Hij mag het verzoek om euthanasie weigeren op grond van medische bezwaren (de patiënt voldoet niet aan de criteria) en/of gewetensbezwaren. De arts is (voorlopig nog) niet wettelijk verplicht de patiënt door te verwijzen, maar dit wordt deontologisch wel sterk aanbevolen.

Het doel van deze kwalitatieve studie is na te gaan hoe huisartsen in Vlaanderen met legale euthanasie omgaan, en hoe het engagement dat van hen verwacht wordt en hun gebrek aan routine hierin meespelen.

METHODE

Deze studie maakt deel uit van een groot kwalitatief onderzoek naar de interactie- en beslissingsprocessen van huisartsen, thuisverpleegkundigen, mantelzorgers en patiënten die thuis palliatieve zorg krijgen. Vijftig terminaal zieke patiënten werden

gevolgd vanaf het moment dat ze 'terminaal ziek' verklaard werden tot aan hun dood.

In deze studie bespreken we de resultaten van de interviews met de huisartsen die in 2008 zijn afgenomen nadat de patiënt gestorven was. Tijdens deze interviews waren levenseindeprocessen, inclusief euthanasie, een van de hoofdthema's.

RESULTATEN

Karakteristieken van de deelnemende huisartsen

Van de 53 huisartsen weigerde één een interview; 37 van de 52 deelnemers waren mannen. De leeftijd varieerde van 29 tot 82 jaar met een gemiddelde van 51 jaar. De huisartsen voerden gemiddeld 26 jaar praktijk, gaande van 4 tot 47 jaar. 22 huisartsen noemden zichzelf praktiserend rooms-katholiek; 14 zagen zichzelf als aanhanger van de menselijke waarden die in het rooms-katholicisme vervat zitten; 16 gaven aan niet religieus te zijn.

Definitie van euthanasie

Bijna alle huisartsen vereenzelvigden wettelijke euthanasie met het geven van een injectie die het leven van de patiënt, op diens verzoek, onmiddellijk beëindigt. Verschillende huisartsen vonden dat het opdrijven van opioïden en palliatieve sedatie met de (co-)intentie het levenseinde te bespoedigen buiten het kader van wettelijke euthanasie valt.

SAMENVATTING VAN DE BELGISCHE EUTHANASIEWET

Wettelijke voorwaarden voor de patiënt

- Meerderjarig en volledig handelingsbekwaam.
- Herhaald, weloverwogen, geschreven verzoek zonder externe druk.
- Aanhoudend, ondraaglijk, somatisch en/of mentaal lijden als gevolg van een ongeneeslijke en onomkeerbare aandoening.
- Terminale toestand of voorafgaande palliatieve zorg is geen noodzakelijke voorwaarde.

Procedureregels voor de arts

- Zeker zijn dat de patiënt voldoet aan de wettelijke voorwaarden.
- Met de patiënt de (resterende) curatieve en palliatieve behandelingsalternatieven bespreken.
- Een tweede mening vragen van een andere arts en in niet-terminale gevallen zelfs een derde mening.
- Samen met de patiënt overtuigd zijn dat er geen redelijk alternatief is.
- Het verzoek bespreken met de naasten (als de patiënt daarmee akkoord gaat) én met het verpleegteam (als dat aanwezig is).
- Registratiedocument indienen bij de Federale Controle- en Evaluatiecommissie na het overlijden van de patiënt.

Slechts één huisarts definieerde euthanasie in brede zin als eender welke manier van levensbeëindigend handelen (snel of geleidelijk) op verzoek van de patiënt.

Bereidheid om euthanasie uit te voeren

Huisartsen willen het lijden van hun patiënten verlichten en de meesten waren het erover eens dat euthanasie een aanvaardbare optie kan zijn aan het levenseinde.

De bereidheid om deze opdracht op zich te nemen was echter een stuk minder. Ten eerste voelden veel huisartsen een dodelijke injectie aan als een ruwe manier om het leven te beëindigen. Ten tweede werd een arts die een euthanasieverzoek goedkeurt, geacht het ook zelf uit te voeren.

Huisarts, man, 38 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *‘Maar iemand zélf doden, tussen aanhalingstekens, dat is een stap te ver. Maar als dat ook helpen is, als de patiënt het vraagt? Ik zit er zo een beetje mee in de knoop. Ik weet wat ik moet doen en ik kan het doen; ik zal die ader wel vinden en ik weet welke producten. Maar het écht uitvoeren anderzijds, ik weet het niet. Het zijn ook uw patiënten hé.’*

Huisarts, vrouw, 53 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *‘Nu moeten wij het uitvoeren hé. Je mag als arts zelf beslissen of je het wilt doen of niet, maar soms is het ook moeilijk om te weigeren omdat je zo’n band opgebouwd hebt. Om dan te zeggen: ah, dat laatste, dat is niet voor mij weggelegd...’*

Enkele geïnterviewden weigerden principieel euthanasie uit te voeren. Ze vonden een natuurlijke dood nastrevenswaardig. Twee huisartsen schoven een verzoek opzettelijk voor zich uit om zo tijd te winnen tot de patiënt uiteindelijk op een natuurlijke manier stierf. Drie artsen verwezen de patiënt door naar een andere arts. Eén arts zou de patiënt niet doorverwijzen.

Huisarts, vrouw, 38 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *‘Ik denk dat [mijn weerstand] religieus is. Zo van ‘ge moogt niet doden’. Er is al over gediscussieerd in de groepspraktijk; ik ga een verzoek doorgeven aan een collega die geen bezwaar heeft tegen het uitvoeren van euthanasie en ik ga er niet bij zijn, want dan zou ik het zelf doen...’*

Aanvaarden van het euthanasieverzoek (of niet)

Het al dan niet aanvaarden van een euthanasieverzoek werd vooral beïnvloed door het dwingende karakter van een verzoek, de persoonlijke mening van de arts over welk lijden een euthanasie legitimeert en het individuele ‘vermogen’ van de arts om een dodelijke injectie te geven.

Langdurige relatie met de patiënt

Sommige huisartsen aanvaardden het verzoek omwille van de langbestaande relatie met de patiënt. Anderen voelden zich ertoe verplicht, hoewel ze er zich op ethisch en emotioneel vlak niet klaar voor voelden. Voor nog anderen was het juist die langdurige relatie die het hen onmogelijk maakte om bij deze patiënt een euthanasie uit te voeren.

Huisarts, man, 53 jaar, 1 euthanasie uitgevoerd: *‘Je doet dat niet met plezier hé. Maar ik vind, als je de mensen al zoveel jaren begeleid hebt, dan moet je op ‘t laatste ook niet afhaken.’*

Huisarts, man, 65 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *‘Bij mijn eigen patiënten, ik weet niet of ik het zou kunnen. Bij een vreemde misschien wel hé.’*

Onmenselijk lijden

De meeste geïnterviewde huisartsen erkenden het recht van een lijdende patiënt om voor de dood te kiezen. Ze verschilden echter van mening over welke soort en welke graad van lijden een euthanasie ‘verdient’ en over hoe bepalend de autonomie van de patiënt in deze is.

De ene groep huisartsen beschouwde een ‘medische impasse’ (een voor iedereen overduidelijke hopeloze en ondraaglijke medische toestand) als een noodzakelijke vereiste. Deze groep zou geen verzoeken inwilligen die gebaseerd zijn op bijvoorbeeld levensmoeheid of een aankomende dementie. Deze artsen voegden, naast de wettelijke vereisten, vaak extra voorwaarden toe aan hun goedkeuring, zoals de vereiste dat de patiënt echt terminaal ziek moet zijn of het falen van een voorafgaande doorgedreven palliatieve zorg.

Huisarts, man, 59 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *‘Ik moet zelf het gevoel hebben: ik sta hier compleet machteloos, ik kan niets meer doen, die mens ziet zoveel af. Iedereen ziet dat dat mensonwaardig is en we hebben geen [andere] mogelijkheden.’*

Autonoom oordeel van de patiënt

Andere huisartsen gaven voorrang aan het autonome oordeel van de patiënt over de ondraaglijkheid van zijn lijden; de weloverwogen en herhaalde vraag van de patiënt was op zichzelf al een maatstaf. In dit perspectief krijgt lijden een brede betekenis en kan het ook mentaal en existentieel lijden inhouden, zoals verlies van waardigheid. Deze huisartsen voegden zelden extra beperkende voorwaarden toe aan de honorering van het verzoek.

Huisarts, man, 53 jaar, 1 euthanasie uitgevoerd: *'Mijn standpunt is: als een patiënt die inderdaad bewust is en zegt dat hij er nu al genoeg over nagedacht heeft en je hebt daar met die mens ook sowieso al over gesproken, awel dan ja.'*

Het 'vermogen' van de arts om een dodelijke injectie te geven

Vele huisartsen zagen er tegenop om de dodelijke injectie te geven. Ze vreesden de nodige technische vaardigheden te missen, ze schrikten terug voor die 'onnatuurlijke handeling' of ze voelden een morele huivering ('wie ben ik om iemands leven weg te nemen?'), ook al vonden ze euthanasie moreel correct.

In dit onderzoek konden we drie groepen onderscheiden. Een eerste groep voelde zich (redelijk) in staat een injectie te geven. Een tweede groep zou het wel doen maar huiverde ervoor en zou de assistentie van een ervaren arts sterk appreciëren. Deze tweede groep correleerde gedeeltelijk met die artsen die enkel een medische impasse als voorwaarde voor een euthanasie aanvaardden en die beperkende voorwaarden aan hun honorering van het verzoek toevoegden. Een derde groep ten slotte voelde zich werkelijk niet in staat om een dodelijke injectie te geven vanwege onoverkomelijke technische, intuïtieve of morele remmingen. Deze groep verwees de patiënt door naar een andere arts of zou de patiënt graag begeleiden in het euthanasieproces, maar het spuiten zelf aan een andere aanwezige arts overlaten.

Huisarts, vrouw, 57 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Het enige waar ik een probleem mee zou hebben is gewoon: ik heb het nog nooit gedaan en meer het praktische aspect. Dat ik daar ergens flater op een moment dat er niet te flateren valt, zo. Maar voor de rest, nee.'*

Huisarts, man, 62 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Niet alleen mijn religieuze achtergrond; vraag mij om een kat dood te schieten, ik zou het ook niet kunnen. Ik ga nochtans jagen (lacht).'*

Huisarts, man, 56 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Er zouden heel wat artsen zijn die euthanasie gemakkelijker bespreekbaar maken als er die nuance kwam. Dat je kunt zeggen dat je wel wilt helpen en ook aanwezig wilt zijn op het laatste, maar dat je niet die laatste injectie wilt geven en dat iemand anders moet spuiten. Dat is dan een wildvreemde arts natuurlijk die dan hier staat, maar ik ben erbij.'*

Verschillende huisartsen onderstreepten het belang van gesteund te worden door collega's tijdens het behandelen en uitvoeren van een verzoek.

Huisarts, vrouw, 30 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Het is een voordeel dat we met twee zijn, dat we elkaar daarin een beetje steunen. Stel dat we euthanasie moeten doen bij iemand, dat we met twee kunnen gaan. De meeste patiënten die hier komen, kennen ons allebei hé.'*

Vraagtekens bij het wettelijk kader van euthanasie

Ongeveer een kwart van de geïnterviewden voelde zich comfortabel bij het huidige wettelijk kader. Ze voelden zich beschermd door de wet en schikten er zich naar.

Huisarts, man, 54 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'De wet zoals ze nu is, is niet zo slecht. Formidabel dat het kan, formidabel dat we een wet hebben!'*

KERNPUNTEN

Het al dan niet aanvaarden van een euthanasieverzoek wordt vooral beïnvloed door het dwingende karakter van een verzoek, de persoonlijke mening van de arts over welk lijden een euthanasie legitimeert en het individuele 'vermogen' van de arts om een dodelijke injectie te geven.

Verschillende huisartsen vonden dat het opdrijven van opioïden en palliatieve sedatie met de (co-)intentie het levenseinde te bespoedigen buiten het kader van wettelijke euthanasie valt.

Vele huisartsen zagen er tegenop om de dodelijke injectie te geven. Ze vreesden de nodige technische vaardigheden te missen, ze schrikten terug voor die 'onnatuurlijke handeling' of ze voelden een morele huivering, ook al vonden ze euthanasie moreel correct.

Door de lang bestaande huisarts-patiëntrelatie voelt de huisarts zich ofwel net aangesproken ofwel belemmerd om het euthanasieverzoek te aanvaarden.

Het opnemen in de euthanasierichtlijnen van een 'slow euthanasieprotocol' zou tegemoetkomen aan de bestaande vraag naar een zachtere vorm van euthanasie en zou het besef bij artsen dat het hier wel degelijk om wettelijke euthanasie gaat, doen toenemen.

Verschillende huisartsen gingen wel akkoord met het huidige wettelijk kader, maar voelden zich niet klaar om 'ermee om te gaan'.

Huisarts, man, 38 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Als het over actieve euthanasie gaat, dat vind ik dat niet heel duidelijk, die papierwinkel enzovoort. Nee, dat probeer ik af te schuiven en daar doe ik niet aan mee. Ik ben er op zich niet tegen, absoluut niet! Het is omdat ik niet goed weet hoe ik ermee moet omgaan en ik er ook geen opleiding in gehad heb.'*

Huisarts, man, 59 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Ik ben er klaar voor. Moest er mij ooit iemand vragen voor euthanasie, dan ga ik dat inschatten, en ik ken het juridisch kader. Eh, Ik zal het voorzeker niet zelf doen, want ik heb geen materiaal en geen middelen daarvoor...'*

Sommige huisartsen voelden zich benadeeld door de wetgeving. Ze ervoeren legale euthanasie als een sociale verplichting die hun eigen overtuiging dreigt te overschaduwen. Enkel vonden dat de wetgeving te controlerend is en vonden het onnodig dat de praktijk van euthanasie uit de 'colloque singulier' met de patiënt was gehaald.

Huisarts, man, 47 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Ik ga het nodige doen. Ik ga zeggen dat ik een ethisch probleem heb, maar dat ik die man wil respecteren, dat ik niet boven de wet sta, hé. Als je het 20 jaar geleden deed, zat je in de bak; als je het nu niet doet, zit je ook in de bak. Hoe dat de maatschappij verandert, hé.'*

Huisarts, man, 63 jaar, 1 euthanasie uitgevoerd: *'Die wetten zijn er gekomen om misbruiken te voorkomen, maar ik vond het eigenlijk een beetje gemakkelijker als die wetten er niet waren (lacht).'*

Palliatieve sedatie versus euthanasie

De geïnterviewden verschilden van mening over het statuut van palliatietechnieken met een potentieel levensverkortend effect zoals het opdrijven van opioïden en palliatieve sedatie: mogen deze praktijken ook uitgevoerd worden om de dood te faciliteren op verzoek van een lijdende patiënt? En, zo ja, worden ze dan als euthanasie geklasseerd of als een doorgedreven vorm van terminale zorg?

Sommige huisartsen maakten een strikt onderscheid tussen opioïdengebruik en palliatieve sedatie voor symptoombehandeling enerzijds en euthanasie (zijnde een injectie) anderzijds. Verschillende artsen voegden er wel aan toe dat het zorgvuldig afstellen van dosissen morfine of midazolam moeilijk is en dat een mogelijke vervroegd overlijden van de patiënt 'kon gebeuren'.

Huisarts, man, 60 jaar: *'Ze was zeer kortademig en we konden daar niets meer aan doen. We hadden met haar afgesproken om palliatieve sedatie te doen. Ze zei toen ook dat ze niet meer wakker wilde worden. We hebben een pompke gestoken, een bolus dormicum ingespoten eerst, maar blijkbaar – die had een heel koude huid, ik denk dat die doorbloeding niet goed was – werd ze terug wakker! Enorme paniek; héél die familie was in paniek. Dan heb ik wat meer intraveneus gegeven en is ze na een uurtje zachtjes ontslapen. Dat is een vorm van euthanasie, maar ja, op dat moment was het eigenlijk de bedoeling van palliatieve sedatie maar... het was een noodoplossing. Ja, als dat ding niet meer marcheert...'*

Andere huisartsen maakten dit onderscheid niet. Ze vonden dat levensverkortende medische handelingen soms een palliatieve noodzaak kunnen zijn. Sommige huisartsen stelden palliatieve sedatie voor als een alternatief voor euthanasie in geval van een verzoek. Deze artsen klasseerden dit alternatief dan als normaal medisch handelen, al zijn zij zich ervan bewust dat ze in een grijze zone werken.

Huisarts, man, 55 jaar, tweemaal euthanasie uitgevoerd: *'Ik vind palliatieve sedatie een veel menselijkere vorm. Ja, ik probeer patiënten te overtuigen voor palliatieve sedatie. Ik vind zelf, actieve euthanasie, zo als het echt niet anders kan. Ik vind dat die patiënt recht heeft om te sterven als de natuur niet meewil, dan vind ik dat dat kán. Maar een palliatieve sedatie vind ik veel meer aanvaardbaar voor mij als arts. En naar de familie toe; de familie beseft niet voldoende wat dat is, [actieve euthanasie]. Iemand daar zien liggen, oh...'*

Huisarts, man, 59 jaar, geen euthanasie uitgevoerd: *'Het is een fundamenteel verschil. Je spuit iemand dood en hier help je iemand uit compassie, dat het nu wel genoeg is eigenlijk, hé, voor die mens.'*

Voor één huisarts was het duidelijk dat euthanasie neerkomt op 'doelbewust het leven beëindigen op verzoek van de patiënt' of dit nu op een snelle dan wel geleidelijke manier gebeurt.

Huisarts, man, 53 jaar, zesmaal euthanasie uitgevoerd: *'Ik vind dat gewoon jezelf, de patiënt en de maatschappij iets wijsmaken. Ik vind dat niet eerlijk. Dat die artsen tegen die mensen zeggen dat ze een natuurlijke weg volgen met palliatieve sedatie, maar dat eigenlijk niet doen; dat ze die middelen gebruiken zodanig dat het niet meer duidelijk is voor anderen, en allicht op den duur ook voor henzelf, dat ze met euthanasie bezig zijn.'*

BESPREKING

Vier attitudes tegenover euthanasie

Op basis van deze studie zijn er bij de geïnterviewde huisartsen vier groepen te onderscheiden, met een verschillende houding tegenover euthanasie.

Bereid om euthanasie uit te voeren

Deze huisartsen hebben een relatief brede kijk op het begrip lijden. Ze schatten het autonome oordeel van de patiënt over wat ondraaglijk lijden is naar waarde. Ze 'durven' een dodelijk injectie te geven en voelen zich comfortabel bij de huidige euthanasiewetgeving. Deze groep van artsen staat het meest open voor euthanasieverzoeken.

Enkel bereid om euthanasie uit te voeren als laatste uitweg

Voor deze huisartsen is de objectieve medische toestand beslissend: deze moet zo hopeloos en ondraaglijk zijn dat ze euthanasie als de enige resterende oplossing kunnen aanvaarden. Deze artsen zijn geneigd extra beperkende voorwaarden toe te voegen aan de wettelijke vereisten. Ze zien er tegenop om de handeling uit te voeren en velen verkiezen de aanwezigheid van een ervaren arts bij de uitvoering.

Niet in staat om euthanasie uit te voeren

Deze huisartsen kunnen qua opinie behoren tot de eerste of tweede groep, maar hun onvermogen om zelf een dodelijke injectie te geven overheerst hun standpunt over euthanasie. Ze zijn bereid om de patiënt in het euthanasieproces te begeleiden, maar zouden het spuiten zelf aan een andere aanwezige arts overlaten.

Euthanasie principieel weigeren

Deze huisartsen vinden een natuurlijke dood nastrevenswaardig; palliatieve zorg is voor hen de enige optie.

Willekeur bij euthanasie

Tegelijk rechter en partij

De Belgische euthanasiewet zegt niet welke arts een euthanasie moet uitvoeren. De wet zegt enkel dat de arts die de euthanasie aanvaardt en zal uitvoeren, moet voldoen aan alle wettelijke en procedurele vereisten.

Na de legalisatie pleitte de Belgische Orde van Geneesheren, samen met de WVVH (Domus Medica) en de Vakgroepen Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en UGent, tegen de oprichting van euthanasiecentra en -teams en vóór het plaatsvinden van euthanasie binnen een vertrouwde arts-patiëntrelatie. Dit impliceert dat de huisarts die het verzoek om euthanasie ontvankelijk verklaart, het ook zal moeten uitvoeren. Gezien de uiteenlopende graad van bereidheid van de huisarts om een euthanasie uit te voeren en gezien er (nog) geen wettelijke verwijsplicht is noch transparante verwijsstrategieën bestaan, riskeert deze dubbele functie te leiden tot een bemoeilijkte en vooral willekeurige toegankelijkheid tot euthanasie voor de patiënt.

Objectief en subjectief ondraaglijk lijden

Er zijn drie factoren die de willekeur van toegankelijkheid tot euthanasie bepalen. Vooreerst is er de lang bestaande huisarts-patiëntrelatie, waardoor de huisarts zich net aangesproken dan wel belemmerd voelt om het euthanasieverzoek te aanvaarden.

Ten tweede blijkt dat artsen de wettelijke voorwaarde van 'ondraaglijk te lijden door een ongeneeslijke aandoening' uiteenlopend interpreteren. Dit fenomeen is ook beschreven in Nederland (met een gelijkaardige euthanasiewet). Deze auteurs stipuleren dat de euthanasiewet de arts hier een paradoxale taak toevertrouwt, namelijk van enerzijds te empathiseren met het persoonlijke, subjectieve oordeel van de patiënt over wat die als een ondraaglijk lijden ervaart, en anderzijds objectief te oordelen of dit lijden er inderdaad is én of dit berust op een ongeneeslijke en onbehandelbare medische aandoening.

Onze studie toont aan dat Vlaamse huisartsen met deze paradox omgaan door ofwel de empathische rol te benadrukken ofwel de strikt medisch-professionele. De euthanasiewet laat deze dualiteit toe, vermits ze niet verder uitweidt over het criterium van 'ondraaglijk lijden door een ongeneeslijke aandoening'.

Weerzin bij injectie

Ten derde kan de weerzin van vele huisartsen voor het geven van een lethale injectie leiden tot het vermijden ervan, zelfs al vinden deze huisartsen een verzoek gegrond. Vele geïnterviewden gaven aan dat ze een ervaren arts bij zich wilden hebben tijdens een euthanasie-uitvoering, hetzij om hen technische en mentale steun te bieden hetzij om het spuiten zelf aan hem over te laten. In feite is de Belgische arts niet goed voorbereid geweest op deze taak. De euthanasiewet is redelijk snel besproken en in 2002 goedgekeurd, met geringe betrokkenheid van de medische beroepsgroepen. Medische euthanasierichtlijnen waren in België tot in 2008 enkel via omwegen te vinden!

Het is verbazingwekkend dat de vrees en tegenzin van een deel van het huisartscorps om een ernstig zieke persoon in de aanwezigheid van angstige en verdrietige naasten een lethale intraveneuze injectie te geven niet is opgemerkt in de vele euthanasieonderzoeken. De nood van huisartsen aan praktische ondersteuning wordt duidelijk geïllustreerd in een rapport van het LevensEinde InformatieForum (LEIF), een vrijwilligersnetwerk van arts-consulenten over euthanasie in Vlaanderen. LEIF-artsen zijn – indien nodig – bereid om aanwezig te zijn voor emotionele en praktische ondersteuning van de huisarts wanneer een euthanasie plaatsvindt. In een op de drie keren wordt hen gevraagd om de dodelijke dosis zelf toe te dienen, hoewel dit buiten hun opdracht valt.

Opzettelijke én snelle levensbeëindiging

De Belgische Euthanasiewet zegt niets over de techniek noch over de snelheid waarmee het leven beëindigd moet worden. Toch associëren artsen 'opzettelijke levensbeëindiging' met 'opzettelijk een snelle dood bewerkstelligen'.

Uit de rapporten van de Belgische Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie blijkt dat slechts 1% van de aangifte-documenten gaat over een 'slow euthanasie' met hoge doses sedativa of morfine. In 2006 maakte de commissie via een omzendbrochure aan artsen duidelijk dat de wet handelt over alle gevallen van opzettelijke levensbeëindiging op verzoek, of het nu snel of geleidelijk is. Toch blijven vele artsen vasthouden aan de enge betekenis van legale euthanasie. Dit fenomeen is ook vastgesteld in Nederland.

Bepaalde elementen geven aan dat deze enge interpretatie ergens te verwachten valt. Om te beginnen lijkt het logisch dat

een euthanasiewet enkel nodig was om sociale transparantie te verkrijgen en wettelijke bescherming te verzekeren voor de betrokken partijen in geval de levensbeëindiging zich voltrekt binnen enkele minuten tot uren. Levensverkortende handelingen daarentegen, die zich zichtbaar uitspreiden over verschillende dagen 'hebben geen wet nodig'.

Ten tweede wordt de notie van euthanasie als een abrupte levensbeëindiging bevestigd door de medische euthanasierichtlijnen zelf die het gebruik van barbituraten en spierverslappers aanbevelen.

Ten derde lijken verschillende artsen levensverkortende medische handelingen te beschouwen als een doorgedreven vorm van palliatieve zorg, omdat hun primaire doel hier de verkorting van intens lijden en het humaniseren van het stervensproces is en niet de dood. Aangezien palliatieve sedatie als het ware het stervensproces imiteert, versterkt dit nog de illusie van een palliatief zorgdoel.

Of het verkorten van de lijdensperiode net voor een onvermijdelijke dood deontologisch toelaatbaar is, blijft een stevige discussie tussen medische ethici en een deel van het artscorps wereldwijd.

Beperkingen van het onderzoek

Deze kwalitatieve studie van 52 huisartsen is niet representatief voor de Vlaamse huisartsen en streeft ook geen representativiteit na. Aangezien deze huisartsen gerekruteerd werden op basis van het aanmelden van de patiënt als terminaal ziek bij diens mutualiteit en niet op basis van hun persoonlijke meningen over euthanasie, kunnen we er wel van uitgaan dat de studie een vrij goede weerspiegeling is van wat leeft bij van de Vlaamse huisarts.

Door huisartsen te interviewen van verschillende leeftijden, diverse levensbeschouwingen, verschillende Vlaamse provincies en wisselende ervaringen met euthanasie, voldoet deze studie bovendien aan de vereisten van een kwalitatief onderzoek.

BESLUIT

Deze studie geeft een overzicht van de mogelijke contextuele factoren die de bereidheid van de Vlaamse huisarts om euthanasie uit te voeren beïnvloeden. Verder diepgaand onderzoek bij een representatieve groep van huisartsen is wenselijk.

Het installeren van transparante verwijz- en ondersteuningsstrategieën voor het uitvoeren van euthanasie lijkt een must. Dit zou op zijn minst alle patiënten gelijke toegang tot euthanasie bieden.

In de huidige aanbevelingen voor levenseindezorg wordt een scherpe normatieve én technische scheidingslijn getrokken tussen euthanasierichtlijnen (snelwerkende euthanatica) enerzijds en richtlijnen voor palliatie (morfine en palliatieve sedatie maar niet meer dan nodig om de symptomen te verlichten) anderzijds. Het opnemen in de euthanasierichtlijnen van een 'slow euthanasieprotocol', bijvoorbeeld een aangepast sedatieprotocol met eigen 'good practice' criteria, zou ons inziens tegemoetkomen aan de bestaande vraag naar een zachtere vorm van euthanasie. Artsen zullen hierdoor ook meer beseffen dat het hier wel degelijk gaat om euthanasie.