

De Standaard Online

vrijdag 29 juni 2007

Ruimte voor het goede sterven

## 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'.

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 overlijdensstatistieken 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 blijf 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 reliek 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.