

Respect voor andermand levenseinde

Zaterdag vond in zaal Roma in Borgerhout een herdenking plaats voor Tuur Van Wallendael, voormalige ombudsman en schepen van de stad Antwerpen.

Tussen het overlijden van Hugo Claus en dat van Tuur Van Wallendael is er in Vlaanderen een hele weg afgelegd. Dankzij die voorbeelden leert de bevolking dat er bij de afronding van het leven inspraak mogelijk is. Maar er blijft werk aan de winkel. Vier van de zes mogelijke beslissingen die het overlijden voorafgaan en beïnvloeden worden toch nog te vaak eenzijdig - zonder overleg - door ons artsen en andere zorgverleners genomen met veel frustraties en rouwproblemen als gevolg. Het betreft het stopzetten van een zinloos geworden behandeling zoals het afzetten van de kunstmatige beademing, het niet meer opstarten van bv. sondevoeding, het verhogen van de pijnstilling in de stervensfase of de palliatieve sedatie - iemand in kunstmatig coma brengen tot aan het overlijden - en ten slotte de levensbeëindiging zonder dat er door betrokkene - een pasgeborene met ernstige erfelijke afwijkingen - om verzocht kan worden. Enkel bij de vijfde en zesde beslissing (euthanasie en hulp bij zelfdoding) weten we dat het initiatief van de patiënt zélf komt. Maar zelfs hier lopen mensen nog te vaak frustraties op door de tweeslachtige houding van zorgverleners.

Toegegeven, dikwijls staan artsen met de rug tegen de muur en moeten ze eigenhandig één van de eerste vier beslissingen nemen omwille van de 'stervenskwaliiteit' van niet (meer) aanspreekbare patiënten. Maar velen beslissen nog te vaak zelfstandig in situaties waar overleg met de patiënt (en/of zijn familie) wél mogelijk is. Waarom bestaat er in die gevallen geen samenspraak? Artsen worden nog te veel opgeleid tot autonome deskundigen. Daarom heeft overleg met patiënten - volgens sommigen - weinig impact op hun medische besluitvorming en is het dus niet van primordiaal belang. Patiënten zijn echter wél de ervaringsdeskundigen bij uitstek - wat betreft hun eigen levens- en stervenskwaliiteit. Hiernaast bestaan er ook artsen die wel bereid zijn tot overleg maar niet over voldoende communicatieve vaardigheden

beschikken om dit tot ieders tevredenheid te kunnen doen.

Mondige mensen willen echter als evenwaardige gesprekspartners behandeld worden. Ze willen bovendien nog meetellen wanneer ze wilsonbekwaam zijn geworden. Of je nu al dan niet mondig of wilsbekwaam bent, wederzijds vertrouwen en respect tussen de patiënt en zijn arts blijft het heikele punt, alle (voorafgaande) verklaringen en zorgplanningen ten spijt.

Idealiter bestaat de rol van de arts erin om de patiënt in verstaanbare taal te informeren over alle beschikbare opties bij het levenseinde met al hun voor- en nadelen. Hierdoor kan de patiënt met kennis van zaken kiezen en na samenspraak een beslissing nemen. Artsen moeten echter kunnen aanvaarden dat de keuze van de 'geïnformeerde' patiënt niet noodzakelijk samenvalt met wat zijzelf als de 'beste' keuze in gedachte hadden. Wanneer artsen dit fundamenteel respect voor de keuze van de patiënt kunnen opbrengen valt de eventuele uitvoering van de beslissing duidelijk minder zwaar - het is immers de beslissing van de patiënt en niét die van de arts. Artsen moeten bovendien beseffen dat patiënten hun inspraak bij het levenseinde zullen willen uitbreiden naar hun hele ziekteperiode. In die optiek is de symbolische waarde van de euthanasiewet voor het respecteren van mensen- en patiëntenrechten en voor een aangepaste vorming van ons artsen nauwelijks te overschatten.

Wim Distelmans, professor palliatieve geneeskunde VUB, voorzitter federale commissie Euthanasie en LEIF.

www.leif.be

05/12/09 08u44