

Europees Instituut voor Bio-ethiek – Brussel

Flash expert

15 november 2018

Richtlijnen betreffende euthanasie in Vlaanderen

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft onlangs richtlijnen gepubliceerd voor hulpverleners die geconfronteerd zijn met een euthanasievraag van een meerderjarig. Eigenlijk is deze zgn. ‘Richtlijn Euthanasie’ voornamelijk ter bestemming van de **artsen en de verpleegkundigen**. Het biedt hen **richtlijnen** die ze moeten observeren **vanaf de vraag tot de uitvoering van euthanasie**.

Het is merkwaardig dat de gedragslijnen afkomstig zijn van de Federatie Palliatieve Zorg en dat ze ook begrepen zijn onder een richtlijn **over palliatieve zorgen**, terwijl de richtlijn **expliciet euthanasie onderscheidt van de palliatieve zorgen**.¹ Er wordt trouwens verduidelijkt dat in het kader van de palliatieve zorgen en de symptoomcontrole, de patiënt ten gevolge van het ziekte proces overlijdt en er dus geen sprake van euthanasie is.

Zo schrijft de richtlijn zich in de lijn van de zgn. “integrale” palliatieve zorgen, een complementariteitslogica die euthanasie in de “goede medische praktijk” opneemt. (Zie [EIB Dossier](#))

De richtlijn baseert zich op de euthanasiewet, die nader wordt toegelicht, alsook op de beperkte literatuur die over de euthanasiepraktijk voorhanden is, en op de standpunten van een expertcomité² ingeval de wet en de literatuur geen duidelijke antwoord bieden.

Meermaals vermeldt de richtlijn het volgende³:

- Euthanasie is **geen normaal medisch handelen** en het behoort tot de individuele vrijheid van elke zorgverlener om hier al dan niet actief bij betrokken te worden.
- De arts moet met de patiënt de eventueel nog resterende **therapeutische en palliatieve mogelijkheden** en hun voor- en nadelen bespreken.
- Het is belangrijk om zo goed mogelijk beeld te krijgen van de ‘*vraag achter de vraag*’, nl. wat er zich achter de euthanasievraag verbergt (fysische, sociale, psychologische, economische ellende of druk). In tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen, is **pijn niet de belangrijkste reden om euthanasie te vragen**, wel de wens om zelf de

¹ Richtlijn, p. 3. http://www.pallialine.be/accounts/129/docs/richtlijn_EUTHANASIE.pdf

² De experts werden individueel uitgenodigd door de auteursgroep. Het expertcomité telt voornamelijk artsen, ethici en juristen verbonden aan de universiteiten van Gent, Leuven, Antwerpen en aan de VUB.

³ Commentaren van het EIB worden onderaan cursief gedrukt.

omstandigheden van het sterven te controleren. Het is dus van belang om aan de patiënt te vragen wat hij precies bedoelt en wilt, of hij echt euthanasie wilt of gewoon de zekerheid dat hij rustig maar natuurlijk kan sterven, eventueel met sedatie. De meeste patiënten zijn immers onvoldoende geïnformeerd over het stervensproces.

- De arts moet zich verzekeren van de patiënt's vrijwilligheid: dat de euthanasievraag niet afkomstig is van een slechte behandeling van pijn of van een onzekerheidsgevoel. De vraag moet weloverwogen zijn en herhaald worden. De arts moet zich verzekeren van de **afwezigheid van externe druk** (van financiële, sociale, psychologische of economische aard). Als de arts de indruk heeft dat er uitwendige druk bestaat, dient hij dit openlijk met de patiënt bespreken.

- Een half uur voor de uitvoering van de euthanasie moet de arts het verzoek met de patiënt opnieuw bespreken. Ook juist voor de uitvoering dient de patiënt zijn **verzoek een laatste maal te bevestigen**.

- De geraadpleegde **arts(en)** moeten **onafhankelijk** zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. Dit veronderstelt dat er geen hiërarchische, familiale of financiële band tussen hen mag bestaan.

- Een euthanasie op basis van een **voorafgaande wilsverklaring** kan alleen uitgevoerd worden in geval van **onomkeerbaar bewustzijnsverlies** ten gevolge van ziekte of ongeval.

Met andere woorden, de voorafgaande wilsverklaring heeft geen gevolg wanneer de persoon bewust maar niet in staat is om een vrije en geïnformeerde wilsuiting te geven, bvb. t.g.v. een degeneratieve geestesziekte. (Zie [EIB Dossier](#))

- De verpleegkundige kan een euthanasievraag waarmee hij/zij geconfronteerd wordt niet uit de weg gaan, want het is een hulpvraag van de patiënt voor wie hij/zij zorg draagt. Echter **beschikt de verpleegkundige te allen tijde over de individuele gewetensvrijheid** om al dan niet deel te nemen aan het gedeeltelijke of het gehele euthanasietraject en/of zich desgevallend in de loop van een begeleiding uit een bepaald traject terug te trekken. Daarom is het belangrijk dat **de arts vooraf voldoende met hem/haar communiceert en overlegt** zodat wie als verpleegkundige betrokken is, kan oordelen of hij/zij al dan niet aan het euthanasietraject wil deelnemen. De verpleegkundigen kunnen en mogen handelingen met betrekking tot de 'euthanasievoorbereiding' uitvoeren, bv. het plaatsen van een infuus of het voorbereiden van de lethale middelen. De dienstweigering wegens gewetensbezwaren kan hier ook van toepassing zijn.

- Als een verpleegkundige om welke reden dan ook van oordeel is dat de lopende procedure niet correct verloopt, of dat de wettelijke voorwaarden niet zijn vervuld, dan kan deze beslissen geen (verdere) medewerking te verlenen.

De richtlijnen zwijgen over de mogelijkheid voor de zorgverleners om in dit geval de onregelmatigheid van de procedure aan te geven, en zo te vermijden dat een euthanasie plaatsvindt in tegenspraak met de wet of met deontologische plichten. Gezien de zekere toenadering tussen verpleegkundige en patiënt, zou het zinvol zijn om hun bezorgdheden in acht te nemen wanneer ze een euthanasie niet in de lijn met de wettelijke of deontologische voorwaarden beschouwen.

- Gezien de mogelijke **impact van de euthanasie op de zorgverleners** moet er ook voldoende aandacht zijn voor zelfzorg.

De richtlijn zegt niets over de psychologische impact van euthanasie op zorgverleners en in het bijzonder op de artsen, wat zeker te betreuren is gezien het moreel gewicht van een dergelijke handeling.

- Zoals iedere zorgverlener kan de **apotheker** zijn medewerking weigeren wanneer hij gevraagd wordt om de lethale middelen te verstrekken. Dan richt de arts zich tot een andere apotheker.

Richtlijnen die in vraag kunnen worden gesteld:

- De behandelende **arts mag euthanasie als eerste ter sprake brengen** met zijn patiënt, want enkel een geïnformeerde patiënt kan tot een weloverwogen beslissing komen.

*Met andere woorden, de artsen worden aangemoedigd om euthanasie **op eigen initiatief** voor te stellen, onder het voorwendsel een “volledige” informatie te verlenen, die noodzakelijk is voor een weloverwogen beslissing. Men kan zich afvragen of het echt de rol is van de arts om op eigen initiatief aan zijn patiënt de dood voor te stellen. Het zou immers paradoxaal zijn om euthanasie als “goede medische praktijk” te beschouwen, terwijl volgens de richtlijn euthanasie “geen normale medische handeling” is.*

- Als de patiënt elke **medische behandeling weigert**, laat de richtlijn aan de vrije **beoordeling van de arts om te bepalen of dan aan de voorwaarde van medische uitzichtloosheid is voldaan.**

In die zin zou een arts kunnen oordelen dat een situatie medisch uitzichtloos is, terwijl er wel degelijk uitzichten bestaan indien de patiënt de behandeling aanvaardt. De voorwaarde van een “medisch uitzichtloze toestand” wordt met een dergelijke appreciatiemarge van zijn betekenis ontdaan.

- Wat betreft de gewetensvrijheid van de arts, is deze niet wettelijk maar **deontologisch verplicht om zijn patiënt door te verwijzen** naar een andere arts of een medische structuur naar wie de patiënt zijn euthanasievraag kan wijzen.⁴

De wet voorziet echter geen dergelijke doorverwijsplicht. Het is immers delicaat om een arts, die omwille van zijn geweten weigerachtig staat tegenover euthanasie, te verplichten zijn patiënt door te verwijzen naar een confrater die de ingreep wel zou kunnen uitvoeren. Het lijkt gegrond dat een arts zich wil beperken tot de voorstelling van al de mogelijke alternatieven voor euthanasie (medische behandelingen of palliatieve zorgen) zonder zijn patiënt te moeten oriënteren, ook onrechtstreeks, op een ingreep die hij zelf afkeurt.⁵

- Volgens het advies van de orde der Geneesheren, **kan hulp bij zelfdoding deontologisch (maar niet wettelijk) gelijkgesteld worden met euthanasie**, voor zover alle voorwaarden voor het uitvoeren van euthanasie zoals bepaald in de wet vervuld zijn. De arts moet echter gedurende heel het stervensproces aanwezig blijven. Vooraf dient er een intraveneuze toegangsweg voorzien worden zodat bij falen van de orale toediening de arts de euthanasie toch kan voltooien.

Nochtans kadert de hulp bij zelfdoding – op basis van de voorbereidende werken van de euthanasiewet en de wet zelf, die bepaalt dat euthanasie « door een andere dan de betrokkene » moet worden uitgevoerd – niet strictu sensu in het Belgisch wettelijk kader.⁶

- Bij patiënten met een verlaagd bewustzijn kan de situatie gecompliceerd zijn: als nog geen concreet tijdstip voor de uitvoering van de euthanasie werd vastgesteld en de patiënt in de tussentijd wilsonbekwaam wordt, kan de arts niet meer zeker zijn van de duurzaamheid van het verzoek en de euthanasie niet uitvoeren. **Als evenwel een welbepaald tijdstip van euthanasie-uitvoering werd afgesproken, kan de arts er « redelijk van uitgaan dat de euthanasie-uitvoering met deze concrete planning een aanvang had genomen » en de onbekwaam geworden persoon euthanaseren.** Als er twijfel ontstaat over de duurzaamheid van het verzoek, kan de euthanasie echter niet uitgevoerd worden.

De tegenspraak is merkwaardig met de vereiste, in diezelfde richtlijn, om de patiënt zijn verzoek tweemaal vragen te bevestigen, kort voor de euthanasie. Hoe kan men zich immers verzekeren van de weloverwogen en duurzame beslissing van een de patiënt die zich in dergelijke omstandigheden van wilsonbekwaamheid bevindt?

- Overeenkomstig de wet, wanneer iemand overlijdt ten gevolge van euthanasie wordt deze persoon **geacht van een natuurlijke dood te zijn gestorven** en moet de arts het zo vermelden in de **overlijdensakte**. Als doodsoorzaak wordt de aandoening waaraan de patiënt « zou overlijden » vermeld.

⁴ Advies van de Orde der geneesheren van 6 mei 2017, Richtlijn p. 15.

⁵ Zie het EIB brochure over de [Gewetensclausules voor gezondheidsmedewerkers](#)

⁶ Zie de [Synthese](#) van het Rapport 2016-2017 van de Federale controle en evaluatiecommissie euthanasie.

Deze juridische fictie laat bevreemdend, aangezien de patiënt niet gestorven is ten gevolge van zijn ziekte maar wel van een vrijwillige lethale injectie.

- Ten slotte beschrijft de richtlijn nauwkeurig het proces van lethale injectie. De aanbevolen methode is de intraveneuze lethale injectie. De orale, subcutane, intramusculaire of rectale toediening zijn te onbetrouwbaar om een “kwaliteitsvol” sterven te garanderen. Het wordt aangeraden om de patiënt die het moment van coma-inductie niet wil meemaken, te verdoven. Euthanasie begint dan eerste met coma-inductie (met een dosering die gemiddeld 10x hoger is dan bij de inductie van een algemene anesthesie) zodat de patiënt de verstikkingsgevoel die gepaard gaat met de toegediende spierverslapper niet ervaart. De veroorzaakte hypoxie zal samen met de cardiovasculaire depressie een hartstilstand veroorzaken. Bij de in deze richtlijn gebruikte middelen en doseringen is het risico op een onvoldoende diepe bewustzijnsverlaging “zeer gering” ...

Anders gezegd, ook al wordt het beperkt, blijft dit risico bestaan.