

EUTHANASIE EN ANDERE VORMEN VAN LEVENSBEËINDIGING IN DE MEDISCHE PRAKTIJK IN VLAANDEREN

Luc Deliens¹ en Freddy Mortier²

SUMMARY – *Euthanasia and other forms of life termination in medical practice in Flanders* – The main objective of this paper is to estimate the incidence of euthanasia (the administration of drugs with the explicit intention to shorten the patient's life at the explicit request of the patient), physician-assisted suicide (PAS), and life termination without an explicit request by the patient in medical practice in Flanders, Belgium. The data were deduced from the Belgian death-certificate study on end-of-life decisions (ELDs). A 20% random sample of 3,999 deaths was selected from all death certificates between January 1 and April 30, 1998. The physicians who signed the death certificates received one mail questionnaire per death case.

The results were corrected for the non response bias, and extrapolated to estimated annual incidences after seasonally adjustment for causes of death. It was estimated that 1.3% of all deaths resulted from euthanasia or PAS. In 3.2% of all cases, the physician ended the patient's life with lethal drugs without the explicit request of the patient. The incidence of euthanasia is similar to the Netherlands. However, in Flanders, Belgium, the incidence of ending the patient's life without the patient's explicit request is significantly higher than in the Netherlands. In cases of incompetent patients, one can understand and justify that physicians take actions to terminate life without being requested by the patient. Nevertheless, in cases of competent patients, these actions are not permissible from a moral point of view.

Inleiding

In België is er in tegenstelling tot Nederland (voorlopig nog) geen formele meldings- en toelatingsprocedure voor euthanasie of andere vormen van levensbeëindiging. Hoewel euthanasie in België illegaal is en in het strafrecht beschouwd wordt als opzettelijke doding, zijn daadwerkelijke vervolgingen uitzonderlijk. Toch kon euthanasie de afgelopen jaren rekenen op een toegenomen belangstelling van respectievelijk de politici, de media, de publieke opinie en de medische wereld in België. Door de activiteiten van het *Raadgevend Comité voor Bio-ethiek* (Raadgevend Comité, 1998: 2-6) en het indienen van enkele wetsvoorstellen door zowel de meerderheidspartijen als de oppositie, gevolgd door een uitvoerig parlementair debat met hoorzittingen in de senaat, is het politieke en maatschappelijke debat rond euthanasie in een stroomversnelling geraakt. Ook het plotselinge optreden van de parketten en het gerecht in een aantal medische casussen van levensbeëindiging stimuleerden dit debat. Aangezien het

¹ Luc Deliens is medisch socioloog en coördinator van het VUB-RUG programma "Beslissingen rond het levenseinde van patiënten".

² Freddy Mortier is hoogleraar ethiek bij de vakgroep *Wijsbegeerte en moraalwetenschap*, Universiteit Gent en lid van de HALP-groep.

reële aantal overlijdens door euthanasie of andere vormen van levensbeëindiging in Vlaanderen tot voor het Handelingen van Artsen bij het Levens einde van hun Patiënten-onderzoek (HALP-onderzoek) niet bekend was, werd dit debat lang gevoerd in een web van speculaties. Ondertussen komt daar mede door het HALP-onderzoek hopelijk verandering in.

Uit deze bijdrage zal blijken dat levensbeëindiging in de actuele medische praktijk helemaal niet zo uitzonderlijk is, en dat situaties waarbij artsen beslissen om het leven van een patiënt te beëindigen zonder diens uitdrukkelijk verzoek vaker voorkomen dan de situaties waarbij de medische beslissing tot stand kwam na rijp overleg met de patiënt en na een standvastig en uitdrukkelijk verzoek van deze patiënt. Euthanasie en levensbeëindiging zonder verzoek maken deel uit van het actuele medische handelen aan het levens einde in Vlaanderen; maar worden als dusdanig nog niet (h)erkend door de medische wereld en door onze samenleving. Verder zal deze bijdrage ook aandacht hebben voor de karakteristieken van euthanasie en andere vormen van levensbeëindiging en zullen internationale vergelijkingen worden gemaakt met gelijkaardige studies in Nederland en Australië.

1. Begrippen

Hoewel iedereen zich min of meer iets voorstelt bij 'euthanasie', lopen in het debat over die praktijk de omschrijvingen nogal uiteen en haalt men uiteenlopende medische handelingen vaak door elkaar. Toch groeide er de afgelopen jaren in België een consensus over een strikte omschrijving van euthanasie. In 1998 definieerde het *Raadgevend Comité voor Bio-ethiek* euthanasie als "*Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens uitdrukkelijke verzoek*". (Raadgevend Comité, 1998: 2-6) Vanaf dan wordt in het politieke debat over legalisering van euthanasie meestal deze definitie gehanteerd. Verder verstaat het Comité onder die 'andere' duidelijk een arts en interpreteert ze 'levensbeëindigend handelen' als het toedienen van letale doseringen geneesmiddelen. In het HALP-onderzoek werd de eigenlijk nog te vage definitie van euthanasie gehanteerd door het Comité als volgt verrijkt: "*het toedienen van middelen met het uitdrukkelijke doel het leven van de patiënt te verkorten op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt*". (Deliens e.a., 1999: 1565-1573) De situaties waarbij de arts opzettelijk hulp verleent bij levensbeëindiging door de letale middelen te bezorgen, maar niet toe te dienen, vallen niet onder euthanasie. Het betreft dan 'medische hulp bij zelfdoding'. Bij hulp bij zelfdoding is het dus de patiënt zelf die de middelen inneemt of zich toedient.

Deze bijdrage gaat over levensbeëindigend handelen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt (euthanasie én hulp bij zelfdoding), maar ook over 'levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt'. De arts verstrekt of dient dan een middel toe met het bewuste doel om het levens einde te bespoedigen, terwijl de patiënt daar niet uitdrukkelijk om heeft verzocht. Dit betekent niet dat er nooit overleg met de patiënt heeft plaatsgevonden of dat er door de patiënt nooit enig verzoek tot levensbeëindiging werd geuit. Soms kan dit overleg in een eerdere fase hebben plaatsgevonden, maar was er geen overleg op het moment van de beslissing tot levensbeëindiging, bijvoorbeeld omdat de patiënt wilsonbekwaam was geworden. De Nederlandse R Emmelink-commissie omschreef deze handelwijze als 'het verlenen van stervenshulp'. (Rapport

Commissie Onderzoek, 1991) Die praktijk valt in ons land bijna volledig buiten het huidige parlementaire debat over euthanasie, maar is medisch-technisch zeer verwant aan euthanasie. Er is betrekkelijk weinig over geweten en er bestaat ook weinig onderzoek over. Toch werden de eerste schattingen van de omvang van deze HALP-categorie reeds in het begin van de jaren '90 in Nederland gemaakt. (Van der Wal, 1993: 330-339; Pijnenborg e.a., 1993: 1196-1199)

2. Methode

Een beschrijving van de methode van dit onderzoek kwam eerder in dit themanummer aan bod en werd elders uitvoeriger gepubliceerd. (Deliens e.a., 2000: 1806-1811) Hier beperken we ons tot enkele specifieke kanttekeningen met betrekking tot het meten van euthanasie en tot de afbakening van het onderzoek.

In de schriftelijke vragenlijst van het HALP-onderzoek kwamen de termen 'euthanasie' en 'hulp bij zelfdoding' niet voor. Hiervoor is bewust gekozen, omdat deze termen voor verschillende respondenten zeer verschillende betekenissen kunnen hebben. Wat de ene arts omschrijft als euthanasie, wordt niet noodzakelijk zo omschreven door de andere. Daarom werd gewerkt met nauwkeurige beschrijvingen van medische handelwijzen, achteraf analytisch ondergebracht in de categorieën euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek. Waar de handeling moest worden ondergebracht, werd beslist door de antwoorden op de volgende drie vragen uit de HALP-vragenlijst te combineren:

1. Was het overlijden het gevolg van het gebruik van een *middel* (*) dat door U of een collega werd *voorgescreven, verstrekt of toegediend met het uitdrukkelijke doel* het leven te beëindigen (of de patiënt in staat te stellen zelf het leven te beëindigen) (*: het kan gaan om één of meer middelen; ook morfine wordt soms met dit doel gebruikt)
2. Indien ja, door *wie* is dit middel toegediend (= in het lichaam gebracht)?
3. Is de beslissing over deze (laatstgenoemde) handelwijze genomen op grond van een *uitdrukkelijk verzoek* van de patiënt?

Vraag 3 werd in de bevraging niet onmiddellijk na vraag 2 gesteld, maar volgde ongeveer één pagina verder. Indien de arts de vragen 1 en 3 bevestigend beantwoordde en het middel niet werd toegediend door de patiënt, werd de desbetreffende handelwijze opgevat als euthanasie. Indien de patiënt zelf het middel had toegediend (vraag 2) werd de handelwijze geclassificeerd als 'hulp bij zelfdoding'. Indien vraag 3 negatief werd beantwoord en vraag 1 bevestigend, werd de desbetreffende handelwijze opgevat als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek.

3. Resultaten

In het HALP-onderzoek wordt geschat dat van alle geregistreerde sterfgevallen in Vlaanderen in 1998 (N=56.354) de dood plots en onverwacht kwam in 33.3% van alle gevallen; een beslissing omtrent het levenseinde was mogelijk, maar deed zich niet voor in 27.4% van de gevallen. (Deliens e.a., 2000: 1806-1811)

In Tabel 1 zien we dat in 39.3% of ongeveer 22.000 van alle sterfgevallen in 1998 het overlijden werd voorafgegaan door minstens één HALP. Kijken we enkel naar de niet-plotselinge overlijdens, dus de gevallen waar een HALP theoretisch mogelijk was, dan werd in 59% van alle overlijdens door de arts een beslissing omtrent het levenseinde uitgevoerd. In 4.4% van alle sterfgevallen was het overlijden het gevolg van het toedienen, voorschrijven of verstrekken van letale middelen, waaronder 1.1% of naar schatting 640 gevallen van euthanasie; 0.1% of naar schatting 65 gevallen van hulp bij zelfdoding; en 3.2% of naar schatting 1.796 gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Wanneer enkel rekening wordt gehouden met de gevallen waar een HALP 'mogelijk' was, dan was in 6.7% van de sterfgevallen het overlijden het gevolg van het toedienen, voorschrijven of verstrekken van letale middelen, waaronder 1.7% gevallen van euthanasie; 0.2% gevallen van hulp bij zelfdoding; en 4.8% gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

Tabel 1. Euthanasie en andere vormen van levensbeëindiging in de medische praktijk in Vlaanderen

	Gewogen %	Alle niet-plotselinge overlijdens	Schatting voor 1998 (*)
Euthanasie	1.1%	1.7%	640
Hulp bij zelfdoding	0.1%	0.2%	65
Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek	3.2%	4.8%	1,796
Toedienen, verstrekken of voorschrijven van letale middelen	4.4%	6.7%	2,501
Intensiveren van pijn- en/of symptoombestrijding	18.5%	27.7%	10,416
Staken of niet opstarten van een levensverlengende behandeling	16.4%	24.5%	9,218
Alle HALPs	39.3%	58.9%	22,135

(*) In 1998 werden in Vlaanderen 56,354 overlijdens geregistreerd (bron: Ministerie Vlaamse Gemeenschap)

Tabel 2 geeft een overzicht van de arts- en patiëntenkenmerken bij euthanasie (inclusief hulp bij zelfdoding of HZD³) en levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt ('zonder verzoek' of LZV). Euthanasie en LZV komen voornamelijk voor bij zowel jongere als oudere kankerpatiënten. Euthanasie komt vooral voor bij hoger opgeleide vrouwen, terwijl LZV eerder voorkomt bij lager opgeleide mannen. Opvallend is ook het verschil in plaats van overlijden tussen euthanasie en LZV. Euthanasie wordt zowel thuis uitgevoerd als in ziekenhuizen, terwijl LZV minder voorkomt in de thuiszorg, maar eerder aan de orde is in ziekenhuizen. Zowel euthanasie als LZV komen relatief weinig voor in bejaardentehuizen.

Bekijken we in Tabel 2 de artsenkenmerken, dan valt het volgende op. Zowel euthanasie als levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt (LZV) worden voornamelijk gepraktiseerd door mannelijke artsen jonger dan 45 jaar met een bijscho-

³ De categorie hulp bij zelfdoding is te klein om afzonderlijk te analyseren en wordt geïntegreerd behandeld met euthanasie.

ling in palliatieve zorg. Beide vormen van levensbeëindiging worden zowel door huisartsen als door klinische specialisten uitgevoerd. Er worden opvallende verschillen vastgesteld in twee samenhangende artsenkenmerken, namelijk universiteit van afstuderen en levensbeschouwing. Meer dan 80% van de euthanasiegevallen werden uitgevoerd door katholieke of christelijke artsen, terwijl 58% van de LZV-gevallen werden uitgevoerd door artsen van een andere levensbeschouwing (ongelovige en andere religies). Van de artsen die euthanasie uitvoeren, promoveerde 45% aan een katholieke universiteit, en van de artsen die levensbeëindigend handelen zonder verzoek slechts 36%.

Tabel 2. Kenmerken van euthanasie (incl.hulp bij zelfdoding) en levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek in Vlaanderen

PATIËNTEN KENMERKEN	Euthanasie (incl.HZD) (N=25)	Zonder verzoek (N=60)	ARTSEN KENMERKEN	Euthanasie (incl.HZD) (N=25)	Zonder verzoek (N=60)
Leeftijd (in jaren)			Leeftijd (in jaren)		
1-64	35,8	25,1	≤34	6,8	37,7
65-79	29,0	42,6	35-44	60,5	29,9
>80	35,2	32,3	45-54	20,3	27,5
			≥55	12,4	4,9
Geslacht			Geslacht		
Man	40,4	53,1	Man	93,5	78,3
vrouw	59,6	46,9	vrouw	6,5	21,7
Opleidingsniveau			Type arts		
Lagere school	21,7	38,5	Huisarts	53,4	50,6
Lager Secundair onderwijs	14,3	27,3	Specialist	46,6	49,4
Hoger Secundair of hoger	35,2	16,8			
Onbekend	28,8	17,4			
Burgerlijke staat			Palliatieve zorg bijscholing		
Ongehuwd	6,8	7,0	Ja	77,4	58,2
Gehuwd	51,0	51,5	Neen	22,6	41,8
Weduw(e)/naar	33,2	29,6			
Gescheiden	9,0	11,9			
Doodsoorzaak			Levens- beschouwing		
Kanker	46,1	50,2	Christelijk	61,0	35,3
Hart-en vaatziekte	9,1	18,8	Katholiek	21,5	6,5
Ziekte vh zenuwstelsel	12,6	13,7	Andere religie	3,8	11,3
Andere ziekte	32,2	17,3	Niet religieus	13,7	47,0
Plaats van overlijden			Universiteit		
Thuis	48,4	26,4	Katholiek	44,6	35,6
Ziekenhuis	43,0	52,2	Andere	55,4	64,4
Bejaardentehuis	8,6	16,5			
Andere	-	5,0			

Vergelijking met de andere landen, met name Nederland en Australië, waarover incidentiecijfers bekend zijn, levert de volgende vaststellingen op. In vergelijking met Nederland, waar euthanasie niet vervolgd wordt wanneer aan de zorgvuldigheids-criteria is voldaan, is de incidentie van euthanasie in Vlaanderen lager (2.4% versus 1.1%), terwijl Australië met 1.7% een middenpositie inneemt. De incidentie van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt is in Vlaanderen met

3.2% ongeveer even hoog als in Australië met 3.5%, doch vier maal groter dan in Nederland, waar het cijfer 0.7% bedraagt. (Van der Maas e.a., 1996: 1699-1705; Kuhse e.a., 1997: 191-196)

Tabel 3. Euthanasie en andere vormen van levensbeëindiging in de medische praktijk in Vlaanderen, Nederland en Australië

	Vlaanderen 1998 (*)	Nederland 1995 (†)	Australië 1995 (‡)
Euthanasie			
gewogen %	1.1%	2.4%	1.7%
schatting	640	3,200	2,100
Hulp bij zelfdoding			
gewogen %	0.1%	0.2%	0.1%
schatting	60	400	100
Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijke verzoek			
gewogen %	3.2%	0.7%	3.5%
schatting	1,800	900	4,400
Toedienen, verstrekken of voorschrijven letale middelen			
gewogen %	4.4%	3.3%	5.3%
schatting	2,500	4,500	6,600
Alle HALPs			
gewogen %	39.3%	42.6%	64.8%
schatting	22,100	78,600	81,500

* Schattingen gebaseerd op 56,354 overlijdens geregistreerd in 1998 in Vlaanderen (bron: DELIENS L., MORTIER F., BILSEN J., COSYNS M., VANDER STICHELE R., VANOVERLOOP J., INGELS K. (2000), 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*; 356, 1806-1811.)

† Schattingen gebaseerd op 135,546 overlijdens geregistreerd in 1995 in Nederland (bron: VAN DER WAL G., VAN DER MAAS P. (1998) 'Empirisch onderzoek naar euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde en naar de meldingsprocedure euthanasie' in: LEGEMAATE J. & DILLMANN R.J.M. (red.) *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk.*; Bohn Stafleu Van Loghum, Houtem/Diegem, 175-203.)

‡ Schattingen gebaseerd op 125,771 overlijdens geregistreerd in 1995 in Australië (bron: KUHSE H., SINGER P., BAUME P., CLARK M., RICKARD M. (1997), 'End-of-life decisions in Australian medical practice', *The Medical Journal of Australia*, 166, 191-196.)

4. Bespreking

Het HALP-onderzoek bevestigt in grote mate de resultaten van de pilootstudie in Hasselt (Mortier e.a., 2000: 254-267), maar nu op basis van een representatieve steekproef sterfgevallen in heel Vlaanderen. Het onderzoek geeft voor het eerst een feitelijk inzicht in een delicate medische praktijk waarover in de maatschappij, met inbegrip van de politiek, veelal speculatief werd gesproken en gedacht.

De uitkomst van dit onderzoek bevestigt ook het vermoeden dat sterven in onze samenleving sterk gemedicaliseerd is geworden en dat er aan het levenseinde van patiënten door artsen ook daadwerkelijk actief wordt gehandeld. Eén derde van alle overlijdens in Vlaanderen gebeurt geheel onverwacht en plotseling. Alle andere patiënten staan onder medische begeleiding, jaarlijks ongeveer 37.300 van de 56.000 sterfgevallen. Bij naar schatting 22.000 heeft de behandelende arts minimum één HALP gesteld en was het overlijden dus medisch geassisteerd. Overlijden is in Vlaanderen

evenzeer gemedicaliseerd als in Nederland, namelijk ongeveer in 4 van de 10 overlijdens. Hoewel euthanasie in Nederland is gelegaliseerd, is de incidentie van 'Toedienen, verstrekken of voorschrijven van letale middelen' in Nederland niet groter dan in Vlaanderen, zelfs eerder kleiner (3.3 vs 4.4%). Dit betekent dat in de gezondheidszorg van een land met een restrictiever beleid inzake euthanasie diverse vormen van zogenaamde 'actieve' levensbeëindiging niet minder vaak voorkomen dan in een land met een liberaal beleid, waar euthanasie onder strikte voorwaarden is toegestaan.

Het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding blijft in Vlaanderen naar schatting beperkt tot ongeveer 60 gevallen op jaarbasis, maar euthanasie loopt op tot meer dan 600 gevallen. Houden we er rekening mee dat het aantal afgewezen euthanasieverzoeken een veelvoud is van het aantal gehonoreerde verzoeken (in Nederland geschat op drie keer meer) (Van der Maas e.a., 1996: 1699-1705), en betrekken we in het plaatje ook al wie het verzoek aanbelangt, zorgverleners en familieleden, dan worden op jaarbasis verscheidene duizenden mensen geconfronteerd met (een verzoek om) euthanasie. Euthanasie is met andere woorden een belangrijk maatschappelijk en medisch probleem dat niet kan worden genegeerd of geminimaliseerd als een marginaal verschijnsel. Als de gevallen van euthanasie verder worden gekwalificeerd, dan zien we dat de patiënten zonder uitzondering leden aan een ongeneeslijke ziekte. Het inwilligen van een verzoek om levensbeëindiging hield in bijna alle gevallen ook rechtstreeks verband met de acuut terminale fase waarin de patiënt verkeerde. Op één uitzondering na, werd de levensverwachting door de arts ingeschat als minder dan een maand (bij 80% minder dan een week). Al deze patiënten werden niet meer curatief behandeld en de zorg was gericht op pijnstilling en comfort, situaties dus waarin het ziekteproces uitzichtloos en de dood imminent was. Het initiatief tot overleg over de mogelijkheid van euthanasie ging in twee derde van de gevallen uit van de patiënt en de betrokken patiënten waren allen goed geïnformeerd over hun toestand. De meeste patiënten zijn thuis gestorven en bij de uitvoering van euthanasie was in 30% van de gevallen een verpleegkundige betrokken. In Nederland is dit laatste bij wet uitgesloten.

In het onderzoek is ook een schatting gemaakt van het aantal gevallen van 'levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek'. Jaarlijks komt deze HALP voor bij ongeveer 1800 sterfgevallen, ruim vaker dan de 640 geschatte euthanasiegevallen. Het medisch profiel van deze patiënten verschilt niet echt van dit van de euthanasiegevallen, tenzij dat ze gemiddeld nog wat ouder zijn (75% ouder dan 65 jaar). Ze bevinden zich vrijwel altijd in de terminale fase (slechts één geval met een levensverwachting van meer dan één maand). Na het publiceren van onze onderzoeksresultaten in *The Lancet* werden de Vlaamse artsen ten onrechte voor deze handelwijze gestigmatiseerd in de algemene pers en media. Het cijfer dat daarbij het meest in het oog sprong, is dat levensbeëindiging zonder verzoek vier keer vaker voorkomt in Vlaanderen dan in Nederland. Twee zaken zijn daarbij door elkaar gehaald: de vraag of levensbeëindiging zonder verzoek ooit ethisch aanvaardbaar is en de vraag hoe de verschillen tussen Nederland en België te verklaren. Wat de eerste vraag betreft is het alweer nuttig even over de landsgrens te kijken, richting Nederland. De R Emmelink-commissie, die het voorkomen van LZV immers ook vaststelde, kwalificeerde deze handelwijze als 'hulp bij sterven'. (Rapport Commissie Onderzoek, 1991) De rechtvaardiging voor dit soort levensbeëindigend handelen is volgens deze Nederlandse commissie gelegen in de omstandigheden dat het lijden van de patiënt ondraaglijk is geworden en dat volgens strikte medische maatstaven het leven van de patiënt als

opgegeven moet worden beschouwd. Deze steeds zeer ernstig zieke en stervende patiënten leden kennelijk zeer zwaar en waren niet meer in staat hun wil duidelijk kenbaar te maken. Het enige wat dan nog rest, is een rechtvaardiging vanuit het diepmenselijke medeleven met het terminale lijden van de patiënt. Als de arts handelt vanuit de principes en motieven van medeleven en ‘beneficiëntie’, dan is levensbeëindiging in veel van deze situaties de enige wijze om de patiënt uit zijn lijden te verlossen. (Van der Wal, 1993: 330-339) Men kan daaraan toevoegen dat die handelwijze ook door rechtvaardigheidsbeginselen wordt gedicteerd. Als het lijden van de patiënt inderdaad en manifest ondraaglijk en extreem is, is het onbillijk een patiënt verkorting van het leed te ontzeggen omdat hij fysiek niet meer in staat is om het te vragen. Ingaan op het verzoek van een competente patiënt in dezelfde situatie is dan eigenlijk een vorm van discriminatie tegenover de incompetente patiënt. Het spreekt echter vanzelf dat het legitimeren van LZV, waarbij men zich noodzakelijk moet beroepen op het ‘beste belang’ van een patiënt gecombineerd met de kwalitatieve onleefbaarheid van het resterende leven – zaken waarover de patiënt zich zelf niet meer kan uitspreken – glibberige paden opent. Uiterste voorzichtigheid is dus aangewezen. De gegevens waarover wij beschikken laten vermoeden dat het ook in de Vlaamse medische realiteit gaat over de bedoelde zowat ‘dwingende situaties’.⁴ Dit blijkt bijvoorbeeld uit de geschatte levensbekorting (85% van deze patiënten had volgens de behandelende arts een levensverwachting van minder dan 1 week). In 38% van deze gevallen had er wel een overleg met de patiënt plaatsgegrepen of had de patiënt wel ooit de wens tot bespoediging van het levenseinde kenbaar gemaakt. In 43% van deze gevallen was er echter nooit overleg geweest en werd ook nooit een wens tot levensbeëindiging geformuleerd. In deze laatste categorie betrof het vrijwel altijd stervende patiënten die kennelijk zwaar leden en ook niet meer in staat waren hun wil duidelijk kenbaar te maken. De arts meende dat het rekken van dit stervensproces zinloos en onwenselijk was. In bijna de helft van deze gevallen gebeurde dit trouwens ook op uitdrukkelijk verzoek van de naaste familie.

Duidelijk is dat de ondraaglijkheid, uitzichtloosheid en terminaliteit van het lijden algemeen gesproken geen voldoende voorwaarden zijn voor gejustificeerd levensbeëindigend handelen zonder verzoek. Dit geldt wanneer de patiënt nog in staat is zijn wens kenbaar te maken. Ook dergelijke gevallen kwamen voor in de HALP-studie: in 12% van de onderzochte gevallen van ‘levensbeëindiging zonder verzoek’ achtte de arts de patiënt nog wilsbekwaam. De rechten van de patiënt werden in deze gevallen ernstig ondermijnd en ‘beneficiëntie’ vormde er een onvoldoende rechtvaardigingsgrond.

Op de andere hierboven opgeworpen vraag, met name wat de verschillen tussen Vlaanderen en Nederland verklaart, hebben we geen sluitend antwoord. Vermoedelijk heeft het deels te maken met het feit dat Vlaamse artsen later dan in Nederland in dialoog treden met de patiënt. De patiënt is dan al vaak in een terminale fase beland, waardoor overleg moeilijker wordt. De patiënt kan dan zeer vaak zijn wil niet meer kenbaar maken. Het gebrek aan overlegcultuur, en wellicht ook de beslotenheid waarin de besluitvorming rond het levenseinde zich nu eenmaal afspeelt, kan er de oorzaak van zijn dat patiënten in Vlaanderen vaker terecht komen in de situatie waarin LZV de enige resterende uitweg is. Het bestaan van een overlegcultuur en een formele eutha-

⁴ Zie de casusbespreking in de inleiding tot dit themanummer.

nasieprocedure kan omgekeerd ook verklaren waarom Nederlandse artsen zelfs in gevallen waar geen overleg meer mogelijk is en er sprake kan zijn van een noodtoestand, minder vaak overgaan tot levensbeëindiging.

Literatuur

- DELIENS L., MORTIER F., BILSEN J., COSYNS M., INGELS K. & VANDER STICHELE R. (1999), 'Handelwijzen van artsen rond het levenseinde van patiënten: een pleidooi voor een eenduidig begrippenkader', *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 55, 1565-1573
- DELIENS L., MORTIER F., BILSEN J., COSYNS M., VANDER STICHELE R., VANOVERLOOP J. & INGELS K. (2000), 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, 356, 1806-1811
- KUHSE H., SINGER P., BAUME P., CLARK M. & RICKARD M. (1997), 'End-of-life decisions in Australian medical practice', *The Medical Journal of Australia*, 166, 191-196
- MINISTERIE VAN JUSTITIE & MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, *Rapport van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. Medische Beslissingen rond het Levenseinde*, 's-Gravenhage: (1991)
- MORTIER F., DELIENS L., BILSEN J., COSYNS M., INGELS K. & VANDER STICHELE R. (2000), 'End-of-life decisions of physicians in the city of Hasselt (Belgium)', *Bioethics*, 14 (n° 3), 254-267
- PIJNENBORG L., VAN DER MAAS P.J. e.a. (1993), 'Life-terminating acts without explicit request of patients', *The Lancet*, 341, 1196-1199
- RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK (1998), 'Advies nr 1 betreffende de wenselijkheid van een wettelijke regeling van euthanasie', *Bioethica Belgica*, Mei, 2-6
- VAN DER MAAS P.J., VAN DER WAL G., HAVERKATE I. et al. (1996), 'Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands', *New England Journal of Medicine*, 335, 1699-1705
- VAN DER WAL G. (1993), 'Unrequested termination of life: is it permissible?', *Bioethics*, 7, 330-339