

What's in a name of hoe artsen levenseindebeslissingen benoemen

Levenseindebeslissingen (LEB) - of medische handelingen uitgevoerd door een arts aan het einde van het leven van een patiënt en dit met een mogelijk of een zeker levensverkortend effect – werden reeds uitvoerig bestudeerd. In verschillende Europese landen gaat er een LEB vooraf aan een aanzienlijk deel van de overlijdens. Zo zou volgens onderzoek van Van Wesemael en collega's in 2007 47.8% van alle overlijdens in Vlaanderen voorafgegaan zijn door een LEB, een stijging van 8.5% ten aanzien van gegevens uit 1998. LEB blijken dus een belangrijk onderwerp in de medische ethiek. Met deze studie willen de auteurs nagaan welke handelingen artsen benoemen als euthanasie en als palliatieve sedatie. Daartoe werd een steekproef van Vlaamse overlijdensaktes tussen 1 juni en 30 november 2007 genomen. De artsen vermeld op deze overlijdensaktes ontvingen een vragenlijst met betrekking tot het desbetreffend overlijden. 58.4% van de artsen beantwoordde de lijsten. Het onderzoek focust op de volgende vragen uit de lijst: (1) welke mogelijk levensverkortende handeling heeft u geïnitieerd?, (2) in welke mate had u een levensverkortende intentie bij aanvang van de handeling? en (3) was er een expliciet verzoek van de patiënt om de handeling aan te vatten? Verder werd aan de artsen gevraagd om hun medische handeling onder te brengen in een van de volgende categorieën: niet-behandelbeslissing, symptoombehandeling, palliatieve of terminale sedatie, levensbeëindiging uit mededogen, euthanasie, artsgeassisteerde zelfdoding of andere. Een bijkomende vraag had betrekking op de geschatte levensverkorting ten gevolge van de LEB.

In 1733 gevallen gaf de arts aan dat het overlijden voorafgegaan was door een mogelijk levensverkortende medische handeling. In 18.6% van de gevallen werd deze handeling gelabeld als een niet-behandelbeslissing, in 17.5% als symptoombehandeling, in 9.6% als palliatieve of terminale sedatie, in 0.36% als levensbeëindiging uit mededogen en in 12.6% als euthanasie of artsgeassisteerde zelfdoding. In 21.6% van de gevallen die als palliatieve of terminale sedatie werden benoemd, gaven artsen aan dat ze medicatie toedienden met de expliciete intentie en in 20.9% met de co-intentie van het verkorten van het leven van de patiënt. Ze schatten een levensverkorting van 1-7 dagen in 44.6% van de gevallen die ze benoemden als palliatieve of terminale sedatie, en 1 week of meer in 6.4%. Een expliciet verzoek van de patiënt om een LEB uit te voeren was aanwezig in 20.3% van de gevallen. Bij LEB die werden benoemd als euthanasie of artsgeassisteerde zelfdoding was 95% op expliciet verzoek van de patiënt, en was er bij 97.5% een expliciet levensverkortende intentie. Deze bevindingen suggereren dat het concept van palliatieve of terminale sedatie – in tegenstelling tot euthanasie – in de geesten van de artsen een brede variëteit aan handelingen inhoudt. Deze ambiguïteit kan een barrière zijn voor een gepaste sedatiepraktijk en duidt op een nood aan betere kennis over de praktijk bij artsen.

Meer lezen en informatie?

- Deyaert, J., Chambaere, K., Cohen, J., Roelands, M. & Deliëns, L. (Published online first). Labelling of end-of-life decisions by physicians. *J. Med. Ethics*. Indien u geen toegang hebt tot het artikel, kunt u steeds contact opnemen met de Federatie via research@palliatief.be.
- De FPZV beoogt met de richtlijn "Palliatieve sedatie" [zie: www.palliatief.be; prof. dr. Bert Broeckaert, KU Leuven, i.s.m. A. Mullie, J. Gielen, M. Desmet, D. Declerck, P. Vanden Berghe en Stuurgroep Ethiek FPZV (30 juni 2012), Richtlijn palliatieve sedatie] met bijhorende vouwkaart (zie: www.palliatief.be) en vormingen een antwoord te bieden op de beschreven nood in het artikel. De gegevens van het artikel gaan terug op de situatie in 2008, terwijl de richtlijn werd gepubliceerd in 2010.