

Palliatieve sedatie is veel minder belastend voor de arts

# Alternatief voor euthanasie beschikbaar

Henri Wijsbek,  
postdoc-onderzoeker, faculteit  
Wijsbegeerte, Universiteit van  
Amsterdam

Correspondentieadres:  
h.w.j.m.wijsbek@uva.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Euthanasie wordt steeds vaker toegepast. Vreemd, want veel artsen hebben er moeite mee. En als je de voorwaarden voor euthanasie vergelijkt met die voor palliatieve sedatie, dan is er een goed alternatief.

**H**oe komt het dat artsen zo vaak euthanasie toepassen, terwijl het een van 'de meest indringende en belastende' handelingen is die tot hun beschikking staan?<sup>1</sup> Een voor de arts minder belastend alternatief is palliatieve sedatie. In de KNMG-richtlijn uit 2009 is palliatieve sedatie gedefinieerd als het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase om het ondraaglijk lijden dat voortkomt uit refractaire symptomen weg te nemen.<sup>2</sup> Als laatste levensfase wordt een termijn van maximaal twee weken aangehouden. Palliatieve sedatie buiten die periode is levensbekortend en dus gewoon euthanasie; er wordt dan niet gestorven, maar gedood. Daarbinnen is palliatieve sedatie normaal medisch handelen, omdat het, volgens

dezelfde richtlijn, medisch geïndiceerd is. Palliatieve sedatie is dus volgens de KNMG normaal medisch handelen, geïndiceerd bij ondraaglijk lijden veroorzaakt door refractaire

symptomen, bij patiënten die nog hoogstens twee weken te leven hebben. Dit betekent dat in een aantal situaties, 'zeldzame situaties' aldus de richtlijn, aan de voorwaarden voor zowel euthanasie als palliatieve sedatie is voldaan.<sup>2</sup> Hoe zeldzaam zijn die situaties? De richtlijn geeft daarover geen uitsluitsel. Euthanasie is toegestaan in elke levensfase, binnen en buiten de laatste twee weken, bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Het enige verschil tussen de voorwaarden voor toegestane euthanasie en

palliatieve sedatie in de laatste twee weken is dus dat er bij palliatieve sedatie sprake moet zijn van refractaire symptomen en bij euthanasie van uitzichtloos lijden.

Wat is het verschil daartussen precies? Volgens de KNMG is een symptoom 'refractair' als 'geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.'<sup>2</sup> Dat het lijden 'uitzichtloos' is, betekent dat naar medisch inzicht moet vaststaan dat genezing niet mogelijk is. Er is dus geen reëel behandelperspectief. Een behandelperspectief is reëel als er naar huidig medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, binnen afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Zonder reëel behandelingsperspectief, is het lijden uitzichtloos. Uitzichtloosheid is dan op te vatten als onbehandelbaarheid. Zowel bij refractaire symptomen als bij uitzichtloos lijden weegt het oordeel van de patiënt over de zwaarte van de behandeling mee. Existentieel lijden kan in beide gevallen onderdeel van het lijden zijn, maar mag in geen van beide gevallen het enige symptoom zijn.<sup>3</sup>

De meest voorkomende refractaire symptomen zijn pijn, dyspnoe en delier. De eerste twee staan ook in de top drie van vormen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.<sup>2 4</sup> Voor zover ik kan zien zijn 'refractair' en 'uitzichtloos' twee namen voor hetzelfde verschijnsel.

De gemiddelde verwachte levensduur van patiënten die in 2005 euthanasie kregen, was

**'Refractair' en  
'uitzichtloos' zijn twee  
namen voor hetzelfde**

beeld: iStockphoto



in 46 procent van de gevallen minder dan één week, en in nog eens 46 procent één tot vier weken.<sup>4</sup> Als je heel zuinig rekent, had dus minstens 50 procent van de patiënten die euthanasie kregen een levensverwachting van minder dan twee weken, de grens waarbinnen palliatieve sedatie bij patiënten die ondraaglijk lijden op grond van onbehandelbare symptomen medisch geïndiceerd is. In al die situaties was zowel aan de voorwaarden voor euthanasie als aan die voor palliatieve sedatie voldaan; niet bepaald zeldzaam dus. Ik heb geen antwoord op de vraag waarom artsen ondanks hun weerzin tegen euthanasie het in deze situaties toch toepassen.

#### Regie in eigen handen

Volgens de KNMG is de voorkeur van de patiënt doorslaggevend in de 'zeldzame situaties' waarin zowel euthanasie als palliatieve sedatie mogelijk is.<sup>2</sup> Misschien ligt het antwoord op mijn vraag in de redenen die patiënten kunnen hebben voor hun voorkeur. In de richtlijn worden er drie genoemd: zij willen de laatste dagen kunnen

blijven communiceren met hun naasten, tot het einde toe bij bewustzijn blijven, of zelf tot het laatst de regie in eigen handen houden.

Hoe goed zijn deze redenen? Wat is het verschil, uit het perspectief van de patiënt, tussen een injectie waardoor hij in een coma raakt waaruit hij nooit meer wakker zal worden, en een injectie waaraan hij sterft na heel kort in coma te zijn geweest? In beide gevallen is zijn bewuste leven voorgoed afgelopen, ervaart hij niets, kan hij met niemand communiceren en sterft hij in een gesedeerde toestand zonder daarvan iets te merken. Voor artsen is er wel een duidelijk verschil, namelijk het verschil tussen een normale, medisch geïndiceerde handeling en een niet-normale en dus nooit medisch geïndiceerde handeling die zij als de meest belastende ervaren die er is. Dat patiënten soms de voorkeur geven aan direct sterven boven een paar dagen in coma liggen, kan ik me goed voorstellen. Maar als die niet-medische voorkeur alleen vervuld kan worden als de arts de patiënt doodmaakt in plaats van hem rustig te laten sterven, is de vraag gerechtvaardigd of die voorkeur van de patiënt opweegt tegen de belasting van de arts.

Welke redenen kan een patiënt verder hebben? Hij zou eraan kunnen twijfelen of palliatieve sedatie diep genoeg is om hem inderdaad niet meer te laten lijden, en het zou kunnen dat hij zijn naasten een langdurig sterfbed wil besparen. Als die twijfel over het effect van palliatieve sedatie gegrond is, en daar zijn aanwijzingen voor, dan hebben artsen wel wat uit te leg-

*Weegt de voorkeur van de patiënt op tegen de belasting van de arts?*

## SAMENVATTING

- Als aan de voorwaarden voor euthanasie is voldaan, is vaak ook aan de voorwaarden voor palliatieve sedatie voldaan.
- Er zijn geen medische redenen om in deze gevallen te kiezen voor euthanasie.
- Voor artsen is euthanasie indringend en belastend.
- Het is onduidelijk waarom ze desondanks in deze gevallen euthanasie toepassen.

gen aan de 12.000 patiënten die zij jaarlijks palliatief sederen.<sup>2 5</sup> Is die twijfel ongegrond, dan moeten zij hen dat uitleggen en aan hun professionele inzichten vasthouden. En wat de naasten betreft, ik ken geen systematisch onderzoek naar de reacties van nabestaanden van patiënten die zijn overleden door euthanasie en naar die van nabestaanden van patiënten die zijn overleden na palliatieve sedatie.

### Sufheid

Je kunt je zelfs afvragen of het feit dat palliatieve sedatie in deze gevallen medisch geïndiceerd is, niet impliceert dat euthanasie dan in strijd is met de vierde zorgvuldigheidseis van de Wet toetsing levensbeëindigend handelen. Daarin staat dat arts en patiënt samen tot de overtuiging moeten komen dat er voor de patiënt geen andere redelijke oplossing is dan euthanasie, en die lijkt er nu in de vorm van palliatieve sedatie in minstens de helft van de gevallen toch te zijn.

Hoe strikt wordt de vierde zorgvuldigheidseis eigenlijk nageleefd? Uit de jaarverslagen kun je opmaken dat de toetsingscommissies er geleidelijk meer gewicht aan zijn gaan hechten. In het verslag van 2003, het jaar waarin de zes zorgvuldigheidseisen voor het eerst systematisch werden beschreven, staat bij deze eis: 'Het komt bijvoorbeeld voor dat een patiënt geen (verdere) ophoging van de dosis morfine wil vanwege de kans op sufheid of zelfs verlies van bewustzijn. (...) Als de patiënt een palliatieve behandeling om dergelijke redenen weigert, kan dat redelijk zijn.'<sup>6</sup> Het jaar daarop stond achter 'vanwege de kans op sufheid' tussen haakjes: 'soms ten onrechte' en in 2006 werd daaraan toegevoegd dat met de patiënt besproken dient te worden of deze angst terecht is. In de meest recente versie is de eis nog explicieter geformuleerd: 'De arts moet de patiënt dan bij weigering van de patiënt goede voorlichting geven en met hem bespreken of deze angst terecht is, omdat de sufheid en verwarring soms van korte duur kunnen zijn.'<sup>6</sup>

### Onzorgvuldig

Een vermelding in het artsenverslag dat palliatieve sedatie is besproken, maar dat het voor de patiënt geen optie was, is voor de toetsingscommissies zonder opgave van redenen al voldoende. Hoewel de commissies nu dus eisen dat de patiënt een reden opgeeft als hij een ophoging van de dosis morfine weigert, hoeft hij dat kennelijk niet te doen als hij palliatieve sedatie afwijst. Bovendien is er, voor zover ik kan nagaan, sinds de invoering van de wet maar

één geval van euthanasie als onzorgvuldig beoordeeld omdat niet was voldaan aan de eis dat alle redelijke alternatieven met de patiënt waren nagegaan. De casus staat in het jaarverslag van 2009. Hoewel de betreffende consulent nog mogelijkheden zag om het lijden te verlichten, had de arts deze niet met de patiënt besproken, maar was er op voorhand van uitgegaan dat de patiënt niets meer wilde. Op grond hiervan oordeelde de commissie dat de arts niet had gehandeld overeenkomstig de vierde eis. Terecht lijkt me, maar het oordeel 'onzorgvuldig' zou in dit geval net zo goed volgen uit het niet handelen overeenkomstig de derde zorgvuldigheidseis waarin de arts wordt opgedragen de patiënt voor te lichten over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens mogelijkheden. Het ziet er dus naar uit dat de vierde eis in de praktijk geen rol speelt.

Uit de parlementaire behandeling van de wet kun je opmaken dat een afwijzing van palliatieve zorg inwilliging van een verzoek om euthanasie niet in de weg staat, zolang er maar aan de andere voorwaarden is voldaan: 'Doorslaggevend is niet de weigering, maar de vraag of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.' Als palliatieve zorg geen zicht op verbetering biedt, blijft het lijden uitzichtloos en zelfs de beste palliatieve zorg kan niet altijd de ondraaglijkheid van het lijden wegnemen.<sup>7</sup> Palliatieve zorg inderdaad niet, maar palliatieve sedatie wel, en nergens heb ik in de parlementaire behandeling van de wet een verwijzing naar palliatieve sedatie gevonden. Het is dus geen uitgemaakte zaak of een onbeargumenteerde weigering van palliatieve sedatie de inwilliging van het verzoek niet in de weg staat.

### Voorkeur

Het lijkt erop dat een patiënt geen zwaarwegende medische redenen kan aanvoeren voor een voorkeur voor euthanasie boven palliatieve sedatie. Aan de andere kant heeft een arts alle redenen om aan palliatieve sedatie – een normale, medisch geïndiceerde handeling – de voorkeur te geven boven de meest belastende, niet-normale medische handeling die tot zijn beschikking staat. In geen geval heeft een patiënt recht op euthanasie; sterker, in zeker 50 procent van de gemelde gevallen is het mogelijk in strijd met een van de zorgvuldigheidseisen.

Ze willen niet, ze hoeven nooit, en ze mogen het misschien in meer dan de helft van de gevallen niet; waarom passen artsen dan toch zo vaak euthanasie toe?<sup>8</sup> 



De voetnoten en andere artikelen over dit onderwerp vindt u in het dossier Levens-einde bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Voetnoten

1. KNMG (2011) De rol van de arts bij het zelfgekozen levens-einde.
2. KNMG (2009) KNMG-richtlijn palliatieve sedatie.
3. De enige aanpassing in de richtlijn uit 2009 ten opzichte van die uit 2005 die de commissie heeft overgenomen van Den Hartoghs kritiek (2006) op de oude richtlijn.
4. Onwuteaka-Philipsen BD et al. (2007) Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw.
5. In een commentaar op een eerdere versie van dit artikel schreef een arts dat je bij euthanasie zeker weet dat de patiënt niets meer voelt, terwijl bij sedatie dat alleen het vermoeden is. Zouden artsen dat ook vooraf aan die 12.000 patiënten melden die ze jaarlijks palliatief sederen? Zie voor een vergelijkbaar standpunt Perkin & Resnik.
6. RTC. Regionale toetsingscommissies euthanasie. Jaarverslagen (2000-2010).
7. Kamerstukken I, (2000-2001) Memorie van antwoord, 26 691, nr. 137b.
8. Ik dank iedereen die commentaar heeft gegeven op een eerdere versie hartelijk in gedachte; het zijn er te veel om op te noemen.