

Commentaat op het artikel “Palliatieve sedatie, levensverkortend of niet?”

Dr. Koen Verhofstadt, coördinerend en raadgevend arts (CRA)

Waarde redactie

Dank voor uw artikel over “Palliatieve sedatie, levensverkortend of niet?”

Sta mij toe de volgende kanttekeningen te maken i.v.m. continue diepe sedatie (CDS), mij basierend op het boek “Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde” van Evelien Delbeke, 2012 Intersentia, Antwerpen – Cambridge. De hierna volgende referenties verwijzen naar dit boek.

- In 2007 werd in 57% van de gevallen van CDS in Vlaanderen geen vocht meer toegediend; p520 (ref 2662). Door de aard van de CDS zélf wordt natuurlijk bewerkstelligd dat de patiënt die er voor nog at en dronk dit omwille van het coma dit niet meer doet en hij obligaats overgeleverd is aan de kunstmatige toediening van vocht en voedsel (KTVV).

- Het is mij niet duidelijk in welke mate in de literatuurstudies die u onderzocht, het weglaten van de KTVV mee betrokken werd in de beschouwing rond het levensverkortend –zijn. Als KTVV en vooral vocht gestopt wordt kan dit het overlijden immers bespoedigen, zeker bij deze vaak cachectische patiënten. Daarom spreken sommigen bij CDS mét stoppen van KTVV van terminale sedatie; p520 (ref 2663).

- CDS zonder toediening van vocht bespoedigt het levenseinde niet als de levensverwachting van de patiënt korter is dan de lethale dehydratatie. Maar over hoe lang die periode is, blijkt in de literatuur geen eensgezindheid... sommigen spreken inderdaad over één, twee of zelfs drie weken maar anderen over een paar uren; p 522 ref 2667-8-9. Ook al is dit niet de bedoeling, een arts moet weten dat niet-toedienen van KTVV kan leiden tot het overlijden van de patiënt waarop de arts kan worden aangesproken; p525 ref 2683.

- Een geoorloofde CDS bij refractaire symptomen maakt het onthouden van KTVV niet per definitie geoorloofd. De meerderheid van de medische en rechtsliteratuur is van oordeel dat CDS en stoppen van KTVV twee aparte beslissingen zijn met elk een afzonderlijke rechtvaardigingsgrond; p524 ref 2679. Natuurlijk, cf Wet Patiëntenrechten, als de patiënt KTVV vóór het coma geweigerd heeft, kan de arts hier niet op worden aangesproken.

- Voor CDS aanvaardt men in de USA, Canada en het UK als rechtvaardigingsgrond de doctrine van het dubbele effect: CDS heeft een positief effect namelijk wegnemen van discomfort maar een mogelijks negatief effect namelijk het overlijden van de patiënt. Het opzet is comfort, het voorzienbare gevolg het overlijden. Er is een proportionaliteitsprincipe: het goede effect moet zwaarder doorwegen dan het slechte. In die landen wordt het eventuele versnellen van het stervensproces aanvaard omdat het gecompenseerd wordt door het goede effect, het wegnemen van de pijn. Dus deze Angelsaksische landen aanvaarden het mogelijk levensverkortende effect en benoemen dit.

- Wie garandeert dat de arts niet graag de levensverkorting er bijneemt laat staan dat de arts die in stilte beoogt? In een Vlaamse studie “Continuous deep sedation until death in Belgium” (Arch. Int. Med. 2010) met o.a. Freddy Mortier, had 13% van de artsen mede de bedoeling om het overlijden te bespoedigen en in 4% was dit hét doel.

- De Raad van State (RvS) merkte op (Adv.RvS 2000) dat moet uitgemaakt worden of CDS onder de WPZ of de Euthanasiewet valt: “... wat aantoonde dat het moeilijk is om een onderscheid te maken tussen handelingen die er in bestaan opzettelijk levensbeëindigend te handelen ... en de handelingen waarbij de pijn van een persoon wordt verlicht door een verdovend middel toe te dienen waarvan het zeker is dat het tot de dood zal leiden.” Voor de RvS is het onduidelijk of een arts de wettelijke toestemming kan inroepen die voorzien is voor de pijnbestrijding in de WPZ. Het is dus denkbaar dat artsen hun levensbeëindigend handelen gaan kwalificeren als pijnbestrijding met een mogelijk levensverkortend effect of CDS om zo het strengere juridische kader van de EW te omzeilen of om het in confessionele instellingen niet als euthanasie te moeten benoemen.

- Hoe de schemerzone tussen enerzijds CDS en levensbeëindigingen waarbij de arts zich onttrekt aan de maatschappelijke controle en de opzettelijke levensbeëindigingen anderzijds opheffen?

Het oogmerk van de arts: wat is zijn intentie. Te subjectief en niet te achterhalen
Het causale verband tussen medicatie en overlijden. Te individueel verschillend
De aard en de proportionaliteit van de medicatie. Dit is een criterium dat door de RvS werd gegeven in haar adviezen betreffende Euthanasiewet: *“De artsen hebben de verplichting om de pijn die hun patiënt voelt zo veel mogelijk te verminderen. In de praktijk kan zulke verzorging tot gevolg hebben dat de dood optreedt en vervroegd wordt. Wanneer deze verzorging strikt beperkt is tot wat noodzakelijk is om de pijn te bestrijden, valt ze volledig onder wat toegelaten is en kan de omstandigheid dat ze de dood tot gevolg had in principe niet aan de arts verweten worden”*.

- Steeds dienen patiënt of vertegenwoordiger de geïnformeerde toestemming te geven. In een studie in 2007 bleek dat in 27% van de CDS in ziekenhuizen geen toestemming was van patiënt noch familie...

CDS zonder vocht = trage euthanasie

- Wegnemen van bewustzijn is al het begin van de dood

- Als er geen vocht wordt toegediend is de intentie impliciet ook het leven te verkorten en vele artsen geven dit ook expliciet aan.

- “CDS is omkeerbaar en euthanasie niet” is irrelevant bij de CDS waarbij men aanhoudt tot de dood.

- De voorwaarden zijn refractaire symptomen bij CDS en ondraaglijk lijden bij euthanasie zijn vaak overeenkomend.

- De beleving en het stervensproces zijn natuurlijk verschillend: CDS imiteert ahw het stervensproces, euthanasie is zeer direct en confronterend. Maar de maatschappelijke, juridische en religieuze labeling is totaal verschillend.

Vaak wil men de verschillen met euthanasie koste wat kost benadrukken en die zijn er natuurlijk. Maar cruciaal is dat het beide handelingen zijn rond het levenseinde met een mogelijk tot duidelijk levensverkortend effect. Nog belangrijker is de openheid ivm beslissingen rond het levenseinde en daarin moet CDS in het palet van mogelijkheden besproken worden naast de andere mogelijkheden en dit met de betrokkene of met diens vertegenwoordiger. Zeg waar het om gaat en wat de opties zijn:

- Maximaal comfort en palliatieve zorg
- Continu en diep sederen en mogelijk het stervensproces versnellen
- Euthanasie volgens de wettelijke voorwaarden

Hoogachtend

Dr. Koen Verhofstadt, coördinerend en raadgevend arts (CRA)

Reactie van de duider van het artikel

Dr. Peter Pype, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent; Equipearts Netwerk Palliatieve Zorg Midden West-Vlaanderen

Collega Verhofstadt beschrijft enkele interessante aanvullingen.

Twee elementen uit zijn betoog wil ik vernoemen:

1. Het belang van kunstmatige vocht en voeding. In mijn duiding kon ik daar niet veel over schrijven gezien de heterogeniteit van definities (van sedatie) die in de studies gebruikt werden geen globaal besluit toelaten. Wel verwijs ik in mijn besluit naar de huidige vlaamse richtlijn (www.pallialine.be) waarin vermeld wordt dat de beslissing tot sedatie en de beslissing om vocht en voeding te stoppen twee aparte beslissingen zijn
2. De beschouwingen over de grens tussen sedatie en euthanasie. De review die ik besprak ging hier niet over, vandaar ook het ontbreken van dit thema in mijn duiding. Ik volg echter

volledig zijn slotpleidooi voor openheid tussen zorgverstrekkers en patiënt/familie over de zorgmogelijkheden en zorgintenties.

Met palliatieve sedatie en euthanasie hebben we twee krachtige instrumenten in handen om het lijden van palliatieve patiënten te lenigen. Zoals met elk nieuw instrument vragen ook deze een leercurve (individueel en maatschappelijk).

De review (en bijhorende duiding) heeft een duidelijke maar beperkte focus.

De aanvullingen van dr. Koen Verhofstadt maken het maatschappelijk plaatje breder en vollediger.

Dr. Peter Pype, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent;
Equipearts Netwerk Palliatieve Zorg Midden West-Vlaanderen