

Verslag bijeenkomst van Café Doodgewoon op 23 mei 2017

Palliatieve sedatie en euthanasie



Spreker: Dhr. Paul Smit, specialist ouderengeneeskunde en consulent palliatieve zorg en hospice-arts bij “de Spreng”.

Palliatieve sedatie en euthanasie

Via de hier bijgevoegde PowerPoint presentatie vertelde de heer Smit over procedures, de wet, over wils- en euthanasieverklaringen en de praktijk van de sedatie en euthanasie.

Aan de hand van praktijkvoorbeelden konden de deelnemers meedenken over de dilemma's waar artsen voor komen te staan met name als het om euthanasieverzoeken gaat.

Het verschil

Het is van belang te weten dat er een groot verschil is tussen palliatieve sedatie en euthanasie.

Het doel van sedatie is verlichting van hinderlijke symptomen; het bewustzijn wordt verlaagd. Het lijden criterium is richtlijn. De levensverwachting moet korter dan twee weken zijn omdat sedatie niet leven verkortend mag zijn, er is sprake van een normaal stervensproces. En er is sprake van normaal medisch handelen. Sedatie is beslist geen “euthanasie light” zegt de heer Smit uitdrukkelijk.

Doordat de pijnbestrijding steeds opnieuw moet worden bekeken worden patiënten soms ook weer wakker, familie schrikt hier vaak van. Het moet steeds opnieuw gezegd worden: sedatie laat mensen niet sterven, het wordt ingezet om natuurlijk sterven zo waardig mogelijk te maken.

Het doel van euthanasie is de dood. Er is sprake van bewust iemand ter dood brengen en dat is een strafbaar feit. Maar in Nederland is het zo geregeld dat, als een arts zich houdt aan de richtlijnen van de KNMG rondom toepassen van euthanasie hij niet voor moord vervolgd zal worden. Hier is geen sprake van normaal medisch handelen.

Bij palliatieve sedatie beslist de arts en stemt de patiënt in.

Bij euthanasie beslist de patiënt en stemt de arts(en) in.

Palliatieve sedatie is terug te draaien; euthanasie is onomkeerbaar.

Euthanasie

De procedure van euthanasie is terug te vinden op de PowerPoint. De heer Smit licht een aantal zaken toe: Niemand heeft recht op euthanasie! Het is een dialoog tussen arts en patiënt waarbij 1. ondraaglijk lijden en 2. niet meer behandelbaar zijn, de centrale punten in de wet zijn.

Het betreft zowel fysiek als psychisch lijden. Het psychisch lijden is moeilijker te definiëren dan onbehandelbaar fysiek lijden. Tegen pijn in de ziel helpt geen morfine; liefde en aandacht wel.

Als de patiënt niet meer wil leven kan hij depressief zijn; dus behandelbaar(?).

Dementie is ook een voortdurend punt van discussie.

De heer Smit stelt ook uitdrukkelijk dat de naasten bij euthanasie geen stem hebben in de besluitvorming: het gaat om een dialoog tussen patiënt en arts.

Dat naasten er in de praktijk wel altijd bij betrokken worden in het proces en hun mening waarschijnlijk ook van invloed is op het besluit van de arts betekend niet dat ze medebeslissingsrecht hebben.

Dilemma's van euthanasie in de praktijk

- Kinderen zeggen soms tegen de ouders dat zij ervoor zullen zorgen dat er euthanasie zal plaatsvinden. In de besluitvorming kan dit averechts of vertragend werken: willen de kinderen euthanasie of wil de zieke dit zelf?
- Bij dementie speelt heel vaak de vraag of iemand wilsbekwaam is. En ook de vraag als die persoon een euthanasieverklaring bij de arts heeft waarin hij heeft aangegeven te willen sterven als hij dement wordt, met als kenmerk "niet meer in staat zijn thuis te wonen"; wat te doen als hij dat niet meer bewust is? De partner komt dan met een deze verklaring en zegt: "nu is het moment daar". Vroegtijdig ingrijpen is bij een dementeringsproces een punt van aandacht.
- Het thema euthanasie bij "voltooid leven" is in discussie. Levensmoe zijn is op dit moment nog geen reden om euthanasie toe te staan. In de politiek zijn er uitgesproken voor en tegenstanders.

Nog een aantal aanvullingen op de presentatie

- Euthanasie mag niet worden toegepast als de patiënt gesedeerd is met medicatie.
- Als om een bepaalde reden geen euthanasie kan worden toegepast dan kan een euthanasieverklaring wel dienen als een behandelverbod. De patiënt heeft immers te kennen gegeven in bepaalde omstandigheden niet te willen leven.
- Over de vraag of een kliniek voor levensbeëindiging gemakkelijker overgaat tot euthanasie dan huisartsen, zijn de ervaringen verdeeld.
- Iemand in coma mag niet geëuthanaseerd worden.
- Bij binnenkomst in een verpleeghuis komen zieke mensen met regelmaat met een euthanasieverzoek maar gaande weg is er vaak berusting in de opname en wordt de vraag niet meer gesteld.
- Een hospice is een voorziening voor palliatieve zorg en niet om euthanasie uit gevoerd te krijgen. Maar het is niet uitgesloten.
- Het uitvoeren van euthanasie is altijd spannend zowel voor de patiënt, de familie als voor de arts. De arts heeft dan veelal ook de voorkeur dat de patiënt het dodelijke middel zelf inneemt. De arts is dan in de positie van hulp bij zelfdoding.

Ter afsluiting

Een betrokken publiek stelde vragen en reageerde actief op de lezing van de heer Smit.

Een zeer informatieve avond!

Auteur: Greetje Terwisscha van Scheltinga