

Belofte maakt niet altijd schuld

# Euthanasie bij verlaagd bewustzijn

drs. E.H.J. van Wijlick,  
beleidsadviseur KNMG,

prof. dr. G.A. den Hartogh,  
emeritus hoogleraar ethiek,  
beiden lid (respectievelijk  
secretaris en voorzitter) van de  
KNMG-commissie euthanasie  
bij een verlaagd bewustzijn.

Correspondentieadres:  
e.van.wijlick@fed.knmg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Euthanasie uitvoeren bij een comapatiënt mag niet. Zonder bewustzijn is immers geen sprake van (ondraaglijk) lijden. Maar wat te doen bij minder zware gradaties van verlaagd bewustzijn? De KNMG schreef een richtlijn voor deze ingewikkelde beslisfase.

**D**e patiënte was verzwakt en had door reuma en metastasen pijn in haar hele lichaam. Ook was zij benauwd als gevolg van ascites en hartfalen. Vooral haar afhankelijkheid vond de patiënte ondraaglijk. De arts had een onafhankelijk consultant geraadpleegd die de patiënte een dag vóór het overlijden bezocht en concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Op de dag dat de euthanasie was gepland, bleek de patiënte niet wekbaar en reageerde zij niet op prikkels. Zij had een cheyne-stokesademhaling en snelle pols. De arts schatte in dat ze na enkele uren zou overlijden. In tegenstelling tot de weken daarvoor lag de patiënte er rustig bij en waren er geen tekenen van pijn of kortademigheid. Omdat de situatie was veranderd besloot de arts de euthanasie niet uit te voeren.

## Smart ervaren

Sommige artsen zullen er moeite mee hebben om in zo'n situatie van euthanasie af te zien. Zij hebben immers toegezegd die uit te voeren, en in veel gevallen hebben zij reden om te veronderstellen dat de patiënt die uitvoering zou hebben gewild. Misschien heeft de patiënt dat uitdrukkelijk aangegeven in een schriftelijke wilsverklaring, of palliatieve sedatie afgewezen omdat hij niet in een coma wilde raken, bijvoorbeeld omdat hij tot het einde toe de regie wilde hou-

den of omdat hij die situatie te belastend vond voor zijn familie.

Onder de Nederlandse wetgeving is het echter het enige juiste besluit om de euthanasie dan niet meer uit te voeren. Immers één van de zorgvuldigheidseisen die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (euthanasiewet) aan toelaatbare euthanasie stelt, is dat er sprake moet zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Maar lijden betekent: met smart ervaren. Het veronderstelt dus bewustzijn. Wie buiten bewustzijn is kan niet meer lijden, dus ook niet ondraaglijk lijden. De euthanasie mag dan niet meer worden uitgevoerd.

## Niet eenvoudig

Maar zijn er soms toch omstandigheden waardoor het toelaatbaar is euthanasie uit te voeren bij een patiënt die op het ogenblik van de uitvoering in een toestand van verlaagd bewustzijn is geraakt? Het lijkt een eenvoudige vraag, maar is dat niet. Enige tijd geleden heeft het College van procureurs-generaal, ondersteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de KNMG verzocht voor deze situaties een richtlijn op te stellen. Hiertoe heeft de KNMG een commissie ingesteld. De richtlijn, *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*, is onlangs door het Federatiebestuur vastgesteld.

De regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte) krijgen per jaar enkele meldingen waarbij op het moment van uitvoering van euthanasie het bewustzijn van de patiënt was verlaagd en

*De wil van de patiënt  
is niet de enige grond  
voor euthanasie*

er geen communicatie meer mogelijk was. Dit gebeurt waarschijnlijk vaker dan de Rte kunnen vaststellen, omdat het meldingsformulier niet vraagt naar de bewustzijnstoestand van de patiënt bij de uitvoering. Het centrale punt is dat er altijd aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, inclusief de verplichte consultatie. Ook is de afspraak gemaakt om de euthanasie op redelijk korte termijn uit te voeren. En vervolgens raakt de patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn.

### Glasgow Coma Scale

De Glasgow Coma Scale (GCS) is ook bij patiënten die op korte termijn zullen overlijden een bruikbaar instrument om de bewustzijnsverlaging te onderzoeken. Er wordt naar drie reacties gekeken:

#### 1. Het openen van de ogen (E)

houdt ogen gesloten	1
opent ogen na toediening van pijnprikkel	2
opent ogen op aanspreken	3
heeft spontaan de ogen open	4

#### 2. De motorische reactie (M)

geeft geen reactie op een pijnprikkel	1
strekt op een pijnprikkel	2
buigt abnormaal op een pijnprikkel	3
trekt terug op een pijnprikkel	4
lokaliseert de pijnprikkel	5
voert opdrachten uit	6

#### 3. De verbale reactie (V)

maakt geen geluid	1
maakt alleen geluiden, geen woorden	2
produceert enkele woorden	3
is verward, geeft onjuiste antwoorden	4
is georiënteerd, geeft juiste antwoorden	5

De minimale EMV-score is 3 en de maximale score is 15. Scoort een patiënt 6 of lager (E1-M4-V1) dan zal in het algemeen sprake zijn van een coma. Deze patiënten zijn niet wakker en zijn zich ook niet bewust van. Om de score juist te kunnen interpreteren is het noodzakelijk om te letten op de onderlinge verhouding tussen de afzonderlijke scores. Een patiënt met een *locked-in syndrome*, komt namelijk ook uit op een EMV-score van 6. Deze patiënt is echter wakker en met hem kan in beperkte mate gecommuniceerd worden.

Problematisch zijn vooral patiënten die niet wakker zijn, maar soms partieel wakker zijn. Met hen kan niet meer adequaat over het lijden gecommuniceerd worden, terwijl tekenen van lijden wel kunnen worden waargenomen. Zij hebben een score in de range 7 t/m 12.

### Glasgow Coma Scale

Wanneer spreken we van een verlaagd bewustzijn of coma? Artsen gebruiken termen als: comateuze toestand, diep coma, volledig comateus, niet meer aanspreekbaar zijn, niet bij bewustzijn zijn, verlaagd bewustzijn en subcomateus. Om hier helderheid in te brengen hanteert de richtlijn de term 'verlaagd bewustzijn' voor situaties waarin communicatie met de patiënt onmogelijk is. Coma is binnen die categorie een bijzonder geval. We spreken van een coma als moet worden aangenomen dat er geen sprake meer is van enige vorm van bewustzijn. Er is dus ook een vorm van verlaagd bewustzijn die geen coma is. Hoe onderscheid je die twee typen? Er bestaat daarvoor één erkend bruikbaar hulpmiddel: de Glasgow Coma Scale (GCS). Die is eigenlijk bedoeld om bewustzijnsniveaus door de tijd heen te kunnen vergelijken, bijvoorbeeld bij een vegetatieve toestand of een zogenaamde *minimally conscious state*. Die vallen, net zoals het *locked-in syndrome*, buiten het bereik van deze richtlijn. Maar de GCS kan ook voor dit specifieke doel gebruikt worden (zie kader).

### Belofte

Het kernprobleem is de eis van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De eis dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, levert geen extra moeilijkheden op. De euthanasiewet stelt immers niet dat het verzoek door de patiënt op het moment van de euthanasie nog herhaald moet kunnen worden. Een duidelijke wilsverklaring vooraf is voldoende. Het zou wel een probleem kunnen zijn dat die wilsverklaring geen betrekking heeft op een situatie van verlaagd bewustzijn. Maar dan heeft de patiënt aan die situatie niet gedacht, omdat hij zich gefocust heeft op het lijden dat hij ervaart en dat hem te wachten staat. En daarom blijft de centrale vraag of daar nog sprake van is.

Bij een coma, volgens de richtlijn een EMV-score op de GCS van 6 of lager, is er geen sprake van bewustzijn en dus niet van lijden. Euthanasie kan dan niet uitgevoerd worden. Dat de patiënt die gewenst zou hebben, doet daar niets aan af. In onze euthanasiewet is de wil van de patiënt immers niet de enige en volledige rechtvaardigende grond voor euthanasie. Die wil kan alleen worden gevolgd in gevallen van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Verlies van waardigheid en ontluistering kunnen ook niet meer beschouwd worden als ondraaglijk lijden, als de patiënt zich daar zelf niet meer bewust van is. Dat is ook bevestigd in een uitspraak van

## *Voor iedere belofte geldt dat er onuitgesproken condities zijn*

de Hoge Raad. Is het dan geen probleem dat de arts heeft toegezegd de euthanasie uit te voeren? Voor iedere belofte geldt echter altijd dat er onuitgesproken condities zijn. Er kunnen zich omstandigheden voordoen, vaak onvoorspelbare, die uitvoering van de belofte onmogelijk of ontoelaatbaar maken. Juridisch gesproken ligt de situatie helder: je kunt niet rechtsgeldig toezeggen om iets te doen wat de wet verbiedt. Het is daarom gewenst dat artsen in hun overleg met patiënten zorgvuldig formuleren en tijdig aan patiënt en naasten duidelijk maken dat euthanasie niet is geoorloofd als de patiënt in een coma is geraakt.

### **Ondraaglijk?**

Maar dan de tweede situatie, een verlaagd bewustzijn dat geen coma is: een EMV-score tussen 7 en 12 op de GCS. Het is dan mogelijk dat de patiënt tekenen vertoont van voortdurend lijden. Te onderscheiden zijn kernsymptomen zoals kreunen, een gebrek aan lucht, benauwdheid met of zonder stridor, en grimasseren.

Deze kunnen worden versterkt door additionele symptomen als onrust, verwardheid of (fecaal) braken.

Als zulke tekenen zich voordoen, mag je aannemen dat er sprake is van lijden, maar kan dat als ondraaglijk worden beschouwd? In deze situatie kun je op twee manieren redeneren; het is aan de arts om daartussen te kiezen. Volgens de eerste redenering zijn er weliswaar tekenen van lijden, maar is het, nu daarover met de patiënt niet gecommuniceerd kan worden, onmogelijk om vast te stellen of dat lijden ondraaglijk is. De arts kan daarom niet voldoen aan de wettelijke eis dat hij overtuigd moet zijn van de ondraaglijkheid van het lijden. Dus kan de euthanasie niet uitgevoerd worden en moet de arts zich ertoe beperken adequate palliatieve zorg te bieden.

Je kunt ook, volgens de andere redenering, zeggen dat er tekenen zijn dat het lijden, waarvan eerder is vastgesteld dat het uitzichtloos en ondraaglijk is en euthanasie rechtvaardigt, niet is opgeheven. De patiënt was bijvoorbeeld benauwd en is dat nog steeds. Het is niet meer vast te stellen of dat lijden nog steeds even ernstig is, maar die kans is reëel. Gegeven de continuïteit tussen het vroegere en huidige lijden

De term 'verlaagd bewustzijn' geldt voor situaties waarin communicatie met de patiënt onmogelijk is.

beeld: Corbis



## Schematische weergave euthanasie bij een verlaagd bewustzijn

EMV	specifieke vormen van verlaagd bewustzijn		
3			
4			
5			
6			
7	<b>verlaagd bewustzijn</b> (EMV-score 3 t/m 12)	<b>EMV-score 3 t/m 6: coma</b> niet wakker en niet bewust-van	geen lijden Verzoek mag <b>niet</b> worden uitgevoerd
8			
9			
10			
11		<b>EMV-score 7 t/m 12:</b> niet wakker maar (soms) partieel bewust-van	<b>lijden valt niet uit te sluiten</b> Tekenen van lijden Nee? Uitvoeren kan niet* Ja? Uitvoeren verzoek mag, maar hoeft niet. Dan is wel palliatie geboden.
12			

\* tenzij door medicatiebeleid er een ongewenste verlaging van het bewustzijn is opgetreden, die mogelijk omkeerbaar is.

### SAMENVATTING

- Euthanasie bij verlaagd bewustzijn mag in beginsel niet, omdat er dan geen sprake is van ondraaglijk lijden.
- Soms is de verlaging van het bewustzijn minder diep en zijn er tekenen van lijden.
- Volgens de KNMG-richtlijn zijn dan twee redeneringen mogelijk: door gebrek aan communicatie valt de ondraaglijkheid niet vast te stellen, maar is ook niet uit te sluiten.
- Het is aan de arts hoe hiermee om te gaan. Dit kan betekenen dat een euthanasiebelofte bij nader inzien niet gestand kan worden gedaan.

kan dat lijden nog steeds als ondraaglijk in de zin van de euthanasiewet worden aangemerkt en kan de euthanasie doorgaan. Het is dan erg verstandig een collega te raadplegen die zich een oordeel vormt over de mogelijke tekenen van lijden. Het gaat hier niet om een wettelijk verplichte consultatie, die heeft immers al plaatsgevonden (zie *schema*).

Het is van belang dat ook de eerste redenering als legitiem erkend wordt. Dat betekent namelijk dat een arts die bezwaar heeft tegen de tweede redenering niet gehouden kan worden aan een belofte om euthanasie uit te voeren.

### Omweg

Behalve naar de diepte van het verlaagd bewustzijn maakt de richtlijn nog een tweede belangrijk onderscheid: naar de oorzaak ervan. In de meeste gevallen ontstaat het verlaagd bewustzijn als gevolg van het verloop van de ziekte van de patiënt. Soms is het daarentegen een rechtstreeks en aanwijsbaar gevolg van

medisch handelen. Zo is het mogelijk dat medicatie die wordt toegediend bij een plotseling verslechterende toestand van de patiënt onbedoeld tot een bewustzijnsverlaging leidt. Deze situatie is bijzonder omdat het verlaagd bewustzijn in principe omkeerbaar is: je zou de toegediende doseringen kunnen verlagen totdat de patiënt weer aanspreekbaar is. Je zou de sedatie ook kunnen continueren, maar je moet aannemen dat dit eerder niet als een redelijk alternatief is beschouwd. Als je de patiënt weer bij bewustzijn brengt, breng je daarmee ook zijn lijden in volle omvang terug. Volgens de richtlijn is het in die situatie aanvaardbaar de overeengekomen euthanasie uit te voeren, ook als waarneembare tekenen van lijden ontbreken. Daarmee wordt als het ware alleen een omweg vermeden.

### Bestaande normen

De richtlijn is in overeenstemming met uitspraken van de Rte tot op heden. Tweemaal is een euthanasie bij verlaagd bewustzijn als onzorgvuldig beoordeeld. In beide gevallen deden zich geen waarneembare tekenen van lijden voor. In de andere gevallen luidde het oordeel 'zorgvuldig': dan ging het om een verlaagd bewustzijn waarbij duidelijke tekenen van lijden optraden, of om een in principe omkeerbare bewustzijnsverlaging ten gevolge van medisch handelen. De richtlijn is dus een codificatie van bestaande normen, bevat geen nieuwe regels of nieuwe interpretatie van regels, maar biedt handvatten voor artsen, de Rte en het Openbaar Ministerie. 



Een verwijzing naar de KNMG-richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn en de samenstelling van de KNMG-commissie vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Hier staat ook een retrograad over euthanasie.

\* Naast de auteurs bestond de KNMG-commissie euthanasie bij een verlaagd bewustzijn uit: drs. G.K. Kimsma, huisarts; dr. J.C.M. Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde; prof. mr. J. Legemaate, beleidscoördinator gezondheidsrecht KNMG; dr. E.F.M. Veldhuis, chirurg n.p.; prof. dr. D.L. Willems, arts, hoogleraar ethiek; dr. T.C.A.M. van Woerkom, neuroloog.