



Donderdag 24 november 2011

Moet alles wat kan?

Overwegingen bij medische macht en medische ethiek.

Bert Heikens, chirurg n.p. en docent

DISCUSSIEVRAGEN

1) “Moet alles wat kan’ bij pasgeborenen in geval van slechte prognose?

“Er is medisch veel mogelijk. Maar hoe te handelen bij een pasgeborene met een hopeloze prognose (categorie 3, z.o.z.): doorgaan met behandelen of behandeling onthouden?”

- ➔ *Lees de casus. Probeer vanuit diverse invalshoeken een standpunt te bepalen:*
1) ouders, 2) arts 4) de kerk 5) de sociale omgeving/jijzelf

2) Moet alles wat kan?

-chirurgisch ingrijpen bij obesitas.

- ➔ *Welke argumenten zijn er voor wel/niet behandelen?*
➔ *Wat mag je van de patiënt verlangen m.b.t. medewerking?*

Probeer je standpunt te bepalen vanuit:
1)de patiënt 2) chirurg 3) zorgverzekeraar 4) de sociale omgeving/jijzelf

Meer info:

Prof.dr. J.H. v.d.Berg (1969) Medische macht en medische ethiek; The Groninger Protocol - Euthanasia in severely ill newborn (2005); www.heelkunde.nl: chirurgische normen 2.0; www.knmg.nl; www.cbo.nl: richtlijnen obesitas;
Zie ook de uitzending ‘In 1 dag slank’ van Zembla op 11 november 2011:

- ➔ <http://beta.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1115809-slank-in-een-dag>

Ad1) "Moet alles wat kan?" bij pasgeborenen in geval van slechte prognose

Casus (waargebeurd)

uit: Medisch Contact 2009

*Op de neonatale intensive care is een baby met ernstig aangeboren hersenletsel opgenomen. Het patientje heeft op primitieve hersenstamreflexen na, feiten geen hersenfuncties. Wel ademt het zelfstandig. Verder is het kind gezond. Vanwege het ontbreken van hogere hersenfuncties is het kind doofstom en blind en zal het nooit enige vorm van contact met de buitenwereld kunnen maken. Feitelijk zal het kind **nooit meer kunnen doen dan liggen en ademen**.*

De ouders dringen aan op actieve levensbeëindiging, omdat zij de situatie onwaarschijnlijk vinden en 'dit kind geen toekomst heeft'.

De behandelende artsen erkennen dat actieve levensbeëindiging het meest humaan is. Het kind ligt er echter rustig bij. In juridische termen: er is geen sprake van actueel uitzichtloos ondraaglijk lijden en ook in de nabije toekomst zal dit er niet zijn.

De enige rechtvaardiging voor actieve levensbeëindiging is dat het kind geen menswaardige toekomst heeft

De huidige regelgeving erkent deze rechtvaardiging echter niet. Na een uitgebreide discussie besluiten de artsen daarom tot een palliatief beleid, dat louter gericht is op comfort. De sondevoeding wordt gestaakt. Artsen en ouders hopen op een spoedig overlijden, maar dit kan enige dagen tot weken duren.

Groningen-protocol "Levensbeëindiging van pasgeborenen"

Vooraf

Het Groningen-protocol werd in 2004 opgesteld door artsen van het Academisch Ziekenhuis Groningen (nu UMCG). Het geeft richtlijnen en criteria waarmee artsen "levensbeëindiging van pasgeborenen" kunnen uitvoeren in geval van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, zonder gevaar van strafvervolging. Het woord euthanasie wordt vermeden, omdat de Nederlandse euthanasiewetgeving alleen van toepassing is als iemand zelf om euthanasie vraagt. **Het protocol wil artsen procedures aanreiken voor een juiste besluitvorming en eventuele uitvoering.** Door deze kwaliteitsbewaking hoopt het tegelijk **grotere openheid** te bereiken: in 2004 werd nog 40% van de jaarlijks rond 600 gevallen van levensbeëindiging van pasgeborenen in Nederland niet als zodanig gemeld door de arts: een teken van onzekerheid over de gevolgde procedures en angst voor strafvervolging. Het Groningen-protocol werd door het Openbaar Ministerie in Groningen goedgekeurd en in juli 2005 door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde overgenomen.

De cijfers

Aantal geboortes per jaar in Nederland = 200.000. Sterfte in 1^e jaar = 1000, hiervan 600 na vorm van 'levensbeëindiging'.

Probleemstelling

Er is medisch veel mogelijk, maar het blijft moeilijk te bepalen wanneer te starten met behandeling of juist behandeling te onthouden. Het probleem is dat het moeilijk is om te bepalen in welke mate een pasgeborenen lijdt als gevolg van afwijkingen. Criteria zijn onder andere: 1) karakter van huilen en bewegen en 2) ademfrequentie en hartritme.

Wettelijke regeling

Sinds 1985 euthanasie op verzoek mogelijk > 16 jaar; < 16 jaar nog niet wilsbekwaam: euthanasie is dan "moord" behoudens in extreme omstandigheden. Maar wanneer zijn omstandigheden "extreem"?

Het Groningen-protocol onderscheidt 3 categorieën:

- 1) Er is geen overlevingskans ondanks behandeling.
- 2) Slechte prognose en permanente afhankelijkheid van intensieve zorg. Wel overleving, maar op minimaal niveau. Bijv. bij ernstige hersenbeschadiging en orgaanfalen t.g.v. hypoxie.
- 3) Hopeloze prognose: lage kwaliteit van leven en permanent lijden. Bijv. bij ernstige vorm van spina bifida of overleving na intensieve zorg.

De medische praktijk

Ad 1: abstineren is geaccepteerd in Europa en de VS.

Ad 2: in Nederland en grotendeels Europa; het gaan niet alleen om de intensieve zorg en het overleven, maar ook om kwaliteit, dus in overleg met de ouders niet starten of stoppen met de behandeling

Ad 3: De prognose moet zo nauwkeurig mogelijk worden vastgesteld en worden besproken met de ouders. Pijn en ongemak moeten worden bestreden, maar als desondanks de prognose slecht blijft en het lijden aanwezig, is dan euthanasie niet humaner? > 16 jaar kan daarom vragen; < 16 jaar niet en de wens van de ouders als vertegenwoordiger telt wettelijk niet. Dus onmogelijk?

Volgens het Groningen-protocol is actieve **levensbeëindiging** onder **strikte condities** acceptabel:

*duidelijke conclusie en prognose

*second opinion door onafhankelijke medicus

*de ouders zijn volledig accoord

*na de euthanasie gerechtelijke controle