

Palliatieve sedatie, het sympathieke alternatief voor euthanasie?

A.A.Keizer en S.J.Swart

Zie ook de artikelen op bl. 445, 458 en 467.

'... this downy sleep, death's counterfeit'
(Shakespeare W. *Macbeth*. 2e bedrijf, 3e scène)

Mensen zijn dieren die zich via een aantal niet geheel ontworstelde manoeuvres deels ontworsteld hebben aan het darwinistische gebeuren. In de natuur wordt over het algemeen zeer kortdaat gestorven, doordat dieren niet geneigd zijn de snelle route naar het graf voor elkaar af te sluiten door hulpvaardigheid. Wij doen dat anders en de omwegen die daarbij ontstaan, zijn niet altijd even aantrekkelijk. Hulpvaardigheid bij het sterven is onvermijdelijk een dubbelzinnige onderneming, omdat vrijwel alles wat men doet het sterven zal vertragen of versnellen. Vertragen is in de eindfase geen verdienste meer. Maar versnellen vinden we ook onjuist.

De ideale interventie tijdens het sterfbed zou het lijden moeten verlichten, de stervende wakker houden en geen invloed mogen hebben op het tijdstip van overlijden. Dit is tot nu toe onmogelijk gebleken, ook al omdat men nooit met zekerheid zal kunnen vaststellen of iemand zonder de interventie eerder of later zou zijn overleden. Prospectief gerandomiseerd onderzoek is in dezen niet voorstelbaar.

Adequate behandeling en begeleiding kunnen veel lijden op een sterfbed verlichten, maar als gebruik van medicatie noodzakelijk is, blijft de stervende er niet altijd goed wakker bij en de vraag of iemand als gevolg van dit handelen eerder overlijdt, wordt soms ontkennend, soms bevestigend beantwoord.

Als lijdensverlichting niet meer lukt met de beschikbare behandelmethoden, kan in laatste instantie worden overgegaan tot 'terminale sedatie' of 'palliatieve sedatie' of 'sedatie in de laatste levensfase', de term varieert afhankelijk van wat men in de procedure vreest of hoopt – in ieder geval wil niemand het 'terminerende sedatie' noemen. Wij kiezen in dit artikel voor 'palliatieve sedatie', omdat niet de sedatie terminaal is, maar de patiënt.

Palliatieve sedatie wordt toegepast om symptomen te bestrijden die met andere maatregelen niet beheersbaar blijken bij een geschatte levensverwachting van niet meer dan één week. Hierover bestaat eenstemmigheid. Het gaat onder andere om pijn, benauwdheid en onrust (bijvoorbeeld in het kader van een delier). De stervende wordt zodanig gesedeerd dat hij geen pijn, benauwdheid of onrust meer ervaart en

deze sedatie wordt gehandhaafd totdat de dood intreedt. De stervende krijgt daarbij geen voeding of vocht toegediend.

Deze gang van zaken roept een aantal vragen op die niet eenduidig te beantwoorden zijn.

WAT IS HET DOEL VAN PALLIATIEVE SEDATIE?

Het 'juiste' of 'onschuldige' antwoord op deze vraag is: bestrijding van refractaire symptomen zonder levensverkorting. Hoewel het onduidelijk is of sedatie tot levensverkorting leidt, is dit vaak wel het doel waarvoor deze wordt toegepast, zo constateren Verhagen et al.¹ en Rietjens et al.² elders in dit nummer. Wie in deze context 'zuiver' wil sederen, dus met de zekerheid dat de procedure het leven niet bekort, zal de stervende tijdens de sedatie kunstmatig vocht en voeding moeten toedienen tot de dood intreedt. Dit is geen houdbare suggestie; wij zouden hier tegenover willen stellen dat een arts een zekere koelbloedigheid zal moeten ontwikkelen ten aanzien van eventuele levensverkortende bijwerkingen van zijn palliatieve maatregelen, anders is het onmogelijk zich op vruchtbare wijze rond stervenden op te houden. Let wel: wij schrijven 'koelbloedigheid', niet 'onverschilligheid'.

HOE VERLOOPT DE BESLUITVORMING?

Verhagen et al. vinden dat er zo nodig een externe expert moet worden geraadpleegd.¹ Rietjens et al. constateren dat er vaak overlegd wordt met de stervende en bijna altijd met de familie.² Ponsioen et al.³ pleiten uitdrukkelijk voor een consultatie vooraf zoals die plaatsvindt bij euthanasie. Zeker in de eerste lijn lijkt het laatste pleidooi terecht, omdat huisartsen niet altijd in een teamverband werken, zodat het uitdrukkelijke inbouwen van een toetsingsmoment waarin een buitenstaander-collega zijn of haar mening geeft een heilzaam effect kan hebben. Ponsioen et al. willen geen toetsing achteraf, zoals bij euthanasie.

Overwegingen rond de besluitvorming bij palliatieve sedatie leiden onvermijdelijk tot een blik op die andere procedure rond het levenseinde: euthanasie. De mogelijkheid dat euthanasie en palliatieve sedatie met elkaar verward worden, leidt tot onbehagen, misverstand en achterdocht. Kunnen wij daar iets tegen doen?

Hr.A.A.Keizer, verpleeghuisarts, Hogeweg 39hs, 1098 BX Amsterdam.

Hr.S.J.Swart, verpleeghuisarts, Barendrecht.

Correspondentieadres: hr.A.A.Keizer.

Het is de moeite waard om goed stil te staan bij het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie, want ook de maatschappij eist openheid rond het sterfbed. De verdenking dat mensen op heimelijke wijze niet alleen in slaap worden gebracht, maar worden gedood is onverdraaglijk en moet zoveel mogelijk worden bestreden. Deze verdenking heeft van de kant van de procureur-generaal De Wijkerslooth in ieder geval tot één onfortuinlijke actie geleid, waarvan een collega op niet mis te verstane wijze het slachtoffer is geworden.⁴ Verhagen et al. zijn uitermate gedecideerd: palliatieve sedatie mag nooit gebruikt worden als een methode om het leven te beëindigen. Als een stervende om euthanasie verzoekt, moet er over euthanasie gesproken worden en niet over sedatie. Zij voegen daar echter onmiddellijk aan toe dat levensverkortings in 46% van de gevallen waarin sedatie werd toegepast wél de bedoeling was (47% bij Rietjens et al.). Sterker nog, in 5% van de gevallen was dit zelfs uitdrukkelijk het doel (2% bij Rietjens et al.).

Afgezien van morele overwegingen is er ook een praktisch probleem bij het toepassen van palliatieve sedatie als euthanaticum. Bij euthanasie weet men dat de dood vrijwel onmiddellijk zal intreden. Bij palliatieve sedatie is het overlijdenstijdstip zeer ongewis. Dit kan tot emotionele onrust leiden bij de naasten, die soms ongedurig worden en vanuit hun onmacht aandringen op levensbeëindiging. Bij de toepassing van palliatieve sedatie zou men deze verwachtingen moeten ontzenuwen door duidelijk te stellen dat er geen sprake is van levensbeëindiging. Om het nog iets ingewikkelder te maken: er zijn patiënten die, ook al zijn er geen refractaire symptomen, uitdrukkelijk om sedatie vragen, zodat zij in hun slaap kunnen overlijden. Strikt genomen zou men moeten stellen dat zij om euthanasie vragen, waarbij zij een naar hun inschatting heel erg zachte methode specificeren. Wie een dergelijk verzoek zo interpreteert, zou de gebruikelijke procedure rond euthanasie in gang moeten zetten. Voorzover wij weten, gebeurt dit niet. Ook bij Ponsioen et al. blijken euthanasie en terminale sedatie, hoe strikt wij ook definiëren, heel dicht bij elkaar te liggen. Bij hun patiënt B wordt euthanasie uitgesloten, omdat zij zo theateraal doet. Maar theater diskwalificeert kennelijk niet voor palliatieve sedatie.

OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

Zowel euthanasie als palliatieve sedatie kan een antwoord zijn van een arts op de vraag: kan er een einde komen aan het lijden? Daarin komen ze overeen. Er is echter een groot verschil: palliatieve sedatie is een gewoon onderdeel van medisch handelen. Euthanasie niet, daarom mag een arts die ook weigeren.

Bovendien – en geen van de genoemde auteurs wijst

hierop – is er een belangrijk verschil in de beleving van de arts en de stervende bij palliatieve sedatie in vergelijking met euthanasie. Palliatieve sedatie is emotioneel veel minder belastend voor de arts en waarschijnlijk ook voor de stervende. Sedatie geeft minder angst, de verantwoordelijkheid drukt anders, de arts voelt zich niet, of in veel mindere mate, de onmiddellijke veroorzaker van het overlijden. In weerwil van wat tegenstanders van euthanasie soms verkondigen: er bestaan geen artsen die graag euthanasie verlenen. Als hij of zij mag kiezen tussen de twee, dan zal vrijwel iedere arts voor palliatieve sedatie kiezen. De objectief constateerbare causaliteit en de subjectieve beleving van verantwoordelijkheid lopen bij deze procedure veel sterker uiteen dan bij euthanasie.

Sedatie is om dezelfde reden draaglijker voor de stervende. Een mens vraagt veel makkelijker om slaap – Shakespeares ‘counterfeit’ (nabootsing) – dan om de dood. Wie denkt dat het ‘eigenlijk’ niets uitmaakt of iemand enkele dagen na het begin van sedatie overlijdt of enkele minuten na een overdosis barbituraten, die weet niet waarover hij praat of heeft geen van beide ooit meegemaakt. Artsen en stervenden zullen in het licht van deze overwegingen makkelijker tot palliatieve sedatie overgaan dan tot euthanasie.

Een belangrijke vraag is of voorkomen kan worden dat de ene procedure al dan niet opzettelijk in plaats van de andere wordt ingezet. Rond de abrupte procedure van euthanasie zal nooit iemand denken dat palliatieve sedatie eigenlijk de bedoeling was, maar in de geleidelijke route van sedatie is het veel moeilijker een vermeden euthanasie te herkennen. Dat wil zeggen dat palliatieve sedatie soms zal worden ingezet, niet alleen om refractaire symptomen te bestrijden, en ook niet om euthanasie te verrichten, maar om euthanasie te vermijden. Steeds luider klinkt de roep om een toetsingsprocedure rond palliatieve sedatie, want niemand wil deze uitboeken als euthanasie, omdat dan de toetsing die wij daarvoor geregeld hebben in gang moet worden gezet. Crul pleit voor toetsing van palliatieve sedatie ‘binnen de beroepsgroep’.⁵ Echter, wie pleit voor een toetsingsprocedure voor palliatieve sedatie, geeft deze maatregel precies de lading waarvan men zegt dat die er niet in zit. Het lijkt vrijwel onvermijdelijk dat sedatie-met-toetsing dan net zo zwaar zal gaan wegen als euthanasie en dat het (laten) toetsen om precies die reden vermeden zal worden.

Is het niet (laten) toetsen van palliatieve sedatie een ernstige misstand of behoort de besluitvorming rond deze sedatie tot de aanvaardbare handelingsvrijheid van de arts? Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van het vertrouwen dat de Nederlandse arts denkt te hebben bij zijn patiënten. Er is een begin van een antwoord te ontwaren als wij bedenken dat de maatschappij betrekkelijk rustig blijft bij de constatering dat 46% van de euthanasiegevallen in ons land niet gemeld wordt.⁶

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 27 december 2004

- 4 Melchior M. In de cel wegens verlichten van lijden. *Med Contact* 2004; 59:1854-6.
- 5 Crul BJP. Genade van een zachte dood. *Med Contact* 2004;59:1312-4.
- 6 Wal G van der, Heide A van der, Onwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ van der. Medische besluitvorming aan het einde van het leven; de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Utrecht: De Tijdstroom; 2003.

Literatuur

- 1 Verhagen EH, Hesselmann GM, Besse TC, Graeff A de. Palliatieve sedatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:458-61.
- 2 Rietjens JAC, Heide A van der, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ van der, Wal G van der. De praktijk van terminale sedatie in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:467-71.
- 3 Ponsioen BP, Elink Schuurman WHA, Hurk AJPM van den, Poel BNM van der, Runia EH. Terminale sedatie: consultatie van een tweede arts zoals bij euthanasie of hulp bij zelfdoding. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:445-8.

Abstract

Palliative sedation, the sympathetic alternative for euthanasia? – Palliative sedation is given to relieve refractory discomfort (pain, shortness of breath, agitation) during the phase when life expectancy is estimated to be a week or less. It is a medical intervention which, although not expressly meant to shorten life, may well do so. There is an inherent uncertainty here which is the cause of considerable ethical unease. Figures show that in a limited number of cases palliative sedation is actually applied with the intention to hasten death. It may well be impossible to rid ourselves of this uncertainty conclusively. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:449-51