

ZORGWEKKENDE STIJGING VAN PALLIATIEVE SEDATIE

Euthanasie wordt met een bijzonder kritisch oog benaderd, maar andere vormen van begeleide levensbeëindiging zijn volgens **WIM DISTELMANS** veel zorgwekkender. Dat 'begeleiden' is in veel gevallen verre van volmaakt (om niet te zeggen onbestaand).

Arts speelt opperbaas in de ziekenhuiskamer



WIM DISTELMANS

Wie? Titularis van de leerstoel 'Waardig Levens-einde' van deMens.nu aan de VUB.

Wat? Niet alleen euthanasie, maar ook andere levenseindebeslissingen zouden moeten worden geregistreerd.

Waarom? Artsen zullen daardoor beter (moeten) communiceren en beslissingen in overleg nemen.

Het zoveelste schrijnende verhaal van een eenzijdig genomen medische beslissing (*DS 26 mei*) bevestigt nogmaals hoe wij artsen op zijn minst beter moeten leren communiceren. Bovendien bewijst het ook dat de drie wetten aangaande het levenseinde – de wet patiëntenrechten, de wet palliatieve zorg en de euthanasiewet, hoewel het goede wetten zijn, nog verbeterd kunnen worden en correcter moeten worden toegepast.

Over de verfijning van de euthanasiewet werd de laatste weken behoorlijk wat geschreven (zie onder meer *DS 5 mei*). In tegenstelling tot euthanasie kunnen de vijf andere levenseindebeslissingen – die bovendien 25 keer méér voorkomen – ook genomen worden zonder medeweten van de patiënt. Het betreft palliatieve sedatie (een ondraaglijk lijdende stervende kunstmatig doen slapen), pijnstilling opdrijven (bij gruwelijke pijn), behandelingen stopzetten (reanimatie) of niet meer opstarten (sondevoeding) en de levensbeëindiging zonder verzoek (een lijdende pasgeborene met niet levensvatbare afwijkingen).

Comfortabel, maar voor wie?

Over de laatste 10 jaar werd een verontrustende verdubbeling van het aantal palliatieve sedaties vastgesteld. Hoe kan dit verklaard worden?

Vooreerst: palliatieve sedatie past men toe om ondraaglijk én onbehandelbaar leed te verlichten. Als iemand met longkanker dreigt te stikken, kan deze met slaapverwekkende producten of sedativa in coma gehouden worden om het verstikkingsgevoel te vermijden.

Uit respect voor patiëntenrechten mogen artsen pas na toestemming van de patiënt palliatief sederen of andere beslissingen nemen. Uiteraard mag de arts eenzijdig beslissen als er geen overleg mogelijk is. Veronderstel een wilsonbekwame patiënt, door dementie of onomkeerbare verwardheid, die tegelijk ondraaglijk lijdt. Artsen moeten hier ingrijpen, maar wel met de familie blijven communiceren zodat ze op een behoorlijke manier afscheid kunnen nemen.

In tegenstelling tot euthanasie is palliatieve sedatie niet bedoeld om het leven te beëindigen. Maar in de praktijk volgt het er vaak wél uit. Patiënten wennen immers aan de sedativa, zodat de dosis geregeld wordt opgedreven om ontwaken te vermijden. Tijdens deze dosisverhogingen weet uiteindelijk niemand meer met zekerheid of de patiënt nu overleden is door zijn ziekte, door de dosisaanpassingen of door een combinatie van beide. Men



Ziekenhuizen zijn als de dood voor de dood: 'je sterft daar niet, je geneest daar'

doet hierdoor aan 'barmhartige stervenshulp', maar het geïdealiseerde beeld van 'comfortabel' overlijden dankzij palliatieve sedatie klopt vaak niet in de praktijk. Denk maar aan de lijdensweg van pasgeborene Ella-Louise (*DS 5 mei*). In zulke extreme noodsituaties zou elke arts levensbeëindigend moeten handelen, eventueel ondersteund door het (Gronings) protocol zoals dat in Nederland wordt gebruikt.

Sluipende besluitvorming

In sommige zorginstellingen is euthanasie nog steeds taboe. De oorzaak is vaak ideologisch, maar vaak heerst ook de angst voor een slechte reputatie. Ziekenhuizen zijn immers als de dood voor de dood: 'je sterft daar niet, je geneest daar'. Als een patiënt dan om euthanasie verzoekt, wordt hem palliatieve sedatie aangeboden. Fragiele patiënten hebben niet meer de kracht om zich naar een ander ziekenhuis te begeven en aanvaarden dit alternatief. En de directie deelt mee dat euthanasie bij hen nauwelijks aan de orde is.

Palliatieve sedatie dient ook als dekmantel voor levensbeëindiging. Men beëindigt iemands leven – zelfs zonder zijn medeweten – maar moet het zo niet benoemen. Veronderstel dat na weken sederen het stervensproces te lang wordt bevonden. De arts verhoogt discreet de medicatie tot een dodelijke dosis, maar voor de buitenwereld blijft het 'palliatieve sedatie'. Daarom noemen sommigen palliatieve sedatie cynisch 'trage euthanasie' (*slow euthanasia*).

Het aantal palliatieve sedaties neemt de laatste jaren angstwekkend toe. Sommige artsen verkiezen dit blijkbaar boven euthanasie: het kan met of zonder medeweten van de patiënt, je kan aan levensbeëindiging doen zonder het zo te moeten noemen, je kan jezelf ook wijsmaken dat de patiënt tijdens de sedatie 'sponstaan' is overleden en er moet geen registratiedocument opgestuurd worden naar een federale commissie. Bovenal zijn wij artsen hiermee weer aan zet. We kunnen opnieuw, net als in de grijze schemerzone van weleer, autonoom en zonder overleg beslissen.

Palliatieve sedatie komt momenteel bijna acht keer meer voor dan euthanasie, vaak zonder medeweten van de patiënt. Bovendien voeren artsen in Franstalig België tweemaal zoveel palliatieve sedaties uit als in Vlaanderen, terwijl omgekeerd 85 procent van de geregistreerde euthanasie uit Vlaanderen komt. Daarom wordt het best, net zoals bij euthanasie, elke palliatieve sedatie of andere levenseindebeslissing maatschappelijk getoetst door registratie bij een centrale evaluatiecommissie. Hierdoor zullen artsen hopelijk bewuster leren handelen en communiceren. Bovendien zullen de drie levenseindewetten beter worden toegepast en de patiëntenrechten effectief gerespecteerd.

ONLINE
www.leif.be



'Meningen interesseren me niet, meningsvorming wel: de opinie van lezers voeden.'

Hoofdredacteur **XANDRA SCHUTTE** legt uit waarom De Groene Amsterdammer zichzelf een 'opinieblad' noemt (in NRC Handelsblad).