

# RUSTIG STERVEN

*'Uitstelbaarheid' geeft houvast bij keuze voor palliatieve sedatie*

Het verschil tussen sedatie en euthanasie is niet altijd voldoende duidelijk. Het begrip uitstelbaarheid kan uitkomst bieden. Als sedatie onuitstelbaar is, geeft dat aan dat er geen andere behandeling meer mogelijk is.

ALFRED TEEUW

De discussie over palliatieve sedatie is een lastige. Want ondanks zorgvuldige definiëring zijn sedatie en euthanasie in de praktijk soms moeilijk te onderscheiden. Dat onderscheid is echter van groot belang, niet alleen vanwege de wettelijke meldingsplicht bij euthanasie, maar ook vanwege het verschil in morele beoordeling. In de KNMG-richtlijn wordt daartoe een goede aanzet gegeven.<sup>1</sup>

Dat de discussie met deze richtlijn niet is gesloten, blijkt uit de verschillende publicaties over dit onderwerp. In dit artikel zal evenmin het laatste woord worden gesproken, maar wil ik een begrip aan de discussie toevoegen, dat onderscheidend en verhelderend kan werken. Het gaat om uitstelbaarheid.

In de KNMG-richtlijn wordt palliatieve sedatie omschreven als 'het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase'. Kortom: sederen in de palliatieve fase. Als vanzelf komt dan de vraag op wat onder de laatste fase wordt verstaan. In de praktijk gaat het immers om prognoses en niet

om een tijdspanne waarvan het beginmoment exact is aan te geven. Ook die vraag wordt in de richtlijn beantwoord. Door de palliatieve fase te beperken tot enkele dagen, met als maximum twee weken, is het voor iedere medicus practicus duidelijk dat het gaat om patiënten bij wie de slopende ziekte bezig is zijn laatste slag te slaan. De patiënten zijn 'op' en de familie wacht op het naderende levenseinde. En hoewel deze patiënten lijden aan uiteenlopende ziektebeelden, hebben ze gemeen dat de prognose beperkt is tot enkele dagen.

## PALLIATIEVE CONTEXT

Het is belangrijk deze 'palliatieve context' bij de hele discussie over sedatie voor ogen te houden. Dat voorkomt dat de discussie verschuift naar allerlei grenssituaties, die eerder verwarrend dan verhelderend zijn.

In het rapport wordt bijvoorbeeld gesproken over het creëren van een time-out in bepaalde crisissituaties. Dit suggereert dat er nog tijd genoeg is om, gedurende de fase van (tijdelijke) sedatie, experts te raadplegen voor de verdere behandeling van het ernstige lijden. Maar hebben we het dan nog over de palliatieve fase zoals hierboven is

Hetzelfde geldt voor de vraag: wel of niet kunstmatig toedienen van voeding en vocht? Het stellen van de vraag - de KNMG geeft overigens een duidelijk antwoord - suggereert dat er ook patiënten bij kunnen zijn met een minder slechte prognose dan in de definitie wordt aangegeven. Want bij stervende patiënten is het toch meestal duidelijk dat het kunstmatig geven van voeding en vocht eerder lijden indiceert dan verzacht.<sup>2</sup> De situatie van een terminale patiënt is een totaal andere dan die van een patiënt die vanwege postoperatieve beademing wordt gesedeerd en tegelijk kunstmatig gevoed. Door zorgvuldig vast te houden aan bovengenoemde context zijn dergelijke situaties te onderscheiden, wat een deel van de verwarring wegneemt. Niet iedere vorm van sedatie is immers palliatieve sedatie.

## VERVAGENDE GRENSEN

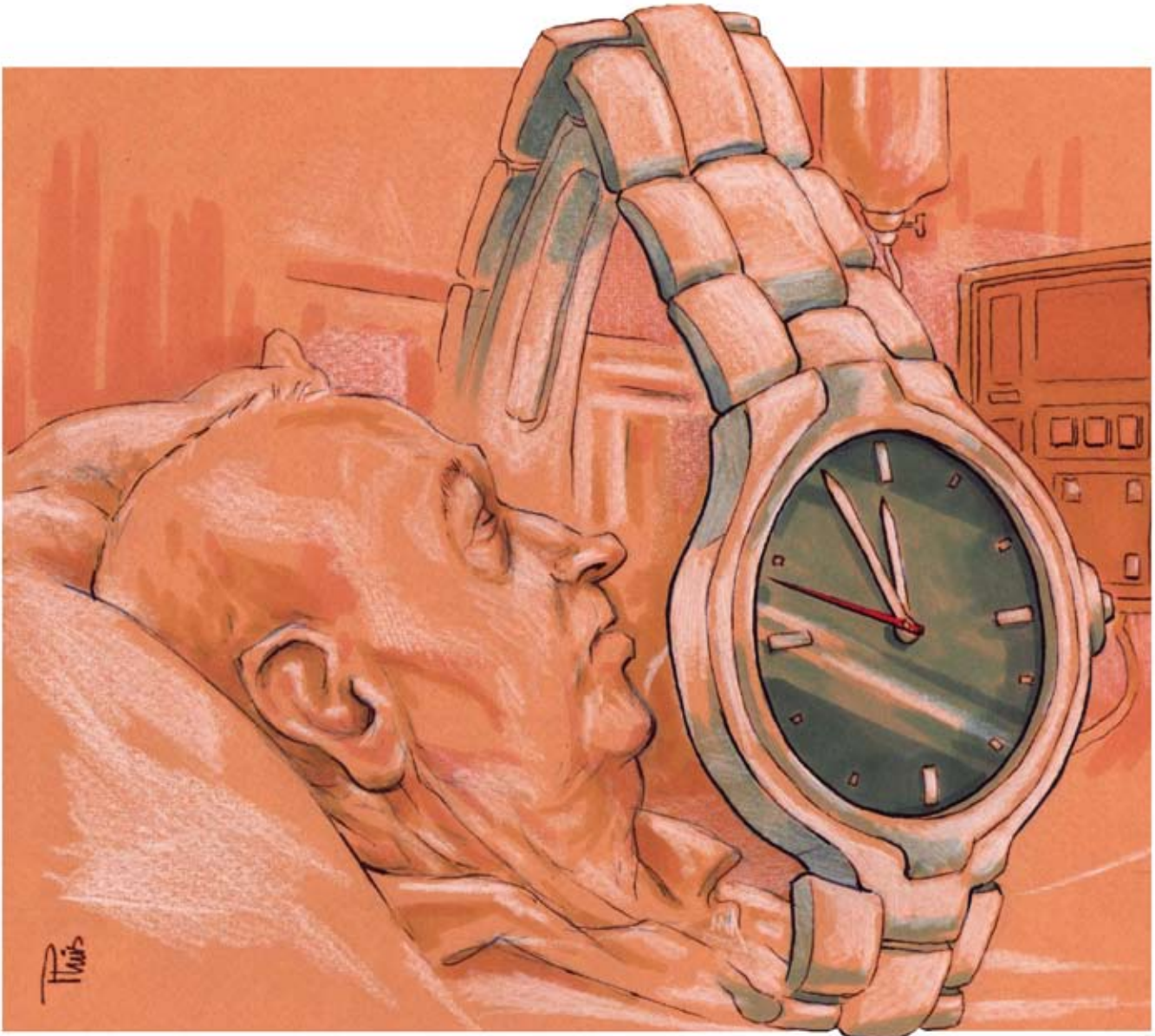
Het feit blijft dat palliatieve sedatie op een veelheid van situaties betrekking kan hebben. En zelfs als we sedatie begrenzen tot de palliatieve fase, is het verschil tussen sedatie en euthanasie niet altijd voldoende duidelijk.

Het voorstel van de KNMG-richtlijn om de medicatie duidelijk af te stemmen

## *Het verschil tussen sedatie en euthanasie is niet altijd duidelijk*

beschreven? Ik geloof dat zulke situaties zich kunnen voordoen (ik kan dat als verpleeghuisarts niet voldoende beoordelen), maar mijn persoonlijke ervaring is dat de palliatieve fase uiterst kort is en dergelijke afwegingen meestal niet meer toelaat. Het behoeft geen toelichting dat het sederen van een ernstig onrustige psychiatrische patiënt van een andere orde is dan het sederen van een hevig benauwde stervende.

op de bedoeling van de behandeling is verhelderend, maar niet altijd even makkelijk in praktijk te brengen. Niet zelden gebruiken palliatieve patiënten tegelijk én morfine tegen pijn, én midazolam tegen hevige angst en verwardheid, en een benzodiazepine tegen onrust. In principe hebben deze middelen geen levensbekortend effect. Maar naarmate de medicatiedosis hoger wordt, vervaagt soms de grens tussen sedatie, pijnbe-



strijding en (bewuste) levensbekorting. Tegen die achtergrond kan het begrip uitstelbaarheid verhelderend werken. Ter illustratie twee praktijkvoorbeelden.

**Casus 1**

Een vrouw van 68 jaar, bekend met een variant van amyotrofe laterale sclerose (ALS), lijdt onder de toenemende afhankelijkheid als gevolg van de progressie van haar ziekte. Ze woont nog thuis, samen met haar man, en heeft intensieve thuiszorg. Regelmatig spreekt ze een doodswens uit. Tegen de huisarts geeft ze aan - ze is inmiddels volledig bedlegerig en communiceert moeizaam - dat, als ze niet meer kan slikken, ze haar laatste dagen slapend wil doorbrengen. Als die situatie ontstaat, belt de echtgenoot

de huisarts. De arts bezoekt de vrouw en belooft de volgende morgen terug te komen om de sedativa te geven. De volgende dag krijgt ze midazolam voorgeschreven en ze overlijdt 36 uur later, zonder aanspreekbaar te zijn geweest.

**Casus 2**

Een 64-jarige man wordt op de palliatieve unit van een verpleeghuis opgenomen vanwege een gemetastaseerd darmcarcinoom. In het ziekenhuis is 18 liter ascites afgetapt, en bij opname in het verpleeghuis is de buik alweer bol en gespannen. Ondanks de slechte prognose heeft de man in het ziekenhuis nog een voedingssonde gekregen. Zijn medicatie bevat onder andere een morfinepleister en oxazepamtablet-

ten. Na ampel beraad wordt de sonde in het verpleeghuis verwijderd en wordt de morfine opgehoogd vanwege de pijnklachten. Hij krijgt de morfine subcutaan toegediend, vanwege het wisselende bewustzijn en het onvermogen tot slikken. De pijn neemt desondanks toe, evenals de onrust en de verwardheid (delirant beeld). Midazolam wordt aan de medicatie toegevoegd en na 48 uur, die hij nagenoeg slapend doorbrengt, overlijdt hij.

Deze voorbeelden zijn niet bedoeld om aan te geven of er verantwoord is gehandeld, maar om de verwarring rond het beleid te illustreren. In beide casussen waren de familieleden uiterst tevreden over het verloop van de laatste levensfase. Daarentegen was het opvallend dat >>

## SAMENVATTING

- *Het is van belang een zorgvuldig onderscheid te maken tussen palliatieve sedatie en euthanasie.*
- *Duidelijke definities, zoals in de KNMG-richtlijn, bieden daartoe een goede aanzet. Toch blijkt in de praktijk het onderscheid niet altijd duidelijk.*
- *Het begrip (on)uitstelbaarheid kan verhelderend werken. Sedatie die niet uitstelbaar is, bevestigt dat de arts geen andere keus meer heeft om het lijden te bestrijden.*

<< in de eerste casus de verzorgenden, die nauw bij de zorg van de vrouw waren betrokken, twijfels hadden omtrent de bedoeling van de behandeling. Of, om de terminologie van de KNMG-richtlijn te gebruiken, het starten van de sedatie was in de eerste casus emotioneel meer beladen dan in de tweede casus. De verzorgenden erkenden de ontluistering van het ziekbed, ze zagen eveneens de algehele achteruitgang, maar er was geen sprake van 'ondraaglijk lijden' in de betekenis van pijn, benauwdheid of hevige onrust. En dat maakte de keuze niet volledig invoelbaar. 'Invoelbaar' is weliswaar geen normatief element, maar het

duidelijk aangegeven dat het een laatste behandeling is om lijden te bestrijden, dus als andere behandelingen ontoereikend zijn. De arts staat als het ware met de rug tegen de muur. Het feit dat de arts belooft om de volgende morgen terug te komen (*casus 1*) geeft aan dat het lijden geen acute interventie behoeft, en dat de keus voor sedatie uitstelbaar is. Dat maakt het moment van sedatie des te emotioneler, want 'morgen gaat het gebeuren...' Die avond wordt mogelijk benut om afscheid te nemen.

Onwillekeurig komt de vergelijking op met een patiënt die de volgende morgen een euthanaticum krijgt toegediend. Die neemt ook emotioneel afscheid, want morgen is het zover. Terwijl de discussie is bedoeld om die vergelijking te voorkomen.

Het behoeft geen toelichting dat een patiënt met een tumor in de luchtpijp acuut moet worden gesedeerd als hij dreigt te stikken. Daarover bestaat geen verschil van mening. Het zou onverantwoord zijn om sedatie uit te stellen.

Het begrip onuitstelbaarheid geeft aan dat de arts geen andere behandelingsmethoden meer heeft dan sedatie. Sedatie is dan niet alleen een verantwoorde,

sedatie met name speelt in situaties waarin artsen niet van ophouden weten. Want is het niet vreemd dat een uitbehandelde oncologische patiënt, met een geweldige ascitesbuiik, in het ziekenhuis nog een voedingssonde krijgt om het eiwitniveau omhoog te brengen (*casus 2*)? Dat is toch vragen om problemen. En is het niet vreemd dat bij een terminale patiënte nog een portacath wordt ingebracht om daarmee de vochtinfusie te waarborgen, omdat zij geen bloedvaten meer heeft als gevolg van chemotherapie? Bij deze patiënten bleek sedatie, nadat de sonde en het infuus waren verwijderd, de enige optie om het sterven rustig te laten verlopen.

Misschien moeten we als artsen leren om eerder te stoppen met allerlei 'curatieve en levensverlengende' interventies, zodat de patiënt de gelegenheid krijgt om rustig te overlijden. Anders gezegd: mogelijk zal goede palliatieve zorg de noodzaak van sedatie verminderen. ■

dr. A.A. Teeuw,  
verpleeghuisarts in verpleeghuis Salem, Ridderkerk

Correspondentieadres: [teeuw.a@salem.nl](mailto:teeuw.a@salem.nl);  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

## Als artsen niet van ophouden weten ...

kan wel een *moral marker* zijn. Emoties en gevoelens kunnen uitingen zijn van onbenoemde morele intuïties.

### UITSTELBAAR

De eerste casus komt overeen met wat Den Hartogh verdedigt als het 'recht op sedatie'.<sup>3</sup> Daarbij staat niet de mate van lijden centraal, maar de mening van de patiënt. De patiënt wil de laatste stappen van de aftakeling en ontluistering niet bewust meemaken.

Deze visie is op zichzelf goed te verdedigen, maar vertroebelt de discussie. Want in de KNMG-richtlijn wordt

maar ook een noodzakelijke keus. De arts moet sederen om de patiënt niet extra te laten lijden. Niet zelden ervaren de omstanders het als een opluchting dat de patiënt 'eindelijk' rustig is geworden. De verkramping, de angst en de pijn zijn verdwenen.

Als sedatie onder deze condities wordt toegepast, zullen vragen over levensbekorting, levensbeëindiging of euthanasie niet of nauwelijks opkomen.

### VRAGEN OM PROBLEMEN

Hoewel ik geen cijfers heb, is mijn ervaring dat de problematiek van palliatieve

### Literatuur

1. KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. Utrecht, december 2005. 2. Fainsinger RL, Bruera E. When to Treat Dehydration in a Terminally ill Patient? *Supportive Care in Cancer* 1997; 5 (3): 205-11. 3. Hartogh G den. Het recht op inslapen. *Medisch Contact* 2006; 61 (37): 1463-5.

MC-artikelen over palliatieve sedatie vindt u via onze website: [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).