



Zonder pijn sterven

Steeds vaker worden mensen kort voor hun overlijden in slaap gebracht en gehouden met medicijnen. Zo wordt onbehandelbaar lijden verminderd. Voor die toepassing mag volgens specialist ouderengeneeskunde Rogier van Deijck uit Venlo meer aandacht komen.

VENLO
DOOR ERIC SEUREN

Een vrouw van 102 is opgenomen in een verpleeghuis. Haar gezondheid holt hier hard achteruit na een luchtweginfectie. Ze verlangt naar de dood, maar heeft geen echte lichamelijke klachten. Kinderen van de vrouw willen niet dat hun moeder onnodig lijdt en doen een beroep op de artsen om snel slaapmiddelen te geven. De doktoren zien daarentegen geen reden om over te gaan tot zo'n zogenoemde palliatieve sedatie, het met medicijnen opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een persoon die gaat sterven. Er is namelijk geen sprake van ondraaglijk lichamelijk lijden. Een paar dagen later wordt er alsnog overgegaan tot sedatie en nog geen dag later sterft de vrouw. De familie is verdrietig, maar ook boos en stapt naar de tuchtrechter. De kinderen vinden dat er te weinig rekening is gehouden met

de wens van hun moeder.

Zorg verlenen aan patiënten die sterven. Het is een van de moeilijkste taken van een arts. Het vraagt daarom om goede communicatie, stelt specialist ouderengeneeskunde Rogier van Deijck uit Venlo. Hij is werkzaam bij de Noord- en Midden-Limburgse zorginstelling De Zorggroep. „Zonder gesprek ben je nergens.”

Promotie

Van Deijck deed de afgelopen acht jaar onderzoek naar palliatieve sedatie. Hij keek daarbij vooral naar de praktijk. Wat komen artsen tegen? Wanneer gaan ze over tot deze 'laatste stap' in een lang zorgtraject? Gisteren promoveerde de arts met dat onderzoek aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. „Mensen hebben vaak niet het juiste beeld bij sedatie en van de andere kant wordt er mogelijk niet altijd duidelijk verteld wat het is en welke voorwaarden eraan verbonden zijn om ermee te beginnen.” Opmerkelijk? Ergens wel. Er wordt immers steeds vaker palliatieve se-

datie ingezet. De laatste jaren naar schatting ruim 16.000 keer per jaar. Soms gaat het daarbij om mensen 's nachts tot rust te brengen, maar in de meeste gevallen gaat het om een continue vorm zodat iemand de laatste dagen van zijn of haar leven comfortabel (maar vaak in slaap) doorbrengt. Van Deijck: „Palliatieve sedatie heeft geen levensverkortend effect. En het is zeker geen euthanasie. Een Belgische professor heeft het mooi verwoord: met deze vorm van sedatie wordt er gestorven, niet gedood.”

Richtlijn

Om daar geen misverstanden over te krijgen is in 2005 een landelijke richtlijn uitgebracht. Ook hier lag een tuchtzak aan ten grondslag. In die zaak werd een arts door een verpleegkundige verweten een patiënt zo ver onder bewustzijn te hebben gebracht dat die persoon vrij snel na het krijgen van de medicatie overleed. De arts werd vrijgesproken, omdat hij kon aantonen dat hij enkel benauwdheidsklachten bij zijn terminale longpatiënt had verholpen.

Rogier van Deijck bij zijn vader, die kort voor zijn overlijden palliatieve sedatie kreeg. FOTO ROGIER VAN DEIJCK

„In die richtlijn staat nu duidelijk dat palliatieve sedatie pas toegepast kan worden als er geen alternatieven meer zijn om het lijden tegen te gaan. Daarnaast is vastgelegd dat continue sedatie alleen mogelijk is als de patiënt binnen twee weken zal gaan overlijden”, legt Van Deijck uit.

Hoe duidelijk die richtlijn ook is, er is evengoed discussie over het onderwerp. Hoe strak moet je de regels immers hanteren? Hoe gaje om met familieleden die blijven volhouden dat 'een spuitje' tegen onnodig lijden noodzaak is, terwijl er medisch gezien nog alternatieven zijn? Die druk is voor artsen soms erg zwaar en lastig. „Het gesprek is daarom van zo'n groot belang. Daar moet volle aandacht voor zijn”, stelt van Deijck naar aanleiding van zijn onderzoek. „Je moet natuurlijk niet te vroeg over palliatieve sedatie gaan beginnen, maar het is wel zaak om bijtijds alles goed uit te leggen aan patiënt, familie of mantelzorgers. Elke patiënt is anders en elk mens heeft andere normen en waarden. Dat is lastig, maar door te praten en te blijven praten blijf je beter op één lijn. Ook als de sedatie eenmaal is gestart, want in de laatste uren van het leven kan er evengoed wel lijden zijn. Daar moet je alert op blijven, op zo'n moment dien je de medicatie aan te passen. Zo zorg je ervoor dat het afscheid,

waar het uiteindelijk toch om draait, comfortabel, rustig en vredig verloopt.”

Meewegen

Bij sommige patiënten kun je er zeker al tijdig met een gesprek beginnen. Van Deijck ontdekte tijdens zijn onderzoek dat er factoren zijn die zwaar meewegen of iemand aan het eind van zijn leven palliatieve sedatie nodig zal hebben. „Als men jong en man is, als men kanker heeft, als men morfine of morfineachtige middelen gebruikt en als er gevoelens van hopeloosheid zijn, is de kans aanzienlijk groter.”

Van Deijck kreeg tijdens zijn onder-

zoek ook persoonlijke ervaring met palliatieve sedatie. Zijn vader overleed na een kort ziekbed. „Mijn vader was geen prater, maar op zijn ziekbed heb ik een aantal waardevolle gesprekken met hem gehad. Toen de pijn en met name de uitputting uiteindelijk onbehandelbaar en ondraaglijk werd en hij niet meer at en dronk, is hij gesedeerd. Hij wist wat het inhield en wat er ging gebeuren. Lang heeft de sedatie niet geduurd, hij is ruim een dag na de start overleden.”

De arts uit Venlo is er door zijn onderzoek van overtuigd geraakt dat er meer aandacht moet komen voor existentieel lijden: patiënten die bijvoorbeeld aangeven het leven als uitzichtloos te ervaren. „Dit lijden bepaalt ook hoe mensen hun lichamelijke klachten ervaren. Dat alleen is niet genoeg om met continue sedatie te starten. Je zult dan door het gesprek moeten uitzoeken wat er speelt. Wat betekent het ziek zijn voor de patiënt en zijn omgeving? Zijn er angsten aanwezig, bijvoorbeeld over wat komen gaat? Kan een deskundige steun bieden? Of is het een idee om alleen in de nacht te sederen? Dat zorgt voor een rustmoment, waardoor de patiënt zijn situatie misschien weer anders gaat ervaren.”

Rogier van Deijck, specialist ouderengeneeskunde

“
Mijn vader was geen prater, maar op zijn ziekbed heb ik een aantal waardevolle gesprekken met hem gehad.