

Sterven zonder al te veel pijn en moeite

Rond doodgaan hebben we vier even duidelijke als onhaalbare verlangens. Ten eerste wil niemand dood, nou ja, bijna niemand. Een vreemde wens als je bedenkt dat we allemaal weten dat het stervenspercentage van de mens reeds eeuwenlang 100% is. Een tweede verlangen is dat we gezond willen sterven. Doodgaan is dan zoets als halverwege een tennismatch even gaan zitten om uit te blazen. De dood heeft hier geen angstwekkende gestalte, integendeel, hij verschijnt in de gedaante van de stoel waarop je, heerlijk moegestreden, gaat zitten. En uit is het verhaal. Een derde wens is dat dit alles pijnloos verloopt, dat wil zeggen zonder uitputting, ademnood, angst, misselijkheid, slapeloosheid, pijn of jeuk, om de verschillende hoofdstukken uit de palliatieve handboeken maar even op te noemen. En ten slotte moet dit alles plaatsvinden aan het einde van een lang en welbesteed leven, zodat de nabestaanden vreedzaam bijeenzitten rond een bed waarin de stervende moe maar voldaan uit het leven wegglijdt. Wat doen artsen met deze wensen? Geneeskunde bewerkstelligt geen onsterfelijkheid, gelukkig maar, want volgens kenners is het een verlamdende conditie, waarin je je nooit meer ergens voor zou inspannen.

Wat betreft het gezonde doodgaan doen we ons best, met als gevolg uitstel van executie, en als onbedoeld gevolg een veel moeizamer overlijden. Ik denk dat je kunt stellen dat er door de toename van geneeskundige mogelijkheden steeds beroerder wordt gestorven. De dood heeft dan zeer beslist niet het aspect van een stoel waarin je lekker gaat zitten. Doodgaan in de buurt van medische high tech wordt dan meer een worsteling om aan je folteraars te ontkomen.

Gelukkig bestaat er onder artsen een groeiende belangstelling voor onze derde wens: sterven zonder al te veel pijn en moeite. In de afgelopen dertig jaar is het binnen de geneeskunde hier en daar gelukt om de aard van medische aanwezigheid bij een sterfbed grondig te veranderen. Voorheen legde de arts zich tegenstribbelend neer bij de vergeefsheid van zijn inspanningen, een tegenstribbelen waarin de patiënt niet zelden werd meegetrokken door hem of haar tot het bittere einde bloot te stellen aan zinloze diagnostiek en al even zinloze behandelingen. Maar nu komt het hoe langer hoe vaker voor dat de arts zich op een zegenrijke wijze in de sterfkamer ophoudt.

Swart et al. beschrijven een aantal aspecten van een van de meest beladen maatregelen die onder die omstandigheden kan worden genomen: palliatieve sedatie. Hun aandacht gaat daarbij in het bijzonder uit naar de redenen waarom artsen met een diep sederen of eerst nog een lichter voorstadium in gang zetten. Het blijkt dat daarbij allerlei overwegingen en factoren dooreen warrelen: ervaring van de arts, de wens om toch nog een beetje te kunnen communiceren, de (on)wenselijkheid van wakker worden, de aard van de symptomen of de wensen van de omstanders.

Tot mijn verrassing noemt slechts één geïnterviewde arts de dood. Het ging om een te snel op de start van de sedatie volgend

overlijden. Collega 18, als ik hem of haar even zo mag aanduiden, zegt naar aanleiding van een te bescheiden ingezette sedatie: 'En doordat we dat niet hebben aangedurfd, omdat je het toch vervelend vindt als iemand aan de naald sterft...'. Waarop ik zou zeggen: als iemand aan de naald sterft, dan ben je veel te laat gaan sederen. Het is me overkomen dat een patiënt ongeveer drie kwartier na mijn eerste toediening van morfine en dormicum overleed en ik voelde me daar erg ongemakkelijk over. Mijn ongemak kwam voort uit twee vervelende overwegingen. De eerste was dat het snelle overlijden bewees dat ik veel te laat was begonnen met sedatie. En de tweede was dat ik een vrouw een dodelijke dosis had toegediend zonder daar duidelijk over te zijn. Ik had wel uitgelegd aan de stervende vrouw en aan haar man en zoon wat ik ging doen: sederen. Maar ik had niet uitgelegd dat ze zo snel zou sterven. Overigens waren man en zoon kolossaal opgelucht, maar ik fietste allerm minst opgelucht naar huis. De ondervraagden in het artikel van Swart et al. zeiden het niet, maar is het niet zo dat we sedatie liefst voorzichtig inzetten, juist om mijn al te snel dodelijke variant te voorkomen?

Verder zit ik met nog een ander aspect van sedatie, en dat is het begin. Vroeger, toen alles nog goed was, sederden we net zo veel als nu in het verpleeghuis. Maar er is een verschil. In het verleden dwaalde je min of meer terloops een ziektestadium in waarin je de morfine eerst af en toe, dan op vier vaste tijden en uiteindelijk zesmaal daags gaf. Niemand had het over palliatieve sedatie. Het was gewoon goede stervenszorg. Nu we enigszins plechtig spreken over 'het inzetten van palliatieve sedatie', een maatregel waarover veel wordt gesproken met alle betrokkenen, rept iedereen zich naar de sterfkamer op het moment dat de sedatie wordt gestart. Het is me nu al een paar keer overkomen dat ik het subcutane naaldje op een afgesproken tijdstip inbreng onder de intensieve aandacht van vier of acht of twaalf familieleden die het moment ervaren als een afscheid voor altijd. Maar dat is het toch ook? Nou, eigenlijk niet, vind ik. Dat mensen het zien als levensbeëindiging, zit me dwars. Niet dat ik tegen euthanasie ben, maar daarvoor is een heel andere aanloop nodig dan voor palliatieve sedatie. Zo krijgt een ogenschijnlijk heldere situatie ongewild iets troebels, waar ik me niet goed bij voel.

Daarom sluit ik mij graag aan bij de conclusie van Swart et al.: 'Voor verdere verbetering van de medische zorg in de stervensfase bevelen we aan, om de redenen van artsen voor de keuze van de diepte van de sedatie te bestuderen in samenhang met de verwachtingen van patiënten en naasten.'¹ ■

LITERATUUR

- 1 Swart SJ, Van der Heide A, Van Zuylen L, Perez RSGM, Zuurmond WWA, Van der Maas PJ, et al. Palliatieve sedatie: hoe diep? *Huisarts Wet* 2012;55(10):434-8.

Zorggroep Amsterdam Oost (ZGAO), locatie Flevohuis, Kramatplantsoen 263, 1095 LD Amsterdam; B. Keizer, specialist ouderengeneeskunde • Correspondentie: keizer47@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.