

Vaderlijk of verraderlijk mededogen: terminale pijnbestrijding versus euthanasie

De bestrijding van chronische pijn heeft het laatste decennium in Nederland een grote vlucht genomen. Vrijwel elk ziekenhuis heeft wel een eigen afdeling pijnbestrijding. Hoewel de grootste pretenties van enige jaren geleden (“niemand hoeft meer pijn te lijden”) wat zijn afgenomen, is er ontegenzeggelijk vooruitgang geboekt. Dit geldt niet in het minst voor de pijnbestrijding bij kankerpatiënten die zich in hun laatste levensfase bevinden. Vergeleken met de Angelsaksische landen had ons land hierin bepaald een achterstand en de vraag ligt voor de hand of de toch vrij gebrekkige wijze waarop destijds deze pijn werd bestreden niet mede de oorzaak is geweest van de ‘populariteit’ van euthanasie in ons land.

Mensen die, met name om principiële redenen, euthanasie afwijzen, staan vaak wantrouwend tegenover terminale pijnbestrijding. Dat is op zich begrijpelijk: maar al te vaak zijn onder het mom van pijnbestrijding aan een patiënt opklimmende doses morfine gegeven, om zo uiteindelijk de patiënt ‘uit zijn lijden te verlossen’. Dat hierbij de communicatie met de patiënt en/of diens familie dikwijls te wensen overliet, is bijzonder kwalijk. Nog veel ernstiger is het feit dat zo de mens zich als een Goddelijke Rechter gaat opstellen om te oordelen over (de zin van) het leven. Het zou echter betreurenswaardig, ja zelf wreed, te noemen zijn als uit angst voor misbruik het rechte gebruik van pijnbestrijding in het terminale stadium onvoldoende zou plaatsvinden.

Duidelijk onderscheid

Het is dus nodig om een duidelijk onderscheid te krijgen tussen (echte) terminale pijnbestrijding en verkapte euthanasie. De meeste zorginstellingen in Nederland vinden dat euthanasie ‘moet kunnen’. Hierbij hebben ze de huidige regering aan hun zijde. Deze regering heeft zelfs duidelijke randvoorwaarden geformuleerd in de vorm van zogenaamde zorgvuldigheidseisen, waardoor het niet alleen mogelijk is geworden om euthanasie geprotocolleerd toe te passen, maar waarbij de euthanaserende arts dit ook nog eens straffeloos kan doen. Ieder die een beetje thuis is in de gang van zaken weet dat de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie zijn:

- duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos lijden
- een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek
- consultatie van een tweede (onafhankelijke) arts
- medisch-technisch zorgvuldig handelen
- een adequate verslaglegging (inclusief verklaring van een niet-natuurlijke dood)

Hier zal verder niet op ingegaan worden. Als euthanasie volgens de regels wordt uitgevoerd, is dit duidelijk als zodanig herkenbaar.

Begripsverwarring

Op strikt reglementaire gronden is er dus duidelijk onderscheid tussen een, volgens een protocol uitgevoerde, euthanasie waarbij de dood van de patiënt het einddoel is, en een behandeling die erop is gericht om de pijn van een terminale patiënt te verzachten. Minder duidelijk wordt het wanneer niet openlijk gekozen wordt voor euthanasie maar, via een beleid dat ten onrechte wordt aangeduid met termineren of abstinieren, aangestuurd wordt op doelbewuste levensbeëindiging door middel van geleidelijke overdosering met morfine, al dan niet in combinatie met slaapmiddelen.

Vaak wordt deze gang van zaken ingegeven door gemakzucht (de procedure vraagt nauwelijks overleg) of door het feit dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen van euthanasie kan worden voldaan en er dus, als het leven van de patiënt bewust wordt beëindigd sprake is van een strafbaar feit. Zelfs

principiële tegenstanders van euthanasie zullen van mening zijn dat euthanasie beter met open vizier uitgevoerd kan worden, dan onder het mom van pijnbestrijding. Dit voorkomt dat het blazen van degenen die zich oprecht met het verzachten van terminale pijn bezighouden, ten onrechte wordt bevestigd.

Structurering

Wanneer in situaties duidelijkheid en structuur geschapen moet worden, is reglementering door middel van protocollen, voorschriften, gedragslijnen etc. een effectief middel. Dat is inmiddels in veel instellingen ten aanzien van euthanasie gebeurd en zou ook voor terminale pijnbestrijding goed mogelijk zijn. Nu zou het te beperkt zijn om voor de laatste levensfase alleen iets op het gebied van pijnbestrijding te structureren.

Voor de zorgverleners die de morfine toedienen, is het zaak te weten hoe zij hier consciëntieus mee om moeten gaan. Ook voor de patiënt en diens naasten geeft het een gerust gevoel te weten, dat er een afgewogen beleid uitgevoerd wordt dat er op gericht is overdosering tegen te gaan.

Tenslotte

Het hanteren van duidelijke uitgangspunten bij terminale pijnbestrijding heeft tot gevolg dat er door en voor zorgverleners, de patiënt en diens naasten door de instelling een open beleid gevoerd wordt. Hierbij hoeft niemand bang te zijn, dat er op enigerlei wijze, bedoeld of onbedoeld, toch sprake zou kunnen zijn van euthanasie.

Overigens is het voor alle duidelijkheid wel gewenst dat, als er in een instelling een beleid wordt gevoerd waarbij euthanasie niet absoluut wordt afgewezen, de euthanasie uitsluitend plaatsvindt volgens een protocol dat door de Ethische Commissie is getoetst op juridische, medische en verpleegkundige implicaties. Hierdoor wordt voorkomen dat zorgverleners die (principeel) tegenstander zijn van euthanasie, onbedoeld bij de voorbereiding tot uitvoering betrokken raken.

Tekst: Johan Boeijenga, RMU-sectorkatern Gezondheidszorg & Welzijn, december 2000