

# Palliatieve zorg, 17 april 2015

*Verslag: mw. Esmé Wiegman – van Meppelen Scheppink (directeur NPV)*

Wat weet u over palliatieve zorg?

NPV heeft vorig jaar een peiling gedaan. Uitkomst: nog veel onbekendheid. Vrijwel alle respondenten zijn bekend met het begrip 'palliatieve zorg', maar weten vaak niet wat het inhoudt. Mensen denken dat palliatieve zorg alleen lichamelijke zorg betreft (38%) en dat deze zorg bedoeld is voor mensen die verkeren in de allerlaatste fase van hun leven (78%). Palliatieve zorg verbetert echter de kwaliteit van het leven van patiënten én hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening. Dit gebeurt door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (WHO, 2002).

Van de mensen die deel hebben genomen aan het onderzoek, heeft 20 procent (nog) niet nagedacht over zijn of haar wensen en verwachtingen rond het levenseinde. De meest genoemde reden (60%) hiervoor is: 'het is er nog niet van gekomen'. Als mensen wel hebben nagedacht over het levenseinde, wordt dit echter lang niet altijd gedeeld met anderen. Dit betreft ruim 35% van de respondenten. Mensen die hun wensen en verwachtingen rond het levenseinde wel met iemand delen, doen dit meestal met familie en/of naasten, maar vrijwel nooit met de (huis)arts. Als er een gesprek over het levenseinde wordt gevoerd, blijkt dat de inhoud van dit gesprek varieert van persoon tot persoon. Onderwerpen die vaak aan de orde komen zijn: de uitvaart en de financiën. Zingevingsvragen en medisch- en praktische zaken zoals keuzes over behandelingen worden minder vaak besproken.

De NPV vindt het belangrijk dat er meer aandacht komt voor het bevorderen van kennis over palliatieve zorg in de volle breedte. Ook moeten mensen worden aangespoord om tijdig na te denken over de wensen en verwachtingen rondom hun levenseinde én deze ook te delen met hun (huis)arts, familie en/of naasten. De NPV wil mensen helpen om het gesprek over het levenseinde te voeren. Mijn NPV-collega's van de advieslijn spelen hierin een belangrijke rol. Maar ook de contacten die we met mensen hebben die de NPV benaderen voor het opstellen van een wilsverklaring, onze Levenswensverklaring. We doen ook veel aan toerusting om zo veel mogelijk mensen tijdig te informeren over wat er speelt en waar over nagedacht moet worden.

Daarom blij met deze avond.

## Ervaring van een familielid

Het is alweer zo'n ruim 15 jaar geleden dat mijn oma werd opgenomen in het ziekenhuis. Ze woonde in een aanleunwoning, maar ging zich wat vreemd gedragen. Op haar burens en de thuiszorg maakte ze een verwarde indruk. Ze werd opgenomen in het ziekenhuis, keerde helemaal in zichzelf, wilde niet meer eten en drinken, maakte geen contact meer met familie. Ik zie me nog zitten, daar aan het ziekenhuisbed op een zomerse zondagmiddag. Een moment dat haar kinderen niet konden komen en ik als kleinkind dat het meest dichtbij woonde werd ingeschakeld. Ik herkende mijn oma niet meer. Zo had ik haar nog nooit meegemaakt. Ze was altijd aanspreekbaar, hoopvol, getuigend van haar geloof, belangstellend en zorgzaam.

Het verplegend personeel had tegen de kinderen van mijn oma gezegd toen die aandrongen om haar te laten eten en drinken: laat haar maar. Ze wil niet meer. Verwarrend om als familie deze boodschap uit de mond van het medisch personeel te horen.

Betrof het een medische diagnose om als familie te respecteren? Of mag/moest dit aangevochten worden?

Mijn familie heeft dat laatste gedaan. Ze hebben ervoor gezorgd dat mijn oma met spoed in een verpleeghuis kon worden opgenomen; een christelijk verpleeghuis waar ze zich thuis zou voelen, de Amandelboom in Zeist. Achteraf bleek dat mijn oma in het ziekenhuis eigenlijk in diepe rouw was gedompeld. Het verlies van haar man lang geleden en twee kinderen recent waren haar opgebroken.

Uiteindelijk heeft ze nog een klein halfjaar in het verpleeghuis in Zeist gewoond. Diep dankbaar voor de goede zorg daar, en vooral dankbaar voor de trouwe zorg van God. In de winter die volgde, kreeg ze opeens een griepje. In haar slaap is ze overleden. Als familie kijken we dankbaar terug op de goede maanden die ze nog in het verpleeghuis heeft gehad. Het heeft ons er allemaal bewust van gemaakt hoe belangrijk het is kennis te hebben van de zorg, om goede keuzes te kunnen maken rondom het levenseinde.

Een tijdje geleden was het bericht in het nieuws over 'overbodige opnames in het ziekenhuis'. Ongeveer de helft van de mensen die na een lang ziektebed overlijden, belandt vlak voor het einde van hun leven in het ziekenhuis. Eenderde sterft daar ook. Meestal gaat het om een korte opname, in 40 procent van de gevallen gaat het om een opname die langer dan een week duurt. Vaak worden ze opgenomen bij benauwdheid, misselijkheid, braken, darmproblemen en pijn op de borst. In het ziekenhuis krijgen ze vervolgens nieuwe medicijnen of een infuus toegediend. Iets wat een huisarts thuis ook kan doen. Deze patiënten komen uiteindelijk in het ziekenhuis terecht omdat de patiënten en de naasten denken dat dat de enige plek is waar kans is op een goede behandeling. Ook wordt er soms buiten de huisarts om een opname geregeld.

Op keuzes komt het tegenwoordig aan. Een groot deel van de overlijdensgevallen zijn omgeven met medische/ medisch-ethische keuzes over wel of niet behandelen, wel of niet reanimeren, terminale sedatie, vocht- en voedseltoediening. Het is ingewikkeld geworden!

#### Ervaring van een arts

Dat blijkt ook uit een verhaal van een arts dat ik laatst ergens las: Het is 3 uur 's nachts als ik in consult gevraagd word door een collega op de afdeling. Mevrouw, vierentachtig jaar, is erg kortademig. Onrustig, heftig ademend, in een groot ziekenhuisbed tref ik haar aan.

Naast haar een zeer bezorgd kijkende dochter. "Longontsteking", zegt mijn collega. "Gisteren opgenomen. Bloeddruk wordt lager en ze plast niet meer."

Mevrouw bleek al enige jaren in een verzorgingshuis te wonen. Daar wordt ze liefdevol verzorgd en regelmatig bezocht door kinderen en kleinkinderen. De laatste jaren ging het achteruit. Met mevrouw valt helaas nu niet meer te praten. Veel te benauwd. Mijn collega weet ook niet meer informatie te geven. "Ik ken haar eigenlijk niet zo goed maar er is geen beleidsbeperking afgesproken." Gelukkig is er de dochter van mevrouw. Nierfunctiestoornissen, diabetes en hartfalen had de huisarts verteld. Ja, ze had wel eens gesproken met de kinderen over 'wat als'. Wat als ze ernstig ziek zou worden. "Geen uitzichtloos lijden, geen kasplantje", had ze altijd gezegd. Bij opname in het ziekenhuis had iemand nog aan haar gevraagd of ze gereanimeerd wilde worden. Tja, dat hadden ze graag nog met z'n allen willen bespreken, maar daar was het nooit van gekomen. Thuis in het verzorgingshuis kon ze zich nog aardig redden. Met de rollator kon ze zelfs nog wat boodschapjes doen in de plaatselijke buurtsuper. Een tevreden mensje dat eigenlijk nooit klaagde. Maar het was duidelijk dat mevrouw zonder intensive care dit niet lang meer ging volhouden. Daar sta je dan midden in de nacht. Je gevoel zegt dat de kans heel groot is dat dit een lijdensweg voor mevrouw gaat worden. Een langdurige, waarschijnlijk uitzichtloze opname op de intensive care, aan de beademing, met veel medicijnen, niervervangende therapie enzovoort. Een grote kans op zinloos medisch handelen. Maar honderd procent zeker weten doe je het nooit in deze acute fase. Kennis en wetenschappelijk onderzoek brengen je niet veel verder. Die afweging, dat dilemma, is essentieel en drukt zwaar.

Tot zover het verhaal van een arts. Het is ingewikkeld geworden!

#### Moet alles wat kan?

Vorig jaar kwam een boeiende notitie beschikbaar van onderzoeksbureau ZonMW, getiteld: Moet alles wat kan? Uit deze notitie blijkt dat patiënten en artsen het moeilijk vinden om grenzen aan een behandeling te stellen. Zinloze zorg definiëren vanachter

een bureau is een stuk eenvoudiger dan midden in de nacht om 3 uur aan het bed van de individuele patiënt.

Wat voor de ene patiënt zinloos is, kan voor een ander zinvol zijn. Wat heeft de mevrouw uit het voorbeeld eraan om te weten dat de kans op overlijden in haar situatie tachtig procent of meer is? Misschien behoort zij wel tot de twintig procent. En dan heb je het over overlevingskansen, niet eens over kwaliteit van leven na de IC-opname. Kwaliteit van leven is zeer persoonsafhankelijk en tijdsafhankelijk.

In deze acute fase kan een dokter menselijkerwijs niets anders doen dan voldoen aan de verwachting van patiënt en familie. Begrijpelijkerwijs is die verwachting vaak gericht op herstel, ook bij mensen van die leeftijd en hun familie! Tegelijkertijd weet de dokter dat medische behandelingen in plaats van leven ook voornamelijk lijden kunnen toevoegen. Het eerste wil hij wel, het tweede echter niet. De verantwoordelijkheid voor die keuze voelt zwaar. Kortom, volop vragen voor patiënten, familie en artsen.

Ik heb niet de illusie om alle vragen te kunnen beantwoorden, wel wil ik u vanavond graag verder helpen door begrippen te verhelderen.

Laat ik beginnen met de doelstelling van de geneeskunde: Leven en welzijn dienen. Het gaat dan om de hele mens en niet om het functionerend houden van organen. Het is afhankelijk van de levensfase en het ziektestadium waar de nadruk op ligt, op leven in stand houden of op welzijn. Naarmate het levenseinde dichterbij komt en meer onafwendbaar wordt zal de nadruk steeds meer liggen op welzijn dienen, ook wel comfortbeleid genoemd. In die context staat palliatieve zorg.

### Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is er op gericht om de problemen en ongemakken, de symptomen van de ziekte zo goed mogelijk te behandelen. Het gaat om het verbeteren van de levenskwaliteit van de patiënt. In deze situatie spreken we niet meer van een curatieve, een genezende behandeling, maar van palliatieve zorg. Dat doen we bijvoorbeeld bij chronische ziekten: daar kom je niet van af. We doen dat ook in de laatste levensfase.

De begrippen palliatieve zorg en laatste levensfase of stervensfase worden nog wel eens door elkaar gebruikt. Maar de periode van palliatieve zorg kan dus lange tijd duren. Palliatieve zorg komt in tijd eerder dan de laatste levensfase. De terminale fase.

### Laatste levensfase

We spreken van de terminale of laatste levensfase als de dood naar de mens gesproken onvermijdelijk is. Het overlijden wordt op korte termijn verwacht: binnen 1-2 weken. De opname van voedsel en vocht vermindert en ten slotte wordt

nagenoeg niets meer opgenomen. Alle voorzieningen zijn gericht op verlichting van het lijden. Alle andere medische maatregelen – zoals kunstmatige toediening van voedsel en vocht – worden niet meer genomen. Ze hebben geen zin meer en kunnen het stervensproces zelfs verzwaren.

In deze fase kan het voorkomen dat een patiënt ondraaglijk lijdt door een of meer klachten. Denk aan ernstige pijn, dreigende verstikking door een longbloeding, levensbedreigende bloeding bij hoofd/halstumoren of een ernstig delirant beeld zoals verwardheid, wanen, hallucinatie en angst. Het kan zijn dat dergelijke symptomen niet of niet voldoende snel op effectieve manier zijn te weg te nemen of alleen met onaanvaardbare bijwerkingen. We noemen die ondraaglijke symptomen refractair: ze zijn niet te beïnvloeden.

### Terminale sedatie

In zo'n laatste levensfase kunnen arts, patiënt en familie sedatie overwegen. Omdat er geen behandelmogelijkheden zijn, wordt het bewustzijn met medicijnen opzettelijk zodanig verlaagd, dat de patiënt de klachten niet meer als ondraaglijk ervaart. Voor alle helderheid, begripsverheldering: Bij euthanasie worden andere middelen toegepast én er wordt zo snel mogelijk een overdosering gegeven die zeker dodelijk is.

Sedatie kan kortdurend zijn, bijvoorbeeld om een nacht goed te kunnen slapen, om de situatie weer draaglijk te maken. Het kan ook nodig zijn palliatieve sedatie permanent in te zetten. De mate waarin wordt gesedeerd kan uiteenlopen van oppervlakkig (sluimertoestand) tot diep (niet wekbaar tot sedatie wordt opgeheven). Mensen die diep en permanent worden gesedeerd, blijken in 85% van de gevallen binnen drie dagen te overlijden; 98% overlijdt binnen zeven dagen. In ruim driekwart van de gevallen betreft het patiënten van 65 jaar of ouder.

Sedatie verschilt dus van euthanasie. Bij euthanasie gaat het om actieve levensbeëindiging. Op zijn verzoek krijgt de patiënt dodelijke middelen toegediend in een overdosering die zeker dodelijk is. Het sterven is een gestuurd proces; binnen een half uur kan alles achter de rug zijn. Bij sedatie gaat het om verlaging van het bewustzijn en de patiënt sterft een natuurlijke dood. Als de situatie dit toelaat, wordt bij sedatie de dosering langzaam verhoogd tot het bewustzijn voldoende is verlaagd. Bij euthanasie wordt er zo snel mogelijk een overdosering gegeven die zeker dodelijk is.

Rondom sedatie moet sprake zijn van zorgvuldige besluitvorming. De indicatiestelling voor sedatie is een medische beslissing. Een verzoek tot sedatie – te onderscheiden van een euthanasiewens – kan afkomstig zijn van de patiënt of de wettelijk vertegenwoordiger in overleg met de arts die bij de zorg is betrokken. De patiënt kan te ziek zijn om rustig te overleggen.

Het behandelend team moet beschikken over voldoende deskundigheid om te kunnen bepalen of er sprake is van een refractair symptoom. Die symptomen moeten multidisciplinair, vanuit verschillende optieken, zijn beoordeeld. Hierin heeft ook het perspectief van geestelijke verzorging een plaats. Binnen het behandelend team moet consensus bestaan over de onbehandelbaarheid van het symptoom en de indicatie voor sedatie.

Zonodig moet een externe deskundige worden geraadpleegd, bijvoorbeeld van het palliatief team. De besluitvorming wordt vastgelegd in het medisch dossier en alle betrokken zorgverleners worden geïnformeerd. Er moet zekerheid zijn dat de refractaire of onbehandelbare symptomen niet omkeerbaar zijn.

Bij diepe en permanente sedatie is toediening van vocht en voeding uitsluitend mogelijk via infuus of sonde en ook nauwelijks nodig, omdat het gaat om de terminale fase. Er mag dan ook niet te vroeg aan permanente diepe sedatie worden begonnen. De doodsoorzaak moet de voortschrijding van het onderliggende ziekteproces zijn en niet het gevolg van uitdroging (dehydratie). Indien in de laatste levensfase eenmaal is besloten om de patiënt het bewustzijn te ontnemen, zijn levensverlengende handelingen niet meer passend.

Goede voorlichting over de verschillende aspecten van sedatie, ondersteunende zorg en continuïteit van zorg zijn van groot belang. Zowel het ongewenst wakker worden als het ongedacht langer duren van de terminale fase kunnen voor de omstanders een moeilijke situatie veroorzaken.

### Angst en lijden

Soms gaat het stervensproces gepaard met ernstig lijden. Dat is zwaar. Niet alleen voor de stervende zelf, maar ook voor de naasten en de zorgverleners. Iets wat aandacht vraagt in het pastoraat. Vragen naar de zin van het lijden kunnen indringend naar voren komen. Het kunnen dragen van sterven en lijden heeft te maken met onze zinervaring en dus met onze levensovertuiging. Zorgverleners komen veel in aanraking met de angsten voor lijden, sterven en dood. Mensen kunnen angsten voor de dood hebben, maar vaker gaat het om de angst voor het sterven. Die angst kan te maken hebben met angst voor pijn of verstikking, angst voor verlies van controle of voor het niet kunnen voltooien van levenstaken en het leven zelf. Het kan ook gaan om de angst anderen tot last te zijn of om te worden gescheiden van dierbaren. Of om angst voor de angst van anderen die de dood niet onder ogen durven zien. Het erkennen en verkennen van angst is een wezenlijk onderdeel van de behandeling en begeleiding van stervenden. Dat vraagt tijd en aandacht. Dat geldt ook voor het sterven. Vaak merken ernstig zieken zelf dat het levenseinde nadert. Dan moeten binnen de relaties, de zorg en bijvoorbeeld pastorale begeleiding andere accenten worden gelegd. Afscheid nemen vraagt aandacht en energie. Dat wordt bemoeilijkt als

het sterven gepaard gaat met ernstig lijden. In dat lijden gaat het om lichamelijke, psychische, sociale en zingevingaspecten.

Bij iemand die benauwd is, kan het lijden vooral teruggaan op het lichamelijke aspect. Dan kan er bijvoorbeeld vocht achter de longen zitten, die de longen dichtdrukken. Bij iemand die psychisch lijdt, kan er angst zijn om te stikken. Dat komt bijvoorbeeld voor bij mensen met ernstig longemfyseem of als er in de luchtpijp een groot gezwel zit.

Bij mensen met het sociale aspect van het lijden, kan de vraag leven of de achterblijvende partner het na het overlijden wel zal redden.

Tenslotte is er het spirituele en zingevingaspect. Dan gaat het om vragen zoals 'hoe neem ik afscheid van dierbaren' en 'hoe neem ik afscheid van het leven'? En 'wat is mijn perspectief na de dood? Regelmatig merken wij bij de NPV dat de angst voor de dood wordt vertaald in angst dat het staken van een medisch zinloze handeling (beademing) euthanasie zou zijn. Zolang er leven (genadetijd) is, is er hoop. Belangrijk is dan om de onderliggende angst boven tafel te krijgen en aan de orde te stellen. Geestelijke nood is niet medisch oplosbaar door een zinloze behandeling voort te zetten, maar vraagt om een geestelijke benadering. Een belangrijk taak voor de pastor!

### Definitie

Palliatieve zorg heeft dus de doelstelling om het lijden te verminderen en de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren. Dat komt ook duidelijk naar voren in de definitie die de Wereld Gezondheidsorganisatie geeft van palliatieve zorg: De totale zorg - lichamenlijk, psychisch/emotioneel, sociaal en spiritueel/geestelijk - voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn en degenen die hen direct omringen. Het doel van de zorg is het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven voor zowel de patiënt als zijn familie. Palliatieve zorg wordt dus gegeven door een team van verschillende deskundigen, want het gaat over het geheel van zorg op alle vier levensgebieden: lichamenlijk, psychisch/emotioneel, sociaal en spiritueel/geestelijk.

Even terug naar het verhaal van mijn oma die 'niet meer wilde': Alleen aandringen op eten en drinken was hier de oplossing niet. Alleen maar zich neerleggen bij: 'ze wil niet meer' was het ook niet. Het laat heel goed zien hoe belangrijk een multidisciplinaire benadering is, de kern van palliatieve zorg. Het probleem van mijn oma was van psychische aard. Aandacht en erkenning voor rouw/verlieservaringen bracht 'het leven' bij mijn oma weer enigszins terug.

Zorgvuldigheid is ook gevraagd op het moment dat u en/of de familie vragen heeft over de medische zorg die gegeven wordt of over het advies van de arts. In dergelijke situaties is het van belang door te vragen wat de arts precies bedoelt of van plan is, en

om te verhelderen of dat in lijn is met de (christelijke) opvattingen van de patiënt en diens familie. Hier kan de NPV van dienst zijn: onze advieslijn: spreekuur tijdens kantooruren en het NPV-Consultatiepunt dat dag en nacht bereikbaar is.

### Plaats van verzorging

Laat ik ook aan 'begripsverheldering' doen waar het gaat om de plek waar patiënten zorg ontvangen. Die plekken zijn divers en door veranderingen in de zorg zal de plek van ziekte, lijden en sterven voor de meeste mensen ook veranderen. Het overheidsbeleid is dat mensen langer thuis moeten blijven wonen, met behulp van thuiszorg, de wijkverpleegkundige en de zorg door mantelzorgers en vrijwilligers. Het fenomeen 'verzorgingshuis' zal naar verwachting verdwijnen. Het verpleeghuis zal blijven, voor die mensen die niet meer langer thuis kunnen blijven wonen en intensieve zorg nodig hebben vanwege hun zorgzwaarte.

Veranderingen zullen er ook zijn in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg. Huisartsen zullen meer zorg gaan verlenen.

Op dit moment overlijden er nog relatief veel mensen in een ziekenhuis. In veel gevallen kan het gaan om situaties zoals uit het verhaal van die arts, over die mevrouw die nog opgenomen wordt, terwijl ze eigenlijk beter in haar vertrouwde woonomgeving verpleegd en verzorgd had kunnen worden. Het is niet voor niets dat 'overbehandelen' een thema is. Een onderwerp om als christen ook goed te overdenken. Actieve levensbeëindiging wijzen we terecht af. Maar bij levensverlengend, zinloos medisch handelen zijn ook kritische kanttekeningen te plaatsen.

### Hospice

Op tal van plekken in het land zijn hospices opgericht. Daar kunnen terminale 'gasten' terecht om hun laatste levensdagen door te brengen. Vaak is daar de huisarts degene die de medische zorg verleent, er zijn verpleegkundigen werkzaam en vaak zijn er ook veel vrijwilligers actief.

### Levenswensverklaring

De NPV-Levenswensverklaring is een wilsverklaring, een soort testament voor momenten waarop u uw eigen belangen niet meer kunt behartigen. De verklaring beschrijft welke zorg u wilt ontvangen aan het einde van uw leven. In de verklaring kunt u ook vastleggen wie uw belangen moet behartigen als u dit zelf niet meer kunt. De NPV-Levenswensverklaring is uniek, omdat de verklaring uitgaat van de beschermwaardigheid van het leven. Met de verklaring geeft u aan dat u levensbeëindigend handelen geen optie vindt om lijden op te heffen. Een arts mag niet zomaar een behandeling starten zonder uw toestemming. Dit ligt vast in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). U mag



aangeven waar u wel of geen toestemming voor geeft. Met een NPV-Levenswensverklaring geeft u richtlijnen aan voor zorg en behandeling. En voor het geval u zelf het gesprek met de arts niet meer kunt voeren, wijst u een vertegenwoordiger aan. Met deze persoon kunt u van tevoren alles bespreken wat voor u belangrijk is. Als u de verklaring daarna ook met uw arts bespreekt, zal ook hij meer duidelijkheid krijgen over uw wensen. Een arts kan en hoeft niet altijd uw wensen op te volgen. Van een arts mag verwacht worden dat hij aangeeft wat wel en niet medisch haalbaar is.

De komende jaren zal de overheid fors investeren in de palliatieve zorg. Als NPV zijn we nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het nationale programma palliatieve zorg. De thema's waar het om draait zijn: 'bewustwording en cultuur', 'organisatie en continuïteit van zorg', 'zorginnovaties en kwaliteit', 'patiënten/naasten participatie'. Zorg, onderzoek en onderwijs zullen daarop gericht zijn. Ook bij de uitvoering zullen we als NPV nauw betrokken zijn. Het is een mooie kans om te midden van allerlei euthanasiediscussies te laten zien dat de zorg rondom het levenseinde zoveel beter kan.

Ik zie uit naar goede contacten vanuit de NPV met de kerken. Als NPV zijn we graag bereid dienstverlenend en faciliterend van betekenis te zijn voor de kerken. Ik denk aan het faciliteren van vrijwillige Thuishulpen het verzorgen van toerustingsavonden op het gebied van medisch-ethische vraagstukken die zich gedurende het hele leven voordoen.

### Wel of niet reanimeren

Reanimeren betekent letterlijk: weer tot leven wekken. In geval van een hartstilstand/ademstilstand wordt door middel van hartmassage en beademing geprobeerd de hartslag en de ademhaling weer op gang te brengen. Het gaat dus om een levensreddende handeling. Elk jaar worden 15.000 tot 16.000 Nederlanders getroffen door een hartstilstand. Op dit moment overleeft 10 tot 20 procent van de slachtoffers een hartstilstand.

Bij de NPV komen mensen met deze vragen over reanimatie:

- De arts wil mijn demente moeder niet meer reanimeren. Kan hij dat zomaar beslissen?
- Mijn vader is oud en erg zwak. Ik vraag me af of reanimatie in zijn situatie nog zinvol is.
- Het verpleeghuis waar mijn moeder verblijft heeft besloten om niet meer te reanimeren. Ik heb daar vragen over.
- Hoe maak ik een niet-reanimerenbesluit kenbaar?

Twee invalshoeken: medisch besluit van arts of niet-behandelwens van patiënt

Redenen om een niet-reanimeerbeleid (NR-beleid) af te spreken, zijn allereerst medisch van aard:

1. een reanimatiepoging heeft geen kans van slagen, is medisch kansloos/medisch zinloos;
2. een reanimatiepoging heeft een kleine kans van slagen, maar leidt tot veel en grote nevenschade, waardoor het als disproportioneel wordt beoordeeld.

Binnen de geneeskunde wordt dit als zinloos medisch handelen beoordeeld. Het gaat in deze situaties om een medisch besluit, dat uiteraard in goede afstemming met betrokkenen moet worden genomen. Er is echter ook een groep mensen die bij voorbaat reanimatie wil uitsluiten, ook als er een reële kans van slagen bestaat. Het gaat in die gevallen niet in de eerste plaats om een medisch besluit, maar om een niet-behandelwens/behandelverbod van een patiënt zelf. Verschillende overwegingen spelen een rol:

1. Mensen zien leven als afgerond en 'als het mijn tijd is, dan is het mijn tijd'. Dit kan een seculiere achtergrond hebben, maar ook een christelijke achtergrond; in het laatste geval zien mensen reanimeren als een actie het leven in eigen hand te nemen
2. Daarnaast zijn er mensen die zien dat er medisch/technisch steeds meer kan, maar die daar bewust niet in mee willen gaan; zij relativiseren de technische mogelijkheden.
3. Ook zijn er mensen willen voorkomen dat ze (door wel te reanimeren) in een proces komen, waarin ze afhankelijk worden en blijven van medisch/technisch handelen; waarbij angst voor ziekte en lijden een grote rol kan spelen.
4. Tenslotte is er een groep mensen die naast een euthanasieverklaring ook kiest voor een niet-reanimeerverklaring als een behandelverbod. Mocht de noodzaak van een reanimatie zich eerder voordoen dan hun daadwerkelijke vraag om euthanasie, dan is niet-reanimeren een goede mogelijkheid niet verder te leven. Deze uitgangspunten tonen een spanningsveld: enerzijds is het leven een gave van God en anderzijds heeft ieder mens ook een eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid en leven.

De NPV vindt dat een NR-besluit moet worden genomen in een arts-patiënt relatie. Alle medische en persoonlijke argumenten kunnen dan worden gewogen, voordat een beslissing wordt genomen.

Uitgangspunt is dat ieder mens verantwoordelijkheid draagt voor het van God ontvangen leven. Medische handelingen zijn middelen om dit gegeven leven in stand te houden. Er moeten goede redenen zijn om die handelingen niet in te zetten.