

Hulpverlening voor wie dood wil, of hulp bij zelfdoding?

Een casus

N.P. VAN DUIJN

Van Duijn NP. Hulpverlening voor wie dood wil, of hulp bij zelfdoding? Een casus. Huisarts Wet 1996; 39(13): 616-8.

Samenvatting Aan de hand van een casus worden de grenzen besproken tussen gepaste hulpverlening voor wie dood wil, en hulp bij zelfdoding bij mensen die niet meer willen doorleven. Het gaat dus om de kleine categorie die niet ziek is, niet depressief is, niet lijdt zonder uitzicht, noch suïcidaal is, maar wel persoonlijke redenen heeft er mee te stoppen. De vragen die besproken worden betreffen de volgende onderwerpen: voorlichting over alle mogelijke zelfdodingsmethoden, slaaptabletten voorschrijven als je weet waar ze voor bedoeld zijn, afspraken over het vinden van de overledene na de zelfdoding, weten wanneer de zelfdoding plaatsvindt, en aanwezig zijn bij de zelfdoding. Betoogd wordt dat als normale mensen besluiten om dood te gaan, zij evenzeer als anderen recht hebben op zorgverlening door hun huisarts. Tegelijk wordt hulp bij zelfdoding afgewezen. De dilemma's die hierdoor ontstaan, leiden tot tussenoplossingen die steeds gebaseerd zijn op de normen en waarden van de patiënt en die van de huisarts. Een standaard-oplossing is er niet, maar grenzen en principes dienen wel onderwerp te zijn van discussie.

Dr. N.P. van Duijn, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.
Correspondentie-adres: Gezondheidscentrum de Haak, Schoolstraat 32, 1354 HP Almere.

Inleiding

Sommige mensen zeggen dat ze dood willen. Zoals ze nu leven, hoeft het voor hen niet meer, zo zeggen ze. Meestal zeggen patiënten dit binnen een ruimer verhaal over hun leven. Het dood-willen kan dan ook opgevat worden als wanhoop, metafoor, wens of fantasie. Soms zeggen mensen dat ze dood willen binnen een verhaal dat diagnostisch geïnterpreteerd kan worden als rouw, suïcidaliteit of depressieve stoornis. Weer anders ligt het bij ernstig zieken voor wie geen uitzicht op genezing kan worden geboden en voor wie het lijden ondraaglijk is. Al deze mensen krijgen zorg volgens de regelen der kunst, onder andere van hun huisarts.

Heel zelden komt het voor dat mensen wel dood willen, maar niet wanhopig zijn, niet rouwen, niet depressief zijn, en bij wie geen sprake is van een ondraaglijke en ongeneeslijke ziekte. Deze mensen willen dood om voor hen belangrijke redenen en dat is dan alles. Ze hebben besloten dood te gaan en denken nu na over de methode.

De gepresenteerde casus is een compilatie van problemen en situaties, deels uit eigen praktijk, deels uit de praktijk van anderen. Desondanks is het in de ik-vorm geschreven uit overwegingen van didactiek en leesbaarheid. Het is met andere woorden een levensechte probleemschets.

In deze casus gaat het om de vraag wat nog gepaste hulpverlening is voor wie dood wil, en waar de grens ligt met hulp bij zelfdoding. Deze gevalbespreking betreft nadrukkelijk de kleine groep patiënten die dood willen, maar niet rouwen, niet depressief zijn en bij wie geen sprake is van een ondraaglijke en ongeneeslijke ziekte.

De vraag die ik me gesteld heb, kan opgesplitst worden in:

- Is praten over alle mogelijke zelfdodingsmethoden geoorloofd, inclusief attent maken op zelfhulpboeken voor zelfdoding?
- Mag slaaptabletten voorschrijven wel voor slapeloosheid, maar niet als het bedoeld is voor zelfdoding?

- Mag de huisarts het zo iemand gemakkelijk maken door af te spreken dat hij de patiënt na overlijden zal vinden en niet iemand anders? Mag dit laatste ook, als dit aanbod de laatste belemmering voor zelfdoding wegneemt?
- Mag de huisarts weten wanneer de zelfdoding plaatsvindt en dan niets doen?
- Mag de huisarts aanwezig zijn bij een dergelijke zelfdoding?

Het doel van de bespreking is aanzetten tot nadenken. Een casus is uniek en lost zich op in de tijd. De vragen die de casusbespreking oproept, zijn niet uniek en zijn zeker niet beantwoord.

De casus

De heer L was 64 jaar, alleenstaand en gehandicapt. Hij wilde dood, al jaren. Dat bleek toen hij zich had versproken tegenover anderen, die hem daarop aanraadden hierover met mij te spreken.

Hij vertelde dat hij al jaren een 'zachte' methode zocht zonder anderen tot last te zijn. Hij had al een keer zijn polsen doorgesneden, zonder het gewenste effect en zonder dat iemand dat door had gehad. Hij had genoeg van zijn leven, de balans was opgemaakt en hij had weloverwogen zijn beslissing genomen.

Medisch gezien had hij een congenitaal syndroom met een zichtbaar ander voorkomen. Hij leed aan diverse matig pijnlijke en beperkende afwijkingen van het bewegingsapparaat. Deze medische problemen waren op zichzelf niet ernstig, noch objectief, noch voor hem zelf. Zijn motieven voor zijn besluit er een eind aan te maken waren niet medisch, maar sociaal. Zijn motieven hadden te maken met perspectief en voorgeschiedenis. Hij voelde zich zijn leven lang bekeken als een mismaakte. Als kind en als volwassene was hij geplaagd en nageroepen. Dit overkwam hem nog steeds. Bij de meeste familieleden ervoer hij volledige acceptatie, hoewel hij hierin altijd wat wantrouwend was. Zijn ouders, voor wie hij op een afstand had gezorgd, waren enige jaren tevoren overleden. Hij had wel liefdesrelaties gehad, maar geen blijvende. Zijn werk had hij rond zijn vijfenvijftigste jaar moeten

staken wegens arbeidsongeschiktheid. Door zijn fysieke beperkingen kon hij niet ver lopen en hiervoor had hij een aangepaste auto gekregen van het GAK. Maar deze auto was langzamerhand op en hij kreeg geen nieuwe meer. In de naaste toekomst zou hij dus nog sterker beperkt worden in zijn mobiliteit en zijn sociaal functioneren.

Alles bijeen kon hij letterlijk geen kant meer uit en de compensatie voor zijn gebreken en beperkingen – werk, ouders, vriendin, auto, op bezoek gaan – waren achtereenvolgens weggevallen.

Hij wilde me dit allemaal best in vertrouwen vertellen, maar daar had hij me niet echt voor nodig. De balans was immers opgemaakt; hij was het piekeren voorbij. Het ging hem om een ander probleem: de manier waarop. Hij wilde niemand belasten en dus ook mij niet. Wat vond ik van een aantal methoden die in een boek over zelfdoding beschreven stonden? Maar als ik er niet over wilde praten, dan was dat ook goed. Want hij begreep in wat voor lastige positie hij me bracht.

Dit vergde enige denktijd. Het dilemma heb ik uitvoerig besproken met collega's, overdacht en weer besproken. Het was mij duidelijk dat het ging om een wilsbesluit van een psychisch gezonde, hoewel droeve man. Er was mijns inziens geen sprake van een depressieve stoornis, maar het advies van collega's was in ieder geval psychiatrisch consult te vragen alvorens hier op enige manier bij betrokken te raken. Voor mijn gemoedsrust wilde de heer L best een gesprek hebben met een psychiater. Dat werd geregeld en twee weken later belde de psychiater op: 'Heb hem twee keer gezien en inderdaad, je mag het geen depressieve stoornis noemen. Ik heb hem een aantal gesprekken aangeboden, maar dat wilde hij niet.'

Ik besloot met hem verder te praten over zijn motieven en over een manier die anderen niet zou belasten. Vervolgens bespraken we ophangen, verdrinken, koolmonoxide in de auto, tegen een boom rijden, afkoeling en al het andere wat denkbaar is. Voor alles wilde hij een waardige manier van sterven, geen gewelddadige.

Ten tweede wilde hij niet dat anderen er hinder van hadden. Hij wilde niet dat een politieagent, een wandelaar of zelfs een kind hem dood kon aantreffen. Dus bood ik aan dat ik hem zou vinden als hij dood was. Enigszins paradoxaal vond ik het mijn 'Hippocratische plicht' dit voor hem te doen. Dat was immers het beste antwoord op een vraag om hulp en tegelijk hield nu niets hem meer tegen; een Hippocratische paradox dus. In deze trant hadden we een aantal gesprekken, waarin we zijn leven en zijn motieven doornamen. Van alle methoden tot zelfdoding koos hij de plastic zak met slaapmiddelen.

De plastic zak en het elastiek waren al in huis, maar kon ik slaaptabletten voorschrijven? Hij verzekerde me dat hij er vrede mee zou hebben als ik dat niet kon doen in deze situatie. Hij zou deze middelen dan illegaal proberen te krijgen. Ik voelde me inderdaad vrij om hier mijn eigen beslissing te nemen en ik besloot gewoon slaaptabletten voor te schrijven.

Vervolgens moest ik weer kiezen: zou ik afstand nemen of zou ik bij hem blijven? Bij hem blijven zou hulp bij zelfdoding betekenen en dat wilde ik niet. Maar weglopen wilde ik ook niet, want hij zou niemand anders in vertrouwen kunnen nemen zonder die ander te compromitteren. Deze situatie is vertrouwd: als er voor patiënten geen goede oplossing meer is, als er geen loket is voor levensproblemen, dan kun je als huisarts niet weglopen. Ik ben bij hem op bezoek blijven komen, maar ik heb hem wel gezegd niet werkeloos toe te kijken als hij bezig was met zelfdoding of als hij nog net zou leven na een poging. Ik wilde niet weten wanneer hij het zou doen.

Nog onverwacht vond ik een envelop met een deursleutel bij de post. Er zat een ongetekend briefje bij: 'Zoals afgesproken en nog bedankt'. Dit moest van L zijn. Ik ben naar zijn huis gegaan en trof hem daar dood aan. De plastic zak zat met elastiek om zijn hoofd, de lege doosjes stonden op het nachtkastje. Hij lag op een strak opgemaakt bed en ook de rest van zijn flat was netjes opgeruimd. Op tafel lagen alle papieren klaar, met zijn autosleutels, de autotopapieren, een lijst voor wie welk aan-denken was, een lijst met namen voor de

rouwkaarten en telefoonnummers van wie gebeld moest worden.

Ik heb de GGD-arts gebeld en die heeft de procedures voor zelfdoding volgens de regels afgehandeld.

Mogelijke antwoorden

Is praten over alle mogelijke zelfdodingsmethoden geoorloofd, inclusief attent maken op zelfhulpboeken voor zelfdoding?

Ik denk het wel, want artsen mogen met elke patiënt over alles praten. Dit principe is absoluut. Als dit zo is, dan geldt het zeker voor de huisarts van de potentiële zelfdoder. Ik denk ook dat wijzen op het bestaan van zelfhulpboeken voor zelfdoding gerechtvaardigd is met als doel een passende methode te vinden, namelijk een waardige methode die bovendien niet zo akelig is voor anderen.

Mag slaaptabletten voorschrijven wel als het voor slapeloosheid is, maar niet als het voor zelfdoding bedoeld is?

Ik denk het wel, als het om gewone slaaptabletten gaat in normale hoeveelheden. Het doel van de slaaptabletten is in vertrouwen verteld, dus het gaat niet aan dat vertrouwen te beschamen door op grond van deze voorkennis juist deze patiënt juist nu slaaptabletten te onthouden. Niet voorschrijven pleit voor liegen en dat past niet.

Aan de andere kant: hier klopt iets niet, want het 'voelt niet goed aan', noch dit standpunt over slaaptabletten voorschrijven, noch het feitelijke voorschrijven in de casus. Intuïtief is een recept slaaptabletten hulp bij zelfdoding, vergelijkbaar met het aanreiken van het touw dat de zelfdoder natuurlijk ook zelf kan pakken.

Mag de huisarts afspreken dat hij de patiënt na overlijden zal vinden en niet iemand anders? En wat als dit aanbod de laatste belemmering voor zelfdoding lijkt weg te nemen?

Ik denk het wel. Een huisarts kan de schuldgevoelens bij een zelfdoder verzachten door te zorgen dat het lijk niet door het kind van de burens zal worden gevonden, maar door een professionele zorgverlener. Bovendien kan de huisarts

het kind van de burens voor een onprettige ervaring behoeden. De potentiële zelfdoder moet het zo organiseren dat de huisarts niet weet wanneer het gebeurt, maar wel weet wanneer deze moet gaan kijken als de zelfdoding geslaagd is. Dit ziet er wat gekunsteld uit, maar ik zie geen betere manier.

Mag de huisarts weten wanneer de zelfdoding plaatsvindt en dan niets doen?

Ik denk het niet. Weten wanneer en vervolgens niets doen is feitelijk meedoen door niets te doen. Meedoen is hulp bij zelfdoding en dat mag niet.

Mag de huisarts aanwezig zijn bij een dergelijke zelfdoding?

Nee, ik vind dat dat niet mag, want erbij zijn is meedoen door niets te doen. En hulp bij zelfdoding mag niet. Erbij zijn is dus hetzelfde als weten wanneer het gebeurt en er dan niet bij te zijn. Geen van beide mag, volgens mij.

Beschouwing

Er zijn andere manieren om deze vragen te beantwoorden. Een manier is te stellen dat doodswens duidt op een ziekelijke afwijking en dat zorg dus moet. Met passende diagnostiek moet het dan mogelijk zijn de diagnose depressie te stellen, desnoods een beginnende depressie die in de gaten moet worden gehouden. Vanuit dit standpunt rijzen geen ethische vragen, want er is iets abnormaals aan de hand en dat dient te worden behandeld.

Een tweede manier om deze vragen te

beantwoorden is te stellen dat elke betrokkenheid bij zelfdoding en de wens daartoe in feite hulp bij zelfdoding is. Omdat hulp bij zelfdoding niet mag, zeker niet in een arts-patiëntrelatie, moet het contact worden verbroken.

Het eerste standpunt ontkent het bestaan van een doodswens zonder een psychiatrische aandoening: 'wie geen depressie heeft is onvoldoende onderzocht'. Het tweede standpunt stelt hulpverlening ondergeschikt aan wet en norm: 'wat niet mag, dat doe je niet'. Wie als huisarts echter accepteert dat normale mensen mogen besluiten om dood te gaan, en wie daarvoor niet wil weglopen, heeft ethische problemen. Waar ligt de grens tussen hulp bij zelfdoding en hulp bieden aan wie dood wil? Hulp aan gezonden bij hun zelfdoding mag niet, dat is duidelijk. Maar weglopen bij eenzame mensen die besloten hebben dood te gaan, dat kan evenmin; tenminste, dat vind ik.

In deze casus heb ik de normen en waarden van de patiënt bij elke stap afgewogen tegen mijn normen en waarden. Elke beslissing bij deze casus is een keus geweest tussen mogelijkheden die ik geen van alle wilde. Tegelijk was mijn rol bij elke beslissing me heel duidelijk: kiezen en doen in een menselijke situatie waar iedereen weg mag lopen, maar een arts niet. Ik heb diverse beslissingen genomen: wel praten over methoden voor zelfdoding, wel slaaptabletten voorschrijven, er niet bij zijn als hij zichzelf doodde, niet willen weten wanneer hij het zou doen, maar weer wel zorgen dat ik hem vond na zijn dood. Stuk voor stuk moeilijke beslissin-

gen, geruggesteund door collega's. Als een andere huisarts in mijn schoenen deze keuzen anders zou maken, dan zou ik dat kunnen respecteren. Er is geen beste oplossing in deze kwestie.

Dankbetuiging

Met dank aan dr. F.J. Meijman voor zijn verhelderende commentaar.

Abstract

Van Duijn NP. Proper care for those who wish to die or assisted suicide? A case history. Huisarts Wet 1996; 39(13): 616-8.

This case history addresses the borders between proper care for those who wish to die and assisted suicide. The history describes a man who is not terminally ill, nor suffering intolerably. A depressive disorder is excluded. He has decided to suicide himself for reasons that are important to him. Ethical issues are: information on all methods to perform suicide; prescription of hypnotics if the physician knows the purpose; agreement on finding the body; knowledge on time and date of the suicide without acting; presence of the general practitioner. If it is accepted that normal people can decide to die and if suicide assisted by a physician is not allowed, then compromises have to be made. The decisions to be made are the result of a weighting of the norms and values of both patient and general practitioner. There is no best solution, though principles and borders are open for debate.

Keywords Assisted suicide; Care for dying; Ethics, norms & values; Terminal care.

Correspondence Dr N.P. van Duijn, Gezondheidscentrum de Haak, Schoolstraat 32, 1354 HP Almere, The Netherlands.