

Euthanasie bij voltooid leven

Samenvatting

Blommendaal P, Van de Vathorst S. Euthanasie bij voltooid leven. Huisarts Wet 2017;60(2):71-4.

De Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek (WTL), van kracht sinds 2002, laat geen ruimte voor euthanasie louter op grond van 'voltooid leven'. Wel is er ruimte voor euthanasie vanwege ondraaglijk lijden aan een stapeling van ouderdomsklachten. Niet alle arts en zijn bereid om in dat geval bij patiënten euthanasie te overwegen. Een arts die wel wil overwegen op het verzoek in te gaan zou in de eerste plaats de vraag moeten onderzoeken en kan steun zoeken bij andere deskundigen, zoals een SCEN-arts, een geriater of een psychiater. De arts mag hiervoor enige bedenktijd vragen, maar mag de patiënt niet aan het lijntje houden. De arts die niet bereid is op het verzoek in te gaan kan patiënten doorverwijzen naar een collega in de buurt of een collega van de Levens-eindekliniek. Ook mag de arts informatie geven over stoppen met eten en drinken, en over andere vormen van 'zelfeuthanasie'.

Casus

Deze ochtend heeft mevrouw Vlieger, 85 jaar en weduwe, een dubbele afspraak op uw spreekuur gemaakt. Nadat ze tegenover u heeft plaatsgenomen, begint ze te vertellen. 'Dokter, ik kom bij u met een lastige vraag. Ik wil u vragen mij te helpen om te overlijden. De laatste jaren zijn niet makkelijk voor mij geweest. Zoals u weet is mijn man twee jaar geleden overleden en nu ga ik zelf achteruit. Ik word langzamer en mijn geheugen laat mij soms in de steek. Wandelen, waar wij vroeger samen zo van genoten, lukt me niet meer. Ik ben te stijf. Mijn ogen gaan achteruit door de suikerziekte. Ik kan geen boek meer lezen of tv-kijken, ook omdat ik snel vermoeid ben. Eigenlijk alles waar ik vroeger voor leefde is er niet meer of lukt niet meer goed. Om mij heen zijn veel belangrijke mensen weggefallen, kinderen heb ik niet. Er gaan dagen voorbij dat ik nauwelijks iemand spreek. Mijn leven is klaar. Ik heb veel goede herinneringen, maar nu hoeft het van mij niet meer. Ik zou graag willen dat het stopt. Maar ik wil dat wel op een rustige en waardige manier. Ik zou u willen vragen of u mij wilt helpen door middel van euthanasie.'

DE RUIMTE DIE DE WET BIEDT

De vraag is: zou u mevrouw Vlieger willen helpen, en zou u haar mogen helpen? Om met het laatste te beginnen: het is niet uitgesloten dat de arts haar mag helpen met euthanasie, zij het dat hij dan wel een aantal zaken zorgvuldig zal moeten overwegen. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek (WTL), van kracht sinds 2002, laat in principe geen ruimte voor euthanasie louter op grond van 'voltooid leven'. In de discussie in het parlement is dit uitgebreid aan de orde geweest. De wet is daarmee (niet toevallig) in overeenstemming met het arrest (uitspraak van de Hoge Raad) in de zaak Brongersma, eveneens van 2002. In dat arrest stond de formulering dat het ondraaglijk lijden overwegend bepaald moet zijn door 'medisch geassocieerde somatische of psychische ziekten of aandoeningen'.

De 'code of practice', de uitgave van de Toetsingscommissie

sies euthanasie die het toetsingskader toelicht, formuleert het als volgt: 'Over de 'klaar met leven' problematiek is al een aantal jaren een maatschappelijke discussie gaande. Deze discussie gaat over de vraag of euthanasie ook in deze gevallen mogelijk zou moeten worden. Dat is nu niet het geval. Zoals uit de jurisprudentie en uit de wetsgeschiedenis blijkt, is vereist dat het ondraaglijk lijden van de patiënt een medische grondslag heeft. Het is echter niet zo dat er sprake moet zijn van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Ook een stapeling van ouderdomsklachten kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden.'¹ De toetsingscommissie euthanasie maakt dus een duidelijk onderscheid tussen 'klaar-met-leven', wat geen reden mag zijn voor euthanasie, en 'stapeling van ouderdomsklachten', wat wel een grond kan zijn.

VOLTOOID LEVEN OF STAPELING KLACHTEN

Het is de vraag of dit onderscheid goed gemaakt kan worden. Onlangs heeft de Adviescommissie voltooid leven onder voorzitterschap van professor Schnabel het eindrapport uitgebracht van het onderzoek dat zij op verzoek van de ministers van Volksgezondheid en Justitie heeft verricht. De vraag was of het nodig en wenselijk is de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding te verruimen bij mensen die hun leven als voltooid beschouwen. De conclusie van de commissie Schnabel luidt dat 'noch naar aantal noch naar aard de problematiek van "voltooid leven" een herziening of wijziging van de WTL nodig of wenselijk maakt'.² De commissie betoogt dat bij mensen die hun leven als voltooid beschouwen in verreweg de meeste gevallen ook sprake is van een opeenhoping van ouderdomsklachten, die samen met verlieservaringen op andere terreinen tot ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL aanleiding kunnen geven. De commissie stelt dus ei-

De kern

- Euthanasie louter op grond van 'voltooid leven' is wettelijk niet toegestaan.
- Euthanasie vanwege een 'stapeling van ouderdomsklachten' is dat wel. Het is aannemelijk dat deze categorieën patiënten elkaar overlappen.
- Een structureel deel van de artsen lijkt op dit moment niet bereid euthanasie te verrichten om reden van 'voltooid leven'. In het kader van goed hulpverlenerschap is het wenselijk mee te denken over alternatieven, bijvoorbeeld een verwijzing naar een collega in eigen kring of van de Levens-eindekliniek.
- De arts kan de patiënt wijzen op andere mogelijkheden om het leven te bekorten, zoals stoppen met eten en drinken.

Huisartsenopleiding Utrecht, Broederplein 43, 3703 CD, Zeist: P. Blommendaal, huisarts, kaderarts palliatieve zorg, SCEN-arts, hospicearts, docent huisartsenopleiding, Erasmus MC/AMC; prof.dr. S. van de Vathorst, hoogleraar medische ethiek • Correspondentie: s.vandevathorst@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

genlijk dat er zo'n grote mate van overlap is tussen mensen die euthanasie willen op grond van 'voltooid leven' en mensen die een stapeling van ouderdomsklachten hebben, dat het niet nodig is de wet te wijzigen.

Er is betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de vraag of deze categorieën nu wel of niet verschillen. In de 'Kennissynthese ouderen en het zelfgekozen levenseinde' is gepoogd alle beschikbare literatuur op dit terrein in kaart te brengen.³ Maar ook deze onderzoekers konden niet vaststellen hoe groot de categorie 'ouderen met een aanhoudende doodswens' is die geen stapeling van ouderdomsklachten of een andere aandoening hebben. In een onderzoek onder een cohort ouderen bleek dat 15% weleens doodsgedachten had en 3,4% een actuele doodswens of verminderde wens tot levensverlenging had.⁴ Wat echter niet bekend is, is het percentage van deze groep dat ernstige klachten of aandoeningen heeft. Een aanhoudende doodswens of een verminderde wens tot doorleven is bovendien niet hetzelfde als een uitdrukkelijke wens tot levensbeëindiging. Bij de Stichting de Einder klopten in 2012 ongeveer 50 ouderen aan met een stervenswens maar geen ernstige aandoening. Bij de Levenseindekliniek waren dat er 45, en de NVVE heeft hierover ongeveer 100 vragen gekregen. Het is onduidelijk in hoeverre deze drie groepen dezelfde mensen betreffen (hoewel het waarschijnlijk is dat er sprake is van een aanzienlijke overlap), maar ook van hen weten we niet of hun verzoek wellicht gerelateerd was aan beperkingen door (een stapeling van) ouderdomsklachten.

Er is een aantal kwalitatieve onderzoeken gedaan naar kenmerken van de groep ouderen die zeggen 'klaar-met-leven' te zijn. Het meest recente is dat van Van Wijngaarden, die 25 diepte-interviews heeft gehouden met ouderen die zeiden hun leven als voltooid te beschouwen. Zij concludeert dat deze ouderen allen dezelfde vijf klachten hebben: eenzaamheid, er niet meer toe doen, het onvermogen om zichzelf te uiten, geestelijke of lichamelijke vermoeidheid en een aversie tegen afhankelijkheid.⁵ Ook Defesche interviewde 71 ouderen die hun leven als voltooid ervoeren.⁶ Haar conclusie is dat een aanhoudende doodswens is terug te voeren op een stapeling van verlieservaringen, waaronder het verlies van gezondheid, met als gevolg een gebrek aan mobiliteit en fysieke afhankelijkheid, pijn en vermoeidheid, het verlies van partner en dierbaren, en daarmee het verlies van zinvolle contacten. Belangrijk is bovendien het gebrek aan perspectief. Ook mevrouw Vlieger uit de casus voldoet aan dit profiel.

Het is dus waarschijnlijk zo dat de ouderen die een verzoek om euthanasie doen, lijden aan een combinatie van fysieke beperkingen die maken dat zij niet meer kunnen doen wat zij graag deden, geen zin zien in doorleven wegens het wegvallen van zinvolle contacten en bovendien weinig hoop hebben op verbetering. Hun fysieke beperkingen zullen niet meer verdwijnen, hooguit verergeren, en het is niet waarschijnlijk dat ze nog nieuwe zinvolle contacten zullen opbouwen. Mogelijk heeft de commissie Schnabel in dit opzicht dus gelijk en is er een aanzienlijke overlap tussen 'voltooid leven' en 'stapeling van ouderdomsklachten'. Uit de uitspraken van de toetsings-

commissies blijkt bovendien dat betrekkelijk milde aandoeningen voldoende kunnen zijn om een medische grondslag te vormen voor het lijden bij een voltooid leven. De meeste ouderen zullen dergelijke aandoeningen hebben. Beperkingen in motoriek, visus, gehoor en lichte stoornissen in het geheugen kunnen voldoende zijn, mits deze beperkingen zodanig zijn dat we kunnen spreken van een stapeling van ouderdomsklachten die ondraaglijk uitzichtloos lijden veroorzaakt. In die zin geeft de wet dus ruimte.

U zou mevrouw Vlieger dus mogen helpen, als u er tenminste van overtuigd bent dat zij ondraaglijk lijdt aan haar chronische aandoeningen, en dat er geen redelijke andere oplossing is.

BEREIDHEID ARTSEN

Nu komen we bij de eerste vraag: zou u willen helpen? Niet alle artsen zijn daartoe bereid. Onderzoek onder artsen naar hun opvattingen over levensbeëindiging bij iemand zonder lichamelijke klachten, maar die wel levensmoe is, liet zien dat 51% van de respondenten weliswaar oordeelde dat zo'n patiënt ondraaglijk leed, maar dat slechts 35% vond dat het juist was als een arts in deze situatie ook zou helpen en dat 41% dacht dat dit ook niet was toegestaan.⁷ In 2015 hebben artsen in Nederland 183 gevallen gemeld van euthanasie wegens een 'stapeling van ouderdomsklachten' (nauwelijks 3% van de 5516 gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding). Het aantal verzoeken zou weleens veel groter kunnen zijn. Uit onderzoek waarbij artsen gevraagd werden naar hun ervaring met euthanasievragen van mensen met een voltooid leven, kwam een schatting van 400 euthanasieverzoeken om deze reden per jaar. Van deze vragen zou slechts een klein percentage gehonoreerd zijn.⁸ Artsen stellen geregeld nauwere grenzen aan het uitvoeren van euthanasie, dan de grenzen die de wet stelt. Dat mag. Euthanasie is geen normaal medisch handelen, geen recht van de patiënt en geen plicht voor de arts. Wel wordt van de arts verwacht dat deze hierover transparant communiceert.

Verwijzen is geen verplichting, maar wel aan te bevelen in het kader van goed hulpverlenerschap. De KNMG formuleert het als volgt: 'Er is geen sprake van een juridische verwijsplicht, maar wel van een morele en professionele verantwoordelijkheid om de patiënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts (bijvoorbeeld binnen het samenwerkingsverband) die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.'⁹

De morele plicht om te verwijzen hangt ook samen met het feit dat euthanasie een wettelijke optie is. Het zou raar zijn als sommige mensen van deze wettelijke optie geen gebruik kunnen maken, omdat ze een arts treffen die gewetensbezwaar heeft en ze ook niet wil verwijzen. Een arts moet dus meewerken indien een andere arts wel bereid is de euthanasie te doen, bijvoorbeeld door het dossier te overleggen. De patiënt heeft recht te weten of de arts wel of niet bereid is de euthanasie te doen. De arts mag hiervoor enige bedenktijd vragen, maar mag de patiënt niet aan het lijntje houden. Er zijn veel artsen



die mevrouw Vlieger niet willen helpen, maar ook een aantal dat daartoe wel bereid is.

MAATSCHAPPELIJK DRAAGVLAK

Over de vraag of het nu goed of slecht is dat niet alle artsen bereid zijn mevrouw Vlieger en haar lotgenoten te helpen, heerst verdeeldheid. Onderzoek in 2001 onder de Nederlandse bevolking leerde dat destijds een meerderheid van de ondervraagden euthanasie met als reden 'voltooid leven' afwees.¹⁰ De afgelopen vijftien jaar is de publieke opinie in dit opzicht veranderd. In 2011 was 36% van de ondervraagde burgers van mening dat hoogbejaarden van hun arts medicijnen moeten kunnen krijgen waarmee zij een einde aan hun leven kunnen maken.⁷ Er zijn groepen die aandringen op verruiming van de mogelijkheden tot euthanasie en hulp bij zelfdoding, en die pleiten voor het door een ander dan een arts uitreiken van een dodelijk middel. Voorbeelden zijn het burgerinitiatief 'Uit vrije wil' en de discussie rondom de pil van Drion. Onlangs nog kondigde de NVVE aan een proef te willen doen met een 'laatstewilpil' op verzoek. Anderen wijzen op methoden van 'zelfeuthanasie', zoals beschreven in het boek *Uitweg* van Chabot en Braam.¹¹ De KNMG heeft een handreiking geschreven voor het begeleiden van mensen die stoppen met eten en drinken, en stelt dat het begeleiden van mensen die bewust stoppen met eten en drinken geen hulp bij zelfdoding betreft en wel een taak van de arts is.¹² Artsen die mensen als mevrouw Vlieger niet willen helpen kunnen hun dus aanbieden ze wel

te begeleiden bij het stoppen met eten en drinken, of ze doorverwijzen naar de Levenseindekliniek.

MAATSCHAPPELIJKE OORZAAK

Aan de andere kant is er de zorg dat de doodswens van oude mensen voortkomt uit maatschappelijke verwaarlozing. Het voortdurend bezuinigen op thuishulp en verpleeghuishulp en andere voorzieningen, en de eis dat men allereerst een beroep moet doen op mantelzorgers, kan mensen uiteraard het gevoel geven dat zij niet langer gewenst zijn in de maatschappij of louter anderen tot last zijn. Wijsbek stelt dat we bij de beoordeling van de vraag of het lijden ondraaglijk is niet alleen te maken hebben met het subjectieve referentiekader van de patiënt of de arts, maar dat er wel degelijk sprake is van een maatschappelijk en juridisch bepaald oordeel over wat als ondraaglijk lijden wordt gekenschetst.¹³ En als patiënten ondraaglijk lijden, zouden we dan niet juist de maatschappelijke context moeten veranderen, zodat de gevoelens van buitengesloten zijn, niet meer mee kunnen doen, van afgeschreven zijn, kunnen veranderen, liefst in gevoelens van erbij horen en waardering? Of zijn dat onmogelijke vragen en vormen isolatie en een toenemend aantal gebreken juist een kenmerk van veroudering?

TERUG NAAR DE CASUS

Een euthanasievraag zoals die van mevrouw Vlieger komt nog steeds betrekkelijk weinig voor, vele malen minder dan van

patiënten met een ernstige (levensbedreigende) ziekte. Wanneer een arts met een dergelijk verzoek geconfronteerd wordt is het in de eerste plaats belangrijk om dat verder te onderzoeken. Wat maakt dat deze patiënt op dit moment met dit verzoek komt? Wat maakt dat de patiënt zo lijdt dat deze verder leven niet meer als zinvol ervaart? Is het denkbaar dat het lijden wordt verminderd, dat het leven weer de moeite waard wordt gemaakt? Een consult van een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater kan helpen om deze vraag te beantwoorden.

Daarnaast moet er een antwoord komen op de vraag of er medisch classificeerbare aandoeningen zijn die het lijden mede bepalen. Zijn deze aandoeningen van somatische of psychische aard? Wat maakt dat deze aandoeningen in de beleving van de patiënt ondraaglijk zijn? Is het lijden uitzichtloos? Zijn er verbeteringen mogelijk? Wanneer aandoeningen van psychische aard een rol spelen verdient het aanbeveling een psychiater in consult te roepen. Deze zal een uitspraak kunnen doen over de uitzichtloosheid van het lijden, met andere woorden: beoordelen of er nog reële behandelopties zijn. In gesprekken over de euthanasiewens is het in de meeste gevallen zinvol belangrijke derden te betrekken, als de patiënt daar tenminste mee instemt. Die hebben uiteraard geen juridische zeggenschap en hun toestemming is geen voorwaarde.

Bij het nadenken over de vraag of de arts tegemoet wil komen aan de euthanasiewens kan de arts ook met een SCEN-arts overleggen. De SCEN-arts heeft niet alleen tot taak een wettelijke consultatie te doen (de *c* van SCEN), maar is er ook voor steun aan de arts (de *s* van SCEN). De arts kan twijfels met de SCEN-arts bespreken en die kan de arts via counseling helpen bij het maken van een passende keuze.

Ook zou de arts met de patiënt kunnen meedenken over andere methoden om het overlijden te bewerkstelligen. Zo zou een hoogbejaarde patiënt kunnen kiezen om te stoppen met eten en drinken. De arts kan hierover voorlichting geven en behoort bij dit proces de patiënt te ondersteunen door palliatieve zorg aan te bieden. Bij dit laatste kan de hulp van een consulent van een palliatief team ondersteuning bieden. Er is een KNMG-handreiking die informatie en praktische adviezen geeft over de medische en verpleegkundige begeleiding bij deze vorm van overlijden.¹²

Naast stoppen met eten en drinken zijn er andere vormen van 'zelfeuthanasie'. De arts mag hierover informatie geven. Zo mag een arts wijzen op het bestaan van het boek *Uitweg* van psychiater Chabot en journaliste Braam.¹¹ De arts mag geen daadwerkelijke hulp bieden en geen exacte instructies geven bij deze vormen van zelfgekozen overlijden.

Een casus als die van mevrouw Vlieger zal voor veel artsen verre van makkelijk zijn. Wettelijk lijkt het verlenen van euthanasie mogelijk: er is een medische grondslag voor het lijden, dat het opstapelen van ouderdomskwalen betreft.

Anderzijds lijken de kwalen relatief mild. Haar lijden wordt vooral bepaald door de andere domeinen: verlies van betekenisvolle relaties, verlies van mogelijkheden, angst voor verdere aftakeling en gevoelens van zinloosheid. Een behoedzaam traject, waarbij tijd wordt genomen en ondersteuning gevraagd wordt van geriater, specialist ouderengeneeskunde, eventueel psychiater en SCEN-arts, kan helpen om tot een zorgvuldig besluit te komen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Verder onderzoek is het eerste antwoord op ieder euthanasieverzoek, ook bij voltooid leven.
- De wet biedt ruimte. Hoewel uitsluitend 'voltooid leven' wettelijk onvoldoende is, volstaan in de praktijk milde aandoeningen als 'stapeling van ouderdomsklachten', mits deze daadwerkelijk bijdragen aan het lijden.
- Iedere arts moet helder zijn over de eigen grenzen bij het meewerken aan een euthanasieverzoek. De SCEN-arts kan hierbij steun bieden.
- Een arts die niet tot euthanasie bereid is, behoort de patiënt te begeleiden bij het vinden van een arts die daartoe wel bereid is.
- Het is toegestaan patiënten te attenderen op andere methoden voor een zelfgekozen dood, zoals stoppen met eten en drinken. ■

LITERATUUR

- 1 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Code of Practice. Den Haag: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, april 2015.
- 2 Adviescommissie voltooid leven. Voltooid leven. Den Haag: Rijksoverheid, 2016.
- 3 Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Van Thiel G, Van de Vathorst S, Weyers H. Kennissynthese ouderen en het zelfgekozen levenseinde. Den Haag: ZonMw, 2014.
- 4 Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis* 2011;32:194-203.
- 5 Van Wijngaarden E. Ready to give up on life: the lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Soc Sci Med* 2015;138:257-64.
- 6 Defesche F. Voltooid leven in Nederland: wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden. Assen: Van Gorcum; 2011.
- 7 Van Delden JJM, Van der Heide A, Kouwenhoven PSC, Raijmakers NJH, Rietjens JAC, Schermer M et al. Het KOPPEL-onderzoek. Den Haag: ZonMw, 2011.
- 8 Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A, Van der Wal G, Van der Maas PJ. Ervaringen van huisartsen met ouderen die 'klaar-met-leven' zijn. *Huisarts Wet* 2005;48:552-5.
- 9 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Utrecht: KNMG, juni 2011.
- 10 Van Holsteyn J, Trappenburg M. The quest for limits, law and public opinion on euthanasia in the Netherlands. In: Van Holsteyn J, Trappenburg MJ. *Regulating Physician-Negotiated Death*. Den Haag: Elsevier, 2001.
- 11 Chabot B, Braam S. *Uitweg*. Amsterdam: Nijgh en van Ditmar, 2013.
- 12 KNMG en V&VN. *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*. Utrecht: KNMG, 2014.
- 13 Wijsbek H. Beoordeling ondraaglijk lijden bij euthanasieverzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D160.