



KNMG EN LHV:

WET OP VOLTOOID LEVEN ONWENSELIJK



Een wet die het beëindigen van een ‘voltooid’ leven mogelijk maakt, stuit op praktische en principiële bezwaren, schrijft artsenfederatie KNMG in een recent rapport. Huisartsen scharen zich achter dat standpunt. “Zo’n wet zou een heel raar grijs gebied creëren”, zegt gespecialiseerd huisarts Marianne Dees. LHV-bestuurder Carin Littooi: “Het voorstel doet geen recht aan de complexe werkelijkheid.”

“**D**okter, ik ben er wel klaar mee.” Een enkele keer hoort Marianne Dees een patiënt dat zeggen. Ze is huisarts in Nijmegen, in 2013 gepromoveerd op ondraaglijk lijden en euthanasie en geeft ook scholing over het onderwerp. Haar antwoord op een dergelijke opmerking: “Ik wandel met u mee en we kijken waar we uitkomen.” Als huisarts is ze opgeleid om in te gaan op het lijden en dat te verlichten, zegt Dees. “Maar ik beloof niemand waar ik uitkom. Ik wandel met mensen mee tot ik het begrijp. Vaak zijn we dan wel een jaar en vele gesprekken verder en voldoen mensen aan de criteria voor euthanasie. Mijn ervaring is dat ik uitkom binnen de huidige wetgeving.”

■ Complex

Artsenfederatie KNMG stelt in haar recente rapport *Overwegingen bij ‘Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven’* ook dat de huidige euthanasiewetgeving niet aangevuld hoeft te worden met een nieuwe wet die het beëindigen van voltooid leven mogelijk maakt. Daaraan kleven te veel praktische en principiële bezwaren, vindt de federatie. De KNMG spreekt daarmee ook uit naam van de LHV, zegt LHV-bestuurder Carin Littooi. “Het principiële bezwaar zit er vooral in dat het kabinetsvoorstel geen recht doet aan de complexe werkelijkheid. Het leven is complex, en de vragen in de laatste levensfase zijn dat zeker. Mensen zijn zoekend in hun gevoelens daarover. Het voorstel gaat ervanuit dat euthanasie bedoeld is voor mensen die ziek zijn en een voltooid leven-regeling voor mensen die lijden aan het leven. Maar zo zwart-wit is de werkelijkheid niet. Juist met mensen die lijden aan het leven, spreek je over euthanasie.

Wanneer is het lijden uitzichtloos en ondraaglijk, wanneer is het leven lang genoeg geleefd? Zeker als onderliggende ziektes onduidelijk zijn, is dat een heel complex traject. Dat laat zich niet zomaar in een wet regelen. En daarmee ben je dus ook meteen bij de praktische bezwaren: het is eigenlijk onmogelijk een voltooid leven-wet te maken. Welke leeftijdsgrens kies je, welke voorwaarden stel je, wat is het verschil met euthanasie? Die vragen zijn uiteindelijk niet te beantwoorden.”

Ook Dees loopt aan tegen de ‘onmogelijke’ grens tussen euthanasie en het beëindigen van voltooid leven. “Wanneer zet je als huisarts een traject van voltooid leven in en wanneer euthanasie? Je komt in een heel raar grijs gebied.” Littooi: “De criteria van de huidige euthanasiewet zijn duidelijk. Als huisartsen kunnen we daarmee uit de voeten. Wat overigens niet wil zeggen dat het ‘makkelijk’ is. Ik ken geen huisarts die een euthanasieproces makkelijk doorloopt. We zijn met hart en ziel bezig met: waarom, wanneer, hoe. Wij worden ervoor opgeleid om dat traject zorgvuldig en transparant te volgen en de uitvoering goed te laten verlopen.”

■ ‘Stervenshulpverlener’

Het kabinetsvoorstel gaat uit van een ‘stervenshulpverlener’ die hulp en begeleiding biedt aan mensen die hun leven als voltooid ervaren. Die nieuwe functie roept veel vragen op: welke beroepsgroep kan zich laten scholen tot stervenshulpverlener, wat worden taken en verantwoordelijkheden, hoe verhoudt zich dat tot de rol van de huisarts? De KNMG is bang dat huisartsen ongewild toch worden betrokken bij een voltooid leven-traject, bijvoor-

beeld om medische aandoeningen uit te sluiten of bij te springen als iemand in coma raakt in plaats van overlijdt.

Dees: “Zou ik me als huisarts mogen laten omscholen tot stervenshulpverlener? Geen idee. Ik vermoed van niet, juist omdat er een duidelijk verschil moet zijn met euthanasie.” Littooi: “Als huisartsen kennen wij onze patiënten al jaren. Wij kunnen vaak wel inschatten of een verzoek om levensbeëindiging past bij hoe iemand in het leven staat en de laatste fase beleeft. Een consultant die nieuw is in iemands leven, zou in heel korte tijd de hulpvraag moeten zien te doorgronden. Dat lijkt me, voorzichtig uitgedrukt, niet eenvoudig.”

Zowel de KNMG als de huisartsen zeggen dat de wens om het leven te beëindigen, op zichzelf wel invoelbaar is – los van de vraag of daarvoor een wet zou moeten komen. Littooi: “De vraag naar de zin van het leven speelt eigenlijk in alle levensfasen. Pubers kunnen daar erg mee worstelen, maar ouderen zeker ook. Ze nemen afscheid van steeds meer: van hun eigen lichamelijke functies, maar ook van hun naasten. Bij ouderen ontbreekt de energie en het perspectief dat er bij jongeren vaak nog wel is. Zeker als je patiënten langer kent, zie je ze worstelen met het verlies en de vraag naar de zin. Ik hoor ouderen regelmatig zeggen: ‘Ik zou het niet erg vinden als ik morgen niet meer wakker word.’ Maar dat is nog iets heel anders dan vragen om actieve levensbeëindiging. Die vraag krijg ik als huisarts niet wekelijks of maandelijks. Mensen verleggen ook vaak hun grenzen als de gebreken zich eenmaal voordoen. Er blijken dan toch nog wel dingen te zijn die het leven de moeite waard maken. Datzelfde zie je overigens in de discussie over

Meer lezen?

Op www.lhv.nl/euthanasie vindt u een uitgebreid dossier over euthanasie met een link naar alle genoemde informatie en de laatste nieuwsberichten over het onderwerp.

voltooid leven: vooral gezonde, autonome mensen, die zich nog niet kunnen voorstellen hoe het later zal zijn, vragen om een wet voor voltooid leven, om daar later een beroep op te kunnen doen. De eigenlijke vraag om levensbeëindiging wordt maar heel weinig gesteld door mensen die niet voldoen aan de euthanasicriteria.”

Dees maakte mee dat een oudere patiënte haar wel vroeg om levensbeëindiging, maar zich even later weer bedacht. “De wil om te sterven ontstaat vaak door een balans van allerlei factoren. Er kan iets gebeuren waardoor mensen toch nog willen blijven leven, bijvoorbeeld de zwangerschap van een kleinkind.”

■ Vitale ouderen

Het kabinetsvoorstel past in de maatschappelijke ontwikkelingen van de laatste jaren, zeggen zowel Littooi als Dees. Dees: “Ons wordt een beeld voorgehouden dat



we fit, vitaal en autonoom ouder moeten worden en zelf de regie moeten houden over ons leven. Gemiddeld genomen is dat voor ouderen van 60 tot 75 jaar aardig te doen, maar daarna komt er een moment dat je moet inleveren en niet meer aan dat beeld kunt voldoen. Dat geldt overigens vooral voor een bepaald deel van de bevolking. Ik heb ook kampbewoners in mijn praktijk, voor wie de discussie over voltooid leven op geen enkele manier speelt. Als ik daar kom, zie ik een matrone met verscheidene generaties om haar heen. Een meisje van zes maakt koffie voor de dokter. Door COPD is die oudere mevrouw aan bed gebonden, maar ze voelt zich in geen enkel opzicht overbodig of de anderen tot last. De zorgen en vreugde om de anderen geven haar leven zin. Wij, met een heel andere culturele achtergrond, hebben al snel het gevoel dat we anderen ‘tot last’ zijn. Maar misschien zouden we dat meer in de con-



Wat is er mogelijk bij een stapeling van ouderdomsklachten?

Euthanasie is in bepaalde gevallen mogelijk bij een stapeling van ouderdomsklachten, ook als die deels niet medisch zijn. Antina de Jong, adviseur gezondheidsrecht bij de KNMG: “Uit jurisprudentie, de oordelen van de Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte’s) en de praktijk blijkt dat er voor euthanasie altijd wel een medische grondslag moet zijn. Die kan zowel somatisch als psychisch zijn.”

Naast die medische grondslag kunnen bijkomende klachten een cruciale rol spelen in de afweging. In het KNMG-rapport ‘De rol van de arts bij het zelfge-

kozen levenseinde’ (2011) is het zo verwoord: ‘Het is de niet-lineaire optelsom en complexiteit van dikwijls niet fatale klachten die zorgen voor een toenemende aftakeling die leidt tot een onacceptabel leven en daarmee ondraaglijk lijden voor de patiënt.’ De commissie-Schnabel citeerde vorig jaar het KNMG-standpunt in haar rapport *Voltooid leven*: ‘Kwetsbaarheid, inclusief dimensies als functieverlies, eenzaamheid en verlies van autonomie mogen verdisconteerd worden in de beoordeling door artsen van een verzoek om euthanasie.’ “Er is een zekere aarzeling

bij artsen om een euthanasietraject in werking te zetten bij niet fatale klachten”, zegt De Jong. “Dat komt omdat dergelijke klachten moeilijk te beoordelen zijn. Het is een complexe afweging, die deels ook subjectief is. Het gaat er echter om of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. De Rte’s toetsen dat slechts marginaal.” Diverse rapporten, waaronder de hierboven genoemde, zijn te vinden op www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm

‘Vooral gezonde, autonome mensen, die zich nog niet kunnen voorstellen hoe het later zal zijn, vragen om een wet voor voltooid leven’

text van die kampbewoners kunnen zien: wat is er mis mee als een meisje van tien jou komt voorlezen als je negentig bent?”

De keerzijde van het wetsvoorstel voor het beëindigen van voltooid leven is dat het stigmatiserend zou kunnen werken: ouderen die ondanks hun gebreken nog wél willen blijven leven, kunnen het gevoel krijgen dat ze zich daarvoor zouden moeten verantwoorden. Littooi: “Ouderen kunnen het gevoel krijgen dat iedereen op hun dood wacht en zich daardoor onveilig voelen. Alleen al het bestaan van de mogelijkheid verhoogt de druk.”

■ Zinvol contact

Als een nieuwe wet niet de oplossing is,

maar de gevoelens van zinloosheid onder (vooral) ouderen wél invoelbaar zijn, wat moet er dan gebeuren? Achter de wens om het leven te beëindigen, zit vaak de vraag naar zinvol contact, constateren Dees en Littooi. Dees: “Ik luister naar mensen om te horen wat voor hen zinvol is. Wij bedenken vaak voor ouderen dat hun gevoel van zinloosheid te maken heeft met eenzaamheid en gaan activiteiten bedenken, zoals kookclubjes. Maar het simpele feit dat er iemand langskomt, luistert en hen het gevoel geeft dat ze waardevol zijn, is vaak veel beter dan bezigheidstherapie. Je kunt niet voor een ander bedenken wat diens leven zin geeft.”

“Wij kunnen iemand niet een ander leven

geven”, zegt Littooi, “maar wel met diegene onderzoeken wat het leven zin geeft, wat bij iemand past, wat er nodig is om het leven zinvol te maken. ‘Wat zou voor u, met uw levensgeschiedenis en uw eigenaardigheden het verschil kunnen maken?’ Daarnaast kun je afspraken maken over concrete situaties: wil iemand bij longontsteking bijvoorbeeld nog ingestuurd worden of spreek je af dat kwaliteit voor lengte gaat? Dergelijke gesprekken vragen tijd. De LHV wil dat we als huisartsen die tijd ook krijgen. Dat is een van de redenen voor ons pleidooi voor minder patiënten per fte huisarts.”

Het demissionaire kabinet heeft het onderwerp voltooid leven controversieel verklaard. Komt er in het regeerakkoord een voornemen voor wetgeving of blijft alles (voorlopig) bij het oude? Het nieuwe kabinet is aan zet. ■