

Lunchtijd op het NIP. Aan tafel zitten psychiater Jim van Os (hoogleraar psychiatrische epidemiologie aan UMC Utrecht), ouderengeneeskunde-arts Bert Keizer (werkzaam bij de Levensindekliniek) en psycholoog Ad Kerkhof (hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit Amsterdam). Een discussie, onder leiding van psychologen Marcel Veenman en Vittorio Busato, over ethische en praktische dilemma's die kleven aan de levenseindeproblematiek. Over zelfbeschikkingsrecht, euthanasie, suïcide en hulp bij zelfdoding, en wat daarbij de rol van hulpverleners is.

‘Wij moeten als samenleving nadenken over de voorwaarden waaronder wij iemand waardig kunnen laten sterven.’

ETHISCHE EN PRAKTISCHE DILEMMA'S

DISCUSSIE LEVENSEINDE

ZELFBESCHIKKINGSRECHT

Heeft het individu zelfbeschikkingsrecht om zelf het levenseinde te bepalen?

BK: 'Alleen als je daarover in gesprek bent met degenen die van je houden. Totale eenzaamheid is autonoom, dan is zelfdoding eigenwettig. Maar een stiekeme zelfdoding, waarbij mensen zich ophangen terwijl hun vrouw naar Albert Heijn is, dat mag je niet doen.'

AK: 'Uiteraard hebben mensen zelfbeschikkingsrecht, maar in een sociale context en rekening houdend met hun zelfbeschikkingsvermogen. Als ik mensen behandel die worstelen met zelfdoding, dan betrek ik ook hun naasten in de behandeling. Voor hen heeft het directe consequenties. Als je dat echt niet wilt, ben ik niet bereid je te helpen. Anders nemen jouw naasten mij terecht iets kwalijk op je begrafenis.'

JvO: 'Wij zijn sterfelijk en voortdurend bezig met het vervroegen of uitstellen van dat moment. Stel je hebt kanker en er bestaat een curatieve behandeling, dan kun je zelf beslissen om die behandeling te weigeren. De situatie wordt totaal anders wanneer je een ander erbij wilt betrekken om dat einde te bespoedigen.'

De huidige euthanasiewet regelt alleen hoe een arts zorgvuldig moet handelen bij euthanasie, niet het individuele zelfbeschikkingsrecht. Biedt de wet voldoende handvatten voor de beoordeling van euthanasieverzoeken?

JvO: 'Ik betwijfel of dit wettelijk te regelen valt. Hulp bij zelfdoding is hier strafbaar, in sommige landen om ons heen is dat niet het geval. Wij hebben hier een euthanasiewet gemaakt om de strafbaarheid voor medici te regelen. Liever

zou ik een debat hebben over de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding en waarom euthanasie wordt uitbesteed aan de medische stand. Kun je zo'n complex proces wel regelen in een wet, waarop mensen vervolgens een beroep doen? Bij het wetsvoorstel voor voltooid leven ligt voor mij een grens. Euthanasie in het kader van voltooid leven is volgens mij niet bij wet vast te leggen.'

AK: 'Bij voltooid leven ervaar ik als clinicus dat een mogelijk behandelbare depressie soms een rol speelt. "Klaar met leven" klinkt vrij depressief. Voltooid leven moet je goed laten beoordelen door een psycholoog of psychiater. Soms willen mensen zelf niet zien dat ze depressief zijn en doen ze dingen waar ze later geen spijt meer van kunnen hebben.'

JvO: 'De existentiële dimensie van zingeving is op de achtergrond geraakt. Soms dreigt zinloosheid, eigenlijk klopt zinloosheid elke dag op de deur van ons bestaan. Als je dat in een wet gaat vangen die zegt "dan ga je naar de dokter toe en die helpt jou", als je gaat erkennen dat zinloosheid euthanasie moet gaan opleveren, dan ben je verloren als samenleving. Als mensen weet hebben van een euthanasie-optie bij zinloosheid, worden zij wanhopig. Dan lijden zij niet alleen aan zinloosheid, maar ervaren extra pijn wanneer de euthanasie hen onthouden wordt.'

AK: 'Zinvolheid en zinloosheid zijn slecht gedefinieerde begrippen. Veel mensen zoeken naar zin en kunnen die niet vinden, misschien omdat ze zoeken naar iets wat moeilijk te definiëren valt. Filosoof Jaap van Heerden schreef een boekje met als titel *Wees blij dat het leven geen zin heeft*. Er zijn mensen die zeggen dat hun leven zinloos is. So what! Wees maar blij dat het leven geen zin heeft.'

JvO: 'Van die filosofische zinloosheid maakt het wetsvoorstel geen casus. Je hebt ook zingeving door het hebben van doelen, activiteiten en connecties met andere mensen.'

‘Soms willen mensen zelf niet zien dat ze depressief zijn en doen ze dingen waar ze later geen spijt meer van kunnen hebben’

BK: ‘Het wetsvoorstel voor voltooid leven is ondoordacht. Als jij denkt dat jouw leven voltooid is, dan komen er twee mensen met een voltooiingsmeter om te checken of het klopt. Dat soort oordelen kun je niet vellen. De term “voltooid leven” is een eigen leven gaan leiden omdat er een opluchting in doorklinkt van “het is af”. Maar leegte bij hoge ouderdom is een lastig begrip. Je bent 96, redelijk van lijf en leden, en dan sterft je achterkleinkind. Dan zeggen veel mensen: “Deze voorstelling duurt gewoon te lang.” Je bent je plannetjes kwijt. Bij 90-plus zijn je plannen gereduceerd tot nul, maar dan ben je wel geïnteresseerd in je kinderen. Dat zijn mensen, goed bij hun hoofd en niet eenzaam, maar die willen wél dood. Het is mooi genoeg geweest.’

JvO: ‘Voor die leegte kun je berusting ontwikkelen. Als iemand dan een oplossing voor die leegte aanbiedt in de vorm van euthanasie, dan tast dat de acceptatie aan. Het lijden wordt dan erger door de geboden oplossing.’

AK: ‘Veel mensen zitten in dezelfde situatie, maar de meesten gaan niet naar de Levenseindekliniek. Wat is dan het verschil tussen de mensen die een voltooid leven willen beëindigen met een wettelijke regeling en de meeste anderen die wachten tot een natuurlijke dood, hoewel hun leven evenzeer leeg is en weinig plannen kent? Ik denk dat persoonlijkheid hierbij een rol speelt.’

MV: ‘Geloofsovertuiging.’

JvO: ‘Verbinding met andere mensen. Er zijn zoveel redenen als mensen.’

MV: ‘Hersenenwetenschapper Victor Lamme is mordicus tegen euthanasie bij voltooid leven. Oude mensen moet je wekelijks een keer meenemen naar het strand en dan leven ze nog lang en gelukkig, zei hij in *de Volkskrant*.’

BK: ‘Dat is mij ook eens gezegd door iemand van de Christen Unie. Mijn antwoord is dan: “Ik heb er een aantal in voorraad voor je en als jij ze gelukkig krijgt, dan verdien je de Nobelprijs.” Ik vind dat oppervlakkige, denigrerende kletspraat.’

AK: ‘Er zijn mensen die hun hele leven zelfvoorzienend zijn geweest. Voor hen is het een schrikbeeld om te worden opgenomen en afhankelijk te zijn.’

JvO: ‘Anderzijds kunnen mensen die stervend zijn of naar een hospice gaan in het palliatieve circuit terecht komen. Vooraf

vinden ze het belangrijk om met de dokter hun euthanasie te hebben geregeld, maar door palliatieve zorg en de gesprekken van elke dag vergeten mensen uiteindelijk die euthanasie.’

ONDRAGELIJK EN UITZICHTLOOS LIJDEN

Volgens de wet moet het lijden ondragelijk, uitzichtloos en duurzaam zijn. Hoe kan een arts of behandelaar bepalen of iemand aan deze criteria voldoet? Alleen de patiënt kan dat, zegt die patiënt. Deskundigen zeggen juist dat het lijden objectief moet worden vastgesteld.

JvO: ‘Bij iemand met een levensverwachting van dertig jaar zie je vaak dat een existentiële component van eenzaamheid, zinloosheid en niet-verbondenheid een grote rol speelt in het lijden. Natuurlijk kan iemand lijden aan symptomen, zoals stemmen in je hoofd die je constant voor van alles en nog wat uitmaken. Maar er is ook lijden omdat mensen na jaren overtuigd zijn geraakt van de obsessieve gedachte dat de dood de enige oplossing is. Hoe dat precies gaat weten we niet, maar het ontstaat langzaam over tijd.’

AK: ‘Soms gaat het heel snel.’

JvO: ‘Ja, als mensen suïcidaal zijn en nauwelijks helder kunnen nadenken over zichzelf. Dan is de wilsbekwaamheid in het geding. Maar ik bedoel een langzaam groeiende zekerheid van de dood als oplossing. De Levenseindekliniek kijkt dan alleen naar de medische component, of er stemmen zijn. Of transcraniale magnetische stimulatie nog moet worden geprobeerd, een vorm van neuro-stimulatie die zou helpen bij hallucinaties en tinnitus. Ernstig oorsuizen is eveneens een reden voor mensen om euthanasie te overwegen, hoewel KNO-artsen hele knappe dingen met neuro-stimulatie kunnen doen. Twee jaar geleden heeft iemand euthanasie gekregen vanwege tinnitus, waarbij neuro-stimulatie niet was geprobeerd. Heel vreemd.’

BK: ‘Een nachtmerrie-casus! Ik zou daar niet in meegaan, omdat ik het niet kan invoelen.’

AK: ‘Mensen denken soms dat suïcide een oplossing is voor hun lijden. Het denken eraan kan dwangmatig worden wanneer zij beelden in hun hoofd hebben hoe zij een eind aan hun leven zullen maken. Aan die intrusies kunnen zij

niet meer ontsnappen, een extra reden om een eind aan hun leven te maken.'

BK: 'Wij denken dat de beoordeling van uitzichtloosheid objectief is omdat de prognostiek van veel ziektebeelden bekend is. Iemand met pancreas-kopcarcinoom is gedoemd. Longkanker loopt evenmin goed af. Leukemie gaat soms geweldig. Bij borstkanker is het stadium van de ziekte en de leeftijd van de patiënt cruciaal. Die prognostiek overhandigt ons een zeker gevoel van wat uitzichtloos is. Het beoordelen van ondraaglijkheid is veel lastiger. Voor iemand van 25 die een eerste teleurstelling in de liefde moet doorworstelen, is dat natuurlijk ondragelijk, maar op goede gronden vinden we dat niet uitzichtloos. De rouw van een 75-jarige weduwe maakt dat zij volgende week ook dood wil. Daar hebben we alle begrip voor, maar we gaan daar niet op in omdat dit lijden niet uitzichtloos is. Veel moeilijker is een 95-jarige die haar man verliest. Moet je dan ook zeggen: "Daar komt u wel overheen. De *Libelle* zegt dat het ongeveer drie jaar duurt?"

AK: 'Bij een 95-jarige man die na een suïcidepoging op de poli kwam, vond iedereen dat we hem niet moesten reanimeren. Hij overleefde en later vertelde hij nog zoveel plezier te hebben gehad van een vakantie naar Valkenburg.'

BK: 'In de psychiatrie is de psychodiagnostiek een rampzalig moeras. De DSM-5 is een uitkristallisatie van belangen met een gore onderstroom van de farmaceutische industrie. Dat systeem is zo rot als een mispel. Een patiënt kan tegelijk autistisch, manisch, depressief en borderliner zijn. Dat autistisch spectrum is een beetje van alles wat. Depressie is ook zo'n Spaanse burgeroorlog waar ze niet uitkomen. Bij pancreas-kopcarcinoom weet je dat een patiënt binnenkort doodgaat en niet lekker dood. In de psychiatrie is uitzichtloosheid veel moeilijker vast te stellen.'

JvO: 'Uitzichtloosheid heeft bij uitstek een existentiële dimensie. Bij de Levenseindekliniek wordt niet standaard

iemand ingeschakeld die daar verstand van heeft, zoals een geestelijk verzorger. Ook daar wordt uitzichtloosheid louter getoetst in technische termen van symptomen en een stoornis. Dat is inderdaad drijfzand.'

WILSBEKWAAMHEID

Een ander criterium voor euthanasie is een wilsbekwaam verzoek. De richtlijnen voor artsen stellen dat een doodswens bevestigd moet worden door de patiënt in woord of gebaar voordat de arts tot euthanasie kan overgaan. Waarom is een vooraf opgestelde wilsverklaring onvoldoende?

BK: 'Als jij het opschrijft en je kunt het nog zeggen, dan heb je die wilsverklaring niet nodig. Als je het opschrijft en je kan het niet meer zeggen, dan ga ik niet doen wat je hebt opgeschreven. De wilsverklaring is door de NVVE opgepompt tot een soort tegoedbon. Vaak vergeten mensen op te schrijven dat ze uit het leven willen stappen als ze dementeren én lijden. Sommige dementen lijden echt, die kruipen over de grond van wanhoop en staan de hele dag op de deur te bonken. Desondanks zou ik ze niet durven doodmaken. Wij moeten als samenleving nadenken over dit soort beslissingen, over de voorwaarden waaronder wij iemand waardig kunnen laten sterven. Maar alleen durf ik niet zo ver voor de troepen uit te lopen en ik wil het zeker niet stiekem doen. Euthanasie kan bij dementie, zolang de persoon het nog zelf kan vragen. Je kunt dan behoorlijk dement zijn. De meeste Alzheimerpatiënten raken snel de actualiteit kwijt. Vraag hen niet naar de huidige coalitie, maar ze weten wel dat ze niet meewillen naar het zangclubje van morgen. Hun wilsbekwaamheid moet je altijd relateren aan waarover zij het kunnen hebben. Sommigen blijven heel wilsbekwaam over het niet meer willen lijden.'

De documentaire Levenseindekliniek uit 2016 ging over Hannie Goudriaan die op het kantelpunt van wilsbekwaamheid zat. Zij leed aan semantische dementie en duidde haar doodswens met 'huppakee, weg' aan. Woorden voor dood en euthanasie zaten niet meer in haar vocabulaire. Kun je dan in haar uitingen herkennen dat zij euthanasie wil?

BK: 'De arts van de Levenseindekliniek is daar maanden mee bezig geweest. Ik zou het wel moeilijk vinden als je op de afgesproken dag binnenkomt en ze vragen aan je wat je komt doen. Ik heb zelf zo'n zeven mensen met dementie, soms in vergevorderd stadium, aan de overdosis geholpen. Een van



Jim van Os

mijn eisen is dat ze het zelf doen. Hier is het drankje, het is jouw dood, ga je gang. Die mensen krijgen van mij nooit een injectie. Maar vinden jullie dat je een persoon die ernstig lijdt aan dementie, met dormicum in slaap kunt brengen en dan doden?’

JvO: ‘Bij dementie gaat het over een beperkte levensverwachting, niet over iemand die nog dertig jaar voor zich heeft. Bovendien treedt er een enorme verandering op waarvan het verloop progressief is.’

AK: ‘Soms is het lijden ook bepaald door omstandigheden. Ik heb ooit gewerkt op een afdeling met ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen, waarmee nauwelijks communicatie mogelijk was. De hoofdzuster ging op vakantie en een aantal kinderen werd ziek. Zodra zij terugkwam, waren ze allemaal beter. Die kinderen waren kennelijk gevoelig voor de stabiele, veilige uitstraling van die zuster. Soms kunnen omstandigheden ook bij dementie een rol spelen in de ervaren wanhoop.’

BK: ‘Over omstandigheden gesproken, de vader van Stella Braam had Alzheimer en hij vond het Juliana-model ideaal. Zij had een eigen vleugel in Paleis Soestdijk en daar liepen de hele dag hofdames rond. Laten we onder ogen zien dat die topzorg er niet is voor dementen.’

JvO: ‘Omstandigheden kunnen veel uitmaken voor psychotische patiënten. Hier in Utrecht is *Enik Recovery College* door mensen opgezet die zelf een psychose hebben gehad. Bij Enik volg je een opleiding hoe je het leven met een psychose toch probeert door te leven. Je komt in een omgeving waar hoop en optimisme heersen, waar je makkelijk verbonden raakt met anderen en waar het draait om je identiteit als persoon, niet als patiënt. Zij volgen allerlei cursussen samen met anderen die ook de moed dreigden te verliezen, waardoor langzaam weer hoop ontstaat en ze over nieuwe doelen in het leven durven na te denken. Daarbij worden ze door

ervaren lotgenoten op sleeptouw genomen. Die stemmen gaan niet weg, evenmin als de conflicten door verschillen in temperament, maar het wordt getolereerd en gekanaliseerd. Zo was er een jongen, gedwongen opgenomen, die medisch gezien afgeschreven en uitbehandeld was. Hij wilde naar Enik toe en dat werd hem overdag toegestaan. Die omstandigheden maken soms het verschil of iemand nog verder wil.’

CATCH-22

Mensen met dementie moeten óf voortijdig om tien voor twaalf gaan met euthanasie, óf ze lopen het grote risico dat het vijf over twaalf is en dus te laat voor euthanasie. Is zo'n Catch-22 situatie niet erg ingewikkeld voor patiënten?

BK: ‘En voor de omgeving. Er is een film, *Voordat ik het vergeet*, over meneer Van Eerden, slimme man, maar wel dementerend. Hij zit met vrouw en kinderen aan tafel, maar hij kan een gewoon gesprek niet meer volgen. Hij weet dat hij dementie heeft, maar hij dreigt te vergeten om op tijd naar euthanasie te vragen. Zijn vrouw is dol op hem, maar zij zit met het vreselijke dilemma of ze hem moet zeggen dat het tijd wordt. Bij Alzheimer is er wel een besef van dementie, maar geen ziekte-inzicht. Een van mijn patiënten zei altijd “Mijn hoofd is niet goed.” Als ik dan vertelde dat het door zijn Alzheimer kwam, dan vond hij dat ik overdreef. Intussen was hij zijn tweede huwelijk helemaal vergeten. Als zijn tweede vrouw naast hem in bed wilde stappen, zei hij: “Ga weg, viezerik.” Familieleden die een geliefd iemand hebben weggebracht naar een verpleegtehuis weten wat Alzheimer is. Zij hebben iemand zien dementeren en willen zichzelf die aftakeling besparen. Dat zijn de beste kandidaten voor een bewuste levensbeëindiging bij Alzheimer. Oud-minister Els Borst zei dat zij euthanasie wilde als zij haar kinderen niet meer herkende. Dan antwoordde ik: “Maar als jij dan een leuke relatie hebt met het afdelingskonijn, dan gaan we je toch echt niet helpen.” Het niet meer herkennen van je naasten is zo pijnlijk. Alzheimerpatiënten beginnen een nieuwe verliefdheidsrelatie met een man of vrouw die ze op de afdeling tegenkomen, terwijl hun oude liefde elke dag aan de poort staat met een mandje versterkende middelen.’

PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Is euthanasie in principe mogelijk bij psychiatrische patiënten die erom vragen, of is dat een onbegaanbare weg omdat zij wilsonbegaanbaar zijn?

Bert Keizer



‘De DSM-5 is een uitkristallisatie van belangen met een gore onderstroom van de farmaceutische industrie’

JvO: ‘Wilsbekwaamheid is een glijdende schaal omdat er altijd partiële wilsbekwaamheid is op deelgebieden, zelfs bij ernstige psychoses of anorexia. Net als bij dementie, moet je iemand kennen om een bepaalde handeling of gedachte te kunnen interpreteren. Maar als iemand knal-psychotisch is en die psychose is episodisch, dan negeer je natuurlijk het euthanasieverzoek. Bij depressie gaan sommige mensen zo diep dat ze wilsonbekwaam worden in het vermogen om een toekomst te zien.’

AK: ‘Als iemand langdurige, ernstige depressies heeft gehad, dan is het geen contra-indicatie als die persoon zijn toekomst als uitzichtloos ziet. In een minder slechte periode kan dat een rationele conclusie zijn. Ontbreekt het behandelingsperspectief, dan is het niet meer willen meemaken van zo’n depressie een wilsbekwame overweging.’

JvO: ‘Daarover maak ik me zorgen. Er is geen palliatieve psychiatrie. In de somatiek is er palliatieve geneeskunde voor als er geen curatief perspectief is, maar in de psychiatrie denken we uitsluitend curatief. Wanneer traditionele behandelingen geen effect sorteren, dan verschuift de focus niet naar perspectiefherstel zoals de *recovery movement* voorstaat. Herstelgericht werken waarmee je een zwaar leven dragelijk en leefbaar maakt. De zes-miljard machine van diagnose-behandel-combinaties in de zorgverzekeringswet biedt daarvoor geen ruimte.’

AK: ‘In mijn behandeling leer ik mensen die continu leven met een suïcide-wens om daar niet de hele dag bij stil te staan. Klachten blijven ze houden, maar ze kunnen suïcidale gedachten af en toe een uurtje uitstellen en van zich afzetten. Soms helpt dat.’

Volgens de wet mag een patiënt elke behandeling weigeren. Wat doen jullie met een euthanasieverzoek wanneer iemand een psychiatrische behandeling weigert?

AK: ‘Als iemand een behandelingsmogelijkheid uitsluit of zich niet openstelt voor een behandeling, dan weiger ik om hem te helpen. Ik probeer hem over te halen toch een behandeling te proberen. Mocht die behandeling niet aanslaan, dan heb je een betere grond voor een beslissing.’

JvO: ‘Veel effecten van behandeling in de psychiatrie worden niet gemedieerd door de technische ingrediënten van de

behandeling, maar door relaties die je aangaat. Dan is het begrijpelijk als mensen weigeren om weer allerlei rare rituelen te doen met behandelaars die niet wezenlijk in hen geïnteresseerd zijn. Ik ken een meisje met eetstoornissen dat vergeefs een eindeloze reeks behandelingen had ondergaan. Niemand wist dat het meisje al vier jaar lang dagelijks een wandeling maakte met een man uit de buurt, die ook een hond had. Die man was het gesprek met haar aangegaan omdat hij oprecht in haar was geïnteresseerd. Op een dag was ze er niet meer. Euthanasie, maar geen van haar behandelaars had deze man iets gevraagd. Perspectiefbehandeling zit niet in het repertoire, terwijl veel mensen dat nodig hebben.’

AK: ‘Dat zou toch onderdeel van de behandeling moeten zijn?’

JvO: ‘Wij worden niet opgeleid in behandelingen van existentiële aard.’

BK: ‘Bij somatiek kun je makkelijker spreken over proportionaliteit. Iemand was benauwd door longemfyseem, maar weigerde zuurstof. Als iemand het kleine ongemak van een fles op de rolstoel afwijst, houdt het voor mij op. In de psychiatrie is die proportionaliteit linke soep. Bij emfyseem kan ik zeggen dat zuurstof helpt zodat iemand weer de trap op kan. Maar van wat jullie aanbieden bij depressie kun je niet zeggen dat de patiënt opknapt.’

AK: ‘Dat weet je niet, je kunt het uitproberen.’

JvO: ‘De palliatieve psychiatrie probeert juist medische escalatie te voorkomen door mensen uit het perspectief te laten komen van ‘ik kan niks, ik ben niks, ik ben uitbehandeld, ik heb de hersenziekte schizofrenie en de volgende stap is euthanasie’.’

AK: ‘Toekomstperspectief ontstaat pas wanneer mensen hun klachten accepteren. Als je geobsedeerd bent door je klachten, bijvoorbeeld omdat je pijn hebt, dan verzet je je de hele dag tegen die pijn. Als je accepteert dat je er niet vanaf komt, dat je ermee kunt leren leven, dan kan daarna hoop op iets anders ontstaan.’

In 2016 zijn er zestig gevallen van euthanasie bij psychiatrische patiënten uitgevoerd, waarvan achtenveertig door de Levensindekliniek. Enerzijds wordt psychiaters verweten dat ze voor hun verantwoordelijkheid weglopen. Andersom stellen psychiaters dat de Levensindekliniek veel te gemakkelijk tot euthanasie overgaat. Waar staan jullie in deze discussie?



Ad Kerkhof

AK: 'Ik zit namens het NIP in de richtlijnencommissie. Binnenkort komt naar buiten dat we het geen goede zaak vinden dat zoveel gevallen geconcentreerd zijn bij de Levenseindekliniek. Zo'n monopolie is onwenselijk.'

JvO: 'In het hedendaagse denken over psychiatrie en psychologie wordt specialisatie als de oplossing gezien. Men specialiseert zich in dwang, in fobie, in psychose, in depressie, of in bipolair. Het probleem van specialisatie is dat men alle verschijnselen en uitingen van de mens tegenover zich gaat interpreteren in het kader van die specialisatie. De Levenseindekliniek is zo'n specialisatie-oplossing voor iets wat eigenlijk heel ingewikkeld is en geïntegreerd in de omgeving van de patiënt zou moeten worden bekeken.'

EUTHANASIE VERSUS SUÏCIDE

Damiaan Denys, voorzitter van de Vereniging voor Psychiatrie, stelt dat zolang de Levenseindekliniek de euthanasie-aantallen aankan, de vereniging daar geen beleid op ontwikkelt. Trekt de vereniging dan niet de handen van het vraagstuk af?

JvO: 'Als het over euthanasie gaat, krijgen patiënten veel weerwerk van een psychiater of psycholoog en zullen ze niet snel toegang krijgen tot die oplossing. Je wilt met mensen aan de praat blijven over hun lijden om te kijken of perspectiefverandering mogelijk is en te voorkomen dat ze zich eenzaam en wanhopig suïcideren. Als patiënten teveel weerwerk ervaren, gaan ze naar de Levenseindekliniek. Wij nemen onze verantwoordelijkheid door te proberen om verandering te bewerkstelligen. Als je de optie van euthanasie openhoudt, dan blijven patiënten proberen om jou van de noodzaak te overtuigen. Je moet echt zeggen dat euthanasie geen optie is om aan herstel van perspectief te kunnen werken.'

AK: 'Je moet patiënten juist wél vragen: 'Overtuig mij maar eens dat je hopeloos bent.' In gesprekken met patiënten over

hulp bij zelfdoding wil ik best meedenken, maar meedenken betekent niet dat ik die patiënt hopeloos vind. Ik probeer dan argumenten voor zelfdoding omver te kegelen. Als je een doodswens open bespreekt, verandert het perspectief soms.'

JvO: 'Natuurlijk is er niet één regel. Maar het kan disfunctioneel zijn als je vooraf zegt een patiënt mogelijk te gaan geven wat hij wil, als hij jou kan overtuigen. Dan kom je niet meer aan verandering toe.'

AK: 'Ik praat met mensen die het niet kunnen helpen dat ze met hun dood bezig zijn. Suïcidale mensen kunnen soms nergens anders over praten. Dan heb ik geen andere optie dan mee te gaan.'

JvO: 'Dan ga je in op hun ervaringen en dat moet je zeker doen bij suïcidaliteit. Maar dat is anders bij een euthanasie-wens.'

AK: 'Ik had laatst iemand die contact wilde met zijn twaalfjarige dochter. Drie maanden na haar geboorte had hij haar moeder in elkaar geslagen. De vrouw was gevluht en weigerde hem toegang tot zijn dochter. Daarom wilde hij hulp bij zelfdoding. Ik vroeg hem of hij ooit had overwogen om via een rechtszaak alsnog contact met haar te krijgen. Dat kun je nog proberen. Ik heb de man nooit meer teruggezien over zelfdoding.'

BK: 'Jullie praten nu allebei over situaties waarin eventuele hulp bij zelfdoding een onterechte koers is. Zijn er ook situaties waarin het een terechte koers is?'

AK: 'Zeker.'

JvO: 'Zeg nooit nooit. Iemand van tachtig die al veertig jaar aan depressies of hallucinaties lijdt, is wat anders dan iemand van zeventien zonder een voorstelling van het leven en de toekomst.'

AK: 'Wanneer je als behandelaar geen reëel behandelingsalternatief meer ziet, rest de vraag waarom iemand niet kan leven met zijn ziekte. Veel mensen in dezelfde situatie willen niet dood. Je moet vaststellen of iemand op een pathologisch geobsedeerde manier bezig is met zijn suïcide-wens. Als ook die aanpak mislukt, dan zie ik geen uitweg meer. Je hebt dan te maken met mensen die zeggen 'als dit niet kan, dan ga ik voor de trein' en dat ook gaan doen. Ik wil dat mensen op een humane manier doodgaan. Als dat de keuze is, help ik mee.'

Als het niet lukt om iemand op andere gedachten te brengen, wat doet dat met je vakmanschap? Twijfel je dan aan jezelf?

JvO: 'Dat is lastig. Je moet altijd hoop uitstralen, anders merken patiënten dat. Maar het kost energie om hoop te houden en je te verdiepen in de relatie. Als je constant teleurstellingen meemaakt en je in relaties begeeft die slecht

aflopen, dan kan *compassion fatigue* optreden. Je moet het werkbaar houden voor jezelf door er met andere collega's over te praten en flink de intervisie in te duiken.'

AK: 'Ik heb een keer, samen met een psychiater, iemand behandeld die langdurig problemen had met zijn homo-seksualiteit, terwijl hij streng religieus en getrouwd was. Na diverse potentieel dodelijke pogingen, wilde hij nu hulp bij zelfdoding. Samen met die psychiater heb ik uiteindelijk ingestemd, maar wel onder voorwaarde dat wij eerst met zijn vrouw zouden praten. De volgende dag heeft hij zich voor de trein gegooid omdat hij niet aan die voorwaarde wilde voldoen. Toen vroeg ik mij wel af of wij niet te streng waren geweest.'

LAATSTE WIL

Wat vinden jullie dan van de Coöperatie Laatste Wil, die leden toegang verschaft tot informatie over een dodelijk middel?

BK: 'Natriumazide. Laten we het maar noemen. Op zich is het uitgangspunt goed, maar ze hebben het ongekend knullig aangepakt door bij *Nieuwsuur* te tetteren dat ze dat middel hebben gevonden. Daarmee hebben ze het initiatief om zeep geholpen. Hulp bij zelfdoding is verboden in Nederland en daarom is heimelijkheid geboden. Helemaal geheim gaat niet, maar voor een tv-camera is het andere uiterste.'

MV: 'Alsof je bij de minister van Justitie aan de bel trekt.'

BK: 'We hebben net de Heringa-casus gehad. Heringa hielp zijn oude moeder bij zelfdoding omdat zij klaar was met het leven. Voor de rechter werd hij eerst schuldig bevonden maar zonder straf, in hoger beroep was hij onschuldig, en daarna was hij weer heel erg schuldig bij de Hoge Raad. We zitten in onze maag met dat verbod op hulp bij zelfdoding. Dat moeten we schrappen. Al zijgt de hele euthanasiewet ineens, dan nog zullen zieke mensen liever euthanasie hebben van hun dokter, dan van de groenteboer. Artsen hebben moeite met buitencategorieën en hun bijzonderheden. Tbs'ers vragen om euthanasie omdat ze onder een diagnose langdurig vastzitten. Dat is uitzichtloos en ik vind het ondragelijk. Ouders van dubbelgehandicapte kinderen komen met hun hersenbeschadigde moppies die zich de hele dag met een hamer op hun kop slaan. Die ouders willen daar een einde aan maken. Artsen weten niet wat zij met al die buitencategorieën moeten doen. Wanneer je hulp bij zelfdoding niet langer strafbaar stelt, zal het aantal mensen dat zichzelf ombrengt afnemen. Veel mensen willen namelijk een goedkeuringsstempeltje van de arts, een door

de overheid gesanctioneerde overdosis. Als de dokter daaruit verdwijnt, dan moet je het echt zelf doen.'

JvO: 'Dat is een paradox, nietwaar? De interactie met een medicus die moet zeggen dat het goed is.'

Negentig procent van de Nederlanders wil zelf hun levenseinde kunnen bepalen, de helft zou het liefst de pil van Drion op het nachtkastje hebben liggen. Hoe realistisch is dat?

BK: 'Als je vraagt wat ze daarmee bedoelen, dan hebben ze het over een pilletje dat je inneemt, waarna je dood neervalt. De vraag is dan waar we dat pilletje neerleggen. Niemand durft het bij Albert Heijn aan te bieden, want dan denken we dat het een slachting wordt. Ook Coöperatie Laatste Wil durft dat niet. We worden opgejaagd door de angst voor een onterechte zelfdoding.'

AK: 'Maar die angst is reëel, er zijn onterechte suïcides. Ik ben voor de pil van Drion, maar niet het nachtkastje. Als samenleving hebben wij de plicht om mensen, indien nodig, tegen zichzelf te beschermen.'

JvO: 'Er zal altijd een zekere mate van premature dood zijn. Als er minder suïcides zijn, dan zijn er meer ongelukken of ziekten door risicogedrag. Dat is het epidemiologische fenomeen van *replacement death*. De maakbaarheid van de dood is maar tot op zekere hoogte haalbaar.'

BK: 'Iedereen zou eenvoudig bij zo'n middel moet kunnen komen, maar als je dat idee gaat uitwerken, struikel je over praktische problemen. De effectiviteit van het Laatste-wilpoeder is honderd procent, je gaat er heel erg dood van. Helaas gaat de werking van het middel gepaard met misselijkheid, hoofdpijn en epileptische aanvallen. Niet bepaald een humane dood.'

AK: 'Het belangrijkste doen ze niet en daarom ben ik er fel tegen: ze hebben geen gesprek met de persoon om te kijken of er een behandelbare kwestie onder zit. Mijn stelling is dat er geen doodswensen bestaan, dat zijn niet-meer-willen-leven-wensen. Mensen willen niet dood omdat dood zijn aantrekkelijk is, het doel is om de pijn van het denken en voelen te stoppen.'

OVER DE AUTEURS

Dr. Marcel Veenman is psycholoog, eigenaar/oprichter van het Instituut voor Metacognitie Onderzoek (IMO) en lid van de redactieraad van De Psycholoog. Dr. Vittorio Busato is psycholoog en hoofdredacteur van De Psycholoog. De auteurs danken journalist Frénk van der Linden voor zijn medewerking. Voor correspondentie aangaande dit artikel: mvjveenman@snelnet.net.