Position Paper

Er is behoefte aan een wet die ouderen met een doodswens helpt bij zelfdoding in geval van existentieel lijden zonder medische grondslag. Vrijheid is voor mij een kernwaarde. De burger beschikt zelf over zijn leven en levenseinde. Hij als enige kan dat bepalen. Als huisarts geef ik patiënten zoveel mogelijk informatie over hun situatie, leg hen opties voor, faciliteer en ondersteun. Uiteindelijk beslist de patient. Ik ben 30 jaar huisarts in dezelfde wijk, de meeste ouderen in mijn praktijk ken ik dus even lang. Ik zie hoe ze hun levens afronden, zich terugtrekken, onthechten, geen onderzoeken of behandelingen meer willen, klaar zijn met hun leven. Ze zeggen me vaak niet meer verder te willen leven, dat ze hopen de volgende dag niet meer wakker te worden. Dit vind ik een normaal proces. De ouderdom is een complex geheel, maar ik ervaar niet dat ouderen complexe onderliggende problematiek hebben. Euthanasie op grond van stapeling van ouderdomsziekten is soms een uitweg. Maar vaak zit ik in een moreel dilemma. Het lijden aan het leven is zo duidelijk aanwezig, maar ik geef dat te weinig aandacht, omdat ik mij gedwongen voel het somatische te benadrukken. Als SCEN-arts houd ik het woord voltooid leven buiten mijn verslagen, uit angst dat ik de consultvrager in de problemen breng.

-Voltooid leven.

Het oordeel over voltooid leven is voorbehouden aan degene die om stervenshulp vraagt bij de levenseindebegeleider. Dit is persoonlijk en subjectief. In de gesprekken met de levenseindebegeleider kan dit verder worden verduidelijkt. Ik zie hierin een analogie met het werk van de SCEN-arts. Deze hoeft het niet eens te zijn met het lijden van de patient die om euthanasie vraagt of het zelf zo te voelen, maar hij moet wel overtuigd raken dat het voor die persoon zo is.

-Duurzaamheid.

Duurzaamheid komt in plaats van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De levenseindebegeleider toetst dit ter voorkoming van impulsieve besluiten. De periode tussen twee gesprekken moet zes maanden zijn, eerder werd twee maanden voorgesteld. Mijn ervaringen als huisarts en SCEN-arts hebben me geleerd dat mensen die een euthanasieverzoek hebben langdurig en uitgebreid wikken en wegen, erg hangen aan het leven, hun grenzen oprekken, nooit lichtvaardig een besluit hierin nemen. Waarom zou dit anders zijn bij een ‘voltooid leven verzoek’? Is dat een ‘euthanasie light’, een lichtere beslissing? Ik denk dat die zelfs zwaarder is, zij zijn immers gezonder. Over de voorgestelde termijn tussen de twee gesprekken heb ik geen oordeel, die is arbitrair. Per situatie kan dit erg verschillen, twee maanden kan voor de een te lang zijn en voor een ander zes maanden te kort. Liefst zag ik dat die flexibel was, aangepast aan de situatie.

-Vrijwilligheid en weloverwogenheid.

De toetsing hiervan door de levenseindebegeleider is analoog aan wat de SCEN-arts doet. Druk door omstandigheden, zowel binnen als buiten de persoon gelegen, of door derden moeten uitgesloten worden. Een goed opgeleide levenseindebegeleider kan dat. Weloverwogenheid en vrijwilligheid liggen in elkaars verlengde, betreffen zowel het verzoek om hulp en de doodswens en zijn het onderwerp van gesprek tussen levenseindebegeleider en burger.

-Hulp.

Het betreft ouderen die een waardige dood willen. Zij zijn vaak niet meer in staat dit zelf te regelen. Hebben niet meer de kennis, vaardigheid en fysieke fitheid om aan middelen te komen. Zij willen geen onwaardige dood, hun nabestaanden niet opdoffen met een gruwelijke zelfdoding. Daarnaast speelt de angst dat het misschien niet zal lukken. Ouderen met een doodswens hebben recht op integere en zorgvuldige hulp hierbij. Als huisarts spreek ik met patiënten ook regelmatig over stoppen met eten en drinken als mogelijkheid. Hun bezwaren zijn vrijwel altijd dat ze dat een te zwaar en te langdurig/langzaam traject vinden, ondanks mijn uitleg dat ik hen zal ondersteunen en palliatieve sedatie kan inzetten.

-Maatschappelijke gevolgen.

Er zijn veel zorgen over de mogelijke maatschappelijke gevolgen van een voltooid leven wet. Als de mogelijkheid bestaat om het leven te beëindigen, zouden mensen die besluiten door te leven zich bezwaard kunnen voelen. Ik denk allereerst dat een minderheid zal besluiten voor een zelfgekozen dood als er een voltooid leven wet zou zijn. Nog steeds is ook maar 5 % van het totaal aantal doden ten gevolge van euthanasie. Ik verwacht niet dat een zelfgekozen dood de norm zal gaan worden. De kans dat zij die door leven zich bezwaard gaan voelen lijkt me daarmee erg klein. Belangrijk zal ook zijn hoe het maatschappelijk debat gevoerd wordt. Ik zie een analogie met het begrenzen van behandelingen (bv. chemotherapie) waar dit onvoldoende (wie bepaalt dit en op welke gronden?) toevoegt aan het leven. Er wordt veel over gepraat door artsen onder elkaar maar vrijwel nog niet met patiënten. Ook hier hangt het ervan af hoe het maatschappelijk debat gevoerd wordt.

-Levenseindebegeleider vraagt medische informatie op bij de huisarts

Ik zie dit niet als een te zware belasting voor de huisarts. Huisartsen hebben hun ouderen goed in beeld. Een verzoek om informatie over een oudere in mijn praktijk zou voor mij aanleiding zijn contact te zoeken met de patient. Het zou een reden zijn te kijken of ik patient kan helpen zijn omstandigheden te verbeteren, klachten te verlichten. Ik zou ondersteunende gesprekken voeren. Een verzoek om informatie moet gepaard gaan met toestemming van de burger met de doodswens. Als ik dan medische informatie verstrek, is dit geen medische verklaring. Ook hoef ik mijn beroepsgeheim niet te doorbreken. Op dezelfde manier verstrek ik informatie aan bv. bedrijfsartsen. Ik onderschrijf het bezwaar van de KNMG dat informatieverstrekking door de eigen huisarts geen plicht moet zijn.